



Ministério da Saúde
Fundação Nacional de Saúde
Coordenação Regional de Roraima

Situação de Saúde e Assistência

Relatório Epidemiológico Operacional

Novembro de 2009 a Março de 2010



Boa Vista - Roraima
Maio de 2010

Agradecimentos

a todos aqueles antigos servidores

da SUCAM-FUNASA que dedicaram grande

parte de suas vidas e morte a este trabalho em

saúde pública e indígena, inclusive estes que continuam

contribuindo de forma comprometida com sua experiência,

segurando as barras nos momentos de sufoco, quando

parecia não havia ninguém,

nem diárias...

A todos que nos ajudaram

de forma direta ou indireta, independente da etnia,

credo, cargo, setor, instituição, intenção, parentesco,

tempo, lugar, pessoa...

Obrigado

Alessandra, Alexandre, Alvarez,

Ambrosio, Ana Paula, Antonio, Bene,

Brenda, Cícero, Claudemir, Claudete, Cleicy, Davi Kopenawa,

Ducineia, Eduardo, Endy, Egidio, Elida, Elivaldo, Ezequias, Gerentes,

Getulio, Gildasio, Gilson, Heriberto, Jandira, Janilson, Janio, João Asa, Kadu, Kely,

Kleomar, Levi, Luciano, Macuxi, Marcelo, Marias, Miranda, Moçada Da Epidemia,

Neia, Oneron, Pedro Galdino, Pedro Ramon,

Perceverando, Pereira, Richard, Ronaldo,

Rosi, Rosimar, Rosivaldo, Yara...

ELABORAÇÃO E COORDENAÇÃO

Oneron de Abreu Pithan – Médico Sanitarista e Epidemiologista
Coordenação Técnica / Epidemiologia
Alexandre Augusto Gonçalves Marinho – Enfermeiro / Sistema de Informação em Saúde
Epidemiologia

EQUIPE DA EPIDEMIOLOGIA

Gilson Ferreira Lima - Coordenação – SIVEP
Claudemir Teixeira de Freitas – SIVEP
Ângela Maria Gonçalves do Nascimento – SIVEP
Iracema do Nascimento Siqueira – SIVEP
Aldamira Alves Gomes – SIVEP
Heriberto Francis – COMOIA
Ahinan Celeste Da Silva Souza - SINAN/ SINASC
Eduardo David Teixeira Ladislau – Responsável Programa SIASI
Youseff Furman Matheus - SIASI / SIASI Bucal
Geane Baldez Duarte - Envio de Relatórios
Thaise Duarte Dos Santos – SIASI
Adriane Irene S. Ribeiro – SIASI
Adriana Greyde R. Maciel – SIASI
Denisson Bento Moraes – SIASI
Dioneide – SIASI
Miriam Aline Coelho Rosa da Silva – SIASI
Anquisis da Mota Lima – SIASI
Rafaela Cristina L. Da Costa – SIASI
Blaine Fernandes Lima – SIASI
Yamile Karine L.A. Maciel – SIASI
Danyon – SIASI
Juliana – SIASI
Leidimara de Souza Lima – Estagiária
Eliane Sagica – Estagiária

GERENTES

Ariane Nascimento – Saúde da Criança
Taíse Gonçalves – Vigilância Alimentar e Nutricional
Jurema Monteiro – Tuberculose, Imunização, Coord. Técnica
Elaine Florêncio Pinto – Saúde da Mulher e DST/AIDS
Sérgio Takashi Kussaba – Saúde Bucal
Pedro Galdino / Ronaldo / Oneron – Malária
Claudete Schuertz - Oncocercose
Jaime Guedes / Ducinéia Aguiar – Vigilância Ambiental
Irlany Rodrigues – Assistência Farmacéutica
Luiziane Barbosa – Assistência Social
Lúcia Macedo / Dejacir Araújo – Capacitação e Controle Social
Andreia Formiga / Rosecler Martins – Gerência de Área
Antônio Pereira – Operações

MEDICOS

Rosimary Queiros – Médica
Edson Sato – Médico

SUMÁRIO

	Pág.
1. INTRODUÇÃO.....	07
2. AVALIAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA GERAL.....	13
2.1 CARACTERIZAÇÃO DO DSY.....	13
2.2 DEMOGRAFIA.....	21
2.3 NATALIDADE.....	25
2.4 MORTALIDADE.....	26
2.4.1 MORTALIDADE GERAL E INFANTIL.....	26
2.4.2 MORTALIDADE PROPORCIONAL.....	28
2.4.3 CAUSAS DE MORTE.....	29
2.5 MORBIDADE.....	32
3. COBERTURA E REFERÊNCIA ASSISTÊNCIAL.....	35
4. AVALIAÇÃO DOS PROGRAMAS DE SAÚDE E SERVIÇOS.....	39
4.1 PROGRAMA SAÚDE DA CRIANÇA.....	39
4.2 PROGRAMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL.....	41
4.3 PROGRAMA DE IMUNIZAÇÃO.....	46
4.4 PROGRAMA DE TUBERCULOSE.....	49
4.5 PROGRAMA DE SAÚDE DA MULHER E DST.....	51
4.6 PROGRAMA DE SAÚDE BUCAL.....	55
4.7 PROGRAMA DE CONTROLE DA MALÁRIA.....	59
4.8 PROGRAMA DE ELIMINAÇÃO DA ONCOCERCOSE.....	64
4.9 PROGRAMA DE VIGILÂNCIA AMBIENTAL EM SAÚDE.....	67
4.10 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	71
4.11 GERÊNCIA DE ÁREA.....	74
4.12 SETOR DE OPERAÇÕES.....	80
4.13 CAPACITAÇÃO E CONTROLE SOCIAL.....	81
4.14 SERVIÇO SOCIAL.....	84
5. CONSIDERAÇÕES GERAIS FINAIS.....	86
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	113

LISTA DE QUADROS, FIGURAS, GRÁFICOS E TABELAS

	Pág.
Fig.01 Localização da Terra Yanomami no Brasil.....	07
Fig.02 Mapa dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEIs.....	11
Fig.03 Distrito Sanitário Yanomami e seus Pólos-Base de Referência Assistencial.....	14
Tab.01 Regiões Epidemiológicas, pólos-base, habitações, população e municípios.....	15
Fig.04 Regiões Eídemiológicas DSY.....	16
Fig.05 Logística de Transporte.....	16
Fig.06 Organograma e funcionamento DSY.....	19
Fig.07 Organograma e funcionamento DSY.....	19
Fig.08 Fluxo de coleta de dados e informações DSY.....	20
Fig.09 Fluxo de Declarações de Óbitos e Nacidos Vivos DSY.....	20
Graf.01 Pop. Total DSY Nov/09 a Mar/10.....	21
Graf.02 Pirâmide Populacional DSY Mar/10.....	22
Graf.03 Pirâmide Populacional DSY/AM Mar/10.....	22
Graf.04 Pirâmide Populacional DSY/RR Mar/10.....	23
Tab.02 População Feminina e Masculina e Razão de sexo do DSY.....	23
Quad.01 Proporção de menores de 5 anos de Idade DSY Nov/09 a Mar/10.....	24
Graf.05 Proporção de menores de 5 anos de Idade DSY Nov/09 a Mar/10.....	24
Tab.03 Nascimentos no DSY Nov/09 a Mar/10.....	25
Graf.06 Coeficiente de Natalidade por Região DSY Nov/09 a Mar/09.....	25
Graf.07 Coeficiente de Natalidade por Região DSY/AM/RR.....	26
Tab.04 Coeficiente de Mortalidade Geral e Coeficiente de Mortalidade Infantil DSY e Regiões	27
Graf.08 Coeficiente de Mortalidade Infantil DSY 2000 a 2010.....	28
Graf.09 Coeficiente de Mortalidade Infantil DSY Nov/08 a Mar/09 e Nov/09 a Mar/10.....	28
Graf.10 Coeficiente de Mortalidade Geral DSY	28
Tab.05 Mortalidade Infantil e seus componentes.....	28
Tab.06 Óbitos e Mortalidade Proporcional DSY por Região.....	29
Graf.11 Mortalidade por Grupo de Causa DSY	29
Tab.07 Mortalidade por grupo de causa por Faixa Etária DSY e regiões.....	30
Tab.08 Mortalidade por grupo de causa DSY Região de Roraima.....	30
Tab.09 Mortalidade por Grupo de Causa do DSY Região do Amazonas.....	30
Graf.12 Mortalidade por Grupo de Causa DSY	31
Graf.13 Mortalidade por Grupo de Causa < 1 ano	31
Graf.14 Mortalidade por Grupo de Causa 1 a 4 anos	31
Graf.15 Mortalidade por Grupo de Causa 20 a 49 anos	31
Graf.16 Mortalidade por Grupo de Causa > 50 anos	31
Tab.10 Mortalidade por grupo decausa por DSY e regiões.....	32
Graf.17 Incidência Mortalidade Geral por Grupo de Causa Nov/09 a Mar/10.....	32
Tab.11 Morbidade por Grupo de Causa DSY.....	33
Tab.12 Morbidade por Grupo de Causa DSY Região de RR.....	33
Tab.13 Morbidade por Grupo de Causa DSY Região do AM.....	33
Tab.14 Morbidade e Incidência por Grupo de Causa DSY e Regiões.....	34
Tab.15 Quadro de Profissionais Contratados pela Missão Caiuá DSY.....	35
Tab.16 Demanda de atendimentos, Casos e Pessoas DSY Nov/08 a Mar/09.....	36
Tab.17 Demanda de atendimentos, Casos e Pessoas DSY Nov/09 a Mar/10.....	36
Tab.18 Atividades de Assistência Médica.....	36
Tab.19 Tabela de Atendimentos CASAI.....	37
Tab.20 Tabela de Atendimentos SUS.....	37

Tab.21 Casos, Pessoas e Atendimentos.....	37
Tab.22 Casos, Pessoas e Atendimentos DSY por Pólo-Base.....	38
Tab.23 Casos, Pessoas e Atendimentos DSY por Aldeia.....	38
Tab.24 Exames Laboratoriais Realizados DSY – RR.....	38
Graf.18 Síndromes Gripais e Respiratórias Agudas Graves.....	40
Tab.25 Coleta de exames H1N1 DSY 2009.....	40
Graf.19 Estado Nutricional das Crianças < 5 anos DSY Nov/09 a Mar/10.....	43
Graf.20 Estado Nutricional das Crianças < 5 anos DSY Nov/09.....	43
Graf.21 Estado Nutricional das Crianças < 5 anos DSY Dez/09.....	44
Graf.22 Estado Nutricional das Crianças < 5 anos DSY Jan/10.....	44
Graf.23 Estado Nutricional das Crianças < 5 anos DSY Fev/10.....	45
Tab.26 Coberturas Vacinais Gerais DSY 2005 a 2010.....	48
Tab.27 Coberturas Vacinas DSY 4º trimestre de 2008 e 2009.....	48
Tab.28 Coberturas Vacinas DSY 1º trimestre de 2008 e 2009.....	48
Tab.29 Coberturas Vacinas DSY 4º trimestre de 2008 e 2009.....	48
Tab.30 Coberturas Vacinas DSY 4º trimestre de 2008 e 2009.....	49
Graf.24 Casos de Tuberculose por todas as formas DSY 1975 a 2010.....	50
Tab.31 Número de Casos de Tuberculose DSY Jan/10 Mar/10.....	51
Quad.02 PCCU Coletados.....	52
Graf.25 PCCU Coletados no DSY Nov/08 a Mar/09 e Nov/09 a Mar/10.....	53
Graf.26 PCCU e Resultados DSY Nov/08 a Mar/09.....	53
Graf.27 PCCU e Resultados DSY Nov/09 a Mar/10.....	54
Tab.32 Atividades das Equipes de Saúde Bucal.....	56
Graf.28 Média de Procedimentos Básicos DSY 2004 a 2010.....	57
Graf.29 Percentual de 1ª Odontológica Programática DSY 2004 a 2010.....	57
Graf.30 Percentual de Conclusão de Tratamento Odontológico Básico 2004 a 2010.....	58
Graf.31 Indicador de Produtividade da Cobertura Média de Participantes de EDS.....	59
Graf.32 Casos de Malária e Incidência Anual DSY 2000 a 2010.....	61
Graf.33 Distribuição Mensal da Malária Nov/09 a Mar/10.....	61
Tab.33 Malária nos Pólos-base de RR e AM.....	61
Tab.34 Malária e Indicadores	62
Tab.35 Demonstrativo Controle Vetorial.....	63
Tab.36 Anofelinos coletados por Pólo-Base, Estação, Tempo de coleta e Média de Darlingi DSY 2009.....	64
Tab.37 Pesquisa Larvária por Pólo-Base, Criadouros e Medida de Conchadas.....	64
Fig.10 Área Endêmica da Oncocercose.....	66
Graf.34 Ciclo de Tratamento de Oncocercose DSY 1995 a 2009.....	66
Graf.35 Evolução das Coberturas de Tratamento de Oncocercose DSY 1995 a 2009.....	67
Tab.38 Distribuição de casos de leishmaniose por pólo base e forma clínica.....	70
Quad.03 Exames de Leishmaniose Tegumentar	70
Graf.36 Casos de Leishmaniose Tegumentar DSY Nov/09 a Abr/10.....	70
Graf.37 Casos de Acidente Ofídico DSY Nov/09 a Abr/10.....	71
Tab.39 Atestados Médicos por Categoria Profissional.....	76
Graf.38 Principais Agravos nos Atestados Médicos Emitidos DSY Dez/09 a Mar/10.....	77
Quad.04 Postos de saúde e alojamentos construídos.....	80

1. INTRODUÇÃO

O Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami/Yekuana (DSY) abrange a população destes dois grupos étnicos.

Os Yekuana, grupo do tronco Karibe, são 391 indígenas habitantes de 12 (doze) comunidades da região na fronteira norte de Roraima com a Venezuela.

Os Yanomami são considerados um grupo étnico reconhecido como conjunto socio cultural, segundo estudos recentes, integrado por cinco subgrupos linguísticos (Sanumã, Ninam, Yanomae, Yanomami e Yari), alguns dos quais com dialetos, em parte inteligíveis entre si, cuja separação linguística ocorreu há aproximadamente 700 anos (Migliazza 1972). São considerados a maior etnia semi-isolada das Américas, com aproximadamente 35.000 indígenas habitando uma área de floresta tropical úmida de 192.000 km². em um território que abrange o sul da Venezuela e o norte do Brasil.

Segundo dados atuais do censo do Distrito Sanitário de Roraima (29\04\2010) em nosso país totalizam atualmente 18.860 Yanomami distribuídos em 252 comunidades localizadas ao oeste do estado de Roraima e norte ocidental do estado do Amazonas, conforme se observa na figura abaixo.

Figura 1
Localização da Terra Yanomami no Brasil



Legenda: Em vermelho, contorno da terra indígena Yanomami no Brasil. Em preto, contorno dos estados Brasileiros
Fonte: Mosaico construído a partir das imagens de satélite Landsat 7 em: MIRANDA, E. E. de; COUTINHO, A. C. (Coord.). **Brasil Visto do Espaço**. Campinas: Embrapa Monitoramento por Satélite, 2004. Disponível em: <<http://www.cdbrasil.cnpem.embrapa.br>>. Acesso em: 12 maio 2005.

Estudos realizados não encontraram afinidade antropométrica, genética ou lingüística dos Yanomami com outras etnias vizinhas, deduzindo que se originaram de um grupo que permaneceu isolado desde épocas remotas entre as nascentes do Rio Orinoco na Venezuela e nascentes do Rio Branco no Brasil (Albert 1991).

São fundamentalmente caçadores, pescadores e agricultores, considerados um dos mais antigos e maiores grupos étnicos da América preservados sócio-culturalmente.

Acreditam no universo em camadas referindo que “este chão já foi o céu, que desabou soterrando o que não presta, e que não se deve mexer embaixo”.

Urihi tem o sentido de lar extenso a floresta, “onde estão as frutas, roça, caça e os peixes dos rios de água que vem das montanhas, onde espíritos poderosos preservam nossa natureza que não podem ser destruídas, pois ajudam a segurar esta última camada de cima, este céu que se desabar vai acabar não só com os Yanomami, mas com todos nós”.

Na abordagem do processo Saúde-Doença Yanomami são considerados por eles componentes à própria pessoa que adoece, e também de maneira relevante, diversos poderes humanos ou não humanos, externos a sua comunidade (Albert & Gomes 1992).

Além do corpo humano em si, existem quatro componentes não materiais contidos por ele: o pensamento consciente (percepções, sensações, comportamento social); o princípio vital (energia e animação do corpo); o pensamento inconsciente (estados alterados de consciência, dores, doenças) e o “duplo animal” (correspondente ligado a pessoa desde o nascimento, que tem destino idêntico).

O adoecer, de acordo com estes princípios, é ter a energia e animação do corpo agredidos, ou o “duplo animal” ferido, o que resulta em inverter a relação normal destes componentes que mantém a vida, indo assim na direção da morte, situação em que o pensamento inconsciente anula o pensamento consciente e sai como um fantasma do corpo material.

Com exceção da morte por velhice, não há causas materiais para as doenças em nível individual, que necessitam de intervenção de um Xamã para tratar das agressões humanas e não-humanas.

Ao final da década de 1990 a invasão abrupta e intensa da área Yanomami por mais de 40.000 garimpeiros, procedentes dos mais diversos locais do país com transmissão de malária, numa rápida e articulada “corrida do ouro”, determinou a introdução desta doença, além de outras infecto-transmissíveis até então não incidentes nos Yanomami. Este processo, iniciado em agosto de 1987, se propagou livremente até final de 1989, causando a disseminação generalizada dessas doenças.

A malária, como “carro-chefe” entre estes novos agravos introduzidos nos Yanomami da área de estudo, acometeu praticamente todos estes indígenas, inclusive aqueles mais isolados e sem assistência. A doença ocorreu sob a forma de surtos epidêmicos, com elevada morbi-mortalidade, ocasionando uma drástica degradação sanitária nos Yanomami, o que comprometeu as atividades de subsistência, a capacidade reprodutiva além de forte impacto sobre as condições gerais de vida, ocasionando fragmentação, extinção e reorganização de muitos grupos Yanomami, numa desestruturação sócio-cultural jamais ocorrida nestas dimensões entre estes indígenas.

Inquérito relativo a este período de 1987 a 1989 detectou taxa geral de mortalidade de 14%, numa população estimada de 7000 Yanomami, sendo que mais da metade dos óbitos identificados foram atribuídos à malária (MS/FNS/RR, 1992).

A foto da capa trata de conversa de bata com nabë (não yanomami) durante essa triste fase precursora ao DSY, sobre o desafio de construir um serviço de saúde adequado aos Yanomami, respeitando suas peculiaridades socio-culturais e ao mesmo tempo promovendo a articulação dos sistemas de saúde.

Foi a partir da experiência de trabalho de campo neste difícil período que os Yanomami sobreviveram, que a equipe de saúde que aqui trabalhava à época foi chamada a ajudar o Ministério da Saúde para estruturar a Saúde Indígena, permanecendo em Brasília junto com técnicos da então Fundação SESP/SUCAM,

subsidiando a elaboração do Decreto Presidencial nº 23, de fevereiro de 1991, que sistematizou e normatizou a assistência à saúde indígena no Brasil na forma de Distritos Sanitários Especiais Indígenas, transferindo da FUNAI, órgão do Ministério da Justiça, para o Ministério da Saúde a responsabilidade pela coordenação das ações de saúde e atenção aos povos indígenas, e implantou pioneiramente o DSY, que passou a funcionar a partir desta data de fato.

A Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) passou a ser a gestora do Subsistema de Atenção a Saúde Indígena, na estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas que integra a Política Nacional de Saúde, compatibilizou as determinações da Lei Orgânica da Saúde com a Constituição Federal. Ela prevê, dentre outras coisas, o direito das populações a um atendimento diferenciado pelo Sistema único de Saúde (SUS), que respeite suas especificidades culturais.

Em 30 de setembro de 1999 a Fundação Nacional de Saúde lança a portaria nº 852, criando formalmente os Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEIs, que tem como atribuição atuar como unidade de execução das ações destinadas à promoção, proteção e recuperação da saúde do índio, objetivando o alcance do equilíbrio bio-psico-social, com o reconhecimento do valor e complementaridade das práticas da medicina indígena, segundo peculiaridades e o perfil epidemiológico de cada comunidade. A partir de então a maior parte da execução e gerência da assistência ficou a cargo de ONGs conveniadas.

O Subsistema de Saúde Indígena do SUS está organizado em 34 Distritos Especiais Indígenas, conforme **Figura 2**. É um espaço étnico-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado, que não guarda relação direta com os limites de estado e municípios onde estão localizadas as terras indígenas. Visa a promover a reordenação da rede de saúde e práticas sanitária, e desenvolver atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência com controle social.

Figura 2
Mapa dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEIs.



Fonte: DESAI/FUNASA/MS, Setembro de 2003.

DISTRITOS SANITÁRIOS ESPECIAIS INDÍGENAS		
01 - Alagoas e Sergipe - AL/SE	12 - Guamã - Tocantins - MA/PA	23 - Minas Gerais e Espírito Santo - ES/MG
02 - Altamira - PA	13 - Interior Sul - PR/RS/SC/SP	24 - Parintins - AM/PA
03 - Alto Rio Jurua - AC	14 - Caiapó do Mato Grosso - MT/PA	25 - Parque Indígena do Xingu - MT
04 - Alto Rio Negro - AM	15 - Caiapó do Pará - PA	26 - Pernambuco - PE
05 - Alto Rio Purus - AC/AM/RO	16 - Leste de Roraima - RR	27 - Porto Velho - AM/MT/RO
06 - Alto Rio Solimões - AM	17 - Litoral Sul - PR/RJ/RS/SC/SP	28 - Potiguara - PB
07 - Amapá e Norte do Pará - AM/PA	18 - Manaus - AM	29 - Rio Tapajós - PA
08 - Araguaia - GO/MT/TO	19 - Maranhão - MA	30 - Tocantins - TO
09 - Bahia - BA	20 - Mato Grosso do Sul - MS	31 - Vale do Rio Javari - AM
10 - Ceará - CE	21 - Médio Rio Purus - AM	32 - Vilhena - MT/RO
11 - Cuiabá - MT	22 - Médio Rio Solimões e Afluentes - AM	33 - Xavante - MT
		34 - Yanomami - AM/RR

Fonte: DESAI/FUNASA/MS, Setembro de 2003.

O DSY foi pioneiro no país, funcionando desde 1991, com avanços e retrocessos, acumulou experiências e metodologias de trabalho que hoje servem de referência, em termos de organização dos serviços de saúde indígena no país, os quais são calcados numa base de recursos humanos cujo perfil, adequação e comprometimento com o trabalho são fundamentais no avanço de gestão e efetividade de assistência, atualmente em fase de transição para o nível de Secretaria, dentro do Ministério da Saúde.

Os dados configuram a informação epidemiológica, que deve subsidiar a tomada de decisão para ação em Saúde, operacionalidade, bem como diretrizes técnicas e políticas públicas de Saúde Indígena.

Este relatório, elaborado pelo Setor de Epidemiologia do DSY, baseado na consolidação preliminar de dados, sujeitos a revisão, tem como objetivo avaliar a situação de saúde, assistência, implementação dos programas e serviços do DSY no período de novembro de 2009 a março de 2010, recomendar adequações para melhorar o serviço e também subsidiar a primeira prestação de contas da conveniada CAIUÁ, responsável pela contratação de recursos humanos que viabilizam os serviços no DSY.

2. AVALIAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA GERAL

2.1 CARACTERIZAÇÃO DO DSY

O território Yanomami ocupa uma extensa região montanhosa na fronteira com a Venezuela, numa área contínua de 9.419.108 hectares. A Terra indígena Yanomami foi homologada pelo presidente Fernando Collor em 25 de maio de 1992. Em sua maior parte do território esta coberta por densa floresta tropical úmida.

O território é bastante acidentado, principalmente nas áreas próximas as serras Parima e Pacaraima onde se tem a maior concentração da população Yanomami no Brasil. Os solos são, em sua grande maioria, extremamente pobres e inadequados à agricultura intensiva. As aldeias podem ser constituídas por uma ou varias casas (xaponos), que mantêm entre si vários níveis de comunicação, desenvolvendo-se relações econômicas, matrimoniais, rituais ou de rivalidade, percorrendo distancias que podem atingir um raio de 150 km.

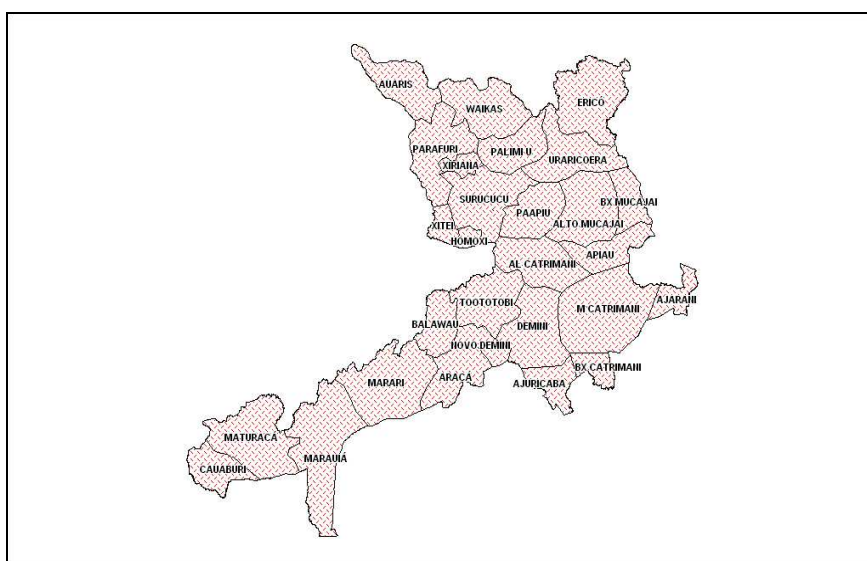
A Terra indígena Yanomami abrange parte do território do Estado de Roraima (43,08% da área do Estado) e Amazonas, localizando-se entre os município de Alto Alegre, Amajari, Caracarai, Iracema e Mucajai em Roraima e São Gabriel da Cachoeira, Santa Isabel do Rio Negro e Barcelos no Estado do Amazonas.

A maioria do transporte utilizado para acesso ao DSY é aéreo, em pequenas aeronaves até a sede dos pólos-base e Sub-Distritos bem como o transporte fluvial predominante no Estado do Amazonas. Para os pólos de São Gabriel, Ajarani e Apiau utilizam-se transporte terrestre e fluvial.

O serviço de saúde do DSY está organizado na Terra indígena Yanomami de forma hierarquizada, onde o primeiro contato do usuário com o serviço de saúde deve se dar em sua habitação, 253 comunidades espalhadas ao longo de 96.650 km², onde são prestados serviços básicos de saúde e atendimentos emergenciais pelos Agentes Indígenas de Saúde – (AIS) em conjunto com a Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena – (EMSI), sendo o paciente referenciado a sede do pólo-base quando necessário, que constituem a base da atenção primaria em campo.

No território brasileiro a abordagem da saúde na área Yanomami operacionaliza-se em 37 pólos-base, considerados enquanto unidades de referência sanitária. O conjunto destes pólos-base conforma o Distrito Sanitário Yanomami (DSY) (**Figura 3**). Estes pólos-base foram construídos a partir do agrupamento de comunidades que apresentavam, além de proximidades geográficas, maiores afinidades e laços de convivência sócio-cultural.

Figura 3
Distrito Sanitário Yanomami e seus
Pólos-Base de Referência Assistencial



Os Yanomami são considerados fundamentalmente caçadores, pescadores e horticultores. Vivem em comunidades geralmente constituídas de uma só habitação, ampla e de forma cônica, conhecida pela denominação de *Yano*, que podem ser consideradas como uma unidade endogâmica, com autonomia política e econômica, onde cada comunidade mantém, em média, relações com outras quatro ou cinco, estabelecendo uma rede de solidariedade política e intercâmbios inter-comunitários, com superposições parciais, que conformam uma complexa malha sócio-política, integrando a totalidade dos Yanomami (Albert, 1991).

Albert, 1985, identificou e classificou as áreas de relações inter-comunitárias, sendo que os rearranjos de localidades, grupos e fluxos migratórios, tendem a ocorrer, nesta abrangência, de caráter dinâmico que conforma e delimita geralmente uma

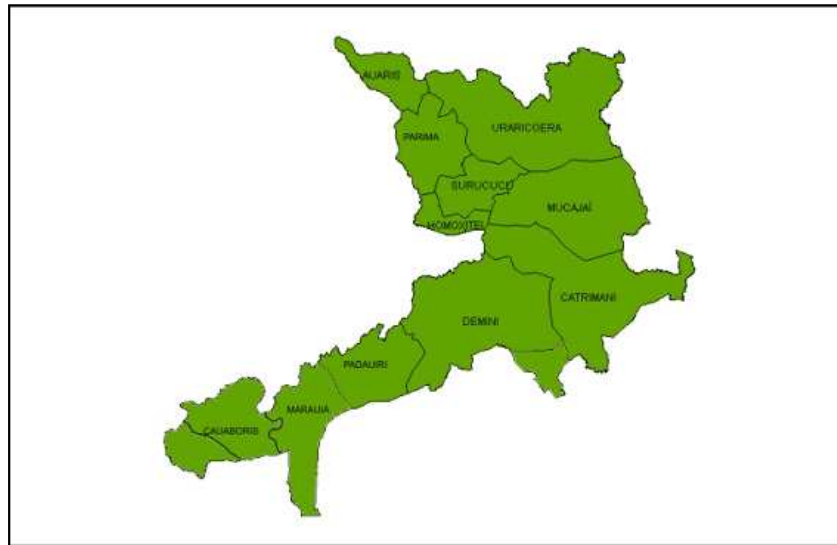
região de interesse epidemiológico comum. Durante a estruturação do DSY, tais princípios foram respeitados e utilizados na formulação da proposta da assistência.

Esta concepção e sistematização dinâmica e singular devem nortear a estruturação e funcionamento do DSY, bem como a avaliação do impacto das ações de saúde. (Tabela 1 e Figura 4).

Tabela 1
Regiões Epidemiológicas, pólos-base, habitações, população e municípios
DSY 2010

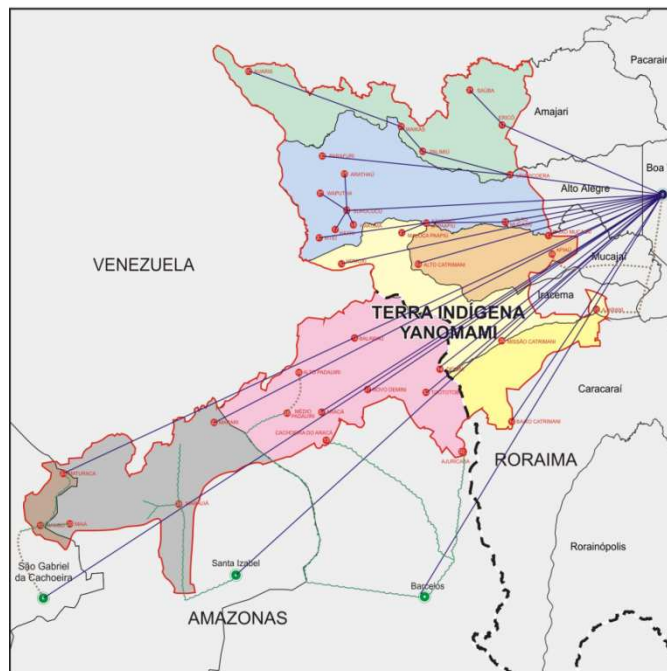
Região	Pólo-base	Aldeias	Habitações	População	Referencia Municipal
Uraricoera	Saúba	6	17	214	Amajari - RR
	Ericó	5	6	213	
	Uraricoera	1	11	70	Alto Alegre - RR
	Palimiú	7	56	543	
	Waikás	4	10	139	
Mucajá	Baixo Mucajai	4	18	127	Alto Alegre - RR
	Apiau	1	8	78	Mucajai – RR.
	Alto Mucajai	6	52	466	Alto Alegre - RR
	Kaianau	4	20	127	Iracema – RR.
	Maloca Paapiu	12	12	322	
Catrimani	Alto Catrimani	9	9	173	Mucajai – RR.
	Ajarani	3	8	109	Caracará – RR.
	Missão Catrimani	18	31	668	
	Baixo Catrimani	2	2	84	
Auaris	Auaris	31	170	2522	Amajari – RR
Parima	Parafuri	8	9	410	Alto Alegre – RR.
	Aratha-U	6	18	459	
Surucucu	Waputha	4	17	410	Alto Alegre - RR.
	Haxiu	14	45	798	
	Surucucu	20	60	1354	
	Hakoma	10	25	359	
Homoxitei	Homoxi	5	11	416	Iracema – RR.
	Xitei	26	35	1302	Alto Alegre – RR.
Demini	Balawa-U	7	15	401	Barcelos – AM.
	Demini	1	1	169	
	Toototobi	8	17	571	
	Novo Demini	2	7	308	
	Aracá	2	3	170	
	Cachoeira do Aracá	1	15	66	
	Ajuricaba	1	19	143	
Padauri	Alto Padauri	4	59	282	Barcelos – AM.
	Médio Padauri	3	39	199	
	Marari	8	4	808	
Marauá	Marauá	9	186	1617	S. I. do Rio Negro – AM
Cauaboris	Maturacá	3	163	1299	S. G. da Cachoeira – AM
	Maiá	2	82	533	
	Inambu	2	38	217	
11	37	259	1298	18146	8

Figura 4
Regiões Epidemiológicas DSY

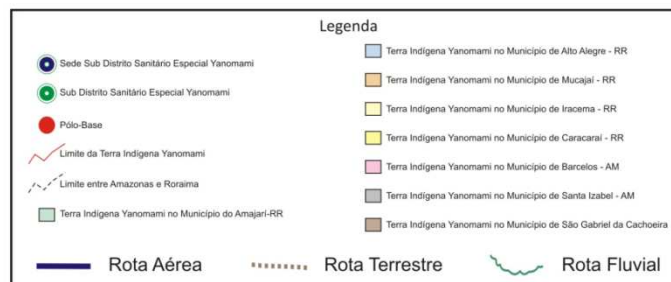


Fonte: Epidemiologia DSY - RR - 24/05/2010

Figura 5
Logística de Transporte no DSY



Fonte: Setor de Epidemiologia/Estatística DSY: 14/05/2010.



Ao longo de seus 19 anos de criação o DSY passou por diversas modificações em seu organograma, motivado pela troca de coordenadores regionais, chefes do DSY, intervenções federais entre outros.

Neste mesmo período sempre quando ocorreram mudanças, seja administrativa ou na própria política de saúde indígena, o DSY reuniu sua equipe técnica para manter seu organograma atualizado e funcional de forma a manter a continuidade dos serviços de saúde prestados a população Yanomami.

A principal dificuldade constatada referia-se a um mosaico de organizações envolvidas com a assistência, com diferentes linhas de atuação e níveis de compromisso, vários gerentes e setores para os mesmos programas, diversos administradores e chefes para a mesma função, precariedades dos sistemas e fluxos de informação, entre outros.

Sempre em busca de manter o organograma o mais próximo possível das necessidades das atividades fim, ou seja, conseguir alinhar as atividades administrativa e gerenciais as praticas de saúde realizadas pelas equipes de campo, em 2009, pela primeira vez, DSY passa a gerenciar de fato a si mesmo com somente uma organização conveniada para a contratação de RH, sendo a gestão responsabilidade institucional. Atualmente o DSY procura aperfeiçoar o funcionamento deste organograma do distrito que trazem sua concepção três grandes pilares que sustentam o DSY, quais sejam, o setor de operações responsável pela administração do almoxarifado, radiofonia e transporte, o setor de administração que responde pela administração da farmácia e os Sub-distritos Yanomami e a coordenação técnica que abrange o setor de epidemiologia, programas de saúde, endemias, assistência social setores que devem interagir entre si, integrando servidores do quadro e contratados com suas atribuições e competências bem definidas.

Servindo como uma espécie de centro de informações, temos o setor de epidemiologia que tem como atribuição a coleta de dados, processamento de informação e análise de quase todo o DSY, subsidiando a tomada de decisão para a ação efetiva.

O setor de epidemiologia está organizado em quatro grande blocos de serviços responsáveis pela coleta de dados, processamento dos mesmos, produção de informação, análise das informações processadas e divulgação para os setores.

A área de coleta dos dados é responsável pelo envio de 48 tipos de formulários, somando 26.300 cópias/mês, entre relatórios mensais de enfermagem, fichas de campo e censos de 11 setores do DSY, para os 37 Pólos-Base, abrangendo as 252 comunidades. Sempre dão entrada na segunda quinzena de cada mês, e tem seu retorno na primeira quinzena, já preenchidos pelas equipes de saúde, com os dados referentes aos atendimentos realizados de área. Os mesmo retornam a epidemiologia e estatística em forma de malote onde são abertos pelo responsável pelo serviço de coleta de dados, triados e encaminhados a seus respectivos setores ou serviços onde serão transformados em informações.

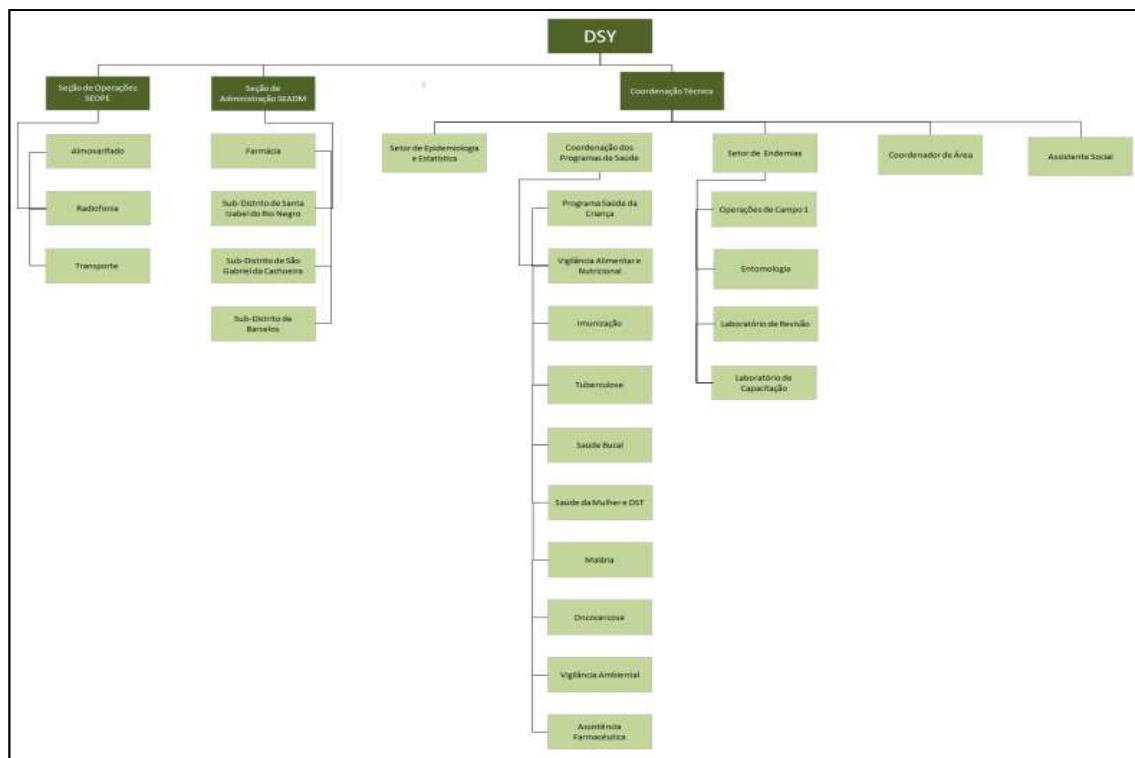
A área de processamento tem a responsabilidade de receber os dados brutos e de corrigi-los e inserir nos sistemas de informação com o objetivo de transformá-los em informações passíveis de análise.

São cinco os sistemas de informação alimentados na área de processamento de dados, o Sistema de Informação da Atenção a Saúde Indígena (SIASI) que recebe dados referentes a demografia da população Yanomami e Ye'Kuana, (ex: atendimento, casos, pessoas atendidas, procedimentos realizados, agravos...), dados de mortalidade, dados de imunização (carteira vacinal, dose aplicada...), o Sistema de Informação de Mortalidade (o SIM) que consolida informações referentes aos óbitos ocorridos em área, Sistema de Nascidos Vivos (SINASC) abrange a declaração de nascidos vivos e, o Sistema de Vigilância Epidemiológica/Malária (SIVEP) que processa os dados referentes aos casos de Malária registrados em área.

Uma vez os dados coletados e processados a área de análise e interpretação consolida essa informação em formato de planilhas específica (COMOA), gráficos, figuras, mapas entre de modo que possa receber os comentários e recomendações referentes aos dados ali apresentados.

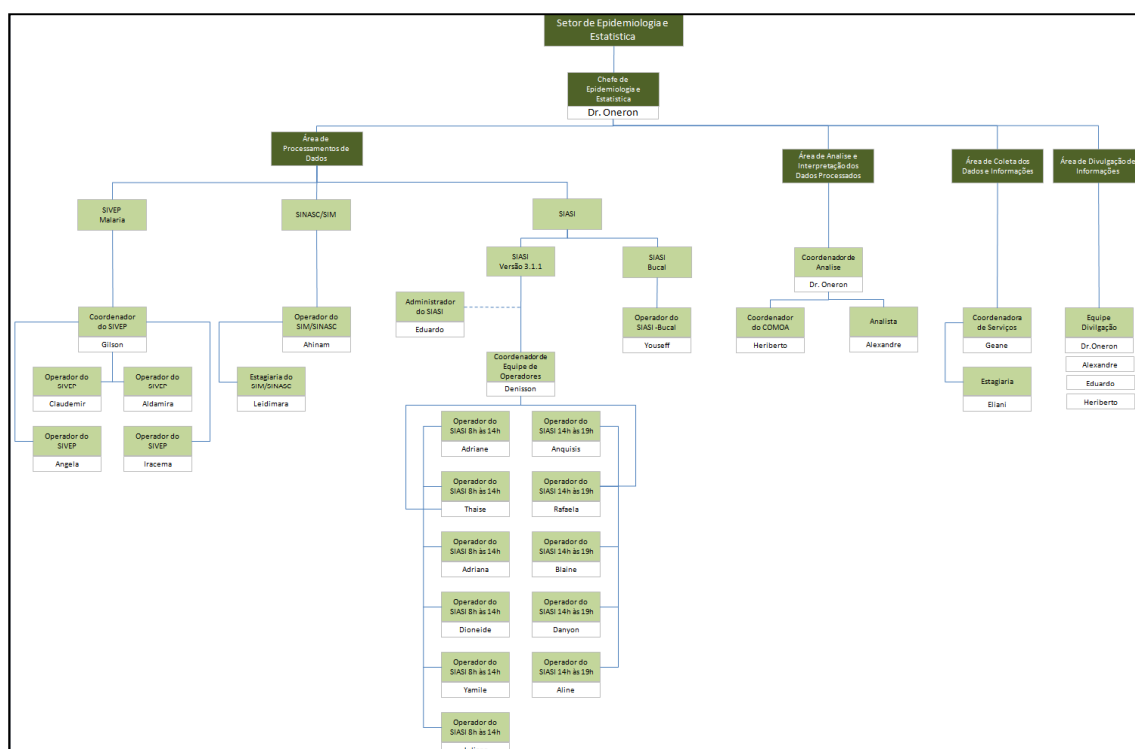
Já na área de divulgação das informações os dados trabalhados recebem o formato necessário para sua circulação, subsidiando adequação dos serviços.

Figura 6
Organograma e Funcionamento
DSY 2010



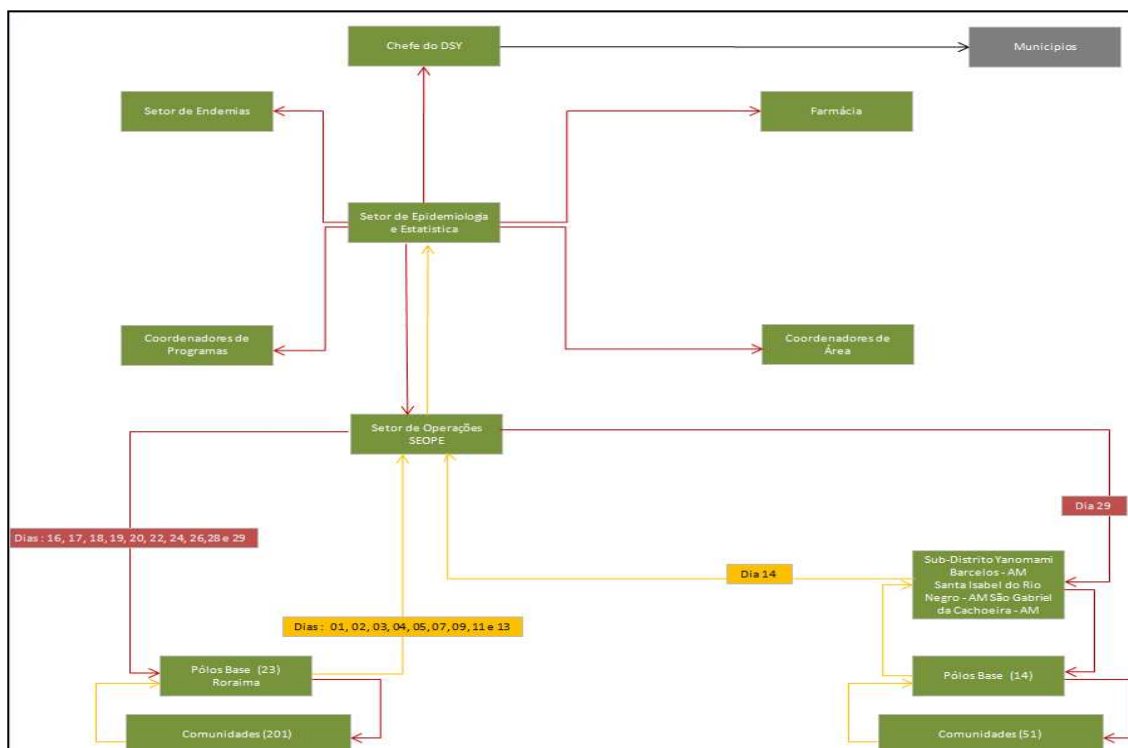
Fonte: Epidemiologia DSY - RR - 24/05/2010

Figura 7
Organograma e Funcionamento da Epidemiologia e Estatística
DSY 2010



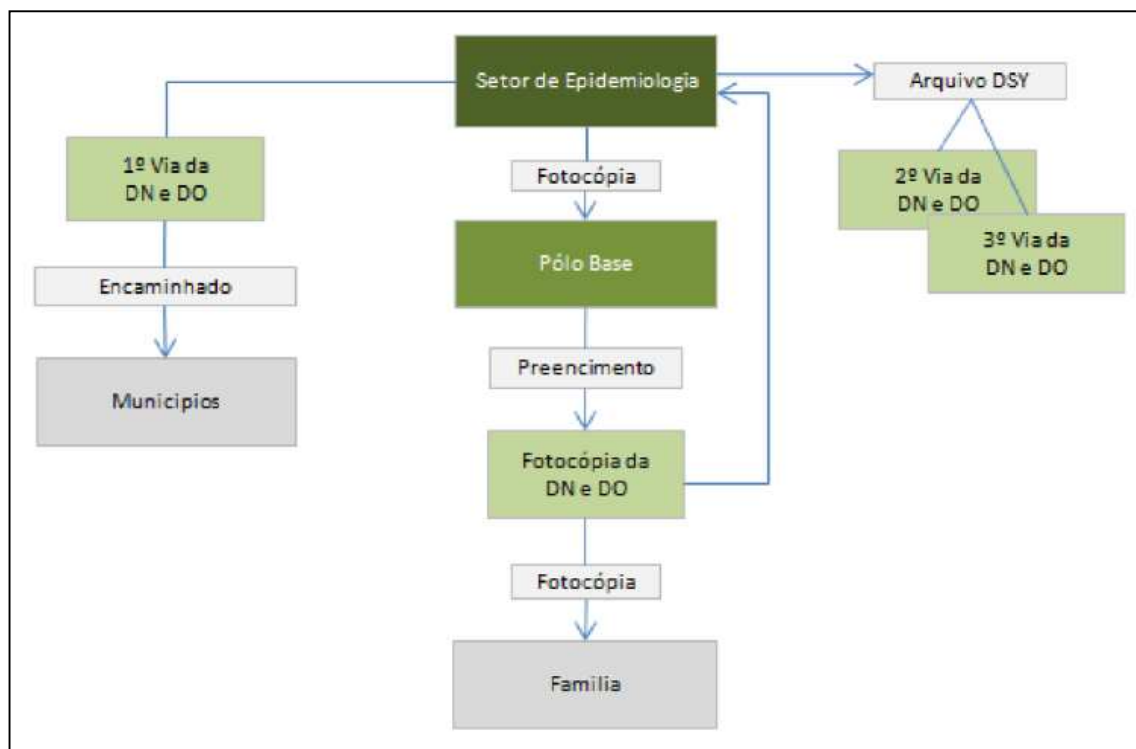
Fonte: Epidemiologia DSY - RR - 24/05/2010

Figura 8
Fluxo de coleta de dados e informações
DSY 2010



Fonte: Epidemiologia DSY - RR - 24/05/2010

Figura 9
Fluxo de Declarações de Óbitos e Nascidos Vivos
DSY 2010



Fonte: Epidemiologia DSY - RR - 24/05/2010

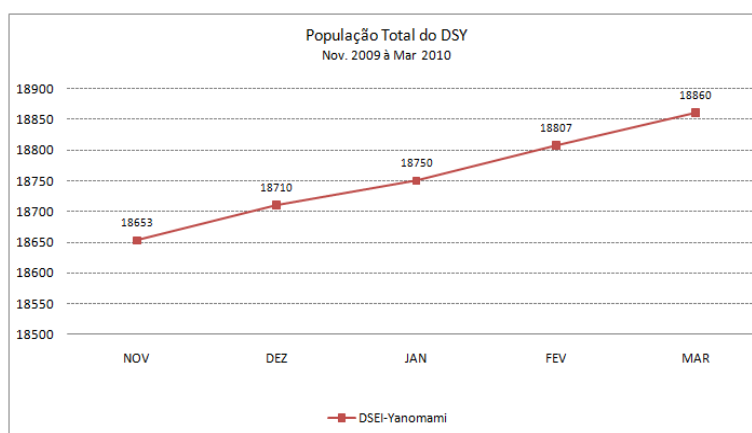
2.2 DEMOGRAFIA

Os dados de população total são obtidos a partir do censo registrado no SIASI, atualizado com a inclusão dos nascidos vivos e a exclusão dos óbitos ocorridos no período.

No período de Novembro de 2009 a Março de 2010 ocorreu um aumento absoluto de 209 indígenas na população total do DSY, representando em crescimento populacional de 1.1% em quatro meses, o que aponta uma tendência de crescimento de 0,28% ao mês e 3,3% ao ano.

A população Yanomami residente no estado de Roraima representa 62,5% do total do DSY, e apresentou um crescimento de 1,3 % nestes quatro meses, superior a população Yanomami do Amazonas que representa 37,5% da população total do DSY e onde o crescimento populacional foi de 0,7 % no período.

Gráfico 1



Fonte: SIASI: Sistema de Informação da Atenção a Saúde Indígena - 29/04/2010.

Regiões	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR
DSEI-Yanomami	18657	18714	18754	18815	18866
Roraima	11634	11670	11717	11752	11786
Amazonas	7023	7044	7037	7063	7080

Fonte: SIASI: Sistema de Informação da Atenção a Saúde Indígena: 29/04/2010.

Na distribuição da população Yanomami/Ye'kuana por faixa etária observou-se que o contingente de indígenas menores de 20 anos ultrapassa a metade da população, sendo 20% correspondente a crianças menores de 5 anos, faixa etária prioritária para a implementação dos programas tendo em vista também os elevados coeficientes de morbi-mortalidade nesta faixa etária.

Os adultos de 20 a 49 anos concentram 32,2 % da população e os acima de 50 anos 8,6 %.

Esta distribuição etária Yanomami/Ye'kuana revela a forma clássica de pirâmide com a base larga e ápice estreito, população predominantemente jovem, sem aceleração revelante do processo de envelhecimento, ainda com elevadas taxas de morbidade e mortalidade, enquadrando-se nos primeiros de estágios da transição demográfica.

Já se observa diferenças regionais no padrão de pirâmide para a população Yanomami do Amazonas, em menor número, com base mais estreita do que em Roraima, onde a base apresenta-se mais larga com predomínio maior de população menor de cinco anos.

Gráfico 2

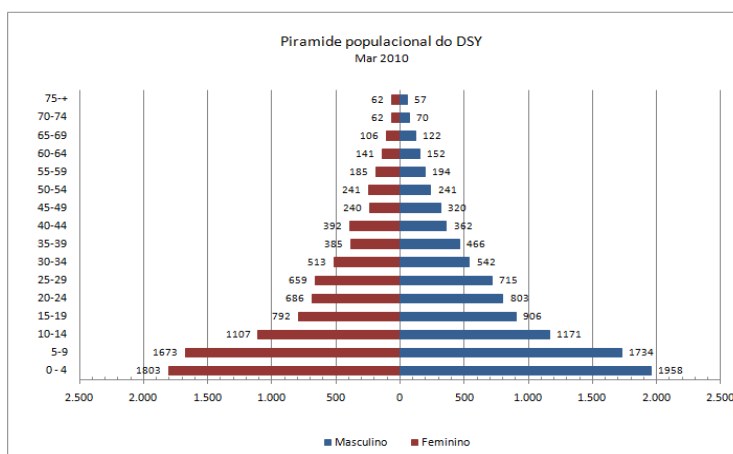


Gráfico 3

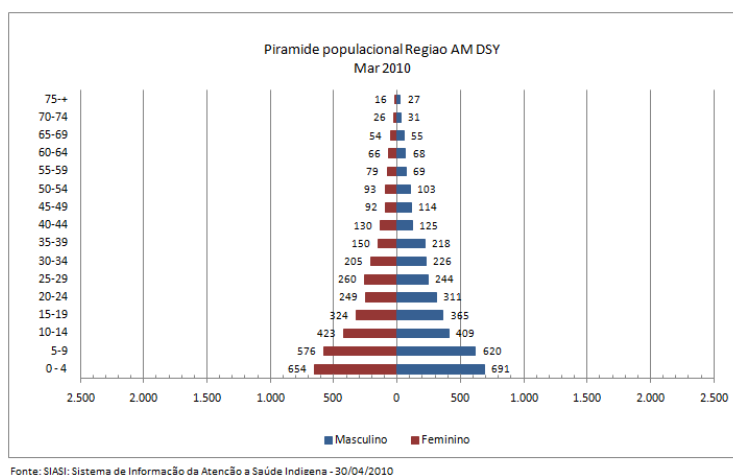
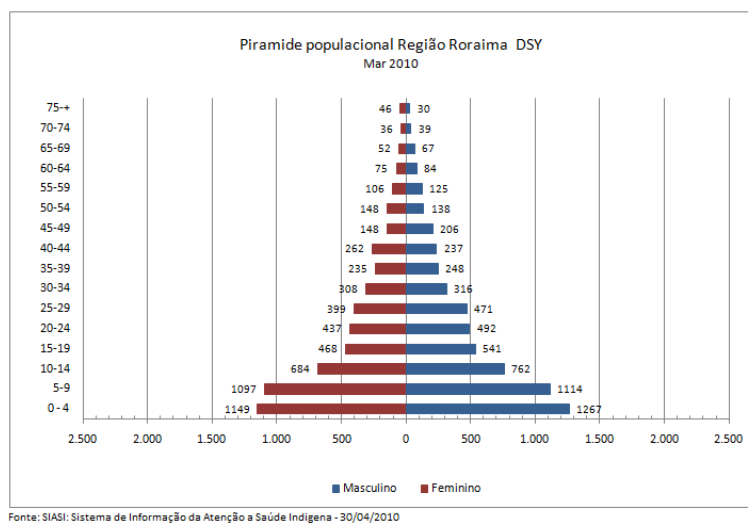


Gráfico 4



A maioria da população Yanomami no Brasil é composta por homens, o que se confirma no indicador Razão de Sexo, onde se observa a proporção de 108,5 homens para cada 100 mulheres sem diferenças significativas entre AM e RR.

A Razão de Sexo no Brasil é de 96,6 sendo na região Norte 102,2 (IBGE, 2005). Na população indígena no Brasil o quantitativo de homens é maior que mulheres (Razão de Sexo 104,1 homens para cada 100 mulheres, SIASI 2008).

Tabela 2
População Feminina e Masculina e Razão de Sexo DSY
Mar 2010

Grupo Etário	Feminino		Masculino		Total		Razão de Sexo
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
< 1 ano	350	3,87	404	4,11	754	4,00	115,43
1 à 4 anos	1453	16,06	1554	15,83	3007	15,94	106,95
5 à 9 anos	1670	18,46	1736	17,68	3406	18,06	103,95
10 à 19 anos	1899	21,00	2077	21,16	3976	21,08	109,37
20 à 49 anos	2875	31,79	3211	32,71	6086	32,26	111,69
> 50 anos	798	8,82	836	8,51	1634	8,66	104,76
Total	9045	100	9818	100	18863	100	108,55

Fonte: SIASI: Sistema de Informação da Atenção a Saúde Indígena - 30/04/2010

Conforme já referido a proporção de menores de cinco anos no DSY é de 20,4 % padrão mais elevado que a média brasileira (8,9%) e a da região Norte (12,1%), não refletindo redução dos níveis de fecundidade, principalmente no que se refere a população Yanomami de Roraima. Na região Yanomami do Amazonas observou-se uma proporção de menores de cinco anos inferior, concomitante a uma maior

proporção de idosos e onde a redução de taxa de fecundidade foi duas vezes maior do que Roraima, indicando avanço maior no processo de transição demográfica regional.

Quadro 1
Proporção de menores de 5 anos de Idade
DSY Nov 2009 à Mar 2010.

Regiões	Proporção de menores de 5 anos
DSEI-Yanomami	20,47
Roraima	21,06
Amazonas	19,50

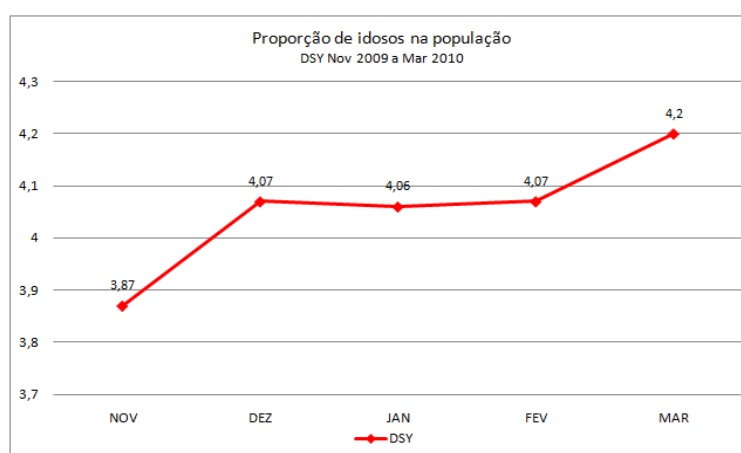
Fonte: SIASI: Sistema de Informação da Atenção a Saúde Indígena - 29/04/2010.

A proporção de pessoas de 60 anos e acima disto, apresentou tendência ascendente no período de novembro de 2009 (3,86), a Março de 2010 (4,20), apresentando um aumento do número absoluto de indígenas categorizados nesta faixa etária, de idosos na população em torno de 8,7% no período analisado.

A proporção de idosos na população indígena brasileira foi de 12,5 (SIASI 2008).

A maior proporção de idosos Yanomami se encontra na região do Amazonas 4,95% contra 3,74 na região de Roraima, chamando atenção para as diferenças regionais no processo de transição demográfica e a necessidade de implementação de atividades de assistência ao idoso, mais evidente na região do Amazonas.

Gráfico 5



Fonte.: SIASI - Sistema de Informação da Atenção a Saúde Indígena - 29/04/2010

Regiões	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR
DSEI-Yanomami	3,87	4,07	4,06	4,07	4,20
Roraima	3,32	3,59	3,60	3,60	3,75
Amazonas	4,77	4,86	4,82	4,85	4,95

Fonte: SIASI: Sistema de Informação da Atenção a Saúde Indígena - 29/04/2010.

2.3 NATALIDADE

Conforme tabela abaixo, ocorreram 336 nascimentos no período de novembro de 2009 a março de 2010, com predominância do sexo masculino (50,8%). Houve registro de somente 3 nascidos mortos (2 sexo feminino), sendo que entre os nascidos vivos (333), houve predominância do sexo masculino (51%).

Tabela 3
Nascimentos no DSY
Nov 2009 à Mar 2010.

Período	Nasc. Vivos			Nascidos Mortos			Total Nasc.		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
nov/09	44	32	76	1	0	1	45	32	77
dez/09	30	38	68	0	1	1	30	39	69
jan/10	36	36	72	0	0	0	36	36	72
fev/10	34	28	62	0	1	1	34	29	63
mar/10	26	29	55	0	0	0	26	29	55
Total	170	163	333	1	2	3	171	165	336

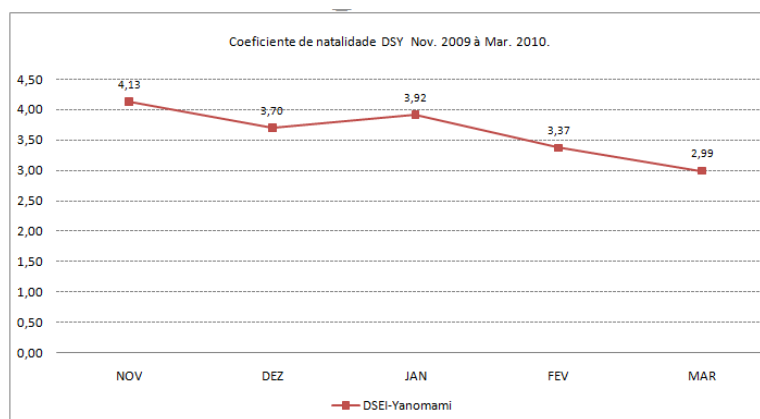
Fonte.: SIASI - Sistema de Informação da Atenção a Saúde Indígena - 29/04/2010

O coeficiente de natalidade no período de Novembro 2009 a Março 2010 foi de 1,81 para 1000 habitantes, com tendência decrescente no decorrer destes quatro meses.

Os dados padronizados indicam as diferenças regionais, sendo que a região de Roraima apresenta os mais elevados níveis médios de natalidade 3,14, e a região do Amazonas o nível médio mais reduzido 2,74.

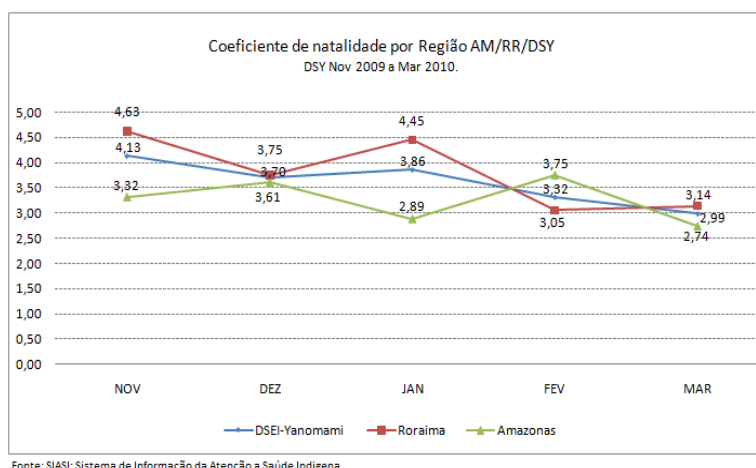
Verifica-se curiosamente, flutuações mensais antagônicas entre os coeficientes de natalidade do Amazonas e de Roraima.

Gráfico 6



Fonte.: SIASI - Sistema de Informação da Atenção a Saúde Indígena - 29/04/2010

Gráfico 7



2.4 MORTALIDADE

2.4.1 MORTALIDADE GERAL E INFANTIL

Ocorreram 61 óbitos no período de novembro a março, atribuindo um Coeficiente de Mortalidade Geral (CMG) de 3,3 óbitos por 1000 habitantes ao DSY como um todo neste período. Entre a população de 391 Yekuana ocorreu um óbito, sendo o CMG de 3,6 por 1000 habitantes.

Do total geral destes 61 óbitos ocorridos, 37 (60,6%) foram de crianças menores de um ano, o que determina um Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) de 194,6 óbitos por 1000 nascidos vivos para o DSY referente ao período novembro de 2009 a março de 2010.

Verifica-se também que este indicador apresenta-se com níveis diferenciados na população Yanomami do Amazonas, onde esta taxa é significativamente maior.

No mesmo período referente ao ano anterior ocorreram 79 óbitos gerais, CMG de 4,3 óbitos p/ 1000 habitantes, verificando-se, portanto uma redução de 22,7% nos óbitos neste último período analisado.

Entretanto no período de novembro de 2009 a março de 2010 houve incremento de dois óbitos infantis (5,7%) em relação ao mesmo período anterior, bem como o incremento do CMI de 90,6 para 111,1 chamando atenção para priorizar a

implementação efetiva das atividades do Programa de Saúde da Criança e Vigilância Alimentar e Nutricional para esta faixa etária.

A série histórica do CMI apresentou tendência de redução nos últimos três anos ainda em patamares elevados, conforme **Gráfico 8**.

Considerando as diferenças regionais, houve relativo equilíbrio no quantitativo da ocorrência dos óbitos gerais em Roraima (31) e Amazonas (30), entretanto em relação aos óbitos em menores de ano observa-se predomínio de 59,5 % de mortes infantis no Amazonas (22), comparativamente a 40,5% da região de Roraima (15).

Neste último período, observa-se incremento do CMG nos três primeiros meses e tendência de redução a partir de fevereiro, o mesmo se observando para o CMI, o que pode estar refletindo o processo inicial de estruturação de assistência e conseqüente impacto nos indicadores.

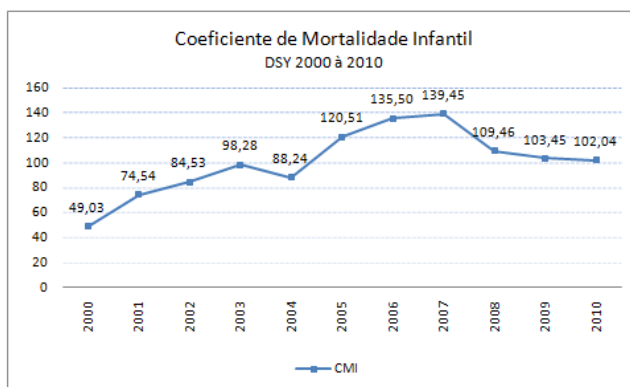
Em relação a mortalidade infantil e seus componentes, observou-se como mais elevada a taxa de mortalidade neonatal precoce, relativa ao óbitos ocorridos em até 6 dias após o nascimento, que representaram 67,5% das mortes em menores de 1 ano no período, relacionado principalmente a assistência ao parto e pré-natal.

Tabela 4
Coeficiente de Mortalidade Geral e Coeficiente de Mortalidade Infantil
DSY e Regiões

Mês	Nº de Óbitos Geral			CMG			Nº de Óbitos < 1 ano			CMI		
	RR	AM	DSEI-Y	RR	AM	DSEI-Y	RR	AM	DSEI-Y	RR	AM	DSEI-Y
nov/08	3	2	5	0,27	0,29	0,28	2	1	3	48,78	29,41	40,00
dez/08	13	14	27	1,15	2,04	1,49	7	8	15	106,06	222,22	147,06
jan/09	12	5	17	1,06	0,73	0,94	3	3	6	53,57	107,14	71,43
fev/09	5	6	11	0,44	0,87	0,61	1	1	2	24,39	35,71	28,99
mar/09	8	11	19	0,71	1,60	1,05	4	5	9	173,91	151,52	160,71
Total	41	38	79	3,63	5,54	4,36	17	18	35	74,89	113,21	90,67
nov/09	7	5	12	0,61	0,72	0,65	4	5	9	75,47	217,39	118,42
dez/09	7	8	15	0,61	1,15	0,82	4	5	9	93,02	200,00	132,35
jan/10	9	8	17	0,79	1,15	0,92	3	5	8	57,69	250,00	111,11
fev/10	8	7	15	0,70	1,01	0,82	4	5	9	111,11	192,31	145,16
mar/10	0	2	2	0,00	0,29	0,11	0	2	2	0,00	105,26	36,36
Total	31	30	61	2,71	4,33	3,32	15	22	37	68,18	194,69	111,11

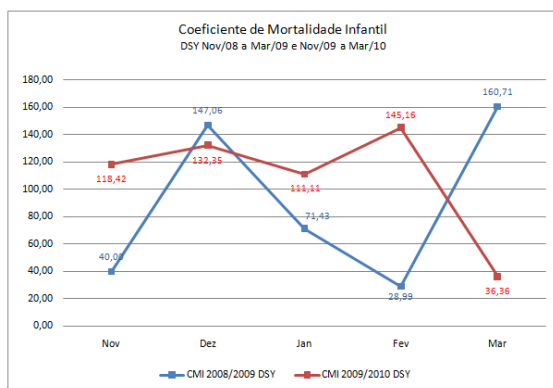
Fonte: SIASI: Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena - 29/04/2010

Gráfico 8



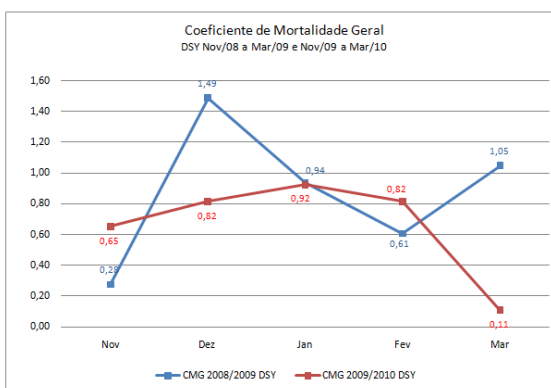
Fonte.: SIASI - Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena - 29/04/2010

Gráfico 9



Fonte: SIASI - Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena - 29/04/2010

Gráfico 10



Fonte: SIASI - Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena - 29/04/2010

Tabela 5

Mortalidade Infantil e seus componentes
DSY Nov 2009 à Mar 2010

Mês	Nº de Óbitos de 0 a 6 dias + Óbitos fetais			Taxa Mortalidade Perinatal			Nº de Óbitos 0 - 6 dias			Taxa Mortalidade Neonatal Precoce			Nº de Óbitos 7 a 27 dias			Taxa Mortalidade Neonatal Tardia			Nº de Óbitos de 28 a 364 dias			Taxa Mortalidade Neonatal Pós-			Nº de Óbitos < 1 ano			CMI		
	RR	AM	DSEI-Y	RR	AM	DSEI-Y	RR	AM	DSEI-Y	RR	AM	DSEI-Y	RR	AM	DSEI-Y	RR	AM	DSEI-Y	RR	AM	DSEI-Y	RR	AM	DSEI-Y	RR	AM	DSEI-Y			
nov/09	0	4	4	0,00	173,91	52,63	0	4	4	0,00	173,91	52,63	2	1	3	37,74	43,48	39,47	2	0	2	37,74	0,00	26,32	4	5	9	75,47	217,39	118,42
dez/09	2	4	6	46,51	160,00	88,24	2	4	6	46,51	160,00	88,24	0	1	1	0,00	40,00	14,71	2	0	2	46,51	0,00	29,41	4	5	9	93,02	200,00	132,35
jan/10	2	5	7	38,46	250,00	97,22	2	5	7	38,46	250,00	97,22	1	0	1	19,23	0,00	13,89	0	0	0	0,00	0,00	0,00	3	5	8	57,69	250,00	111,11
fev/10	1	5	6	27,78	138,89	96,77	1	5	6	27,78	138,89	96,77	0	0	0	0,00	0,00	0,00	3	0	3	83,33	0,00	48,39	4	5	9	111,11	192,31	145,16
mar/10	0	2	2	0,00	55,56	36,36	0	2	2	0,00	105,26	36,36	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0	2	2	0,00	105,26	36,36
Total	5	20	25	22,73	17,70	75,08	5	20	25	22,73	221,24	75,08	3	2	5	13,64	17,70	15,02	7	0	7	31,82	0,00	21,02	15	22	37	68,18	194,69	111,11

Fonte: SIASI - Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena - 29/04/2010

2.4.2 MORTALIDADE PROPORCIONAL

Do total de 61 óbitos, 37 (60,6%) foram em menor de 1 ano, 6 (9,8%) de 1 à 4 anos e 11 (18%) na população com mais de 50 anos de idade.

Segundo classificação de Mortalidade de Nelson de Moraes de associação do tipo de curva de mortalidade proporcional com níveis de saúde de uma população o padrão Yanomami

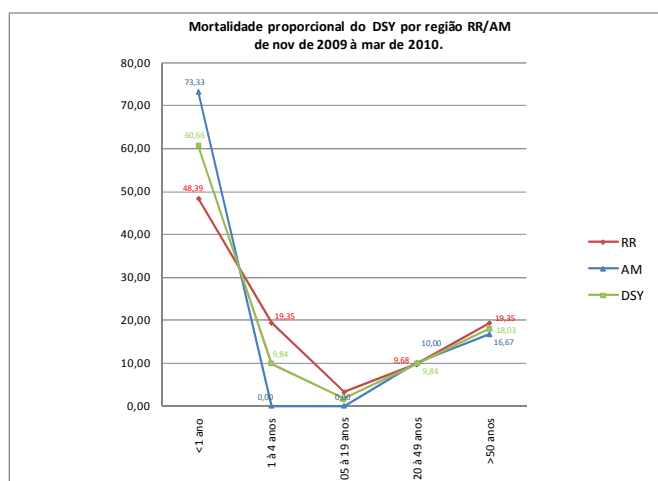
enquadra-se com do tipo II, com nível de saúde baixo, com predomínio de óbitos infantis e pré-escolares, situação mais exarcebada na região Yanomami de Roraima.

Tabela 6
Óbitos e Mortalidade Proporcional
DSY por Região Nov 2009 a Mar 2010

Grupo Etário	Óbitos de novembro de 2009 à março de 2010.					
	AM	%	RR	%	DSY	%
<1 ano	22	73,33	15	48,39	37	60,66
1 à 4 anos	0	0,00	6	19,35	6	9,84
5 à 9 anos	0	0,00	0	0,00	0	0,00
10 à 19 anos	0	0,00	1	3,23	1	1,64
20 à 49 anos	3	10,00	3	9,68	6	9,84
>50 anos	5	16,67	6	19,35	11	18,03
Total	30	100,00	31	100,00	61	100,00

Fonte: SIASI: Sistema de Informação da Atenção a Saúde Indígena - 29/04/2010.

Gráfico 11



Fonte: SIASI: Sistema de Informação da Atenção a Saúde Indígena - 30/04/2010

2.4.3 CAUSAS DE MORTE

Em relação às causas de morte ocorridas no DSY como um todo, segundo grandes capítulos do CID, confirma-se a predominância das causas externas (47,5%), devido principalmente aos infanticídios, seguido das mortes mal definidas e sem assistência (14,7%), doenças do aparelho respiratório (11,4%) e as afecções perinatais (8,2%).

A principal causa de morte em menores de um ano foi devido às causas externas (infanticídios), totalizando 22 óbitos, responsáveis por 59%, sendo que 48% destes ocorreram na região do Amazonas e 26% em Roraima. A abordagem deste

agravo reveste-se de características particulares, tendo em vista este hábito tradicionalmente adotado pelos Yanomami, onde a mãe detém todo poder de decisão sobre este procedimento.

Em segundo lugar, nesta faixa etária, ocorreram 5 óbitos por afecções perinatais, 4 por doenças respiratórias e 2 por doenças infecto-parasitárias. Não há registro de óbitos na faixa etária de 5 a 19 anos.

Ressalte-se o registro de 4 óbitos por causa externa (66%) na faixa etária de 20 a 49 anos e 6 mortes mal definidas entre as 10 registradas em indígenas com mais de 50 anos.

Tabela 7
Mortalidade por Grupo de Causa E Faixa Etária
DSY Nov 2009 à Mar 2010

Faixa Etária	DSEI - Yanomami										Total
	I	II	IV	IX	X	XI	XVI	XVII	XVIII	XX	
< 1	2	0	1	1	4	0	5	1	1	22	37
1 - 4 anos	2	0	1	0	1	0	0	0	1	1	6
5 - 9 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10 - 19 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
20 - 49 anos	0	2	0	0	0	0	0	0	0	4	6
>= 50 anos	0	0	0	0	2	1	0	0	7	1	11
Total	4	2	2	1	7	1	5	1	9	29	61

Fonte: SIASI: Sistema de Informação da Atenção a Saúde Indígena - 29/04/2010

Tabela 8
Mortalidade por grupo de causa
DSY Região de Roraima Nov 2009 à Mar 2010

Faixa Etária	Roraima										Total
	I	II	IV	IX	X	XI	XVI	XVII	XVIII	XX	
< 1	2	0	1	1	4	0	2	1	1	3	15
1 - 4 anos	2	0	1	0	1	0	0	0	1	1	6
5 - 9 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10 - 19 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
20 - 49 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3
>= 50 anos	0	0	0	0	1	0	0	0	5	0	6
Total	4	0	2	1	6	0	2	1	7	8	31

Fonte: SIASI: Sistema de Informação da Atenção a Saúde Indígena - 29/04/2010

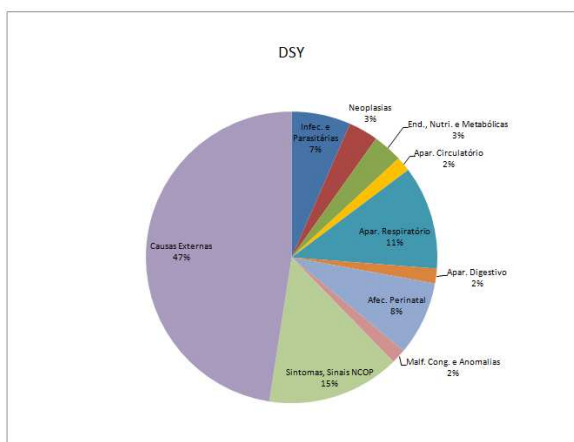
Tabela 9
Mortalidade por Grupo de Causa do
DSY Região do Amazonas Nov 2009 à Mar 2010

Faixa Etária	Amazonas										Total
	I	II	IV	IX	X	XI	XVI	XVII	XVIII	XX	
< 1	0	0	0	0	0	0	3	0	0	19	22
1 - 4 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5 - 9 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10 - 19 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20 - 49 anos	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	3
>= 50 anos	0	0	0	0	1	1	0	0	2	1	5
Total	0	2	0	0	1	1	3	0	2	21	30

Fonte: SIASI: Sistema de Informação da Atenção a Saúde Indígena - 29/04/2010

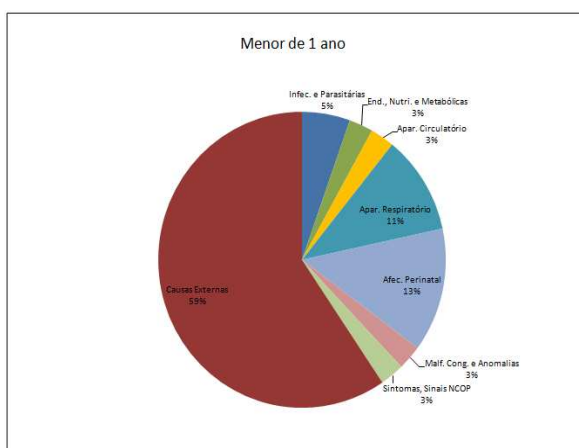
Mortalidade por Grupo de Causa DSY Nov 2009 à Mar 2010

Gráfico 12



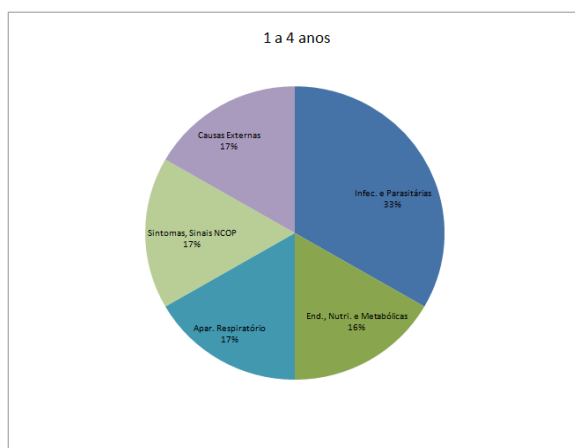
Fonte: SIASI: Sistema de Informação da Atenção e Saúde Indígena - 29/04/2010

Gráfico 13



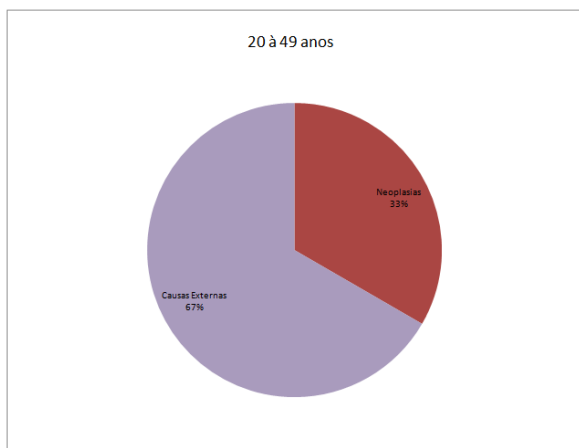
Fonte: SIASI: Sistema de Informação da Atenção e Saúde Indígena - 29/04/2010

Gráfico 14



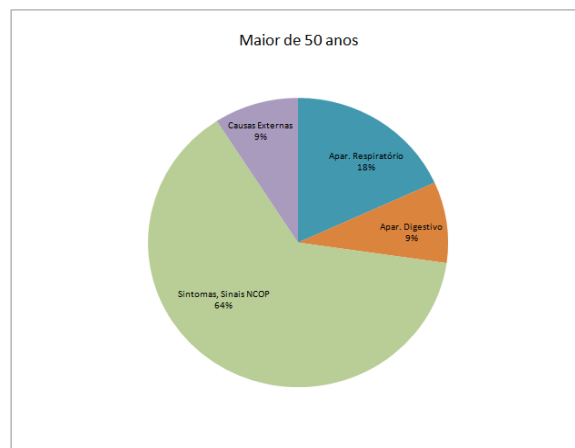
Fonte: SIASI: Sistema de Informação da Atenção e Saúde Indígena - 29/04/2010

Gráfico 15



Fonte: SIASI: Sistema de Informação da Atenção e Saúde Indígena - 29/04/2010

Gráfico 16



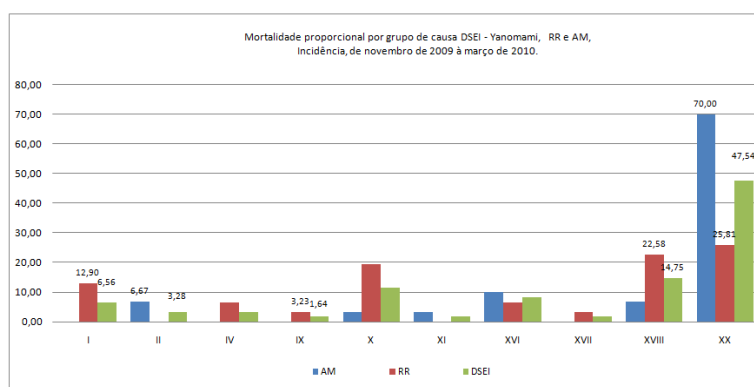
Fonte: SIASI: Sistema de Informação da Atenção e Saúde Indígena - 29/04/2010

Tabela 10
Mortalidade por grupo de causa
DSY e regiões Nov 2009 à Mar 2010

Capítulo CID-10	Descrição do Capítulo CID-10	Nº Absoluto			%		
		AM	RR	DSEI	AM	RR	DSEI
I	Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias	0	4	4	0,00	12,90	6,56
II	Neoplasias (Tumores)	2	0	2	6,67	0,00	3,28
IV	Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	0	2	2	0,00	6,45	3,28
IX	Doenças do Aparelho Circulatório	0	1	1	0,00	3,23	1,64
X	Doenças do Aparelho Respiratório	1	6	7	3,33	19,35	11,48
XI	Doenças do Aparelho Digestivo	1	0	1	3,33	0,00	1,64
XVII	Algumas Afecções Originadas no Período Perinatal	3	2	5	10,00	6,45	8,20
XVII	Malformações Congênitas, Deformidades e Anomalias Cromossômicas	0	1	1	0,00	3,23	1,64
XVIII	Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos	2	7	9	6,67	22,58	14,75
XX	Causas Externas de Morbidade e Mortalidade	21	8	29	70,00	25,81	47,54
Total		30	31	61	100,00	100,00	100,00

Fonte: SIASI: Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena - 29/04/2010

Gráfico 17



Fonte: SIASI: Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena - 29/04/2010

2.5 MORBIDADE

Considerando o número absoluto de agravos, segundo demanda de atendimentos dos pólos-base registrada no SIASI, foram notificados 31.257 morbidades no período de novembro, 2009 a março de 2010. Aproximadamente 60% desta demanda procede da região de Roraima e 40% do Amazonas.

Na estratificação da morbidade, segundo grandes grupos de causas, observa-se que a maioria destes (35%), foram classificados como sinais e sintomas mal definidos, o que pode estar relacionado a insuficiência diagnóstica de campo, mesmo a do profissional médico, os quais recentemente foram contratados.

Em segundo lugar, com incidência de 347,2 p/1000 hab., aparecem as doenças do aparelho respiratório (20%), de ocorrência predominante nas crianças menores de 5 anos (49,6% do total das doenças respiratórias registradas), e também causa importante de mortalidade nesta faixa etária. Em terceiro, com incidência de 229,5 p/1000 hab., aparecem as doenças infecto-parasitárias (13,5%) de maior ocorrência

em crianças pós desmame de 1 a 4 anos e a seguir, as doenças dos aparelhos osteomuscular e tecido conjuntivo (7,9%), predominante na faixa etária de 20 a 49 anos, relacionados principalmente aos traumatismos e mialgias.

Este perfil de ocorrência de agravos é semelhante comparando as duas regiões (Amazonas e Roraima).

Tabela 11
Morbidade por Grupo de Causa
DSY Nov 2009 à Mar 2010

Faixa Etária	DSEI-Yanomami Capítulo - CID-10																				Total
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	XVI	XVIII	XIX	XX	XXI	
<1 ano	393	0	1	14	0	0	317	13	0	959	10	101	7	3	0	1	429	27	3	74	2352
1 - 4 anos	1300	0	9	27	0	1	414	49	2	2217	75	326	14	20	0	0	1598	167	13	167	6399
5 - 9 anos	761	0	5	36	0	0	234	61	0	980	123	205	27	8	0	0	1239	171	19	19	3888
10 - 19 anos	523	0	4	37	1	7	215	96	0	674	209	123	185	59	8	0	1644	278	30	170	4263
20 - 49 anos	902	2	25	44	0	15	366	120	7	1154	402	201	1363	248	33	0	4566	559	57	377	10441
>=50 anos	343	0	7	22	0	10	175	45	9	405	89	51	867	50	1	0	1635	149	16	40	3914
Total	4222	2	51	180	1	33	1721	384	18	6389	908	1007	2463	388	42	1	11111	1351	138	847	31257

Fonte: SIASI: Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena - 29/04/2010

Tabela 12
Morbidade por Grupo de Causa
DSY Região de RR Nov 2009 à Mar 2010

Faixa Etária	Roraima Capítulo - CID-10																				Total
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	XVI	XVIII	XIX	XX	XXI	
<1 ano	221	0	0	9	0	0	215	7	0	638	9	66	5	2	0	1	257	17	1	68	1516
1 - 4 anos	636	0	8	11	0	1	237	38	2	1336	43	208	7	14	0	0	944	101	7	157	3750
5 - 9 anos	389	0	3	15	0	0	129	34	0	617	79	148	16	7	0	0	764	95	13	13	2322
10 - 19 anos	271	0	1	16	1	7	118	54	0	370	100	78	117	33	4	0	1025	158	15	118	2486
20 - 49 anos	402	0	12	8	0	15	214	54	4	679	231	134	887	152	16	0	2914	317	27	231	6297
>=50 anos	126	0	1	5	0	10	91	30	6	207	36	33	475	23	1	0	1023	91	9	20	2187
Total	2045	0	25	64	1	33	1004	217	12	3847	498	667	1507	231	21	1	6927	779	72	607	18558

Fonte: SIASI: Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena - 29/04/2010

Tabela 13
Morbidade por Grupo de Causa
DSY Região do AM Nov 2009 à Mar 2010

Faixa Etária	Amazonas Capítulo - CID-10																				Total
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	XVI	XVIII	XIX	XX	XXI	
<1 ano	172	0	1	5	0	0	102	6	0	321	1	35	2	1	0	0	172	10	2	6	836
1 - 4 anos	664	0	1	16	0	0	177	11	0	881	32	118	7	6	0	0	654	66	6	10	2649
5 - 9 anos	372	0	2	21	0	0	105	27	0	363	44	57	11	1	0	0	475	76	6	6	1566
10 - 19 anos	252	0	3	21	0	0	97	42	0	304	109	45	68	26	4	0	619	120	15	52	1777
20 - 49 anos	500	2	13	36	0	0	152	66	3	475	171	67	476	96	17	0	1652	242	30	146	4144
>=50 anos	217	0	6	17	0	0	84	15	3	198	53	18	392	27	0	0	612	58	7	20	1727
Total	2177	2	26	116	0	0	717	167	6	2542	410	340	956	157	21	0	4184	572	66	240	12699

Fonte: SIASI: Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena - 29/04/2010

Tabela 14
Morbidade e Incidência por Grupo de Causa
 DSY Nov 2009 à Mar 2010

Capítulo	DSEI-Yanomami Descrição do Capítulo CID-10	Morbidade Nº Absoluto			Incidência		
		AM	RR	DSY	AM	RR	DSY
I	Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias	2177	2045	4222	314,05	178,48	229,58
II	Neoplasias (Tumores)	2	0	2	0,29	0,00	0,11
III	Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoéticos e Alguns Transtornos Imunitários	26	25	51	3,75	2,18	2,77
IV	Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	116	64	180	16,73	5,59	9,79
V	Transtornos Mentais e Comportamentais	0	1	1	0,00	0,09	0,05
VI	Doenças do Sistema Nervoso	0	33	33	0,00	2,88	1,79
VII	Doenças do Olho e Anexos	717	1004	1721	103,43	87,62	93,58
VIII	Doenças do Ouvido e da Apófise Mastóide	167	217	384	24,09	18,94	20,88
IX	Doenças do Aparelho Circulatório	6	12	18	0,87	1,05	0,98
X	Doenças do Aparelho Respiratório	2542	3847	6389	366,71	335,75	347,42
XI	Doenças do Aparelho Digestivo	410	498	908	59,15	43,46	49,37
XII	Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo	340	667	1007	49,05	58,21	54,76
XIII	Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo	956	1507	2463	137,91	131,52	133,93
XIV	Doenças do Aparelho Geniturinário	157	231	388	22,65	20,16	21,10
XV	Gravidez, Parto e Puerpério	21	21	42	3,03	1,83	2,28
XVI	Algumas Afecções Originadas no Período Perinatal	0	1	1	0,00	0,09	0,05
XVIII	Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório não Classificados em outra Parte	4184	6927	11111	603,58	604,56	604,19
XIX	Lesões, Envenenamento e Algumas Outras Consequências de Causas Externas	572	779	1351	82,52	67,99	73,46
XX	Causas Externas de Morbidade e Mortalidade	66	72	138	9,52	6,28	7,50
XXI	Fatores que Influenciam o Estado de Saúde e o Contato com os Serviços de Saúde	240	607	847	34,62	52,98	46,06
Total		12699	18558	31257	1831,94	1619,65	1699,67

Fonte: SIASI: Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena - 29/04/2010

3. COBERTURA E REFERÊNCIA ASSISTÊNCIAL

O DSY conta com 495 profissionais da área técnica de saúde que foram contratados a partir de novembro de 2009 pela organização não governamental Missão Evangélica Caiuá, que compõem o quadro das Equipes Multidisciplinares de Saúde do DSY.

Tabela 15
Quadro de Profissionais Contratados pela Missão Caiuá
DSY Nov 2009 a Mar 2010

Regiões	DSEI-Yanomami					Total Caiuá
	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	
Agente de Vigilância Ambiental	13	11	3	1	2	30
Agente Indígena de Saúde - AIS	0	0	9	75	100	184
Agente indígena de Saneamento - AISAN	0	0	-	3	3	6
Assistente Social	-	-	-	1	-	1
Auxiliar de Consultório Dentário	-	-	1	-	3	4
Enfermeiro I	3	1	-	-	-	4
Enfermeiro II	13	6	2	2	-	23
Farmacêutico/Bioquímico	1	-	-	-	-	1
Médico	-	-	1	-	-	1
Nutricionista	1	-	-	-	-	1
Odontólogo I	-	-	1	-	-	1
Odontólogo II	-	-	1	1	4	6
Técnico de Laboratório	3	2	-	-	1	6
Técnico de Radiologia	1	-	-	-	-	1
Técnico de Enfermagem I	2	3	-	-	-	5
Técnico de Enfermagem II	139	45	18	11	8	221
Total de contratados por mês	176	68	36	94	121	495

No período de novembro de 2009 à março de 2010, há registro de 28.753 atendimentos pelas equipes multidisciplinares de saúde, nas quais foram detectados 31.257 agravos, em um universo de 19.271 pessoas (consultas e acompanhamentos).

A maioria destas atividades foi realizada pelos técnicos de enfermagem, com pouca notificação de atendimento dos AIS e médico, devido suas contratações recentes ou em andamento.

Conforme dados comparativos em relação ao mesmo período do ano anterior (tabela abaixo), observa-se incremento significativo destas atividades assistenciais em área. O número de atendimentos aumentou em 124,4%, a quantidade de casos

detectados cresceu 128,8% e o número de pessoas atendidas aumentou 11,5% no período de novembro de 2009 a março de 2010.

Demanda de atendimentos, Casos e Pessoas
DSY Nov 2008 a Mar 2009 / Nov 2009 a Mar 2010

Tabela 16

Período - 11/2008 a 03/2009			
Mês	Qnt. de atendimentos	Qnt. de casos	Qnt. de pessoas
Nov	2565	2724	1882
Dez	3683	3889	2642
Jan	2209	2318	1528
Fev	2209	2376	1607
Mar	2147	2349	1452
Total	12813	13656	9111

Tabela 17

Período - 11/2009 a 03/2010			
Mês	Qnt. de atendimentos	Qnt. de casos	Qnt. de pessoas
Nov	5728	6100	4027
Dez	5175	5575	3519
Jan	3959	4421	2801
Fev	5564	5957	3821
Mar	8327	9204	5103
Total	28753	31257	19271

Obs.: Dados dos pólos, aldeias e CASAI-RR.

A contratação de uma médica a partir de dezembro de 2009 foi de fundamental importância para a redução das remoções de pacientes de área, através do serviço de interconsultas via radiofonia, bem como pelos atendimentos prestados, o que contribuiu para melhoria da resolutividade em área. À partir de abril de 2010, outro médico foi contratado pela CAIUÁ.

Tabela 18

Atividades de Assistência Médica
Nov 2009 a Mar 2010

Indicadores de Cobertura				
Mês	Interconsultas	Consultas	Pólo Base	Total
NOV	-	-	-	0
DEZ	105	-	-	105
JAN	115	-	-	115
FEV	102	106	AUARIS	208
MAR	104	110	XITEI	317
ABR	30	75	MARARI	105
MAI	63	205	TOOTOTOBÍ	268
	37	105	AUARIS	142
TOTAL	513	536	6	1049

PROF. RESPONSÁVEL.: DR^a ROSIMARY

A CASAI acolheu 355 pacientes de janeiro a março com média de 405 acompanhantes. Na Rede do SUS, 41 pacientes foram internados, 147 consultas e 145 exames realizados.

Tabela 19
Tabela de Atendimentos
CASAI Jan 2010 a Mar 2010

Atendimentos Realizados pelas CASAI/RR				
Categorias	Jan	Fev	Mar	Total
Atendimentos	62	62	63	187
Procedimentos	113	74	145	332
Total de pacientes acolhidos	123	115	117	355
Média de acompanhantes	146	134	125	405

Fonte.: CASAI-RR/SAME - 29/04/2010

Tabela 20
Tabela de Atendimentos
SUS Jan 2010 a Mar 2010

Atendimentos Realizados pelo SUS				
Categorias	Jan	Fev	Mar	Total
Consultas	33	41	73	147
Exames	39	40	66	145
Internação	11	10	20	41
Total	83	91	159	333

Fonte.: CASAI-RR/SAME - 29/04/2010

A estratificação destas atividades de cobertura assistencial no DSY, segundo local de atendimento conforme tabela abaixo, revela que 68,3% foram realizadas na sede dos pólos-base e 31,7% nas próprias comunidades, refletindo cobertura insatisfatória de ponta nas aldeias, o que determina baixa implementação das visitas domiciliares, atividades comunitárias de prevenção e controle, bem como a resolutividade dos problemas de saúde.

Casos, Pessoas e Atendimentos no DSY, Pólos-Base e Aldeias
DSY Nov 2009 a Mar 2010

Tabela 21

Total de casos, pessoas e atendimentos no DSY			
Mês	Qnt. de casos	Qnt. de pessoas	Qnt. de atendimentos
Nov	6100	4478	5728
Dez	5575	3839	5175
Jan	4421	3016	3959
Fev	5957	4102	5564
Mar	9204	5721	8327
Total	31257	21156	28753

Fonte.: Siasi - Sistema de Informação da Atenção à Saúde indígena - 29/04/2010

Tabela 22

Total de casos, pessoas e atendimentos nos Pólos-base do DSY			
Mês	Qnt. de casos	Qnt. de pessoas	Qnt. de atendimentos
Nov	4091	2828	3795
Dez	4093	2797	3810
Jan	2444	1572	2162
Fev	4298	2814	4043
Mar	6760	4083	6156
Total	21686	14094	19966

Fonte.: Siasi - Sistema de Informação da Atenção a Saúde indígena - 29/04/2010

Tabela 23

Total de casos, pessoas e atendimentos nas Aldeias do DSY			
Mês	Qnt. de casos	Qnt. de pessoas	Qnt. de atendimentos
Nov	2009	1650	1933
Dez	1482	1042	1365
Jan	1977	1444	1797
Fev	1659	1288	1521
Mar	2444	1638	2171
Total	9571	7062	8787

Fonte.: Siasi - Sistema de Informação da Atenção a Saúde indígena - 29/04/2010

Os exames laboratoriais básicos são realizados em área por 6 técnicos de laboratório que efetivaram 823 exames no período de dezembro de 2009 à março de 2010 com irregular produtividade mensal conforme discriminação abaixo.

Tabela 24
Exames Laboratoriais Realizados
DSY – RR Dez 2009 a Mar 2010

Exames	Dez	Jan	Fev	Mar	Total
EPF	-	4	151	9	164
EAS	-	77	130	17	224
HEMOGRAMA	-	9	60	-	69
TB	17	30	129	62	238
LTA	-	8	14	-	22
GLIGOSE	-	8	7	-	15
T. GRAVIDEZ	-	75	2	-	77
SECREÇÃO VAGINAL (GRAN) SEIDMENTO	-	-	1	-	1
SÍFILIS	-	-	-	13	13
Total	17	211	494	101	823

Obs.: Dados parciais até a 1ª quinzena de março de 2010.

4. AVALIAÇÃO DOS PROGRAMAS DE SAÚDE E SERVIÇOS

4.1 PROGRAMA SAÚDE DA CRIANÇA

Ariane Nascimento

O programa saúde da criança tem como propósito monitorar os agravos e morbidades prevalentes na infância, planejar ações referentes a estes agravos, incluindo treinamentos de profissionais de saúde da atenção básica como técnicos de enfermagem e agentes indígenas de saúde, bem como monitorar a cobertura vacinal das crianças de 0 a 5 anos, com propósito de sua eficácia.

Conforme dados demográficos as crianças de 0 a 5 anos representam 20,4% do total de população e também constituem o grupo de maior índice de mortalidade, principalmente devido ao infanticídio, doenças respiratórias agudas e gastroenterites.

Aspectos sócio-culturais são fatores determinantes na ocorrência de determinados agravos, como o infanticídio, hábito tradicionalmente utilizado como método de controle familiar, onde é restrita a intervenção das equipes de saúde.

As doenças respiratórias e gastroenterites são agravos passíveis de intervenções, apesar das características dos hábitos de higiene, alimentares, moradia, migração, convívio comunitário e fatores climáticos.

Neste sentido, o programa saúde da criança trabalha educação em saúde para este grupo prioritário, bem como monitora os casos de doenças diarréicas agudas e doenças respiratórias (influenza), assim como realiza treinamentos dos profissionais que trabalham na ponta nas questões de seguir protocolo das doenças, detectar os sinais e sintomas, assim como preencher formulários para coletas de dados.

Através da notificação semanal, que é repassada via radiofonia, são monitoradas pela gerência do programa todos os casos de Síndrome Gripal (SG) e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e doenças diarréicas por pólo base, e desta forma é alimentado o sistema web da influenza e planilha do COMOIA implantado no DSY.

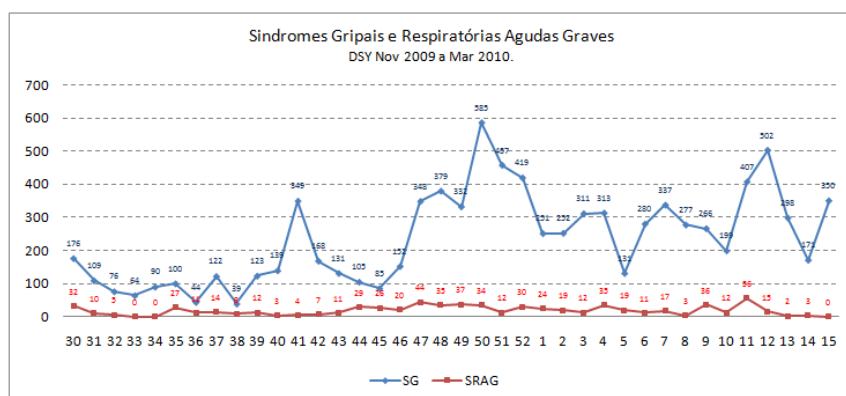
O programa de monitoramento da influenza de casos de Síndrome Gripal e Síndrome Respiratória Aguda Grave, que foi moldado por esta gerência, iniciou-se na semana epidemiológica 30 devido a disseminação do vírus A H1N1 no país.

Com a notícia de ocorrência de surto de H1N1 na Venezuela, o DSY elaborou um mapeamento e Plano Operacional de Controle da Influenza A H1N1 para toda área de fronteira e Rede Sentinela.

Através do mapeamento e do monitoramento, as atividades foram direcionadas aos locais com casos suspeitos, onde foi realizada avaliação clínica, tratamento e coleta de material nasofaríngeo para pesquisa laboratorial e implantado medidas de controle e prevenção da doença.

Assim foram desenvolvidos trabalhos específicos nos pólos de Homoxi, Surucucu e Maraujá, neste último sendo confirmados casos positivos e situação de surto epidêmico, o qual foi devidamente controlado, através de atividades assistenciais, mobilização comunitária, bloqueio sanitário e treinamento das equipes com relação a medidas de controle, prevenção e tratamento.

Gráfico 18



Fonte: Programa Saúde da Criança do DSY: 14/05/2010.

Tabela 25
Coleta de exames H1N1
DSY 2009

Coleta -2009	45	49	50	52	Total
Positivo Flu A H1N1	0	2	0	0	2
Negativo Flu A H1N1	4	3	1	9	17
Total Coletados	4	5	1	9	19

Fonte: Programa Saúde da Criança do DSY: 14/05/2010.

No mês de janeiro ocorreu capacitação e implantação do monitoramento das doenças diarréicas agudas, onde foi pactuado a seleção de pólos-base e respectivas aldeias para este monitoramento, o qual é realizado semanalmente e alimentado na planilha do COMOVA.

Participação em treinamentos e capacitações:

- ✓ CASAI e rede sentinela;
 - ✓ Implantação e treinamento para a influenza web;
 - ✓ Implantação do Monitoramento das Doenças Diarréicas Agudas nos Pólos do Amazonas e Roraima;
 - ✓ Treinamento no manejo do aleitamento materno exclusivo;
 - ✓ Realizado treinamento para profissionais de saúde sobre Influenza A H1N1 e coleta nasofaríngea;
 - ✓ Realizado treinamento para profissionais de saúde no Monitoramento de DDA.
- Capacitação e treinamentos programados;
- ✓ Desenvolvimento de protocolos para auxílio de diagnóstico e condutas para doenças específicas. (em andamento);
 - ✓ Treinamento de urgência e emergência;
 - ✓ Capacitação em AIDIP (Atenção Integrada a Doenças Prevalentes na Infância).

4.2 PROGRAMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

Taíse Amador Gonçalves

Em Maio de 2008 foi instalado no âmbito do DSY o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) direcionado para área indígena.

O SISVAN foi implantado no Distrito parcialmente, devido sua grande extensão territorial, numa área de 9,6 mil hectares em 08 municípios dos Estados de Roraima e Amazonas. Outro fator que dificultou a implantação do Sistema foi à diversidade de organizações conveniadas e parceiras da FUNASA, o que dificultou a articulação para treinamento e capacitação de profissionais e direcionamento de fluxo de dados.

O Distrito Yanomami ficou sem referência na Gerencia de Vigilância Nutricional por um período de 09 meses durante 2009, o que foi resolvido em novembro de 2009 a partir da contratação de uma nutricionista pelo convenio com a Ong Caiuá. Esta situação, aliada a rotatividade de pessoal técnico já capacitado em Vigilância Alimentar, influenciou na baixa implementação do acompanhamento e supervisão do programa.

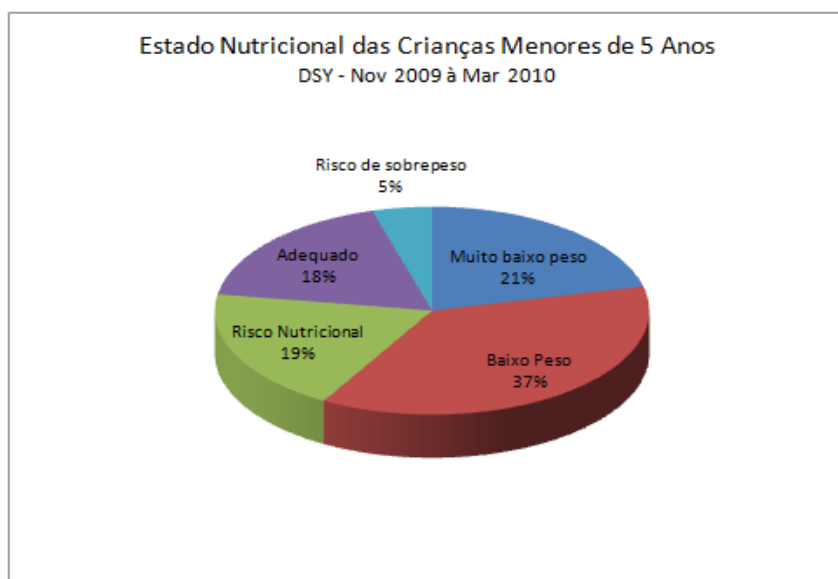
Mesmo com tais dificuldades, atualmente o SISVAN conseguiu atingir cerca de 80% da área de abrangência do DSY, com avaliação antropométrica de peso e altura de cerca de 1979 das 3.761 (segundo dados do SIASI Jan. , Fev. e Mar. 2010) crianças menores de 05 anos da população referida (66,16%) no terceiro mês de reimplantação (Ver Gráfico).

Foi realizado na sede do DSY e no pólo Auaris treinamento das equipes multidisciplinares de saúde indígena – EMSI em técnicas de antropométrica e coleta de dados (70 profissionais treinados entre técnicos de Enfermagem, Enfermeiros e Agentes Indígenas de Saúde - AIS).

O resultado da avaliação do estado nutricional das crianças Yanomami menores de cinco anos, realizado em 2008, evidenciou que este grupo etário apresenta um número elevado de baixo e muito baixo peso para idade quando comparados à referência do National Center for Health Statistics, a partir de dados obtidos com técnicas padronizadas. Os indígenas da etnia Ye'kuana neste inquérito não apresentaram casos de desnutrição e sim eutrofia e sobrepeso, apesar de conviverem no mesmo habitat, com aspectos socioculturais e alimentares diferenciados o que deve ser alvo de estudo específico.

A consolidação dos dados do programa referente ao período de Novembro de 2009 a Março de 2010, conforme gráficos abaixo confirma o elevado numero de desnutridos, 37% de baixo peso e 21% muito baixo peso, essencialmente a partir de seis meses de idade, demonstrando as dificuldades no período correspondente ao desmame, introdução de novos alimentos e continuidade da dieta após os dois primeiros anos de vida.

Gráfico 19

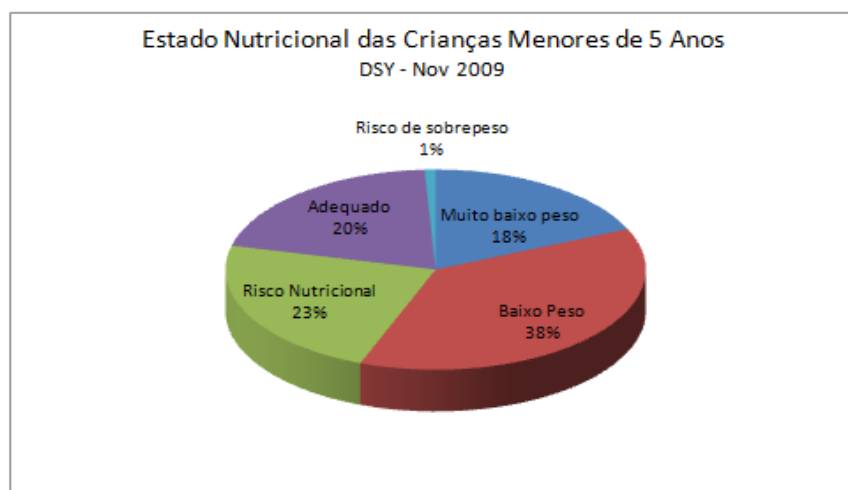


Fonte: Programa de Vigilância Alimentar e Nutricional DSY: 14/05/2010.

Idade (meses)	0 - 6m		6 -12m		12 - 24m		24 - 36m		36 - 60m		Total	
	Qtd	%	Qtd	%	Qtd	%	Qtd	%	Qtd	%	Qtd	%
Muito baixo peso	44	3,62	185	14,8	603	28,6	455	22,9	816	22,1	2103	21,25
Baixo Peso	162	13,33	363	26,5	897	42,6	733	38,4	1510	40,8	3665	37,04
Risco Nutricional	242	19,92	230	28,6	317	15,1	310	21,5	803	21,7	1902	19,22
Adequado	679	55,88	279	27,7	204	9,69	207	17,1	415	11,2	1784	18,03
Risco de sobrepeso	88	7,24	52	2,46	85	4,04	60	0,1	156	4,22	441	4,46
Total	1215	100	1109	100	2106	100	1765	100	3700	100	9895	100

Fonte: Programa de Vigilância Alimentar e Nutricional DSY: 14/05/2010.

Gráfico 20

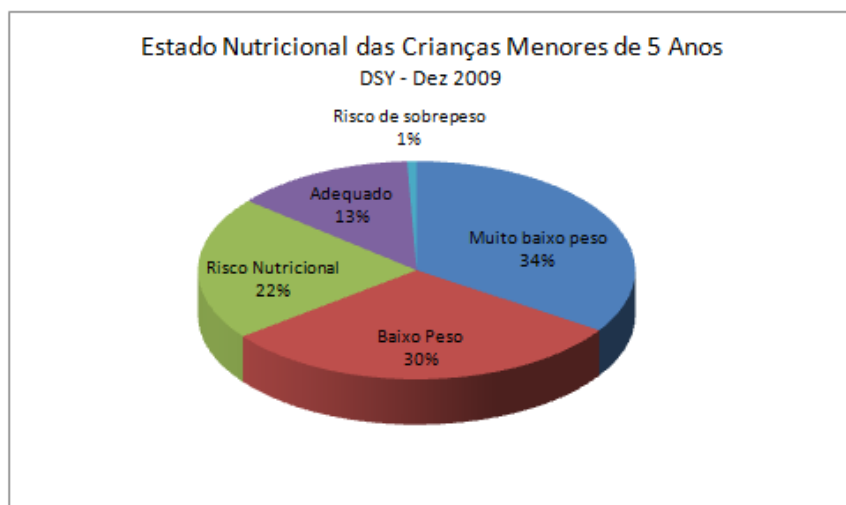


Fonte: Programa de Vigilância Alimentar e Nutricional DSY: 14/05/2010.

Estado Nutricional	IDADE (meses)											
	0 - 6m		6 -12m		12 - 24m		24 - 36m		36 - 60m		Total	
	Qtd	%	Qtd	%	Qtd	%	Qtd	%	Qtd	%	Qtd	%
Muito baixo peso	3	3,4	14	12,07	66	27,85	47	22,17	67	16	197	18,36
Baixo Peso	9	10,23	44	37,93	95	40,08	88	41,51	166	39,52	402	37,47
Risco Nutricional	16	18,18	27	23,28	44	18,56	42	19,8	118	28,05	247	23,02
Adequado	59	67,05	29	25	27	11,39	35	16,51	68	16,19	218	20,32
Risco de sobrepeso	1	1,14	2	1,72	5	2,12	0	0	1	0,24	9	0,84
Total	88	100	116	100	237	100	212	100	420	100	1.073	100

Fonte: Programa de Vigilância Alimentar e Nutricional DSY: 14/05/2010.

Gráfico 21

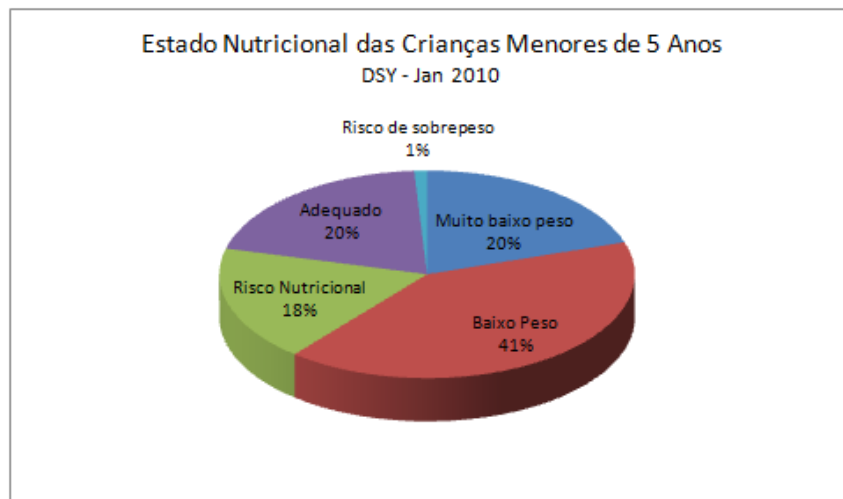


Fonte: Programa de Vigilância Alimentar e Nutricional DSY: 14/05/2010.

Estado Nutricional	IDADE (meses)											
	0 - 6m		6 - 12m		12 - 24m		24 - 36m		36 - 60m		Total	
	Qtd	%	Qtd	%	Qtd	%	Qtd	%	Qtd	%	Qtd	%
Muito baixo peso	9	6,5	49	28,82	97	42,73	72	39,34	164	37,1	391	34,27
Baixo Peso	14	10,07	50	29,41	79	34,8	61	33,33	142	33	346	30,32
Risco Nutricional	39	28,04	40	23,53	36	15,85	38	20,76	91	21,56	244	21,38
Adequado	71	51,08	31	18,24	14	6,18	11	6,01	25	7,54	152	13,32
Risco de sobrepeso	6	4,31	0	0	1	0,44	1	0,55	0	0	8	0,7
Total	139	100	170	100	227	100	183	100	422	100	1.141	100

Fonte: Programa de Vigilância Alimentar e Nutricional DSY: 14/05/2010.

Gráfico 22

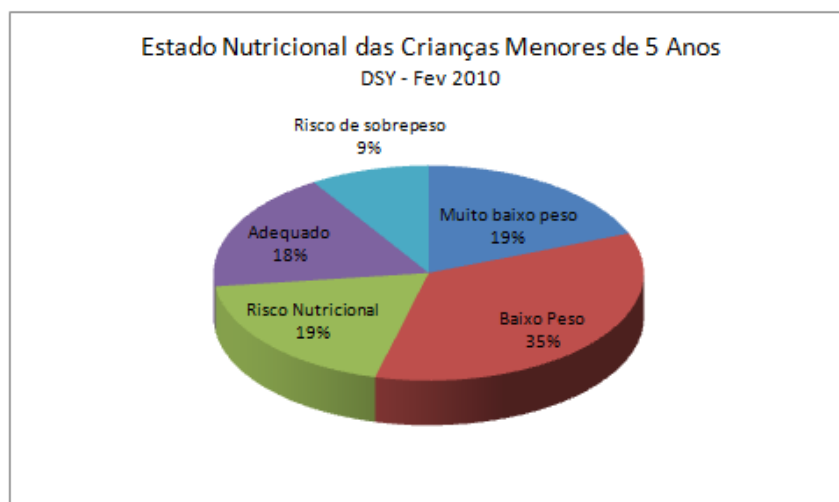


Fonte: Programa de Vigilância Alimentar e Nutricional DSY: 14/05/2010.

Estado Nutricional	IDADE (meses)											
	0 - 6m		6 - 12m		12 - 24m		24 - 36m		36 - 60m		Total	
	Qtd	%	Qtd	%	Qtd	%	Qtd	%	Qtd	%	Qtd	%
Muito baixo peso	10	3	47	16	168	31	112	25	175	19	512	20
Baixo Peso	55	18	94	33	253	46	206	45	414	45	1022	41
Risco Nutricional	45	15	62	22	68	12	77	17	199	22	451	18
Adequado	183	61	79	28	52	10	59	13	126	14	499	20
Risco de sobrepeso	7	2	4	1	5	1	1	0	1	0	18	1
Total	300	100	286	100	546	100	455	100	915	100	2.502	100

Fonte: Programa de Vigilância Alimentar e Nutricional DSY: 14/05/2010.

Gráfico 23



Fonte: Programa de Vigilância Alimentar e Nutricional DSY: 14/05/2010.

Estado Nutricional	IDADE (meses)											
	0 - 6m		6 - 12m		12 - 24m		24 - 36m		36 - 60m		Total	
	Qtd	%	Qtd	%	Qtd	%	Qtd	%	Qtd	%	Qtd	%
Muito baixo peso	12	4	32	12	129	24	113	24	210	21	496	19
Baixo Peso	40	13	85	32	226	41	181	39	380	39	912	35
Risco Nutricional	66	21	46	18	80	15	87	19	207	21	486	19
Adequado	167	52	75	29	70	13	53	11	99	10	464	18
Risco de sobrepeso	35	11	24	9	41	8	34	7	87	9	221	9
Total	320	100	262	100	546	100	468	100	983	100	2.579	100

Fonte: Programa de Vigilância Alimentar e Nutricional DSY: 14/05/2010.

Os parâmetros da Organização Mundial de Saúde indicam que para qualquer população é aceitável até 3% do índice da desnutrição entre crianças menores de 5 anos.

De acordo com estes parâmetros internacionais, todos os pólos apresentaram percentual acima de 10%, o que questionamos sua aplicação para populações indígenas, requerendo estudos a respeito.

Na distribuição das crianças menores de 5 anos com muito baixo e baixo peso no DSY por pólo-base temos 5 pólos com percentuais menores de 30%, 13 entre 30 a 49%, 18 entre 50 a 79% e 2 pólos-base com percentuais maiores de 80%.

A avaliação do crescimento não serve apenas para medir o estado nutricional das crianças, mas também possibilita uma medida indireta das condições de vida de toda população, pois a desnutrição em crianças é consequência de uma gama de fatores, relacionados à dieta de baixa qualidade, ingestão insuficiente, severa e repetidas doenças infecciosas ou, freqüentemente, uma combinação de todas (Menegolla, 2007).

Além desse levantamento nutricional que continua em andamento de forma dinâmica, diversas ações então são previstas com o objetivo de reverter o quadro de baixo e muito baixo peso entre as crianças menores de cinco anos do DSEI-Y e assim, contribuir na redução do elevado coeficiente de mortalidade nesta faixa etária.

São necessárias a implementação de ações de curto, médio e longo prazo, inclusive de forma inter-setorial, com vistas à complementação alimentar de algumas comunidades em crítica situação de subsistência alimentar, como é o caso de Maiá, atingido por incêndio; a comunidade do Kona, no Pólo Marauaiá; Aratháú e Waphuta, para citar as mais prioritárias e que prevê resultados significativos para o segundo semestre de 2010.

A população indígena deve compreender o processo de desnutrição pelo qual suas crianças estão passando e se tornar parceiros na reversão deste quadro, especialmente os AIS e as lideranças, para os quais deve ser previsto treinamento, bem como para os técnicos de campo.

A intensa demanda de serviço deste importante programa, bem como a necessidade de implementar atividades de campo específicas e urgentes, requer a contratação de mais um nutricionista para o DSY, o que deve ser revisto de imediato na pactuação com a Caiuá.

4.3 PROGRAMA DE IMUNIZAÇÃO

Jurema Monteiro

As ações de vacinação são realizadas como campanhas mensalmente em 209 aldeias, bimestralmente em 18 aldeias, trimestralmente em 10 aldeias e duas (02) vezes ao ano em 16 aldeias, dependendo do período do ano e da via de acesso a cada aldeia.

Entretanto apesar de todos os entraves conseguiu-se realizar no período de novembro de 2009 á março de 2010 campanhas de vacinação mensal para as áreas com logística direta da sede do DSY e de no mínimo média de três etapas de vacinação na região do Amazonas com logística pelos sub-distritos com acesso fluvial, dentro do preconizado pelo Ministério da Saúde nas áreas com acesso viável.

Ao analisarmos a cobertura vacinal dos dois últimos trimestres de cada ano vemos que o período de 2008 apresenta um significativo aumento das coberturas em

algumas vacinas principalmente no que se refere a faixa etária de menor de ano. Isto se deu devido este período do final de 2008 a meados de 2009 (maio de 2009), o Distrito estar atuando com profissionais contratados por conveniadas o que refletiu positivamente no alcance das coberturas e na melhoria da assistência de saúde.

No final do período de 2009, apesar de parecer ter ocorrido uma diminuição na cobertura geral e principalmente nos menores de ano, houve um aumento nas ações de campanha de vacinação após a pactuação com a conveniada Missão Evangélica Caiuá (novembro de 2009), que foi de grande importância para retomar as campanhas de vacinação de forma padronizada e constante.

Ao analisarmos o quadro abaixo verificamos que houve um incremento na cobertura vacinal de algumas vacinas, principalmente da faixa etária de menor de ano, com um aumento expressivo da vacina Rotavírus e com a inclusão da vacina de Pentavalente para menores de ano.

Com relação à vacina de Influenza Sazonal vale ressaltar que até a presente data não houve disponibilidade da vacina pelo PNI (Programa nacional de Imunização) para a população Indígena o que prejudica a cobertura vacinal para este imunobiológico.

Em relação ao esquema vacinal de algumas vacinas vale salientar a dificuldade de alcançar a cobertura preconizada pela vacina Rotavírus devido esta ter uma faixa etária pouco flexível para administração da mesma que é entre 2 meses e 4 meses, podendo ser estendida até 5 meses e 7 dias, com a observação de que se a criança não receber a 1ª dose até 3 meses e 7 dias não poderá receber a 2ª dose, com isso prejudicando o alcance da cobertura, visto que o tempo entre a primeira e segunda dose é curto e preciso e a logística das campanhas é difícil nas áreas de abrangência do Distrito Yanomami, onde até se consegue fazer a primeira dose entretanto a segunda em algumas regiões fica prejudicada.

Ressaltamos também a estratégia de vacinação contra o Vírus da Influenza A Pandêmica (H1N1), ocorrida em meados de março, onde tivemos nosso ato de lançamento da mesma no dia 11 de março, sendo utilizada a estratégia de vacinação já preconizada do distrito com distribuição do Imunobiológico para as comunidades após orientação previa dos enfermeiros sobre a nova vacina.

Nas áreas de difícil acesso foi realizado logística com helicóptero para alcançar estas populações.

A cobertura atual da vacina H1N1 está em 81,6%, tendo o distrito superado a meta de 80% preconizado pelo Ministério da Saúde, valendo ressaltar que estes dados são parciais podendo superar o percentual citado acima.

Tabela 26
Coberturas Vacinais Gerais
DSY 2005 a 2010

Vacina	Cobertura Alcançada %					
	2005	2006	2007	2008	2009	2010*
Pólio	91,5	95,6	94,3	93,6	91	37,6
Tetra	70,3	79,2	85,5	82,8	89,6	25,8
DTP	54,6	45,9	84,9	96,1	88,9	31,3
Pentavalente	0	0,8	43	-	-	9,8
Hepatite B	93,8	96,1	95,3	96,3	94,9	31,9
BCG	94,3	96,3	94,9	96	94,8	42,1
Rotavirus	0	0	10	2,3	24,3	8,1
FA	95,6	97,2	97,3	93,5	93,3	22,7
dT	46,5	48,6	67,5	89	66	13,2
T. Viral p/ Todas as Idades	48,7	60,1	88,8	91,4	79,3	28,2
T. Viral p/ MIF	15,8	47,5	85,1	92,8	71,7	9,8
Varicela	83,7	92,1	95,9	95,5	93,5	11,9
Pneumococo	92,8	96,1	96,3	96,7	94,8	15,1
Influenza Sazonal	31,7	36,6	48,2	45,7	58,2	0
Dupla Viral	63,5	67,8	74,4	-	-	-
Influenza H1N1	-	-	-	-	-	81,6

Fonte: Programa de Imunização do DSY: 14/05/2010.

* cobertura parcial do 1º trimestre de 2010 (janeiro à março)

Coberturas Vacinas DSY

Tabela 27
4º trimestre de 2008 e 2009

Vacinas	POLIO		DTP		TETRA		PENTA		BCG		HB		FA	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
< 1 ano	81,6	67,9	-	-	81,1	67,3	0	0	75,8	60,1	71,1	42,7	81,3	57,6
>= 1 ano	94,6	93	94,8	88,9	83,1	92,6	0	0	93,1	96,1	96	96	93,4	96,3

Fonte: Programa de Imunização do DSY: 14/05/2010.

Tabela 28
1º trimestre de 2008 e 2009

Vacinas	POLIO		DTP		TETRA		PENTA		BCG		HB		FA	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
< 1 ano	3,1	4,8	-	-	1		0	9,8	36,2	38,1	3,4	4,1	9,7	10,3
>= 1 ano	69,4	78,9	95,5	84,9	78,3	77,9	-	-	96,1	93,7	95,2	91	95,6	81,9

Fonte: Programa de Imunização do DSY: 14/05/2010.

Tabela 29
4º trimestre de 2008 e 2009

Vacinas	Rotavírus		dT		Tri viral		Pneumococ		Varicela		Influenza		TV MIF		dT MIF	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
< 1 ano	18,8	24,3	-	-	-	-	-	-	-	-	52,7	43,7	-	-	-	-
>= 1 ano	-	-	89	60	91,4	79,3	96,7	94,8	95,5	93,5	43,9	58,4	92,8	71,7	77,1	55,5

Fonte: Programa de Imunização do DSY: 14/05/2010.

Tabela 30
1º trimestre de 2008 e 2009

Vacinas	Rotavírus		dT		Tri viral		Pneumococ		Varicela		Influenza		TV MIF		dT MIF	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
< 1 ano	0,9	8,1	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0	-	-	-	-
>= 1 ano	-	-	15,4	13,2	18	28,2	12,9	15,1	11,6	11,9	24,5	0	11,5	9,8	5,9	5,9

Fonte: Programa de Imunização do DSY: 14/05/2010.

Dentre as diversas dificuldades encontradas para operacionalizar as campanhas de vacinação citamos algumas mais relevantes que são:

- ✓ Acesso a algumas regiões com entradas apenas de helicóptero e / ou horas de caminhadas;
- ✓ Falta de material de troca neste primeiro trimestre para indígenas conduzirem a equipe de saúde até algumas comunidades distantes;
- ✓ Período de seca que prejudicou toda área do Amazonas que realiza sua logística através de voadeiras;
- ✓ Horas de vôo de helicóptero ainda insuficiente para realização de no mínimo 4 entradas para algumas regiões de difícil acesso;
- ✓ Demora na entrega dos insumos para operacionalizar as campanhas de imunização;
- ✓ Falta de imunobiológicos na rede estadual para suprir a demanda da população indígena;
- ✓ Falta de rede de frio para conservar os imunobiológicos no pólo base (geladeira fotovoltaica).

4.4 PROGRAMA DE TUBERCULOSE

Jurema Monteiro

A série histórica do registro de casos e incidência da Tuberculose desde a criação do DSY demonstra tendência de queda, mais significativa entre os anos de 2004 á 2007.

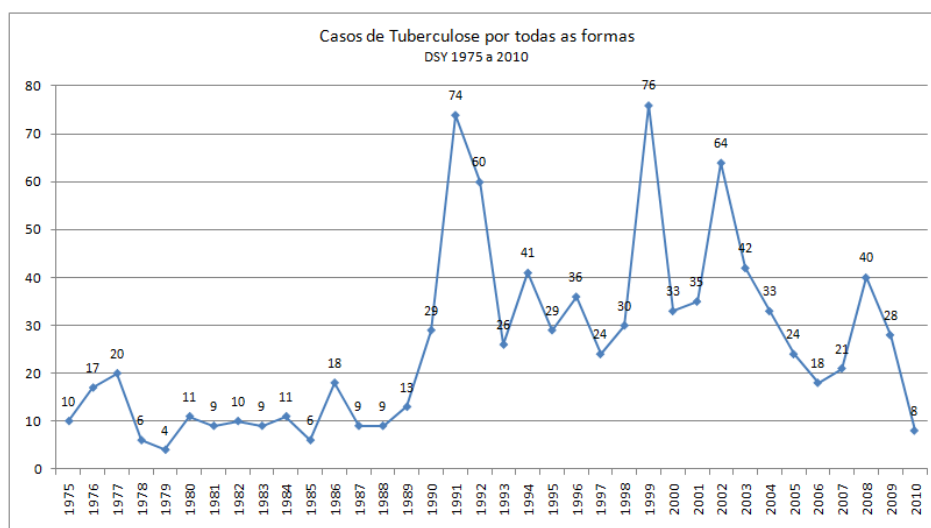
Houve incremento significativo em 2008, quando foram registrados 40 casos novos de tuberculose, todos por demanda espontânea do SUS, dos quais 28

pulmonares (07 BK positivo) e 12 extras pulmonares. O coeficiente de incidência para o Distrito foi de 229,4 por 100 mil habitantes.

Em 2009 foram registrados 28 casos, 21 pulmonares (14 pulmonar positivo e 07 negativos) e 07 extra pulmonares com incidência de 154,3 casos p/ 100 mil habitantes, representado, portanto uma diminuição dos casos por todas as formas, entretanto um aumento considerado do número de casos pulmonares positivos e da detectados exclusivamente pelo trabalho de busca ativa de sintomaticos respiratorios em área.

Em 2010 até o primeiro trimestre foram identificados 08 casos (04 BK positivo) e (04 BK Negativo).

Gráfico 24



Fonte: SIASI - DSEI-YANOMAMI E YEKUANA/RR - C.I p/100.000

Dos casos notificados em 2010, 06 ocorreram em maiores ou igual á 15 anos e 02 em menor á 15 anos, verificando-se uma concentração dos mesmos no pólo-base Aratháú (03 casos novos), seguido dos pólos Maturacá (02 casos), Palimiú (02 casos) e Auaris (01 caso).

Durante o período foram realizadas ações de controle de tuberculose em todas as regiões com diagnostico positivo e com identificação de Sintomáticos Respiratórios, tendo sido priorizado a realização de baciloscopia em aproximadamente 268 Yanomami entre contatos direto e Sintomático Respiratório, buscando interromper a

cadeia de transmissão, sendo realizadas 438 baciloscopias, e examinados 170 contatos de bacilíferos. Os tratamentos foram todos supervisionados em área.

Tabela 31
Número de Casos de Tuberculose
DSY Jan a Mar de 2010

Roraima e Amazonas		
Pólo Base	Aldeia	Nº casos
	Aratháú	1
Aratháú	Apinasiki	1
	Wanapiki	1
Maturacá	Ariabú	1
	Maturacá	1
Palimiú	Palimiú	1
	Halikathou	1
Auaris	Onkiola	1
Total		8

Fonte: Programa de Tuberculose do DSY: 14/05/2010.

4.5 PROGRAMA DE SAUDE DA MULHER E DST

Elaine Pinto

O programa de Saúde da Mulher no DSY, até o presente momento abrange atividades de assistência pré-natal, tratamento dos agravos de transmissão sexual e prevenção do câncer de colo do útero.

Em relação ao PCCU no ano de 2009 houve mais adesão ao exame de em função da sensibilização dos profissionais de ponta. Ocorreram dois treinamentos multidisciplinares com abordagem sindrômica e antropológica, e diretrizes de todos os outros programas no sentido de sua implementação, abrangendo todas as equipes multidisciplinares, o que foi de fundamental importância na implementação da educação em saúde para eficácia do programa.

Apesar de não ser disponibilizado o Kit para diagnóstico de HIV e Sífilis, no mês de Agosto e setembro de 2009 foi realizado a capacitação de 40 profissionais de nível

médio e superior para operacionalização desta testagem rápida a ser aplicada na população alvo das gestantes e parceiro, pacientes portadores de tuberculose, imunodeprimidos e sindrômicos para DST.

Em fevereiro de 2010 os Kits de HIV e Sífilis foram entregues pela Fundação Alfredo da Matta – AM, sendo disponibilizados para oferta diagnóstica em campo no mês de março, o que foi operacionalizado pelos técnicos anteriormente treinados.

Apesar do acompanhamento pré-natal deste DSEI estar sendo realizado há tempo entre os Yanomami, somente com a aferição dos sinais vitais, mensuração da altura do fundo uterino e peso materno, desde agosto de 2009, através da implementação do programa de vigilância alimentar e nutricional para a gestante, a mensuração do índice de massa corporal (IMC) peso x altura foi implantado no acompanhamento pré natal, o que permite um melhor monitoramento da avaliação nutricional.

Conforme quadro abaixo, o exame citopatológico do colo do útero vem sendo realizado no DSEI desde 2005, observando-se a partir de 2008 melhora significativa no número de exames coletados, na qualidade das ações, no maior envolvimento das equipes, bem como melhora no fluxo das mulheres Yanomami removidas para as unidades de referências para dar continuidade ao seus tratamentos.

Quadro 2

PCCU Coletados

DSY 2005 a 2010

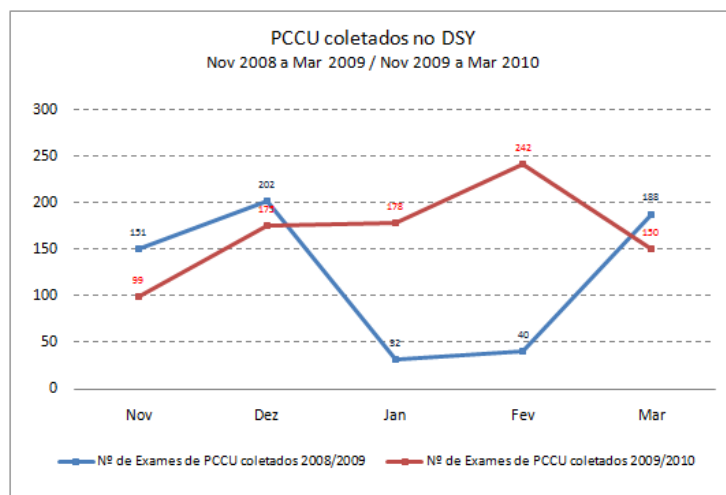
Ano	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Quantidade	252	404	460	1.176	1.272	570

Fonte: Programa Saúde da Mulher DSY: 14/05/2010.

Outra melhoria importante que vale ressaltar é censo nominal instituído desde 2008 com o histórico de citopatologia das pacientes, possibilitando uma avaliação continuada e ao mesmo tempo evitando coletas desnecessárias.

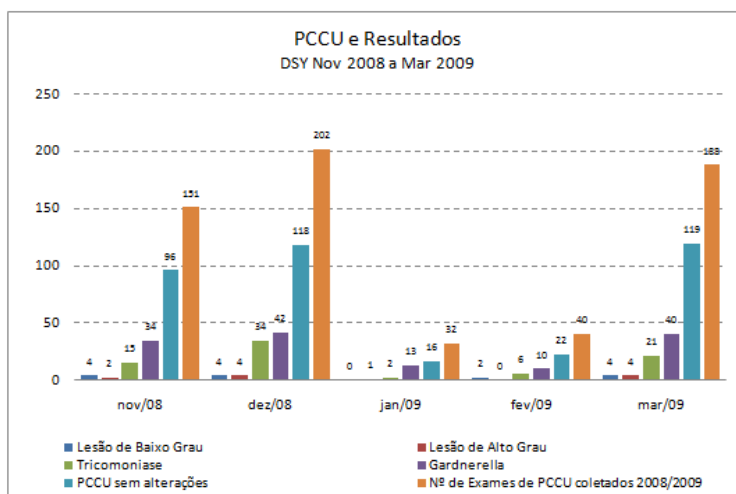
Os enfermeiros e alguns técnicos do DSEI foram orientados sobre o manejo do protocolo desenvolvido em 2008 das Ações de Prevenção do Câncer do Colo do Útero.

Gráfico 25



Fonte: Programa Saúde da Mulher DSY: 14/05/2010.

Gráfico 26

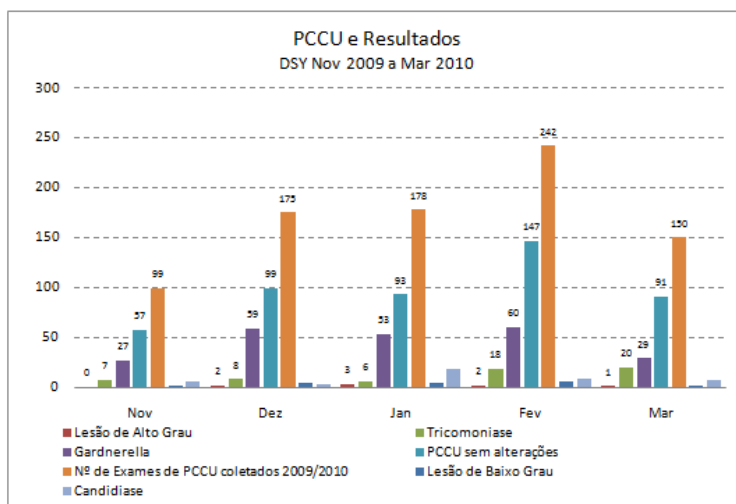


Fonte: Programa Saúde da Mulher DSY: 14/05/2010.

Período	Nº de Exames de PCCU coletados 2008/2009	PCCU com resultados alterados				PCCU sem alterações
		Lesão de Baixo Grau	Lesão de Alto Grau	Tricomoníase	Gardnerella	
nov/08	151	4	2	15	34	96
dez/08	202	4	4	34	42	118
jan/09	32	0	1	2	13	16
fev/09	40	2	0	6	10	22
mar/09	188	4	4	21	40	119
Total	613	14	11	78	139	371

Fonte: Programa Saúde da Mulher DSY: 14/05/2010.

Gráfico 27



Fonte: Programa Saúde da Mulher DSY: 14/05/2010.

Período	Nº de Exames de PCCU coletados 2009/2010	PCCU com resultados alterados					PCCU sem alterações
		Lesão de Baixo Grau	Lesão de Alto Grau	Tricomoníase	Gardnerella	Candidíase	
nov/09	99	2	0	7	27	6	57
dez/09	175	4	2	8	59	3	99
jan/10	178	5	3	6	53	18	93
fev/10	242	6	2	18	60	9	147
mar/10	150	2	1	20	29	7	91
Total	844	19	8	59	228	43	487

Fonte: Programa Saúde da Mulher DSY: 14/05/2010.

Referente às ações da área temática de DST/AIDS, o DSY vem adotando medidas preventivas e interventivas ao disponibilizar preservativos para as comunidades indígenas no tamanho adequado para os padrões dos indígenas, o que determinou um aumento significativo na procura dos preservativos, pois o disponibilizado anteriormente não correspondia aos padrões dos Yanomami, de menor estatura, o que influenciava na baixa procura pelo mesmo. Foram distribuídos 7.200 preservativos no ano de 2009 e 2.300 em 2010.

As equipes vêm tratando e acompanhando os casos diagnosticados por meio da abordagem sindrômica e além de identificarem através da coleta de PCCU alguma DST, realizam tratamento interferindo assim na cadeia de transmissibilidade, prevenindo complicações, seqüelas e reduzindo o risco de infecção pelo vírus HIV.

Observa-se muito trabalho assistencial dentro das atividades pertinentes ao programa, entretanto há necessidade de melhoria da qualidade dos registros de modo a permitir uma avaliação real deste acompanhamento e o perfil de saúde materna.

4.6 PROGRAMA DE SAÚDE BUCAL

Sérgio Kussaba

O programa de saúde bucal do DSY focaliza-se na execução normatizada das Diretrizes para atenção à saúde bucal nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas e cumprimento das metas estabelecidas no POA (Plano Operacional Anual da Core-RR). A aplicação na íntegra das Diretrizes, a criação do Responsável técnico de Saúde Bucal no DSY a partir de 2008 e a implantação do SIASI-Bucal vêm, contudo, amenizando as diversidades na execução das ações de cunho individual e coletivas nas comunidades deste DSEI para uma assistência calibrada, integral e um acompanhamento contínuo para uma avaliação das ações.

Atualmente o DSY dispõe no convênio com a Missão Caiuá de seis ESB (Equipes de Saúde bucal), composta por seis odontólogos, seis ASB (Agente de Saúde Bucal) e um Responsável técnico de Saúde Bucal, sendo quatro ESB para região de Roraima e duas para região do Amazonas. Estas equipes começaram a executar suas atividades recentemente, pois as contratações ocorreram de forma consciente de acordo com nossa possibilidade estrutural de suporte às equipes.

Vale ressaltar que no convênio atual não foram contratados os TSB (Técnicos de Saúde Bucal), contemplados em convênios anteriores, o que influenciará na diminuição das atividades de cunho coletivo e cumprimento de metas. Para este fato, buscamos alternativas com a incorporação dos Técnicos de Enfermagem, mas que até o momento ocorre de forma paliativa, uma vez o mesmo não possuem formação específica para este fim. Diante disso devemos resgatar as contratações dos TSB na próxima pactuação.

O planejamento das ações de saúde bucal foi elaborado, no âmbito da gestão, com visão nas necessidades das comunidades indígenas, em consonância com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Diante disso, foram realizadas oficinas para socialização e capacitação nas Diretrizes do Programa a todos os profissionais durante o acolhimento após suas contratações, elaboração de um

inventário do instrumental e equipamento disponível para o DSEI-Y para contratações conscientes das ESB.

No período de Janeiro a Abril de 2010, as equipes realizaram atividades individuais em 11 pólos-base, conforme quadro abaixo, abrangendo uma população alvo de 4502 Yanomami, não sendo possível o fechamento das consultas programáticas pelo fato de algumas ESB estarem ainda em área.

Tabela 32
Atividades das Equipes de Saúde Bucal
DSY Jan a Abr 2010

ESB		Pólo Base	Pop.	Período	Dias	Consultas Programáticas	Procedimentos
CD	ASB	Visitado		(Mês)	(nº)		
Guilherme	Janiete	Maturacá	1299	14 Jan. a 14 Fev.	32	171	298
Débora	Fabio	Apiáú	78	19 Fev. a 04 Mar.	14	45	240
Débora	Janiete	Auaris	859	11 Mar. A 26 Mar.	16	(*)	(*)
Bruna	Simone	Maloca Paapiú	322	18 Mar. a 02 Abr.	16	95	195
Bruna	Simone	Alto Mucajáí	466	03 Abr. a 18 Abr.	16	158	362
Ana	Shircley	Uraricoera	70	20 Mar. a 04 Abr.	16	22	53
Ana	Shircley	Ericó	213	06 Abr. a 20 Abr.	16	31	87
Marcelo	Neila	Ajarani	109	17 Mar. a 02 Abr.	17	(*)	(*)
Marcelo	Neila	Waputha	410	09 Abr. a 24 Abr.	16	(*)	(*)
Reinaldo	---	Ajuricaba	143	10 Abr. a 10 Mai	31	(**)	(**)
Ricardo	Sisonete	Maia	533	12 Abr. a 12 Mai	31	(**)	(**)

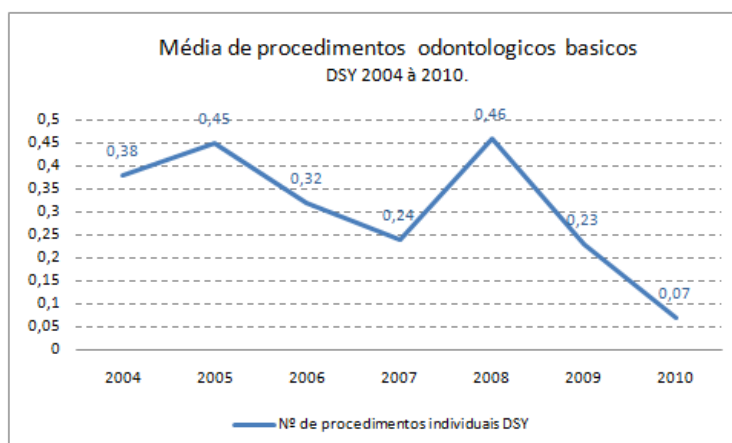
Fonte: Programa de Saúde Bucal do DSY: 14/05/201

(*) As ESB ainda não entregaram os relatórios de viagens e consolidados para RT - Saúde Bucal.

(**) Ainda estão em Missão, portanto não entregaram os consolidados.

Conforme gráfico abaixo, da série histórica da média de procedimentos odontológicos no DSY, a meta estabelecida na esfera nacional de 1,5 procedimentos odontológicos na população nunca foi atingida, dado o elevado nº de procedimentos necessários a ser realizados tendo em conta o nº de profissionais contratados e elevada população alvo a ser atingida.

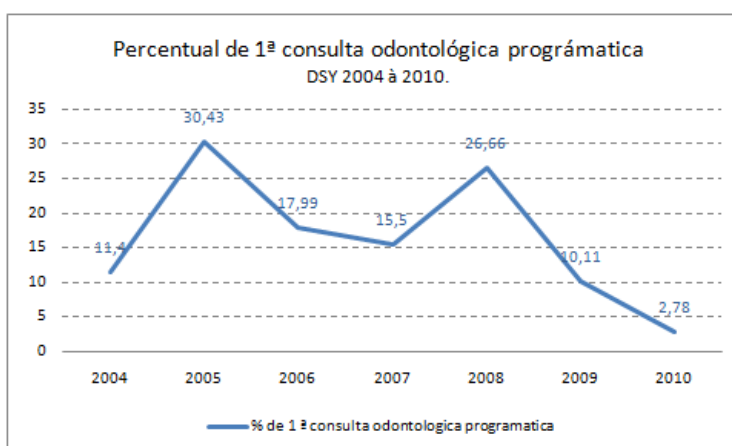
Gráfico 28



Fonte: Programa de Saúde Bucal do DSY: 14/05/2010.

Outra meta do programa de saúde bucal é o cumprimento de 12,86% de primeiras consultas programáticas. Conforme gráfico abaixo, em 2009 alcançou-se a meta de 10,11% de cobertura para primeiras consultas programáticas e no período de jan/fev de 2010 atingiu-se 2,78%, restando ainda consolidar os dados das equipes que ainda estão em campo. Com a implementação do trabalho de toda a ESB no decorrer do ano de 2010 a perspectiva é de cumprimento e até mesmo superação da meta estipulada.

Gráfico 29

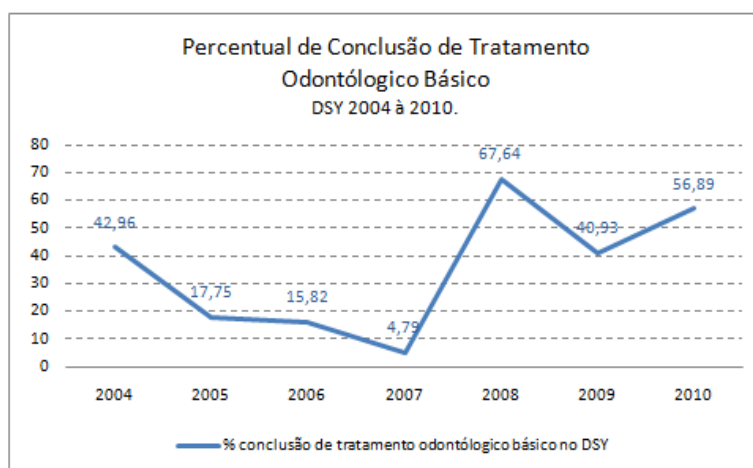


Fonte: Programa de Saúde Bucal do DSY: 14/05/2010.

Uma das metas mais importantes, pois inclui o componente de qualidade do serviço prestado ao paciente, é o percentual de conclusão de tratamento odontológico básico.

O histórico anterior, conforme gráfico demonstra elevado percentual de conclusão no ano de 2008, quando foram implantadas e universalizadas em todo o DSY as diretrizes do programa e toda ESB capacitada e compromissada com o programa, o que não ocorreu em 2009 com o fim dos convênios e entrada dos colaboradores eventuais. No ano de 2010, com o novo convênio, todas as ESB já foram capacitadas nas diretrizes e cientes das metas estipuladas a serem cumpridas, assim, verificamos que atingimos 56,89% de tratamento concluído entre os que realizaram consulta, com perspectiva de melhora nesta meta.

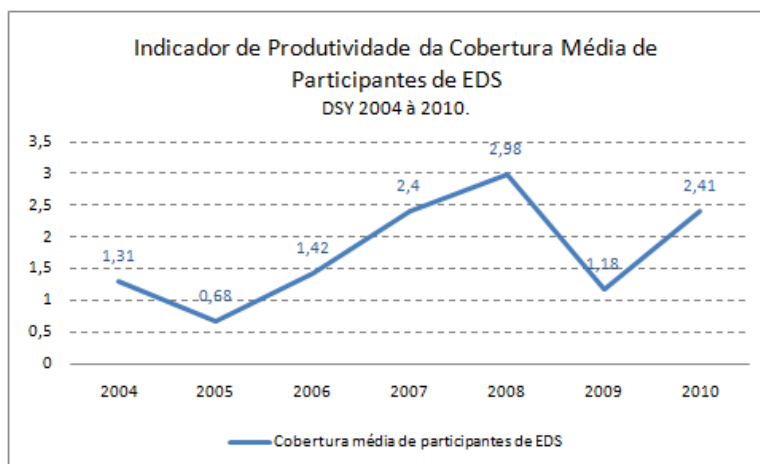
Gráfico 30



Fonte: Programa de Saúde Bucal do DSY: 14/05/2010.

Quanto às atividades coletivas, neste mesmo período, foram realizadas 873 EDS (Escovação Dental Supervisionada), ou seja, oitocentos e setenta e três pessoas acompanhadas pela EDS, distribuídas um quantitativo de 3527 escovas e 2125 creme dentais. A meta de escovação supervisionada foi estabelecida com perspectiva de incremento de 10% em relação a 2009. Tomando com referencia a meta acima, teremos como indicador de produtividade da cobertura média de participantes de EDS para 2010 de 2,41%, sendo que até o momento (mês de abril) atingimos 1,18%. Acreditamos que esta meta poderia ser ampliada desde que consigamos aumentar o número de profissionais envolvidos nas ações coletivas do Programa.

Gráfico 31



Fonte: Programa de Saúde Bucal do DSY: 14/05/2010.

4.7 PROGRAMA DE CONTROLE DA MALÁRIA

Pedro Galdino / Ronaldo / Oneron

As ações de controle da malária no DSY, são executadas pela equipe própria de servidores do quadro da FUNASA e contratados da ONG conveniada que compõem o Setor de Endemias Indígena dentro deste distrito.

O Setor de Endemias Indígena do DSY foi estruturado a partir de 2008, contando atualmente com 18 servidores do quadro da FUNASA e 30 servidores contratados pela ONG CAIUÁ, que realiza um trabalho integrado em seus componentes.

Nele funciona o serviço de Operações que organiza as escalas de servidores de campo, a Entomologia que realiza os estudos necessários para subsidiar o controle vetorial, o Laboratório de Revisão e capacitação que recebe todas as lâminas de área para revisão e entrada no SIVEP, além de capacitações específicas.

Todo o planejamento e execução do controle são realizados com recursos próprios do DSY, bem como o suprimento de medicamentos e inseticidas que são enviados regularmente pelo nível central conforme demanda de área.

O método aplicado é o Controle Integrado da Malaria, que objetiva a interrupção da transmissão local através do esgotamento da fonte humana de infecção, e que é operacionalizado através da busca ativa sistemática de portadores da doença, com a efetivação do tratamento precoce, concomitante com o esgotamento da fonte vetorial de infecção através da nebulização espacial e borrifação intradomiciliar para a eliminação dos vetores infectados. Portanto todas as localidades com transmissão da doença são trabalhadas com esses componentes orientados pela pesquisa entomológica previa.

No mês de fevereiro de 2010 foi realizada oficina de planejamento para a execução de ações de controle integrado da malária no DSY a serem desenvolvidas no 1º semestre do corrente ano, incluindo atividades de busca ativa de casos, entomologia, nebulização espacial, borrifação intradomiciliar e vigilância epidemiológica para todas as comunidades com transmissão da doença.

Na área Yanomami todos os Postos de Saúde do Pólo-base possuem capacidade para diagnóstico e tratamento da doença, além do nosso laboratório de Revisão e Capacitação na sede do Distrito.

Em relação a capacitação de recursos humanos pelo próprio Distrito, foram realizados em 2009 três cursos de capacitação em microscopia e Controle Integrado da Malária para 60 Técnicos e Agentes Indígenas de Saúde e dois cursos de atualização para 20 microscopistas.

Em relação ao histórico epidemiológico, no ano 2000 a malária Yanomami em Roraima apresentava os mais elevados indicadores de morbimortalidade do País, situação que foi revertida com a metodologia de trabalho de controle integrado desenvolvido pelo DSY, que praticamente interrompeu a transmissão da doença entre os Yanomami de Roraima a partir do ano de 2002. Principalmente a partir do ano de 2006 houve o incremento significativo da malária na área Yanomami no Estado do Amazonas, onde a assistência era de responsabilidade de ONG conveniada.

Gráfico 32

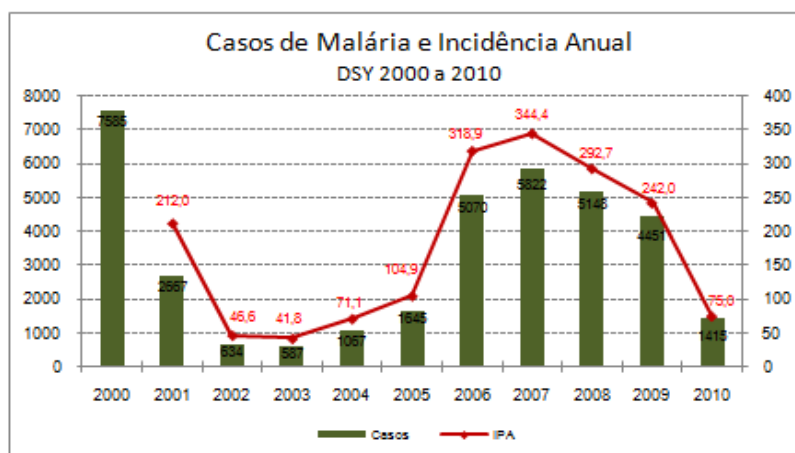
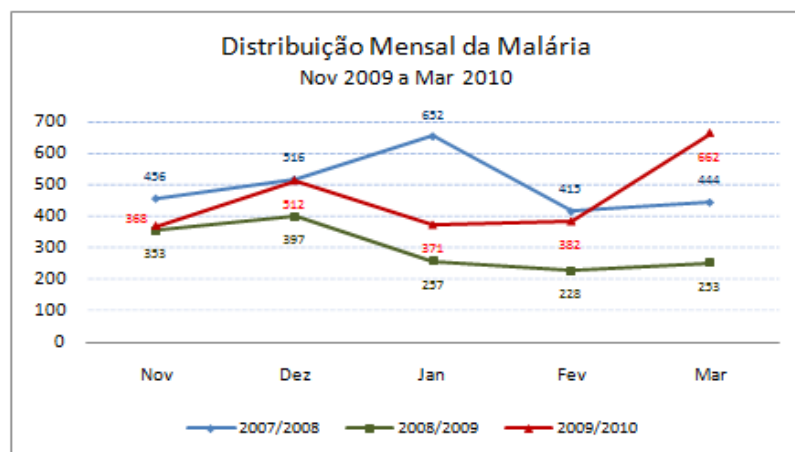


Gráfico 33



No ano de 2008 e 2009 houve intensa concentração de esforços e ações de controle da malária por parte do DSY nesta região do Amazonas, o que resultou na redução em 63 % dos casos registrados da doença, conforme quadro abaixo. Nos pólos-base situados no Estado de Roraima verificou-se incremento dos casos de malária a partir do 2º semestre, relacionados principalmente ao recrudescimento de garimpos clandestinos e transito de Yanomami procedentes da Venezuela, o que determinou a disseminação da transmissão da doença nesses pólos, onde na maioria deles não ocorriam casos autóctones há aproximadamente sete anos.

Tabela 33

Malária nos Pólos-base de RR e AM
DSY 2008 a 2009

Malária								
Estado	Pólos	Aldeias	Casas	2008		2009		Avaliação
				Nº casos	Incidência	Nº casos	Incidência	
RR	23	198	670	563	54,3	2804	244	398% incremento
AM	14	53	648	4585	691,6	1678	242,4	63,4 % redução
DSY	37	251	1318	5148	295,3	4482	245,2	12,9 % redução

Fonte: SIVEP-Malária DSY: 14/05/2010.

Considerando o período de análise atual em relação ao mesmo período anterior, observa-se aumento do número de pólos-base com transmissão da doença de 24 para 28, incremento de 28,2% do número de lâminas examinadas, o que determinou uma média de 2,3 lâminas examinadas por Yanomami neste período, superior a média anterior de 1,3 (Índice de Exames de Sangue), refletindo a implementação da busca ativa de casos visando o diagnóstico e tratamento precoce.

Ao mesmo tempo houve incremento de 43,2% do número total de casos positivos da doença, bem como a redução do índice de lâminas positivas, aumento do percentual de casos por malária falciparum e redução na incidência de 90 para 77,7 casos por mil habitantes.

Tabela 34
Malária e Indicadores
DSY Nov 2009 à Mar 2010

Período	Pólos Base com Transmissão	Lâminas Examinadas	Positivas	Falciparum	Vivax	F + V	IES	ILP	% Fal.	Incidência
nov/2008 à março/2009.	24	34,041	1633	98	1532	2	13497,6	4,8	6	90
nov/2009 à março/2010.	28	43.671	2295	210	2082	2	2315,1	3,7	9,15	77,77

Fonte: Sistema de Vigilância Epidemiológica - SIVEP: 14/05/2010.

No período de novembro de 2009 a março de 2010, foram trabalhados no controle integrado da malária 13 (treze) pólos-base e respectivas comunidades, estratificadas prioritariamente, segundo nível de risco pela incidência, bem como todas as localidades que apresentassem transmissão autóctone.

Em fevereiro de 2010 foi realizada oficina de planejamento para ações de combate a malária a serem desenvolvidas no 1º semestre, de acordo com protocolo de modelo de controle integrado preconizado para o DSY.

Ao total foram trabalhadas 31 comunidades no período de análise, onde foram efetivadas atividades de busca ativa de casos, para diagnosticar e tratar precocemente pacientes com e sem sintomas, e assim promover o esgotamento da fonte infecção humana. Concomitantemente é preconizado o controle vetorial pela nebulização espacial e borrifação intra-domiciliar, com vistas a esgotar a fonte de infecção nos mosquitos e assim promover a interrupção de transmissão local das doenças.

Ao total foram realizadas 51 ciclos de nebulização espacial em ultra baixo volume (UBV), num total de 238 repasses noturnos nestas 31 comunidades.

As atividades de borrifação intra-domiciliar foram prejudicadas devido a falta de inseticida específico no período.

As atividades de controle vetorial são direcionadas através da avaliação entomológica que identifica os criadores, realiza pesquisas larvárias e estuda o perfil do mosquito, espécie predominante e seu pico hematofágico e locais preferenciais.

Durante o ano de 2009 foram trabalhadas treze localidades prioritárias pela entomologia, conforme tabelas abaixo, o que proporciona subsídios para o controle vetorial mais eficaz.

Tabela 35
Demonstrativo Controle Vetorial
 DSY Nov 2009 à Mar 2010

Entomologia		Nebulização Espacial em UBV		
Pólo-Base	Comunidade	Repasses	Ciclos	Inseticida
Baixo Mucajai	Sikamabiu	12	2	400
Uraricoera	Uraricoera	3	1	105
Ericó	Sabia	12	3	204
	Catire	12	3	204
	Comine	12	3	204
Novo Demini	Abraão	12	3	790
	Antônio	12	3	560
	Etewexepí	9	2	480
Apiau	Apiau	3	2	980
Baixo Catrimani	Cajú	3	1	300
	Curral	3	1	300
Maxapapi	Maxapapi	9	2	225
	Xiho	6	1	150
	Gasolina	12	3	1.002
Marari	Castanha	9	2	780
	Alapusi	15	3	1.280
	Missão Marari	10	2	860
Auaris	Kolulu	9	1	270
	Katarinha	9	1	270
	Katimani	9	1	270
	Polapiu	9	1	180
	Kalissi	9	1	180
	Auaris	9	1	180
	Uxiu	Uxiu	6	1
Balawaú	Laharapi	3	1	380
	Koherepi	3	1	380
	Wanapiu	3	1	428
	Uxixi	3	1	428
Kayanaú	Torita	3	1	280
Toototobi	Apihariki	6	1	280
	Lassasi	3	1	180
Total		238	51	13.330 ml

Fonte: Programa de Controle da Malaria do DSY: 14/05/2010.

Tabela 36
Anofelinos coletados por Pólo-Base, Estação, Tempo de coleta e Média de Darlingi DSY 2009

Pólo-Base	Sub-polo (Local)	Tempo/coleta (h)	Estação	Espécies de Anopheles							DAR
				*ARG	*DAR	*TRI	*NUN	*OSW	*MED	*INT	
Auaris	Matooloa	4	seca	0	0	0	0	0	0	1	0
	Kolulu	4	seca	0	0	0	0	0	0	0	0
	Kalisse	4	seca	0	0	0	0	0	0	0	0
Marari	Missão	12	chuvosa	0	0	0	0	0	0	0	2
	Castanho I	12	chuvosa	0	1	0	0	5	2	0	0
	C. Apoio	12	chuvosa	0	0	0	1	0	0	0	0
Padauiri	Pahana	4 e 12	chuvosa	7	67	6	73	31	0	0	0
	Lahaka	12	chuvosa	0	1	0	0	0	0	0	0
Balawau	Maxapapi	12 e 4	seca	0	36	0	1	0	0	0	0
Total		92		7	105	6	75	36	3	2	1,05

Fondest: Setor de Endemias do DSY:14/05/2010.

(**argiritsaris*(ARG);*darlingi*(DAR);*triannulatus*(TRI);*nuneztovari*(NUN);*oswaldoi*(OSV);*mediumpunctatus*(MED);*intermedius*(INT).

Tabela 37
Pesquisa Larvária por Pólo-Base, Criadouros e Medida de Conchadas DSY 2009

Pólo-Báse	Criadouros		Nº Conch/ (+)	Espécies coletadas							Média	
	Local	Tipo		ARG	DAR	MAT	TRI	NUNZ	OSW	STR	SOMA	Conch(+)
Auaris	Missão	Igarapé	90(6)	0	0	0	8	0	0	0	8	1.3
	Matooloa	Córrego	90(5)	0	0	0	0	0	1	0	1	0.2
	Yekuana	Igarapé	90(16)	0	0	0	7	0	15	4	26	1.62
	Kolulu	Córrego	90(8)	0	0	0	0	0	1	0	1	0.12
	Kalisse	Córrego	90(6)	0	0	0	1	0	0	0	1	0.16
Marari	Missão	Córrego	90(0)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Castanho I	Remanso	90(0)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	C. Apoio	Remanso	90(0)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Padauiri	Pahana	Remanso	90(23)	2	10	5	11	7	11	0	46	2
	Lahaka	Remanso	90(0)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Balawau	Maxapapi	Lago	270(57)	0	0	0	3	0	2	0	5	0.08
	Maxapapi	Lagoa	180(54)	0	0	0	45	0	0	0	45	0.83
	Xiroxiropiu	Remanso	90(5)	0	0	3	0	0	0	0	3	0.6
Total			1350(180)	2	10	8	75	7	30	4	136	0,75

Fondest: Setor de Endemias do DSY:14/05/2010.

(**argiritsaris*(ARG);*darlingi*(DAR);*triannulatus*(TRI);*nuneztovari*(NUN);*oswaldoi*(OSV);*mediumpunctatus*(MED);*intermedius*(INT);*strodeii*(STR);*matogrossensis*(MAT).

4.8 PROGRAMA DE ELIMINAÇÃO DA ONCOCERCOSE

Joana Claudete Schuertz

Esta doença, uma filariose transmitida por uma espécie de pium (Simulideo) que causa alterações dermatológicas e lesões oculares, podendo levar a cegueira, foi referida na área Yanomami desde a década de 60.

Após investigações clínicas e parasitologias na década de 70, foi confirmada a ampla dispersão com elevadas prevalências na área Yanomami.

O Programa Nacional de Eliminação de Oncocercose, do Ministério de Saúde, em articulação com a OEPA (Programa de Eliminação da Oncocercose na América), adotou como metodologia de controle e interrupção da transmissão, a quimioprofilaxia, iniciando os tratamentos em massa com *Mectzan*, nos Yanomami do Brasil, no segundo semestre de 1995, numa estratégia conjunta com países latino-americanos, de eliminação dos focos da doença a partir da implantação de dois ciclos anuais de tratamento.

Em 1999 a 2001, o tratamento teve um incremento considerável alcançando e mantendo taxas de cobertura satisfatória (meta de 85%).

Em 2004, o Programa Brasileiro atualizou a situação epidemiológica de doença na área Yanomami, classificando a população da área de risco em cerca de 9200 habitantes com uma população elegível para tratamento em 7300 pessoas, abrangendo três níveis de endemicidade:

- ✓ Área hiperendêmica (8 Pólos-base) - Surucucu, Xitei, Homoxi, Balawau, Haxiu, Arathau, Tucuxim);
- ✓ Área mesoendêmica (6 Pólos-base) - Parafuri, Alto Catrimani, Paapiu, Palimiú, Novo Demini, Toototobi;
- ✓ Área hipoendêmica (5 Pólos-base) - Auaris, Ericó, Waikás, Aracá, Demini.

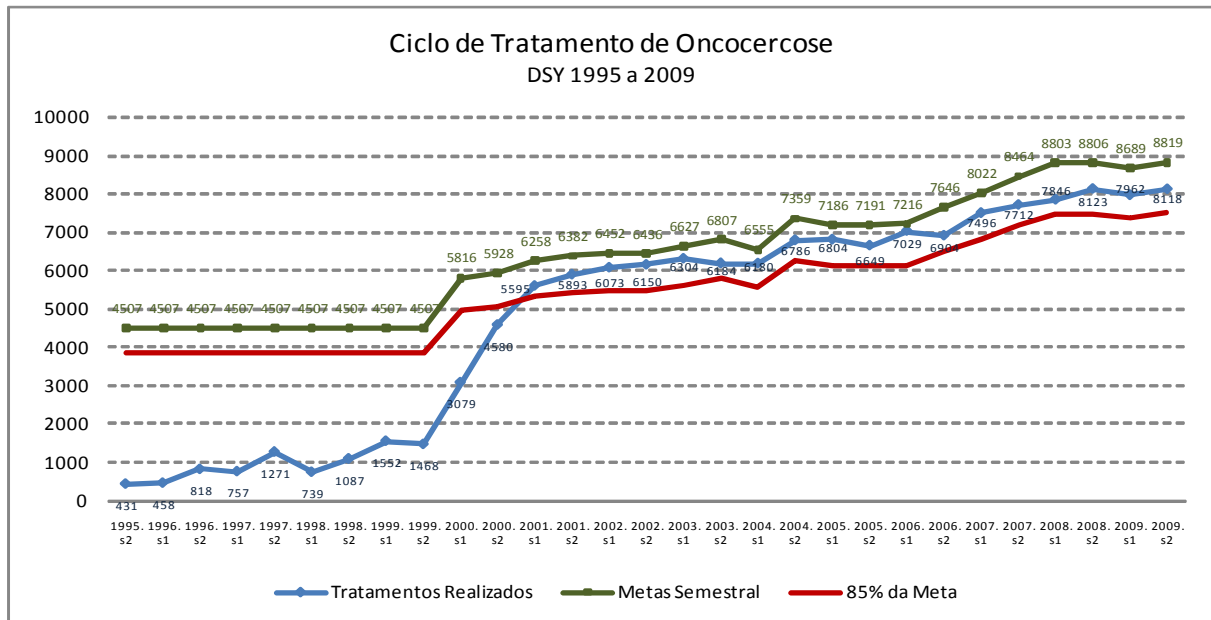
O Programa de Oncocercose conta com uma gerente no DSY, que organiza os ciclos de tratamento anuais, os quais são efetivados nos respectivos Pólos pelas equipes multidisciplinares.

No ano de 2009 foram realizadas duas rondas com cobertura de 91,6% no primeiro semestre e 92,1 % no segundo semestre.

Figura 10
Área Endêmica da Oncocercose
 DSY 2009

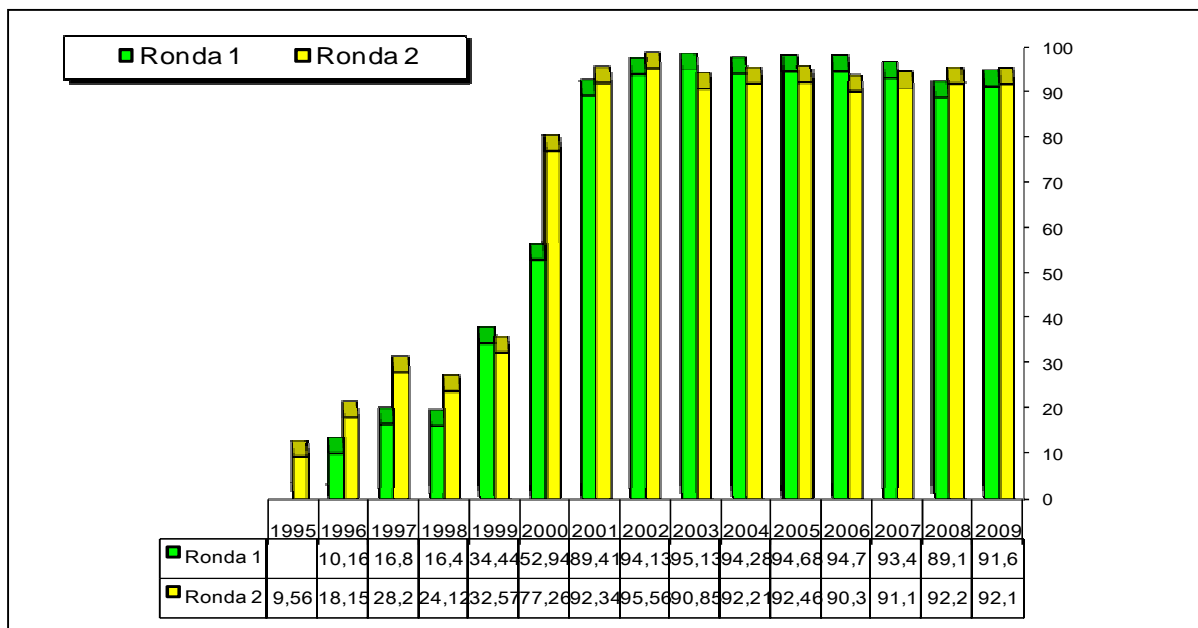


Gráfico 34



Fonte: Programa de Eliminação da Oncocercose do DSY: 14/05/2010.

Gráfico 35
Evolução das Coberturas de Tratamento de Oncocercose
DSY 1995 a 2009



4.9 PROGRAMA DE VIGILÂNCIA AMBIENTAL EM SAÚDE

Jaime Guedes / Ducinéia Aguiar

O Programa de Vigilância Ambiental do DSY foi implantado em novembro de 2009, a partir do convênio com a Missão Caiuá, oportunidade na qual foi contratado um profissional responsável para o desenvolvimento das ações propostas.

As estratégias de trabalho do programa foram definidas segundo orientações da Coordenação Geral de Vigilância Ambiental CGVAM/FUNASA e neste contexto se propõe a trabalhar os fatores ambientais de risco biológico, objetivando organizar um conjunto de ações que proporciona o conhecimento a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, adotando medidas de prevenção e controle dos fatores de risco e das doenças ou agravos em especial as relativas a vetores, reservatórios, hospedeiros, animais peçonhentos entre outras atribuições.

A complexidade para o desenvolvimento de ações organizadas tem requerido neste período uma série de articulações constantes com os diferentes atores institucionais, profissionais de saúde e população nas aldeias indígenas.

No mês de dezembro de 2009 foi realizado um treinamento para todos os profissionais de saúde recém contratados que estariam desenvolvendo atividades de Vigilância Ambiental nas aldeias do Distrito Yanomami, dos quais participaram 23 profissionais de nível superior. No treinamento foram discutidos: ações de controle da raiva e estratégias de aplicação do soro e vacina em caso de exposição, utilização de Soro Antiofídico: acondicionamento nos pólos base e dosagem de acordo com a gravidade e local do acidente, controle de baratas e tungiase nas aldeias indígenas, leishmaniose-LTA: tratamento e notificação de casos, verminose e as estratégias de tratamento em massa.

A partir de janeiro de 2010, tem se observado uma série de deficiências no sistema de vigilância epidemiológica ambiental. Propomos várias capacitações em articulação com a Secretaria Estadual de Saúde de Roraima SES RR e DSEI Yanomami programadas para o 2º semestre de 2010.

Visando a estruturação do Programa de Vigilância Ambiental, foi incluída uma bióloga do quadro da FUNASA na equipe de trabalho, com a função de desenvolver ações específicas da vigilância dos fatores de risco biológicos relacionados ao vetor da leishmaniose e captura de quirópteros como objetivo de mapear as áreas de risco, bem como propor ações de controle.

Em relação ao sistema de informação, a coleta de dados é realizada a partir da área indígena onde são detectados os riscos, agravos ou doenças. O fluxo da ficha de investigação e notificação se dá a partir dos pólos base, passando para a vigilância epidemiológica e Coordenação Técnica do DSY. Neste período foram implementados o sistema de consolidação das informações captadas em área para: controle da Leishmaniose, que permite acompanhar o paciente do início do tratamento a alta, pelas mais diversas situações de acordo com as recomendações específicas do programa, sistema de controle de estoque de soro antiofídico, acompanhamento dos

pacientes em tratamento do tracoma, consolidação dos censos de verminose que permite acompanhar a cobertura da oferta e aceitação do tratamento em massa em todas as aldeias do distrito sanitário, e depois de inseridos em planilhas próprias são lançados no Sistema de Informação de Atenção a Saúde Indígena - SIASI.

Foram monitorados os principais agravos de importância epidemiológica e que estão inseridos no Programa de Vigilância Ambiental do DSEI Yanomami: Leishmaniose, Tracoma, Verminose, Animais peçonhentos, Raiva.

O controle das leishmanioses é realizado a partir do diagnóstico clínico nas aldeias, onde é coletado material para diagnóstico e encaminhado para confirmação laboratorial no Laboratório Central em Boa Vista - LACEN. A partir da confirmação laboratorial o medicamento é liberado no Núcleo de Controle de Zoonoses da SES RR. No primeiro trimestre de 2010, temos identificado uma série de deficiências, principalmente na técnica de coleta através da escarificação da lesão e coloração das lâminas de forma inadequada, fato que tem comprometido o quantitativo de diagnóstico laboratorial para LTA, e conseqüentemente o início dos tratamentos nas comunidades.

Conforme tabela, observa-se que 45% do total das lâminas coletadas no período apresentam algum tipo de alteração, necessitando de estratégias de treinamento em coleta, armazenamento e coloração para os profissionais de enfermagem permanentes nos postos de saúde das aldeias, uma vez que os técnicos de laboratório realizam rodízio nos 37 pólos base do DSEI Yanomami.

Temos notificado um total de 11 casos de leishmaniose tegumentar, distribuídos em 05 pólos representando um coeficiente de detecção de 0.60/1000 habitantes, conforme gráfico abaixo.

A leishmaniose tegumentar americana está agrupada sob três diferentes formas clínicas: leishmaniose cutânea, leishmaniose cutânea difusa e leishmaniose mucosa. No Distrito Sanitário Yanomami não há ocorrência de casos de leishmaniose mucosa nem difusa, somente a cutânea de maior ocorrência nos pólos base da Missão Catrimani e Surucucu.

Tabela 38
Distribuição de casos de leishmaniose por pólo base e forma clínica
DSY Nov 2009 à Abr 2010

Pólo Base	Aldeia	Leishmaniose cutânea
Surucucu	Tahimau	2
	Xirimihike	2
Missão Catrimani	Maamaphiteri	1
	Hokoaripiteri	1
	Mauxiatheri	1
	Mauxiú	1
Aracá	M. Moraes	1
Xitei	Ketaa	1
Auaris	Tucuxim	1
Total		11

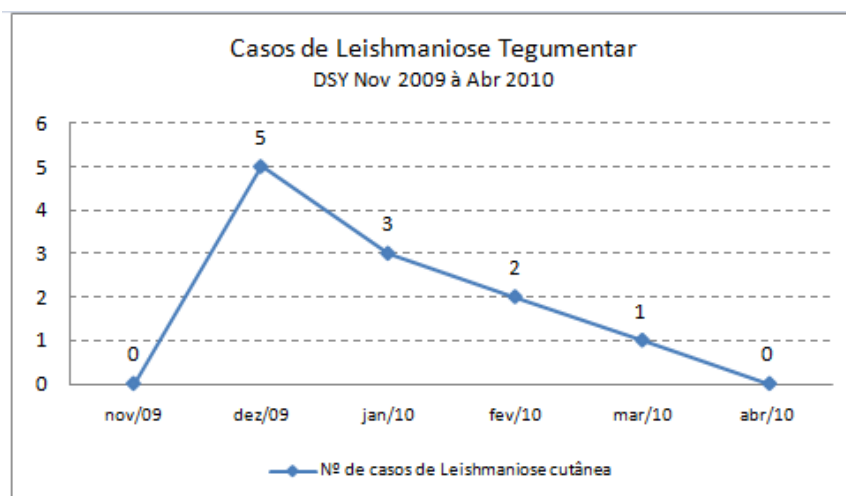
Fonte: Programa de Vigilância Ambiental do DSY: 13/05/2010.

Quadro 3
Exames de Leishmaniose Tegumentar
DSY Nov 2009 à Abr 2010

Diagnóstico clínico	Total de Laminas coletadas Dez/09 a abril/10	Diagnóstico laboratorial Positivos	Coloração inadequada	Coleta/Material insatisfatório ou presença de fungos
20	20	11	1	8

Fonte: Programa de Vigilância Ambiental do DSY: 13/05/2010.

Gráfico 36

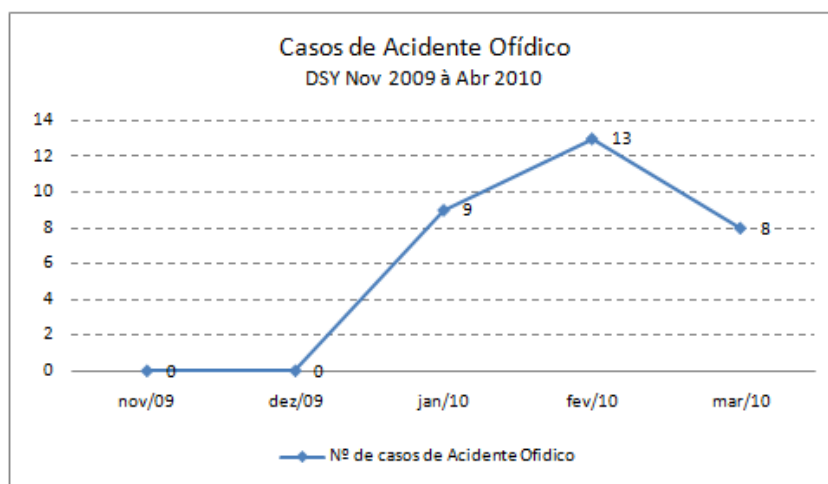


Fonte: Programa de Vigilância Ambiental do DSY: 13/05/2010.

Com a Secretaria de Estado da Saúde de Roraima definimos um fluxo de notificações dos principais agravos e doenças de importância para a vigilância ambiental, além de liberar os tratamentos para Leishmaniose, sendo nosso principal parceiro, através de onde é liberado o medicamento Glucantime.

A notificação dos acidentes por animais peçonhentos deve seguir um fluxo diretamente para o núcleo de controle de zoonoses da SES RR, que a partir daí organiza os dados e encaminha para notificação no SINAN dos municípios inseridos na área de abrangência do Distrito Yanomami. No primeiro trimestre foram notificados 30 acidentes ofídicos no DSY, onde se observa ampla distribuição de ocorrência, ressaltando a necessidade de estoques estratégicos em todos os pólos-base.

Gráfico 37



Fonte: Programa de Vigilância Ambiental do DSY: 13/05/2010.

A dimensão da vigilância ambiental engloba outras áreas de atuação, quais sejam: avaliar processos de produção, integração, interpretações de informações, visando ao conhecimento dos problemas de saúde relacionado às questões ambientais, vetores, hospedeiros, animais peçonhentos, contaminantes ambientais, químicos e físicos que possam interferir, água, ar e solo e os riscos decorrentes de desastres naturais e de acidentes, o que necessita implementação em médio prazo.

4.10 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Irlany Moreno Rodrigues

Este setor conta com esta signatária como farmacêutica e coordenadora da central de abastecimento farmacêutico (CAF), um coordenador substituto que auxilia no controle e triagem dos pedidos e gerencia o controle físico de estoque, uma

secretária, duas digitadoras para o programa SISCOESC e controle de empenhos, uma digitadora para os relatórios recebidos/enviados para os 68 locais de abastecimento, um responsável pelos pedidos odontológicos e laboratoriais e três funcionários que trabalham separando pedidos de material médico-hospitalar e medicamentos, totalizando dez funcionários, além de contar recentemente com um estagiário.

Entre as principais atividades desenvolvidas no período de novembro/2009 a março/2010 estão a reorganização do setor, formação da comissão de farmácia e terapêutica e treinamento dos funcionários, objetivando o interesse pelo conhecimento e esclarecimento sobre produtos de extrema importância para a recuperação da saúde da população.

Com a reorganização do setor foi possível remanejar medicamentos e materiais para pólos distintos, para a CAF municipal e CAF Estadual, evitando desta forma, o desperdício do dinheiro público. Enquadra-se também neste momento a adequação estrutural como a construção de uma copa conforme exigências sanitárias; organização do setor administrativo principalmente no controle das notas de empenho, cobrança dos fornecedores e análise de notas fiscais e seus respectivos termos de referência.

A comissão de farmácia e terapêutica é composta por uma médica, uma enfermeira, um odontólogo e uma farmacêutica. Esta comissão planeja desenvolver um elenco e abastecimento de medicamentos para 2011 adequando-os a realidade de cada pólo, utilizando como base de dados os agravos já consolidados e a padronização de condutas terapêuticas.

Quanto aos treinamentos dos funcionários é possível destacar:

- ✓ Ciclo da assistência farmacêutica (seleção, programação, aquisição, recebimento, armazenamento e distribuição);
- ✓ Uso racional de medicamentos;
- ✓ Aspectos importantes do controle manual de estoque;
- ✓ Análise de notas fiscais/empenhos/termo de referência.

Dentre as dificuldades encontradas nesse período destaca-se a falta de recursos financeiros para aquisição de medicamentos e materiais em falta, dificultando o trabalho das equipes de saúde e havendo desabastecimentos de itens primordiais como medicações injetáveis, soluções de grande volume e materiais médico-hospitalares.

A falta de equipamentos, como computador, além da internet banda larga são outros fatores que dificultaram o eficaz funcionamento desta CAF, impedindo a implementação do sistema de controle de estoque ofertado pelo DESAI (SISCOESC) o qual funciona via internet.

A CAF dispunha apenas de um computador, que permanecia ocupado com abastecimento de dados fornecidos via relatórios de controle de estoque de cada localidade (68) as quais realizamos o abastecimento e documentos internos como memorandos e análises de notas fiscais, entre outros.

Faltou planejamento adequado no âmbito da assistência farmacêutica para receber os pólos pertencentes à antiga DIOCESE, sendo este outro agravante para o abastecimento, ou seja, percebeu-se que essa transição não contou com o preparo das equipes que prestavam serviços aos pólos desta ONG, quanto ao procedimento de reposição de estoque padronizado pelo DSY, assim como a priorização na liberação de recursos financeiros a fim de podermos atender essa demanda.

Vale ressaltar o desabastecimento de medicamentos do programa de malária a nível central em 2009 e 2010, principalmente a Primaquina, situação ainda persistente, que gera a necessidade de retratamentos aos pacientes que não os completaram.

A política de assistência farmacêutica vem sendo estruturada de forma lenta e gradual, de acordo com a realidade local e obedecendo ao caráter multiprofissional. Contudo, alguns pontos precisam de maior atenção para que esta estruturação ocorra da forma adequada, tais como:

- ✓ Liberação de recursos necessários para aquisição de medicamentos e materiais trimestralmente objetivando regularidade no abastecimento;

- ✓ Supervisão farmacêutica em área indígena através de uma equipe treinada para pesquisar informações pertinentes a assistência farmacêutica;
- ✓ Capacitação de funcionários que prestam serviço em área indígena sobre cálculos de dosagens e uso racional de medicamentos.
- ✓ Implementação do SISCOESC (já dispomos de funcionários, mas não de computador para desempenhar o serviço)
- ✓ Adequação estrutural da CAF as exigências sanitárias, como espaço adequado para armazenamento dos produtos (atualmente utilizamos uma sala na casa de estudos para armazenar produtos que não cabem na área de estocagem), ou seja, ampliação do setor ou transferência para uma local com espaço necessário para o armazenamento.
- ✓ Aquisição de sistema de controle de estoque informatizado para cadastro dos medicamentos adquiridos por compra descentralizada, programas de saúde, materiais médico-hospitalares, produtos odontológicos e laboratoriais.

Recebimento e posterior consolidação dos dados dos clientes que utilizam medicamentos sujeitos a controle especial e de uso contínuo, assim como data das avaliações e seus diagnósticos.

4.11 GERÊNCIA DE ÁREA

Andréia Formiga / Rosecler Martins

A Gerência de Área no DSY conta com uma enfermeira e uma técnica em Recursos Humanos e um auxiliar administrativo e tem como função a elaboração das escalas de serviços em campo dos técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos, suporte a este trabalho e promover a articulação dos mesmos com demais setores.

Conforme plano pactuado entre o DSY e o convênio Missão Evangélica CAIUÁ a escala de área quanto aos recursos humanos teve que se adequar ao que se refere o quantitativo de pessoal, o que teve reflexos na distribuição dos profissionais nos pólos de atendimento, para o que foi levado em consideração alguns aspectos como índice

populacional, número de malocas e distancias entre elas e o posto de saúde e escala de folgas.

Deve-se levar em conta que a responsável da escala de área elabora a distribuição dos profissionais técnicos por pólo-base envolvendo a articulação entre estes profissionais de campo e a coordenação técnica do DSY, outros setores como Operações, Infra-estrutura, Farmácia, Almoxarifado, Epidemiologia, Serviço Social, CASAI, SUS etc.

Além do intenso trabalho diário administrando recursos humanos envolvendo toda a área de Roraima e os três sub-distritos do Amazonas (Barcelos, Santa Isabel e São Gabriel), esta gerencia participa no planejamento e implementação das ações de saúde do DSY como um todo, tendo uma dinâmica de trabalho que inclui a articulação dos conflitos pertinentes a cultura indígena e o trabalho de saúde junto a Chefia do Distrito e gerentes de programas.

Esta gestão torna-se um tanto complexa ao passo que encontramos diversas dificuldades em vários âmbitos e aspectos, envolvendo assim todos os setores a ele relacionados desde a comunicação quanto a falta de autonomia em determinadas situações.

A ligação direta entre os profissionais de área e o DSY é operacionalizada via radiofonia o que comprometeu por diversas vezes a qualidade do trabalho devido o período de propagação ficar limitado durante o dia a diversos tipos de interferência, como o clima (em períodos chuvosos a freqüência se torna completamente poluída de ruídos e cortes na comunicação), outras instituições modularem na mesma freqüência e ainda de não termos recursos como estar identificando o profissional a modular no momento caso o mesmo não queira se identificar.

O fato de não disponibilizarmos de radiofonia em todos os sub-pólos é também uma preocupação constante, devido alguns deslocamentos da equipe de saúde tornarem-se distantes levando 10 a 12h de caminhada em trilhas abertas pelos indígenas e/ou o deslocamento de barco onde o profissional está exposto a diversas situações que o colocam em risco de acidentes sem possibilidade de comunicação.

Implantamos em Dezembro um roteiro de relatório mensal na tentativa de documentar o trabalho realizado em área, além dos dados consolidados pelo setor de Epidemiologia que também se integra a esta gerência com as dificuldades adversas encontrada pela equipe de saúde no desenvolvimento de suas atividades.

O quadro atual de funcionários em área é composto por 225 Téc. em Enfermagem II e 19 Enfermeiros II para cobrir tanto a região do Amazonas quanto a região de Roraima, quantitativo previsto inicialmente e que se tornou insuficiente devido ao vários atestados médicos emitidos durante o período referido **(Tabela 39)**.

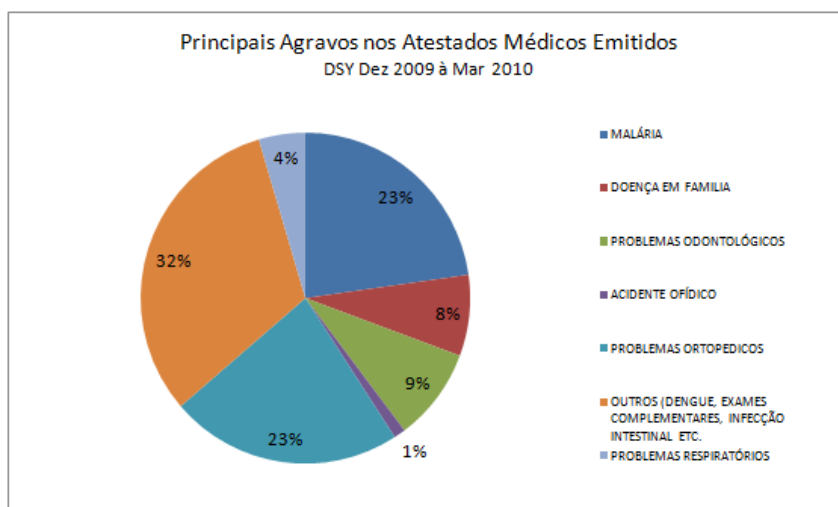
A maioria se deveu a doenças adquiridas na própria região, e também em Boa Vista vivenciando freqüentes surtos, principalmente dengue, malária e viroses o que comprometeu em alguns momentos 60% da mão-de-obra da escala de serviço, concomitante ao aumento da demanda de assistência pelos surtos ocorridos em área.

A liberação de profissionais para acompanhar familiares em casos de tratamento de saúde, a remoção de funcionários acometidos de viroses adquiridas em área, à liberação de profissionais para prestar concurso público também prejudicou a continuidade do trabalho de saúde visto que os mesmos têm o direito garantindo, porém, a rotina de vôos (realizada quinzenalmente em cada pólo base) muitas vezes coincidiu de não se adequar a realidade do momento, a fim de não onerar horas vôos extras o que estava previsto no Plano Distrital 2010.

Tabela 39
Atestados Médicos por Categoria Profissional
DSY Dez 2009 à Mar 2010

MESES	Nº DE PROFISSIONAIS AUSENTES	CATEGORIA PROFISSIONAL	Nº DE DIAS DE AUSÊNCIA	MÉDIA DE DIAS DE AUSÊNCIA P/PROF.
DEZEMBRO	2	Ag. Vigilância ambiental	14	7
	1	Enfermeira	7	7
	19	Téc. Enfermagem II	188	10
	1	Téc. laboratório	6	6
JANEIRO	1	Enfermeira	4	4
	13	Téc. Enfermagem II	145	12
	1	Téc. enfermagem I	14	14
FEVEREIRO	1	Téc. laboratório	4	4
	2	Aux. Infra estrutura	7	3,5
	2	Enfermeira	16	8
MARÇO	14	Téc. enfermagem II	172	13
	2	Enfermeira	8	4
	21	Téc. enfermagem II	265	13
	1	Téc. Infra estrutura	5	5
Total	81		855	110,50

Gráfico 38



Fonte.: Gerência de Área - DSY 15/03/2010

Foram realizados alguns treinamentos como SISVAN, MDDA (Monitoramento das Doenças Diarréicas Agudas), Acidente Ofídico, Acidente Ocupacional e o uso dos EPI's, Capacitação para diagnóstico laboratorial da Sífilis e triagem para HIV pelo teste rápido e aconselhamento, sendo que, conforme acordo coletivo só estão previstos 5 (cinco) dias dos 15 de folga para a realização dos mesmos, o que prejudica a programação, pois não conseguimos aplicar os treinamentos a 100% dos funcionários.

Percebemos ainda, que há a grande necessidade de que seja realizado um treinamento (parte teórico e parte prática em área) no intuito de preparar o profissional de área indígena para as situações adversas que possivelmente ele está sujeito a se deparar e que hoje muitas vezes se encontra despreparado desde o preparo físico, noções básicas de sobrevivência em selva, primeiros socorros, urgência e emergência além é claro da clínica médica. Sugerimos ainda que seja criado e implantado neste treinamento protocolo de ações quanto as morbidades notificadas visto que por vezes temos tomado o conhecimento de que os funcionários demonstram insegurança devido o despreparo em vários âmbitos relacionados a saúde indígena como é o caso da imunização a qual o calendário vacinal difere do aplicado ao SUS. Diante destas dificuldades, há um projeto em fase de construção visando a sensibilização dos profissionais antes de sua entrada em área e uma melhor qualificação destes diante da realidade da saúde indígena.

A falta dos matehip (material de troca/pagamento) pelos serviços prestados pelos indígenas as equipes de saúde (como carregamento de materiais, acompanhamento em trilhas na selva etc.) foi de grande preocupação durante este período. Devido a falta desse material muitas equipes foram saqueadas pelos próprios indígenas que se encontravam com sua roças ainda em fase de plantação, muitos profissionais foram por diversas vezes agredidos verbalmente pelas comunidades e ameaçados de agressão física por não terem tal material como pagamento, prejudicando até mesmo a prestação do serviço de saúde já que em algumas localidades os serviços chegaram a ser suspensos, impossibilitando então que a equipe de saúde por vezes chegasse até as comunidades mais isoladas.

A articulação desta gerencia com a CASAI foi conturbada, por vezes nos solicitando profissionais de área para estar a acompanhar menores no SUS devido alegarem seu quadro de profissionais também se encontrar debilitado. Em alguns momentos fomos acusados visto que por questões culturais os menores eram abandonados pela família e não podendo deixar o menor desacompanhado por ser um direito constituído em lei, tivemos que ceder o profissional mesmo que comprometendo outros serviços em área.

Muitos pacientes referenciados a CASAI retornaram a comunidade apresentando o mesmo problema de saúde pelo qual foi referenciado e ainda sem o relatório de alta e conduta, deixando os profissionais de área sem a contra-referencia e que protocolo seguir com o retorno do paciente ao pólo-base. Ressalte ainda a questão da medicação que em determinadas situações são prescritas de uso controlado e contínuo e que não possuímos em nossa CAF – Central de Abastecimento Farmacêutico, prejudicando a continuidade do tratamento do paciente em sua comunidade de origem.

Sugerimos também que no momento de uma nova discussão para plano de trabalho seja revisto o quantitativo de pessoal de área e se aumente em pelo menos 30% o quantitativo dos profissionais de saúde em área envolvendo todas as categorias para que o trabalho de saúde não sofra interrupções visando os imprevistos

acometimentos de doenças e acidentes relacionados à realidade da região onde se trabalha.

Outra questão a ser observada é que devido a atual política de contratação de agentes indígenas de saúde preconizado neste convênio, onde os mesmos são contratados em regime de CLT, até o momento o quantitativo previsto de 240 (duzentos e quarenta) AIS e 10 (dez) AISAN não foram alcançados, pois a questão cultural teve grande influência. Houve em um primeiro momento uma desconfiança por parte dos indígenas quanto a este novo modelo de “pagamento”, somente após alguns meses do convênio é que se conseguiu fazer as primeiras contratações, mas até a presente data ainda tem-se várias dificuldades, como a retirada dos AIS de área para confecção de seus documentos (RG, CPF, CTPS etc...), o que abre outro leque de questões, horas-vôo para suas retiradas, onde alojar, alimentação, interprete para acompanhamento e transporte aos órgãos públicos entre outras questões.

No plano de trabalho pactuado, devido a questão orçamentária as contratações de profissionais médicos e dentistas foi previsto por um período menor que a duração do convênio, por estratégia foram feitas as contratações somente após o período determinado, o que também refletiu nas ações de saúde e muitas vezes no aumento de remoções, neste primeiro trimestre.

Esforçamo-nos dentro de nossas limitações para que a saúde indígena tivesse continuidade em seu desenvolvimento e para que as comunidades fossem o menos possível prejudicado por tais limitações.

Trabalhamos no intuito de melhorar as condições de trabalho dos profissionais em área a fim de aperfeiçoar a qualidade dos serviços prestados, contudo contamos com um apoio maior por parte das autoridades envolvidas a fim de dispor de maior autonomia para direcionar certas situações encontradas no decorrer deste período a fim de atender o proposto no Plano Distrital 2010.

4.12 SETOR DE OPERAÇÕES

Antônio Pereira de Oliveira

Este setor é responsável pela logística em geral, tanto de funcionários e equipamentos e insumos para todos os pólos-base, bem como as reformas dos postos de saúde e alojamentos.

Em 2009 e 2010 já foram construídas 10 (dez) casas de apoio para os funcionários e posto de atendimento a saúde, sendo as construções de madeiras, retirada da área, utilizando-se como mão de obra os funcionários que são contratados como técnico de infra-estrutura e auxiliares de infra-estrutura pela Caiuá.

Quadro 4
Postos de saúde e alojamentos construídos
DSY Dez 2009 à Mar 2010

Construídos realizadas	
Periodo	Polós Base
2009	Waikás-RR
	Erico-RR
	Alto Mucajaí-RR
	Xiroxirobi (Toototobi)-AM
	Maxababitheri (Balawaú)AM
	Auaris RR(Reforma)
2010	Novo Demini-AM
	Marari- AM
	Uxiú- RR (Em construção)
	Baixo Mucajaí- RR

Fonte: Setor de Operações do DSY: 14/05/2010.

O setor de logística tem a função de suprir às necessidades dos pólos-base com transporte terrestre e aéreo para realizar a distribuição de suprimentos e servidores em Roraima. Na região do Amazonas o principal meio de transporte é fluvial.

O transporte terrestre vai às comunidades mais próximas e que tem acesso a estradas, já os vôos acontecem no aeroporto internacional de Boa Vista/RR, em forma de escalas quinzenais para todos os pólos-base.

O setor de operações também é responsável pela manutenção das 41 pistas de pouso das aeronaves nas áreas indígenas, o que é realizado pela equipe de auxiliares de infra-estrutura.

Também são responsáveis pelos motores de popa e motor de energia, geladeiras, moto bomba, e painéis solares.

Todo material do Distrito Sanitário Yanomami está armazenado no almoxarifado, contendo alimentos, materiais de troca, material de limpeza, utensílios de cozinha, os quais são distribuídos nos pólos-base a partir do relatório dos enfermeiros de área, considerando a demanda local, pacientes internados e etc.

Outra atividade realizada por este setor é o apoio logístico aos AIS, que estão em fase de concentração e precisam ser deslocados de área para a sede das cidades para confecção de documentos.

O quadro de 160 AIS em 2009 foi ampliado para 220 em 2010, para contemplar a cobertura de todos os pólos-base, inclusive de 3 municípios no estado do Amazonas, além dos que são referenciados à Boa Vista.

Faltam 30 AIS para confeccionar os seus documentos, com a perspectiva de que este processo esteja concluído até o mês de julho de 2010.

4.13 CAPACITAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

Lúcia Paiva de Macedo / Dejacir Moraes de Araújo

Estes setores atuam de forma conjunta tendo como sede a “ Casa de Estudo” do DSEI desenvolvendo atividades pertinentes a seus objetivos principalmente junto aos indígenas que são os conselheiros distritais de saúde e aos Agentes Indígenas de

Saúde (AIS) bem como em área que exige o trabalho de intermediações de conflitos e conselhos locais.

Ao todo são os profissionais envolvidos nesse trabalho, conforme equipe abaixo:

- ✓ Responsável efetiva da FUNASA (agente administrativo);
- ✓ Coordenador administrador contratado pelo convênio Funasa/Caiuá (técnico de enfermagem);
- ✓ Pedagoga (licença maternidade);
- ✓ Enfermeira e Educadora;
- ✓ Auxiliar da Logística;
- ✓ Interprete e educador em saúde;
- ✓ Logística e capacitação (técnico de enfermagem);
- ✓ Interprete indígena;
- ✓ Motorista;
- ✓ Cozinheiras;
- ✓ Responsável pelo Controle Social (efetivo da FUNASA, agente administrativo);
- ✓ Assistente Social;
- ✓ Serviço de Apoio (AIS).

O Controle Social trabalha essencialmente na formação dos Conselheiros Distritais e AIS e organiza as reuniões dos conselhos locais e distritais que abrange todos os conselheiros do DSY em duas reuniões anuais, as quais são precedidas de oficinas de capacitação específicas aos conselheiros.

Em 2009 foram realizadas uma reunião distrital e uma em abril de 2010 dentro do período de análise, que reuniu os mesmos.

Em média, os agentes necessitam permanecer 30 dias na cidade requerendo vários cuidados de atenção. Até o momento, foram sendo acompanhados nesta tarefa

um total de 156 AIS, que já se encontram em situação regular de contratação, restando ainda 84 em andamento.

Foram também elaborados cursos, que serão executados de acordo com cronograma realizado em conjunto com a coordenação técnica da saúde, que estão no acordo de metas para 2010, como:

- ✓ Curso de capacitação pedagógica: o enfermeiro necessita ser capacitado dentro da teoria pedagógica preconizada; este curso tem data próxima de realização, dependendo da saída de área dos enfermeiros que ainda não foram capacitados;
- ✓ Curso de capacitação do Modulo Introdutório: este curso visa capacitar os enfermeiros que já participaram da capacitação pedagógica para que elaborem e compreendam as atividades que constam no módulo introdutório da capacitação inicial dos AIS;
- ✓ Curso de capacitação dos conselheiros distritais: este curso se destina a capacitar os conselheiros tendo como objetivo informá-los sobre a linha histórica do SUS, de qual maneira a saúde indígena se insere neste contexto e esclarecer as atribuições inerentes aos conselheiros. Data prevista: julho/2010;
- ✓ Curso de capacitação dos AIS- Mod. Introdutório e DST/AIDS – este curso tem como meta planejar as atividades, de forma que se adéqüe a realidade dos Yanomami. Será ministrado segundo calendário da coordenação técnica dos enfermeiros;
- ✓ Encontro das mulheres indígenas: oficina com o objetivo de debater e informar sobre cuidados de saúde, de forma intercultural. Em processo para adquirir verba;
- ✓ Curso sobre MDDA: informar técnicos e enfermeiros sobre o novo sistema de informação sobre monitoramento das doenças diarréicas. Previsto para julho/2010;
- ✓ Curso introdutório para AIS da área leste; apoio na elaboração do planejamento das aulas (curso já realizado).

Além disso, deve ser ressaltado o importante trabalho de interlocução e mediação de conflitos de área, desenvolvidos pelo interprete e educador em saúde em várias situações inusitadas pontuadas abaixo:

- ✓ Atuação na investigação e atendimento do surto suspeito de Influenza A H1N1 em Yarita, em conjunto com o médico (Dr. Oneron);
- ✓ Atuação para elaboração de relatório sobre conflito/dificuldade para execução dos trabalhos de saúde envolvendo profissionais e Yanomami, no pólo base Surucucu, avaliando dificuldade de relacionamento e nível de risco que lá atuavam;
- ✓ Atuação para relatório do conflito entre os yanomami do pólo base Papiu e Awuiu;
- ✓ Atuação no pólo base do Ajarani para avaliar risco de conflito entre profissionais indígenas;
- ✓ Resolução de questões sociais referentes aos Yanomami do baixo Catrimani;
- ✓ Apoio e capacitação dos AIS em Auaris (mod. Introdutório);
- ✓ Atuação em área Yanomami onde existe atividades de garimpagem para elaborar relatórios e checar grau de risco para profissionais da saúde devido a possibilidade de conflitos.

Desde o início do convênio com a Caiuá, esta equipe tem se responsabilizado prioritariamente pela confecção e atualização dos documentos de 240 AIS no sentido de viabilizar suas contratações, manutenção, alimentação, moradia e encaminhamento para atendimento nas unidades de saúde de referência. Para tanto conta com o apoio do setor de operações para retirada dos AIS das suas comunidades.

Ressaltamos que a casa, no momento da sua locação, necessitou de vários cuidados, sendo executados pelo coordenador contratado pela Caiuá como limpeza, cuidados de saúde em relação aos AIS, estruturação dos serviços da cozinha e requisição de insumos, dentre outras tarefas necessárias para um bom atendimento aos AIS.

4.14 SERVIÇO SOCIAL

Luiziane Barbosa

Este setor vem trabalhando com a assistência social do povo indígena na cidade de Boa Vista, com visitas hospitalares, domiciliares e com apoio em radiofonia.

Contamos com uma equipe de duas pessoas, sendo uma assistente social e uma técnica de enfermagem I, que contribui com o serviço social.

Entre os nossos objetivos o acompanhamento de indígenas removidos, tanto domiciliar quanto hospitalar, orientação e resguardo dos direitos de um bom atendimento nos hospitais, agendar consultas e apoiar a terapêutica, aconselhar os indígenas sobre direitos e deveres a serem seguidos, preservando seus vínculos étnicos.

O trabalho do Serviço Social vem sendo realizado diariamente com visitas, reuniões e acompanhamento, conforme o cronograma do setor, e diante calendário de visitas a hospitais e maternidade. As segundas, quartas e sextas-feiras atendimento a radiofonia, hospitais/maternidade, e terças e quintas na sede e visitas a hospitais. Aos sábados, domingos e feriados, ficamos sobre aviso.

Vale apenas ressaltar que na maioria das atividades externas, o setor tem feito os seus serviços com veículos próprios. Em outros momentos que o veículo foi cedido pelo setor de transporte foi limitado o tempo de permanência, dificultando o trabalho a ser desenvolvido pelo setor do serviço social.

As principais dificuldades referem-se ao suporte de trabalho como um espaço físico, computador, telefone, material didático, permanente como arquivo, mesa, cadeira e um estagiário para apoio a esta intensa demanda.

Em média são realizados 30 atendimentos diários de apoio aos Yanomami, sendo que no período de novembro de 2009 a março de 2010, totalizaram 151 indígenas atendidos.

5. CONSIDERAÇÕES GERAIS FINAIS

OS YE'KUANA

Os Ye'kuana constituem-se num grupo reduzido, habitantes de comunidades localizadas nos pólos de Auaris e Waikás, sendo conhecidos como “Maiongong”, hábeis navegadores e conhecedores de cachoeiras da bacia do rio Uraricoera.

A pirâmide populacional Ye'kuana, demonstra predomínio de homens em relação às mulheres, 52% são menores de 20 anos, sendo 13,5% menores de 5 anos, os adultos de 20 a 49 representam 38,1% e os acima de 50 anos 9.7%. Observou-se desequilíbrio importante entre os sexos e quantitativo em algumas faixas etárias, quem podem representar óbitos ocorridos em situações anteriores de surto.

O padrão de mortalidade é pouco diferenciado, sendo o CMG mais elevado que o dos Yanomami, observando-se um elevado percentual de 32% de suicídios entre eles, na série histórica de 2002 a 2010 (total de 25 óbitos), bem como ocorrência de óbitos por cancer, o que deve ser alvo de abordagem específica.

Este grupo apresenta evidentes diferenciações do perfil demográfico, de morbimortalidade, condições de moradia, alimentação, sócio-cultural e de contato com população não indígena, com importante fluxo em comunidades do lado venezuelano, conseqüentemente com fatores determinantes diversos envolvidos, para o que consideramos pertinente avaliação epidemiológica operacional em separado, bem como estratégias específicas para subsidiar prioridades de assistência e implementação dos programas e ações adequadas ao perfil desta etnia.

DEMOGRAFIA

A população do DSY como um todo vem apresentando crescimento sustentável nestes últimos 10 anos, sendo que no período de novembro de 2009 a março de 2010 apresentou 1,1 de incremento populacional, o que aponta para um crescimento médio de 3,3 ao ano, perspectiva que deve ser considerada para o planejamento de ações de recursos humanos e orçamentárias.

A população é predominantemente jovem, (mais da metade são menores de 20 anos), com 20 % do total sendo crianças menores de cinco anos, estando bem evidente a necessidade de fortalecer e priorizar a implementação da atenção à saúde e programas específicos, tendo em vista a fragilidade e vulnerabilidade das crianças revelada nos elevados coeficientes de morbi-mortalidade desta faixa etária.

A estratificação geopolítica dos dados entre a população do DSY no estado de Roraima e do Amazonas não contempla a especificidade e singularidade necessária para análise epidemiológica adequada ao Distrito, que deve adotar e fortalecer o conceito referencial e dinâmico das áreas de relações Inter comunitárias que conformam Regiões Epidemiológicas, as quais devem nortear organização de estrutura, distribuição de recursos humanos, equipamentos, insumos e rede de referência.

Assim sendo, as diferenças regionais não são uniformes, como por exemplo, em relação ao padrão populacional Yanomami do Amazonas, com menor proporção de idosos, redução da taxa de fecundidade e processo de transição demográfico mais avançado.

Esta afirmação é válida principalmente aos pólos Maturacá, Inambu, Maiá, Marauaiá, situados nos municípios de São Gabriel e Santa Isabel, pioneiros no processo de colonização, onde a interação com a sociedade local ocorreu há mais tempo e também as transformações demográficas. A população Yanomami dos outros pólos do Amazonas apresenta padrão semelhante aos de Roraima, com predomínio de população jovem e crianças, sem redução dos níveis de fecundidade, perfil que representa a grande maioria dos Yanomami.

Podemos considerar de boa qualidade a alimentação dos dados demográficos no SIASI, entretanto há necessidade de realizar o recenseamento por comunidades, tendo em vista inúmeros rearranjos de grupos Yanomami e Y'ekuana, com nova distribuição das famílias em várias comunidades criadas em função de sua normal dinâmica sócio-demográfica, o que precisa ser melhor assimilado e monitorado pelas EMSI e conseqüentemente, atualização pela Epidemiologia.

MORTALIDADE

Houve redução dos óbitos gerais do DSY considerando o mesmo período do ano anterior, entretanto com pequeno incremento dos óbitos infantis e do CMI.

Portanto a grande maioria dos óbitos foram de crianças menores de 1 ano, devido ao infanticídio e de maior ocorrência na região do Amazonas, atribuindo um elevado CMI de 194,6 óbitos por 1000 nascidos vivos para o DSY, referente ao período de análise.

A curva de Mortalidade Proporcional do DSY enquadra-se como nível de saúde baixo com predominância de óbitos infantis. Entretanto cruzando-se a série histórica do CMI com o coeficiente de natalidade verificou-se tendência de incremento desta mortalidade a partir do ano de 2000, que foi concomitante ao aumento do coeficiente de natalidade neste período inicial do século, que caracterizou-se pela recuperação sanitária deste grupo após a interrupção da transmissão da Malária, de 2000 a 2003, cuja epidemia na década anterior impactou violentamente os Yanomami em termos de morbi-mortalidade. A orientação das lideranças e Xamas neste período foi de que os Yanomami fizessem muitos filhos para fortalecer seu povo.

A partir de 2007 observa-se tendência de redução tanto da natalidade quanto de mortalidade infantil.

A questão do Infanticídio, principal causa de morte na série histórica do DSY, foi tema de palestra por especialista no assunto junto ao Comitê de Investigação de óbitos Infantis no sentido de subsidiar seus componentes na categorização do agravo.

Este comitê, funcionando desde o ano passado no âmbito da Coordenação Regional da FUNASA e abrangendo o DSY e DSL, tem contribuído de forma importante no esclarecimento da causa de morte em menores de um ano, bem como nas recomendações e prevenção.

A palestra sobre infanticídio esclareceu diversos aspectos sobre essa prática cultural. A complexidade que envolve o tema, exige uma nova postura e nova conduta às ações. Entre os aspectos relevantes destacamos o papel da mãe, autônoma em sua

decisão quanto à prática desse hábito tradicionalmente aceito pela cultura Yanomami. Instrumento de controle familiar, e de tantas outras situações, que podem comprometer a estabilidade social e as relações comunitárias entre eles.

Trata-se de uma complexa e ao mesmo tempo singular situação, onde o afã de interferência sob uma lógica diversa de entendimento pode resultar em conseqüências danosas à estrutura familiar e social do grupo comunitário, como por exemplo, o desdobramento de uma gravidez indesejada a uma situação de mãe solteira, alijada sócio-culturalmente na comunidade, sem marido e com dificuldades de subsistência prá si e seu próprio filho.

Julgamentos e associação de relação de ocorrência podem ser precipitados, haja visto que o maior registro deste agravo no Amazonas refere-se a comunidades preservadas sócio-culturalmente e em boa situação de saúde e assistência, como é o caso do pólo base Demini, onde concentra-se o maior número de ocorrência.

Além disso os óbitos por afecções perinatais representaram 67% das mortes em menor de 1 ano, revelando a necessidade prioritária de implementação do acompanhamento e ações de atenção e assistência ao pré-natal e parto.

As doenças respiratórias e gastroenterites, associadas às parasitoses, anemias e desnutrição, seja por ingestão insuficiente ou baixa de qualidade, juntamente com as características de hábitos de higiene, moradia, convívio comunitário e clima conformam uma integração de fatores que determinam a maior vulnerabilidade dos Yanomami a estes agravos, além do nível de imunidade específico.

Vários agravos são passíveis de imunidade e devem contemplar, além de implementação de medidas de intervenção médica, controle, prevenção, capacitação, ações inter-setoriais integradas, específicas e complementares.

MORBIDADE, ASSISTÊNCIA E REFERÊNCIA

Em termos de morbidade verifica-se ainda um elevado percentual de agravos classificados como mal definidos, indicando necessidade de melhoria diagnóstica, capacitação dos técnicos de saúde, assistência medica e resolutividade, com

perspectiva de melhora com a sistematização da cobertura assistencial médica , e os treinamentos previstos de conduta e terapêutica dos agravos prioritários que serão realizados, e que devem ter caráter de educação continuada.

Em termos de demanda dos agravos pela morbidade, a faixa etária de 20 a 49 anos concentrou 33,4% do total, entretanto a consolidação da demanda da faixa de 1 a 9 anos representou 40,4% dos agravos registrados no DSY, ratificando a importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, bem como das outras atividades referentes ao Programa Saúde da Criança.

Houve incremento em mais de 100% dos atendimentos assistenciais de área, comparativamente ao mesmo período do ano anterior, o que, apesar de poder haver sub-notificação em relação ao período anterior, indica aumento da demanda pelos surtos ocorridos e melhora importante na cobertura assistencial e atendimento médico.

Assim, a avaliação epidemiológica do DSY, da cobertura de assistência básica, bem como dos programas de saúde e outros serviços implementados, e a manutenção da CASAI, demonstram atendimento da atribuição principal da instituição conveniada Missão Evangélica Caiuá, qual seja a de proporcionar a contratação de recursos humanos previstos no plano de trabalho, e assim garantir a assistência básica, melhoria de efetividade dos programas e conseqüentemente dos indicadores de morbimortalidade.

Importantemente se recomenda os ajustes aqui elencados que garantam adequação de cobertura da atenção básica, implementação dos programas prioritários, de gestão e serviços e conseqüentemente conforme o quadro de recursos humanos mínimos necessários.

Deve haver gestão junto a instituição responsável para a adequação necessária da atividade meio, de modo a corresponder a realidade da demanda Yanomami em saúde, atividade fim que deve servir de base à estruturação e funcionamento de todo o DSY.

O Serviço de interconsultas via radiofonia, bem como orientações aos técnicos de enfermagem e enfermeiros de campo pela médica responsável, mostrou-se eficiente, com reflexos na melhora de resolutividade em área e na tendência de redução da mortalidade geral no período, esse serviço deverá estender a rede de médicos da floresta, que atuam em cada região, ou seja, os Xamãs.

Tal serviço deve ser fortalecido e implementado, o que se espera ocorra com mais efetividade a partir da implantação prevista do “Sistema Saúde Internet” e capacitação continuada dos técnicos em procedimentos clínicos e terapêuticos, priorizando os agravos de maior morbi-mortalidade.

A CASAI, como referência secundária cumpriu sua atribuição no acolhimento de qualidade aos pacientes removidos, entretanto com elevado número inclusive de acompanhantes, tempo médio prolongado de internação, o que aumenta a possibilidade de contrair doenças infecto-transmissíveis, e de que sejam introduzidas em área.

Há necessidade de melhorar o sistema de contra-referência dos pacientes da CASAI, no seu retorno à aldeia, no sentido da continuidade do seu tratamento e acompanhamento pelos técnicos e AIS, assim evitando recidivas, e novas remoções com mau prognóstico.

No período de janeiro a março de 2010 foram registrados em média 137 exames laboratoriais mensais pelos 6 técnicos (que gradativamente foram contratados) o que mesmo assim, em média demonstra a realização de 46 exames, por técnico de laboratório/mês, produtividade considerada muito baixa.

Neste sentido, buscando adequar estes serviços a demanda, e a uma melhor resolutividade, recomenda-se que a programação desta atividade de campo não seja feita de forma aleatória e sim que estes técnicos acompanhem os médicos de área, visando um melhor esclarecimento diagnóstico, bem como focalizar estas atividades nos locais de maior incidência e prevalência de agravos específicos.

Observa-se também que o maior número de exames realizados foram de pesquisa de BK no escarro o que pode estar refletindo o esforço de implementação das atividades do programa específico.

Verifica-se também baixa realização de exames de secreção vaginal e sífilis, não compatibilizado com a demanda emergente das DST e a necessidade de implementação do acompanhamento pré-natal, referente ao programa de Saúde da Mulher bem como a sensibilização destes procedimentos junto aos Yanomami.

SAÚDE DA CRIANÇA

Conforme demonstrado o Programa Saúde da Criança torna-se prioritário no DSY tendo em vista os elevados indicadores de morbi-mortalidade deste grupo etário, bem como sua demanda de assistência.

Há insuficiência de monitoramento das MDDA e do CD detectadas na consolidação das planilhas específicas de atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, que abrangem dados de faixa etária até 18 anos.

Constata-se a necessidade de implementar a capacitação para doenças respiratórias, bem como para os outros agravos prevalentes aos técnicos de área e também das visitas domiciliares que não estão sendo realizadas nem notificadas a contento o que compromete as atividades de prevenção e controle do programa e resolutividade em área.

Sugere-se a realização de uma oficina interna com o objetivo de reformular e implementar todas essas atividades e demanda prioritária pertinentes ao programa.

INFLUENZA A H1N1

O DSY foi pioneiro no enfrentamento, prevenção e controle do vírus H1N1 em área indígena, incluindo a elaboração de Plano Operacional de Controle da Influenza A H1N1 com rede sentinela para o DSY e cartilha educativa bilíngüe, os quais serviram de modelo a outros DSEIs e ao Estado do Amazonas.

Os primeiros casos de influenza H1N1 confirmados foram detectados pela equipe técnica do DSY no Sub-Distrito de Santa Isabel do Rio Negro em Yanomami que contraíram a doença na própria zona urbana da cidade, que convivia com o surto desde setembro de 2009, sem ter conhecimento tratar-se do vírus H1N1.

Promovemos treinamento à equipe de técnicos locais da Secretaria Municipal de Saúde, da FVS, e do DSEI Alto Rio Negro e DSY, lá atuantes. Realizamos reuniões comunitárias, atendimentos, remoções, implementando o controle e prevenção em todo o pólo Marauaiá.

O primeiro surto de Influenza A H1N1 nos Yanomami, confirmado laboratorial e epidemiologicamente ocorreu no pólo base Marauaiá, município de Santa Isabel do Rio Negro, no período de dezembro de 2009 à fevereiro de 2010.

Sua introdução se deu a partir destes indígenas que permaneceram 30 dias na zona urbana, onde contraíram a doença. Foram coletados, ao total 12 amostras de pacientes com o mesmo quadro clínico, das quais somente 2 positivas caracterizando ocorrência do surto, sendo todos outros considerados por vínculo epidemiológico.

A imunofluorescência utilizada para triagem no LACEN, critério para o encaminhamento ao Instituto Evandro Chagas que dá o resultado final, tem baixa sensibilidade o que pode influenciar em pequeno número de casos, confirmados, subnotificados.

Dos casos examinados e confirmados, todos apresentaram febre alta de 3 a 5 dias, seguido de extenso eritema orofaríngeo, tosse seca, cefaléia e prostração, os quais regrediram com aplicação de antibióticos e sintomáticos, de maneira geral.

Na verdade, a experiência prática no controle do surto de H1N1 demonstrou tratar-se de casos de síndrome gripal com características de quadro clínico com sintomas respiratórios exacerbados, comprometendo principalmente a orofaringe, de mais rápida transmissão e disseminação, de elevada morbidade e baixa letalidade.

Realizamos a pedido, viagem de supervisão in loco com representante do Secretário Estadual de Saúde do Amazonas/FVS e Coordenador Regional da FUNASA do Amazonas, repassando todos os materiais e metodologia de trabalho.

VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

A avaliação do estado nutricional das crianças Yanomami menores de cinco anos indica que mais da metade são desnutridos, principalmente na faixa após o desmame, fase de introdução de novos alimentos, maior contato com meio ambiente e maior possibilidade de contrair doenças infecto-transmissíveis, principalmente diarreias e infecções respiratórias.

A combinação destes fatores, incluindo as parasitoses intestinais e anemia, de elevada incidência em área, da dieta de baixa qualidade e insuficiência alimentar possivelmente determinam a maior vulnerabilidade do grupo e devem ser contemplados de forma integrada e inter-setorial para sua abordagem, incluindo a complementação, suplementação alimentar e projetos específicos de apoio à subsistência focalizando os locais críticos.

Foi de extrema importância a implantação e organização deste programa no DSY que, entretanto, carece de implementação e inclusão de mais um nutricionista para dar conta da demanda existente.

O processo de desnutrição Yanomami além de questões ambientais e de subsistência deve ser entendido preliminarmente pela equipe de saúde, pois eles tem outra visão a este respeito, da relação sócio-cultural, intra-comunitária com o desnutrido e inclusive das dietas preconizadas pelos Xamãs em situações específicas, e que devem ter interlocução, para sua eficácia.

IMUNIZAÇÃO

O programa de imunização reveste-se de maior importância em relação aos agravos imunoprevisíveis, principalmente nas crianças, nosso grupo prioritário de atenção.

Apesar dos esforços da gerência e das EMSI, situações e dificuldades detectadas devem ser consideradas visando a eficácia do programa.

Em relação as 16 vacinas preconizadas pelo PNI, a cobertura de modo geral alcançada em 2009 foi aquém do ano anterior, somente em seis delas foram superiores a 90%, em dez a cobertura foi abaixo em relação a de 2008, principalmente DTP dt e Tríplice Viral e em três observou-se incremento da cobertura em 2009, apesar de que só uma alcançou a meta (H1N1).

As principais dificuldades constatadas para o alcance de cobertura se referem a algumas regiões de difícil acesso, só com helicópteros ou longas caminhadas, o que aliado ao período de seca ocorrido no começo de 2010 e a falta de rede de frio para conservação dos imunobiológicos na maioria dos pólos base influem na cobertura alcançada, principalmente em relação às vacinas multidoses.

Outra situação comum, são as freqüentes migrações temporárias dos grupos comunitários, quando todos se deslocam para acampamentos no mato, não estando em sua comunidade no momento da vacinação, comprometendo assim o alcance da cobertura.

Neste sentido recomenda-se o planejamento e a disponibilização de horas vôo de helicóptero suficiente para viabilizar as quatro etapas anuais nas regiões de difícil acesso, bem como providenciar a aquisição de rede de frio adequada a demanda da área.

A falta de material de troca para os indígenas que apóiam as atividades de campo deve ser equacionada pela chefia e setor de operações.

O monitoramento mensal das vacinas por faixa etária em 2010 demonstra ainda baixa cobertura parcial em 2010, indicando a necessidade de implementação tendo em vista a meta anual a ser alcançada. Este acompanhamento mensal, por pólo base e aldeia deve ser implementado sistematicamente e subsidiar os relatórios trimestrais que são enviados ao DESAI e PNI.

Outra situação verificada foi a necessidade de capacitação sobre imunização de modo geral, operacionalização e sala de vacinação aos técnicos que demonstraram baixa insuficiência de qualificação técnica.

TUBERCULOSE

Em relação a Tuberculose observou-se redução do número de casos e da incidência em 2009, comparativamente a 2008, verificando-se em 2010 incremento de busca dos sintomáticos respiratórios bem como os bacilíferos.

Recomenda-se implementar atividades de supervisão e também de complementação alimentar focalizadas nos locais críticos, como em Aratha-ú por exemplo, além de capacitações específicas aos técnicos.

SAÚDE DA MULHER/DST/HEPATITES

O Programa de Saúde da Mulher é também considerado de importância prioritária no DSY, tendo em vista principalmente o elevado coeficiente de mortalidade neonatal precoce e sua relação com as atividades de assistência ao parto e pré-natal.

Na planilha de atenção à gestante, onde são consolidados os atendimentos específicos diários, observa-se sub-notificação quantitativa e qualitativa, o que demanda melhor acompanhamento e implementação, além da capacitação técnica específica do programa aos técnicos.

Houve incremento significativo da coleta de PCCU a partir de 2008, demonstrando melhoria desta atividade pertinente ao programa. Entretanto constata-se percentual importante de coletas com inadequação do material, refletindo necessidade de treinamento específico.

Em relação aos resultados do PCCU, observa-se redução do número de lesões de alto grau e aumento das lesões de baixo grau em relação ao mesmo período do ano anterior, o que pode estar refletindo melhoria deste diagnóstico precoce. Observa-se também incremento importante dos casos de gardnerella e candidíase detectados no PCCU, além das ocorrências de tricomoníase, demonstrando a importância das DSTs

emergentes no DSY e a necessidade de implementação da abordagem sindrômica neste sentido e capacitação técnica referente a esses agravos com medidas de controle e bloqueio das transmissões focalizadas.

Outra situação que deve ser revista é a ausência de realização de exames de mama dada sua importância na prevenção do Câncer, o que precisa ser implantado, de fato.

As hepatites virais, principalmente a Hepatite B e D, relacionadas às DST, são agravos de extrema relevância em Saúde Pública na área Yanomami, que necessitam investigação e oferta diagnóstica em algumas regiões com registro de casos e óbitos confirmados.

É o caso do pólo-base Marari e comunidade Kona onde ocorreram óbitos em pacientes portadores de hepatite D e B, diante do que encaminhamos à gerência a necessidade de realização de inquérito sorológico para esclarecimento e oferta diagnóstica, ainda não viabilizado.

A principal dificuldade foi a obtenção do quantitativo de kits laboratoriais, problema de atribuição de competência no fluxo do LACEN de Roraima e Amazonas, apesar do apoio dado pela gerência nacional do programa.

Um dos locais de maior ocorrência destas hepatites no DSY é o pólo-base Marari que é constituído por 8 comunidades, com uma população aglomerada de aproximadamente 1000 indígenas em torno da sede da Missão Novas Tribos do Brasil, atuante no processo de evangelização com os Yanomami há 35 anos no local, sendo historicamente um dos pólos de maior incidência de doenças infecto-transmissíveis do DSY.

Os grupos Yanomami do Marari tem a característica peculiar de terem duas habitações, com migrações constantes à região do rio Padauri, onde abdicam de suas roças e permanecem em média três meses trabalhando na extração de piaçava coordenada pela FUNAI, com trânsito na zona urbana de Barcelos e comunidades

ribeirinhas, onde contraem malária, viroses e DSTs, introduzindo e disseminando estes agravos no retorno às suas comunidades.

Trata-se portanto de um grupo com incidência de múltiplas doenças infecto-parasitárias que podem estar ocorrendo de forma concomitante, determinando um quadro clínico potencialmente mais grave e que necessitam de investigação e oferta diagnóstica.

Ressalta-se o recente diagnóstico de casos agudos de Doença de Chagas realizado por nossa equipe técnica em conjunto com a FVS, em trabalhadores da extração da piaçava, de comunidades ribeirinhas do rio Padauri, uma delas (Águas Vivas) onde vivem aproximadamente 100 Yanomami envolvidos nesta atividade comercial, o que chama atenção para a possibilidade de introdução deste agravo entre os Yanomami e a necessidade de realização à curto prazo de inquérito sorológico, de modo a elucidar a situação, oferta diagnóstica e tratamento.

MALÁRIA

A Malária do DSY que até o 1º semestre de 2009 apresentou redução de 40% em relação ao ano anterior, subitamente teve incremento significativo de transmissão nos pólos de Roraima a partir do 2º semestre, concomitante ao recrudescimento de atividades garimpeiras clandestinas inicialmente na região do Alto Catrimani, Paapiu, Kayana-u, e Parafuri, rio Uraricoera e daí disseminando-se a outras localidades como Alto Mucajaí, Palimiu, Surucucu e Auaris, neste último relacionado ao trânsito de indígenas procedentes da Venezuela e garimpos nesta faixa de fronteira.

Houve incremento significativo do atendimento em 2009/2010 aos Sanumã e Ye'Kuanas procedentes de aproximadamente 10 comunidades localizadas em território Venezuelano sem qualquer tipo de assistência no entorno de Auaris, tema que foi alvo de discussão em duas reuniões técnicas binacional Brasil-Venezuela, aguardando ainda deliberações para efetivação de ações conjuntas nesta fronteira.

Os níveis de transmissão da Malária no pólo-base Marari referido anteriormente pela questão das Hepatites e Doença de Chagas, foram reduzidos

significativamente até dezembro de 2009 com o trabalho de controle integrado desenvolvido pelo Setor de endemias, ocorrendo entretanto recrudescimento da transmissão neste pólo a partir de então, relacionados novamente às atividades de extração de piaçava no Padauri e trânsito pela cidade de Barcelos que apresentou incremento significativo da Malária urbana neste primeiro semestre de 2010.

Outro município do Amazonas, cujo território Yanomami abrange, foi São Gabriel da Cachoeira, onde também ocorreu incremento significativo de malária urbana determinando sua introdução no pólo-base Maturacá, que há tempos não apresentava casos de autóctones.

O único município, localizado exatamente entre Barcelos e São Gabriel da Cachoeira, com baixíssimo nível de transmissão atual é Santa Isabel do Rio Negro. Em 2008 este município era o de maior incidência de malária do Amazonas, onde aproximadamente 80% dos casos eram procedentes de área Yanomami, do pólo-base Marauíá.

Em 2009 foi considerado o município que mais reduziu a malária (85%) no Estado, pelo trabalho desenvolvido, devendo receber prêmio em 2010 por isto.

Em 2008 a malária do pólo Marauíá representava mais da metade dos casos do DSY, e onde houve grande concentração de esforços por parte de nossa equipe em 2009 na implementação do controle integrado o que resultou na redução de 98% dos casos neste pólo, ao final do ano passado.

Foi um trabalho integrado elogiável, e que deve servir de exemplo, cuja metodologia de controle objetivando a interrupção de transmissão também foi replicada pela FVS local nas comunidades não indígenas o que resolveu o problema da malária na maioria das localidades, onde foi implantado o controle vetorial concomitante a busca ativa de casos a qual detectou mais da metade de casos positivos com baixa parasitemia e sem sintomas, o que perpetuava a transmissão autóctone local.

Conforme referido anteriormente o complexo controle da transmissão da malária inclui, além de ações assistenciais e de controle, ações inter-setoriais relativas aos fatores que mantêm a disseminação da doença, os quais requerem atitudes efetivas por parte dos órgãos competentes, no sentido de coibir o foco produtor da doença, relacionados principalmente aos garimpos clandestinos, atividades extrativistas e intersecção com projetos de colonização, fazendas e vilas da periferia da área.

Uma questão que necessita solução urgente por parte do nível central é a falta de medicamentos antimaláricos, principalmente a Primaquina, situação que vem ocorrendo desde dezembro de 2009, o que vem contribuindo essencialmente na manutenção e expansão do ciclo de transmissão na área Yanomami como um todo.

A Primaquina atua nas formas hipnozoítas que causam as recaídas e nas formas gametócitos que são transmitidas ao mosquito vetor, sendo portanto essencial para coibir a expansão do ciclo da doença.

Outra situação detectada recentemente na avaliação epidemiológica por faixa etária é a concentração da Malária em crianças de 1 a 9 anos (diferentemente do perfil anterior predominante em relação aos homens adultos) o que pode estar indicando aumento da transmissão no intra e peri domicílio. Isto refere-se principalmente ao Marari que concentra aproximadamente 40% dos casos de Malária do DSY em 2010.

Por todas estas questões, a Malária do DSY considerando somente o período de janeiro a março de 2010 apresentou incremento de 81% de casos registrados em relação ao mesmo período do ano anterior, com tendência importante de aumento a partir de março com possibilidade de não atingimento da meta anual preconizada de redução.

Neste sentido faz-se necessário, readequação da força de trabalho nesta perspectiva, para o que recomendamos a contratação complementar de mais dez agentes de Vigilância Ambiental pelo quadro da Missão Evangélica Caiuá, tendo em vista a demanda do serviço, e a capacitação para nivelamento técnico dos agentes de

endemias nos componentes do controle integrado, requisito para o perfil de Agente de Vigilância Ambiental.

VIGILÂNCIA AMBIENTAL

A gerência de Vigilância Ambiental implantada recentemente, necessita sistematizar e garantir o fluxo e oferta de anti-ofídicos, medicação para leishmaniose, além de promover a integração com o setor de Endemias, com experiência no controle da zoonoses, vacinação anti-rábica (que não está sendo feita), controle de baratas e tungíase e acidentes por morcego, de ocorrência importante dentro do DSY, cujo controle sistematizado deve ser resgatado, além de promover a investigação de contaminação ambiental em locais focalizados.

ONCOCERCOSE

Em 2010 foi implantado um projeto piloto de quatro rondas anuais de tratamento para Oncocercose nos pólos de Homoxi e Kitau, este último com baixa adesão principalmente por problemas de falta de helicóptero e recursos humanos.

A proposta do Programa de Eliminação da Oncocercose em 2010 é a expansão deste projeto piloto de quatro rondas de tratamento anuais com Ivermectina nas áreas hiperendêmicas de Surucucu, Xitei, Homoxi, Aratha-ú, Hakoma, Haxiu e Waputha, com vista à implementação do tratamento para eliminação da transmissão da doença até 2012.

SAUDE BUCAL

Em relação à Saúde Bucal, deve ser ressaltado a impossibilidade, diante da atual estrutura do programa, de atingir a meta estipulada pelo DESAI de 2 procedimentos odontológicos por habitante, a qual não foi alcançada por nenhum Distrito no país, o que deve ser revisto em função da demanda média real. Outra possibilidade é a extratificação da meta por pólo.

Existe a necessidade de estruturar o programa com 6 equipes para atender a área de Roraima e 3 equipes para a região do Amazonas, tendo em vista a intensa

demanda reprimida e a perspectiva de evolução dos casos com maior gravidade. Portanto, faz-se necessária a contratação complementar de 3 odontólogos, 3 ASB (Assistente de Saúde Bucal) e 9 TSB (Técnico em Saúde Bucal).

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Em relação a assistência farmacêutica umas das principais questões refere-se a falta de computador e Internet de modo a permitir a implementação do Sistema Informatizado de Controle de Estoque do DESAI (SISCOESC), o que provavelmente se relaciona a alguns problemas constatados em área referentes ao setor.

Verificou-se, por exemplo, entrada de medicamentos para alguns pólos que já tem estoque suficiente para os mesmos e falta de outros não disponíveis, o que tem acarretado um volume grande retorno de área para a sede do DSY, sobrecarregando os vôos e que, as vezes, perdem seus prazos de validade.

Outra questão é a informação errada dada pelos técnicos de área sobre estes quantitativos, o que demanda atividades de supervisão, orientação e capacitação.

OPERAÇÕES / SUB-DSEIs

É evidente a sistematização e organização eficiente deste setor para atender a demanda de vôos de área, responsáveis pelo transporte e segurança das equipes, equipamentos e materiais. Em média são realizados 550 horas/vôos mensais de avião e 45 horas/vôos de helicóptero em área, sendo que no período de novembro de 2009 a março de 2010 foram gastos 2.750 horas/vôo de avião e 2.225 horas/vôo de helicóptero, o que dá uma dimensão do volume de trabalho deste importante setor.

Entretanto deve sempre ser lembrado a importância da flexibilidade e adequação desta essencial atividade meio a demanda da atividade fim, como norteadora do processo, e não ao contrário.

Em situações de surto, conflitos, do controle da máalaria e imunização, exemplo devem ser garantidos vôos extras e complementação de horas/vôo, para avião e helicóptero.

Outra situação, diz respeito a necessidade de pistas de pouso disponíveis em pontos estratégicos na região do Amazonas, já solicitado ao setor, tendo em vista a ocorrência de remoções em locais de difícil acesso, geralmente fluviais, que no período de seca ficam isolados, sendo ideal a remoção por aeronaves que estejam baseadas no município de São Gabriel da Cachoeira-AM, com estrutura disponível.

Isto agilizará as remoções graves do Amazonas, com maior registro de óbitos infantins, tendo em vista o tempo de deslocamento do avião (em média 6 horas ida e volta) de Boa Vista, e do helicóptero de Surucucu (em média 8 horas), o que, aliado as condições adversas do tempo, podem determinar tempo prolongado para o deslocamento do paciente grave que acaba evoluindo para o óbito, situações pontuais que infelizmente ocorreram no período analisado, durante o período da seca dos rios no Amazonas, e onde havia falta de suprimento local de gasolina, que deve ser corrigido e prevenido.

Este problema de falta de suprimento de combustível nos sub-distritos de Barcelos, Santa Isabel do Rio Negro e São Gabriel da Cachoeira, trata-se de um sério nó crítico que vem influenciando negativamente na implementação da assistência, dos programas e das remoções do Estado do Amazonas, onde o transporte é essencialmente fluvial.

Tal problema crônico que já foi comunicado ao setor responsável, refere-se, principalmente ao bloqueio de cartões, falta de postos de gasolinas locais habilitados, inadequação desta demanda no Amazonas ao sistema de monitoramento por cartões da Funasa, e a própria falta de combustível local, mais exacerbado na época das secas e que precisa ser resolvido com medidas de correção a curto prazo.

Por outro lado, a implantação do Sistema Aéreo-Médico com equipamento e técnico adequados para situações de emergência e urgência no helicóptero foi de fundamental importância para o salvamento de vidas Yanomami em várias situações, como foi o caso da criança removida de Marauaiá em janeiro de 2010, com um quadro grave de meningite, onde o helicóptero após viagem de 5 horas em tempo de chuva pousou ao lado da UTI do hospital Santo Antônio em Boa Vista, evitando assim o óbito.

Anteriormente, no final do ano de 2009, durante o enfrentamento do surto de gastroenterites em Maturacá, foi necessário o fretamento de aeronave especializada com UTI aérea para remoção de 2 crianças com pneumonia grave, para o que DSY deve ter sua estrutura.

Estas últimas, foram algumas das dificuldades constatadas e enfrentadas nos sub-distritos do Amazonas, desde que o DSY assumiu de fato a gerência e gestão daqueles pólos em maio de 2009, com o fim do convênio com as ONGs que eram responsáveis pela assistência e controle de agravos, através de convênios com a Funasa há mais de 10 anos.

Os sub-distritos foram implantados como base essencial de apoio ao trabalho das EMSI e de referência secundária aos indígenas, na área de abrangência dos municípios de Barcelos, Santa Isabel do Rio Negro e São Gabriel da Cachoeira, onde também é área de atuação do Dsei Alto Rio Negro.

O sub-distrito de Santa Isabel do Rio Negro é o que tem maior demanda de serviços, assistência e remoções, com média de 20 a 30 pacientes internados na Casa de Apoio na sede do município e que precisa ser melhor estruturado com garantias de suprimento alimentar, materiais e etc.

Um dos maiores entraves constatados à implementação da assistência dos programas nesta região do Amazonas, foi justamente a eficácia da atividade meio, essencial ao desencadeamento das ações de saúde, seja por problemas de atraso de pagamento das sedes, luz, água, diárias e ajuda de custo aos servidores, falta de telefone ou pela precariedade das condições locais do comércio, longas distâncias de acesso fluvial, apoio a EMSI e referências diferenciadas da região de Roraima, perfil e compromisso inadequado de alguns responsáveis administrativos designados para Sub-Dseis.

Esta situação aliado o fato de que, basicamente a assistência durante 2009 foi garantida com colaboradores eventuais, através do sistema de diárias institucionais, as quais tiveram reajuste de 106%, ocorrendo insuficiência de disponibilidade de recursos

orçamentários de financeiros, diante da grande demanda de diárias gerando atraso de pagamento e consequentes prejuízos.

Outra situação enfrentada foi o surto de gastroenterite no pólo de Maturacá, em São Gabriel da Cachoeira, onde a intensa estiagem, aliada à aglomeração populacional em precárias condições de saneamento básico, com falta de suprimento adequado de água potável, resultou em séria contaminação ambiental, atingindo principalmente crianças desnutridas com múltiplos agravos.

Todos os poços existentes estavam contaminados, sendo solicitado apoio do Departamento de Saneamento da Funasa/RR, que realizou limpeza e instalação de quatro cloradores, expansão da rede de suprimento d'água a todos os bairros, manutenção do motor bomba, sendo realizado serviço de limpeza e desparasitação em massa, controle de vetores de mecânicos de doença, palestras, implementação das visitas e monitoramento familiar, além da implementação da assistência, coleta e exame da qualidade da água, sorologia, medidas de controle e prevenção.

Maturacá apresenta grande concentração populacional junto com o pelotão do exército e nível de contato mais avançado com população não índia, perfil demográfico, a de morbi-mortalidade pouco diferenciada, o que requer reavaliação para implementação específica e adequada da assistência, quantitativo e qualitativo.

GERÊNCIA DE ÁREA

A gerência de área tem um papel importante na adequada distribuição e administração do pessoal em campo, o que requer conhecimento do perfil técnico e dos profissionais, e de cada pólo com suas características de demanda, para constituição equilibrada das equipes e conseqüentemente trabalho de ponta integrado e eficiente.

Esta atividade envolve além de questões técnicas, as pessoais, de compromisso com o trabalho, e a de promover a implementação específica dos programas, e serviços específicos integrando-se aos demais setores, inclusive a CASAI.

Referente a este setor foram constatadas várias dificuldades que devem ser reconhecidas e equacionadas tais como:

- ✓ Precariedade da infra-estrutura física para o intenso atendimento diário prestado aos servidores, escalas de serviço, atestados, conflitos, etc, o que requer uma sala e anti-sala minimamente equipada, computador, telefone de linha direta para comunicação com os sub-distritos e servidores e também a disponibilização de um aparelho de rádio-fonia, com canal aberto para atendimento das demandas de área e CASAI;
- ✓ Necessidade de assessoria jurídica constante para subsidiar situações funcionais específicas;
- ✓ Estão ocorrendo algumas situações de interferências e/ou omissão de outros setores e pessoas acarretando dificuldades, inclusive para advertência e demissões justificadas, para o que se faz necessário fortalecer sua autonomia como gerência, com definição clara das competências e de gestão com o organograma adequado;
- ✓ Falta de alguns equipamentos essenciais e materiais de apoio as EMSI nos deslocamentos de campo, para o que sugerimos a aquisição de aparelhos de rádio-fonia móvel, bem como garantir materiais mínimos necessários ao atendimento dos programas para as equipes (estetoscópios, esfigmomanômetro, fita métrica, etc);
- ✓ Constatação da baixa qualificação técnica de profissionais de campo, bem como inadequação de perfil e compromisso com trabalho, o que requer medidas imediatas de correção, tendo em vista o risco de comprometimento da qualidade da assistência e implementação dos programas. Assim, recomendamos que seja aplicada avaliação específica aos técnicos, escrita e oral, a todos que ainda não o fizeram, promoção de capacitação técnica e antropológica específica, reavaliação geral quanto a estes quesitos, e implantar o acompanhamento da ficha funcional, com orientações e caso necessário advertência e demissão;

- ✓ Precariedade do fluxo de contra referência dos pacientes da CASAI, bem como problemas de acompanhamento dos mesmos na rede do SUS, para que sugerimos reavaliar esta demanda e falhas de forma conjunta com a CASAI.

Em levantamento do setor de epidemiologia realizado em dezembro de 2009 sobre a distribuição da força de trabalho dos EMSI, (incluindo AIS, técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos) na área Yanomami, constatou-se uma proporção média de 1 profissional para cada 46 indígenas, considerado satisfatório para o atendimento nas características do Programa Saúde Indígena (PSI), tendo em vista que o programa que mais se assemelha ao PSI, é o Programa Saúde da Família (PSF), onde esta proporção é de 1 profissional para cada 80 habitantes.

Observou-se, portanto, um quantitativo e proporção razoável de profissionais contratados, dentro das características singulares de área Yanomami. Entretanto, nota-se uma inadequada distribuição de profissionais em relação ao número de habitantes, considerando pólos-base e aldeias, principalmente no que diz respeito aos técnicos de enfermagem e AIS, também dentro da lógica adequada de abordagem por região epidemiológica.

Verifica-se, por exemplo, alguns pólos com uma proporção de 35 indígenas para cada técnico de enfermagem, como é o caso de Ericó, em comparação com os outros como Maturacá, com 649 indígenas para cada técnico, o que influencia de forma importante na implementação da assistência e dos programas de saúde.

O único pólo que apresentou adequada proporção de técnicos de enfermagem foi o do Maraiá, o qual entretanto, no decorrer de 2010 apresentou dificuldade na escala por faltas individuais, atestados, licenças e problemas administrativos do Sub-Distrito Yanomami de Santa Isabel do Rio Negro-AM, da atividade meio que teve reflexos na atividade fim.

Já em relação a implantação dos programas, podemos citar como exemplo o programa de Agente Indígena de Saúde (AIS), que apresentou a mesma desigualdade na sua distribuição proporcional em número de AIS e o número de comunidades/habitantes. Exemplo desse desequilíbrio é o fato de termos em área 252

comunidades espalhadas por 37 pólos-base, mas apenas 137 comunidades tem agente indígena de saúde como referência, totalizando 54,5% de área coberta pelo programa.

Há necessidade a curto prazo de promover-se a capacitação e nivelamento técnico mínimo aos AIS, o que deve contar com o apoio do restante da EMSI, que consciente de sua inserção sócio-cultural, promova o enquadramento do AIS não somente como serviços gerais de apoio, mas sim como um dos mais importantes componentes desse processo, com a implementação da supervisão.

Assim, esta situação deve ser reavaliada de forma conjunta com a equipe técnica de modo a promover adequação satisfatória, com critérios, inclusive considerando a necessidade complementar, em função do elevado percentual de faltas, licenças e acidentes de trabalho referidas.

Os gerentes de programa devem inserir em suas atividades, além das viagens para reuniões nacionais, planejamento sistemático de atenção in loco, naqueles locais focalizados de problemas prioritários referentes as suas responsabilidades programáticas, objetivando eficácia e resolutividade.

Tendo em vista a complexidade e singularidade das relações intercomunitárias e conseqüente conformação dinâmica das regiões epidemiológicas comuns, que devem servir de base à organização dos serviços, recomendamos a médio prazo a inclusão de antropólogos na previsão de contratações.

EPIDEMIOLOGIA

Durante o ano de 2009 e 2010 houve uma melhora significativa, em termos quantitativos e qualitativos, da estrutura física, computadores, equipamentos e recursos humanos no setor de Epidemiologia do DSY, graças ao apoio da Chefe do Distrito, o que resolveu várias pendências que comprometiam o alcance de seus objetivos.

Há um evidente incremento da nossa organização e eficácia interna, que resulta em dados e informações atualizadas, os quais integrados com as atividades dos respectivos setores, permite a elaboração e confecção de um relatório como este, com

a perspectiva de implantar indicadores essenciais e específicos, em acompanhamento mensal as gerências e setores o mais próximo possível da realidade em respeito sócio-cultural aos Yanomami e Y'ekuana.

Finalmente, recomeçando do início, sobre a concepção Yanomami do processo saúde-doença e do conhecimento do valor e complementaridade de sua medicina tradicional, segundo especificidade e singularidades, contempladas formalmente em proposta dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, faz-se necessário a retomada desta interlocução e integração dos dois sistemas de saúde.

Existe uma extensa rede de Xamãs distribuídos nas aldeias com atuação em suas respectivas áreas de relações intercomunitarias, e conseqüentemente nas regiões epidemiológicas, os quais trabalharam tão intensamente quanto os 31.000 atendimentos realizados pela EMSI.

Há os Xamãs especialistas na resolução de determinadas situações, os quais as vezes são solicitados via radiofonia a realizarem seus serviços a distancia, quando tomam ou inalam a “Yakoana” ou “Paricá” fazendo o “Xapurimu”, evocando os poderosos espíritos “Hekura” que conhecem outros caminhos do mundo sobrenatural, fortemente ligado a cultura Yanomami, para a resolução de agravos mais difíceis, situações em que observa-se prática eficaz.

Doenças novas tem interpretação diferente, a gripe já virou “xapori do mal”, é um “espírito canibal” que precisa intervenção xamânica.

É preciso conhecimento da cultura, respeito e paciência para a promoção do diálogo de interlocução, feedback e energia conjunta, não dá para ignorar os xamãs neste trabalho...

Eles tem níveis diferenciados de formação e graduação, inclusive com escola e professores específicos, sendo a principal delas a do Demini, sob o comando do “Patathê” Lorival.

Infelizmente, por questões de formação e outras, constata-se que a grande maioria dos técnicos que trabalham em área não conhecem esta medicina tradicional,

nem reconhecem seu valor, nem buscam a integração dos dois sistemas em freqüentes situações de doenças que ocorrem na área.

Em dezembro de 2010 o DSY completará 20 anos de existência e funcionamento, não julgando-se tarde a implantação da própria “Escola do DSY”, dentro das diretrizes preconizadas e respeitando suas peculiaridades sócio-culturais, que devem se sobrepor a outras linhas de atuação e perfis inadequados a esta realidade.

Este processo deve contemplar ações integradas e inter-setoriais, de caráter multidisciplinar e multi-institucional resgatando pessoas experientes e comprometidas para sua construção e fortalecimento.

Sugerimos, de imediato capacitações específicas, cursos de educação continuada na língua Yanomami/ Ye’Kuana bem como em abordagem antropológica para a saúde, com envolvimento essencial da Hutukara Associação Yanomami.

Além disto recomendamos a realização do “Encontro dos Xamãs” ainda para 2010, com apoio formal institucional propiciando a interlocução dos dois sistemas de saúde, no sentido de resgatar um pouco de nossa dívida para com este povo, que humildemente devemos reconhecer, durante 20 anos de contato direto, temos mais a aprender do que ensinar.

“O todo esconde as partes” e a Epidemiologia, que estuda as doenças do povo, ajuda com o processo de análise da ciência para entender cada parte do todo e depois o processo de síntese, para entender o todo a partir das partes...

Só que o todo é maior que a soma das partes em interatividade, recursividade, coesão, fortaleza, corpo, princípio vital, poder, como o espírito de equipe comprometida, o critério de eficiência e deficiências, e a construção de nossa parte, juntos, num todo...

PIHI TOPRARUWI THĒ Æ

Kama lourival xapiri hiramatima yanomae pata eha, ipa ya thĕ Æ hipi pihio. Kama kiatima ya thĕ totiharema yaro. Perio yo kurenaha e thĕ thapraru huruma kuteent.

Kamant ai xapiri yanomae pata thĕ pĕ xo, xapiri thĕ Æ waotomapu xoahe, kuapĕra thĕ pĕ yamakitha.

Omamant xapiri thĕ Æ ka thaprareni pei yamaki nĕhĕ yaxuwi thĕ kuteent, ihi yama thĕ kohipĕmapopĕ, Napĕ pĕnt yamaki hĕrimatwihi thĕ Æ pairia tĕhĕ, kama kupĕ Æ mapramayuwi thĕ kua imi.

Kua hikia.

PALAVRA DE FELICIDADE

Ao grande Homem Lourival, professor dos Xamãs Yanomami,

por todo seu importante trabalho no decorrer

deste caminho.

Ele junto com todos os outros grandes Xamãs

vem mantendo a palavra dos Xapiri para que nós,

gente comum, possamos ter acesso. O xamanismo deixado por Omama

trouxe formas de cura que devem ser fortes junto com nossa medicina,

uma não exclui a outra.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, F. Naoma, de./ROUQUAYROL. Maria. Z. Introdução à Epidemiologia Moderna. 2.ed. Belo Horizonte, MG. 1992.

MEDRONHO, Roberto A. II. **CARVALHO**, Diana M. de. III. Blok, Katia Vergetti. IV. **LUIZ**, Ronir Raggio. V. Werneck, Guilherme L. Epidemiologia – São Paulo: Editora Atheneu, 2003.

FUNASA. Memória da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena – Cisi/CNS 2000-2006/coordenação Zilda Ams Neumann. – Brasília, DF. 2006.

FUNASA. Fundação Nacional de Saúde - Uma gestão de transparência e muitas conquistas 2007-2009 . Brasília, DF. 2010

OPAS, REDE Integrada de Informação para a saúde Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagerencial de Informação para a Saúde – Ripsa.2. Ed. – Brasília, DF. 2008.

FUNASA. Fundação Nacional de Saúde - Distrito Especial Indígena Yanomami. Relatório de Metas e Indicadores – UnB/FUB 2005 -2007. Boa Vista, RR. 2007.

FUNASA. Fundação Nacional de Saúde - Coordenação Regional. Relatório de Gestão 2007. Boa Vista, RR. 2007.

FUNASA. Fundação Nacional de Saúde - Coordenação Regional. Relatório de Gestão 2008. Boa Vista, RR. 2009.

FUNASA. Fundação Nacional de Saúde - Coordenação Regional. Relatório de Gestão 2009. Boa Vista, RR. 2010.

FUNASA, PENA G. O. Doenças infecciosas e parasitárias: aspectos clínicos, de vigilância epidemiológica e de controle – guia de. Brasília, DF. 1998.

PITHAN, O. A. Dissertação de Mestrado – O método Hekura para interromper a transmissão da malária: uma experiência de ações integradas de controle com indígenas Yanomami na virada do século XX. Boa Vista, RR. 2005.

FUB/FUNASA. MENEGOLA, I. A saúde da mulher Yanomami: avaliação epidemiológica. Brasília, DF. 2006.

IBDS. PEREZ G. S. Relatório anual de saúde: convênio 1435/04 FUNASA/IBDS de janeiro à dezembro de 2006. São Gabriel da Cachoeira, AM. 2007

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis. Brasília, DF. 2006.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Guia de vigilância epidemiológica.volume I e II. Brasília, DF. 2002.

FUNASA. Fundação Nacional de Saúde - Distrito Especial Indígena Yanomami. Relatório epidemiológico operacional preliminar -2007. Boa Vista, RR. 2007.

FUNASA. Fundação Nacional de Saúde - Coordenação Regional. Relatório de Gestão 2004. Boa Vista, RR. 2005.

FUNASA. Fundação Nacional de Saúde - Coordenação Regional. Relatório de Gestão 2004. Boa Vista, RR. 2006.

ALBERT, Bruce.Temps du San, Temps dês Cendres – Représentation de la maladie, système rituel et espace politique chez les Yanomai du sud-est (Amazonie brésilienne), tese de doutorado, Universidade de Paris, 1985.

ALBERT, Bruce. Urihi: Terra, Economia e Saúde Yanomami, Série Antropologia 119, Universidade de Brasília, 1991.

ALBERT, Bruce, GOMEZ, Gale. Saúde Yanomami – Um Manual Etnolinguístico. Comissão Pro Yanomami, 1992.

ALBERT, Bruce. Documentos Yanomami n° 3, Comissão Pró Yanomami, julho de 2003.

CONFALONIERI, U.E.C; VERANI, C.B.L; MARINHO, D.P; RIGONATTO, D.D.L. Saúde de Populações Indígenas: Uma Introdução Para Profissionais de Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Publica,1996.

MAGALHÃES, Edgar. O Estado e a Saúde Indígena: a experiência do Distrito Sanitário Yanomami. Dissertação de Mestrado, Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília, maio de 2001.

MIGLIAZZA, Ernest. Yanomama Grammar and Intelligibility, tese de doutorado, Universidade de Indiana, 1972.

MJ/FUNAI, PITHAN, Oneron de Abreu. Relatório: Considerações Preliminares sobre as Atividades de Assistência à Saúde Desenvolvidas na Área de Surucucu, no Período de Janeiro a Junho de 1990. Boa Vista, Agosto de 1990.

MS/FUNASA. Relatório Projeto Emergencial Atenção à Saúde Yanomami. Brasília, 1990.

MS/FNS. MENEGOLA, I; LOBO, M.S.C; PITHAN, O. A; VARGAS, I; RAMOS, A. Primeiro Relatório do Distrito Sanitário Yanomami: Avaliação das Atividades e Diagnósticos de Saúde, PAG 12. Roraima, 1992.

MS/FNS/RR. Relatório de Avaliação do Programa de Controle da Malária da Bacia Amazônica – PCMAM. Fundação Nacional de Saúde/RR, 1996 (mimeo).

OLIVEIRA, F.; LUZ, SLB; PITHAN, O.A.; RUBIO, J.M. Epidemiologia Molecular da Malária no Distrito Sanitário Yanomami/Amazônia 2002. Anais do XIX Congresso Brasileiro de Parasitologia, pag. 321, Porto Alegre, 2005.

PITHAN, O. A; CONFALONIERE, U.E.C. & MORGADO, A.F. A Situação dos Índios Yanomami: Diagnostico a Partir da Casa do Índio de Boa Vista, Roraima, 1987-1989. Cadernos de Saúde Publica 7, ENSP, Rio de Janeiro, 1991.

REY, L. 2001. Parasitologia. Parasitos e doenças parasitárias do homem nas Américas e na África. Guanabara-Koogan, Rio de Janeiro.

RIBEIRO, D., 1986. Os Índios e a Civilização: A Integração das Populações Indígenas no Brasil Moderno. 5ª ed. VOZES, Petrópolis.

ROUQUAYROL, M.Z. Epidemiologia e Saúde Medsi. 1993. 4ª. Ed.

SÁ, D.D., SANTOS, R.S., ESCOBAR, A.L., & COIMBRA, C.E.A.. Malaria Epidemiology in the Pakaanóva (Wari') Indians, Brazilian Amazon. "Epidémiologie", julho 2004.

SABROZA, Paulo Chagastelles. Anotações de Aula do Módulo de Vigilância em Saúde do Curso de Mestrado Profissional da FUNASA, Brasília, 13 de outubro de 2003.