



FUNASA

Fundação Nacional de Saúde

Ministério da Saúde
Departamento de Saúde Indígena

Plano Distrital de Saúde

COORDENAÇÃO REGIONAL DE RORAIMA

DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA YANOMAMI



URIHI - Saúde Yanomami

2003

Plano Distrital de Saúde

COORDENAÇÃO REGIONAL DE RORAIMA

DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA YANOMAMI

URIHI - Saúde Yanomami

PERÍODO DE VIGÊNCIA DO PLANO: 04/04/2003 A 03/04/2004

APRESENTAÇÃO

Descrever a metodologia utilizada na elaboração do Plano de Saúde Distrital, em todas as suas fases:

- 1) Em novembro passado, a URIHI desencadeou internamente um processo de avaliação das atividades e dos resultados alcançados ao longo do ano 2002 junto às suas equipes de campo e os representantes dos Conselhos Locais de Saúde Yanomami. A partir dessas discussões locais nos pólos-base, reuniram-se entre os dias 19 e 24 de dezembro de 2002 em Boa Vista, os representantes de cada pólo-base e da gerência da URIHI, num total de 18 profissionais, para a realização do **II Seminário Interno da URIHI de Planejamento Estratégico para 2003**. Seguindo um roteiro padronizado, foram realizadas as apresentações dos resultados e das principais dificuldades de cada região assistida e de cada setor da gerência, visando à adequação das metas e das atividades a serem desenvolvidas no próximo ano;
- 2) Em meados de janeiro de 2003, em face às evidentes dificuldades da chefia do DSEIY em 2002 na execução direta da assistência à saúde nos seis pólos-base sob sua responsabilidade, a coordenação regional da FUNASA propõe à URIHI que incorpore no novo plano de trabalho a assistência a essas seis regiões a partir do próximo ano. Além disso, com o término da missão MDM no Brasil, a FUNASA propõe à URIHI que passe a atender também nas duas regiões assistidas por essa organização até 2002.
- 3) A presente proposta - **Plano de Trabalho URIHI-FUNASA para a Assistência aos Yanomami no Ano 2003** – é fruto desse processo de avaliação, discussão e de planejamento, tanto interno como junto aos conselheiros Yanomami e à FUNASA – RR.

Controle Social / Aprovação do Plano

Titular	Nome	Assinatura
Presidente do Conselho	Ipojucan Carneiro da Costa	
Coordenador Regional	Ipojucan Carneiro da Costa	
Chefe do DSEI		
Entidades participantes:		
URIHI – Saúde Yanomami	Cláudio Esteves de Oliveira	

Justificar, caso o Plano não tenha sido aprovado pelo Conselho Distrital

Aguardando a programação do Distrito Sanitário Yanomami para 2003.

CARACTERIZAÇÃO DO DISTRITO SANITÁRIO YANOMAMI

Aspectos Sócio-Econômico-Culturais e Antropológicos

Nesse campo serão registradas informações sobre: povos indígenas, sua população, língua (s) e tronco lingüístico, aspectos culturais e de organização social e política, história do contato, situação da terra, movimentos migratórios, meios de subsistência, fatores de risco para a saúde e processo de locomoção.

Obs. As informações constantes destes anexos devem ser aperfeiçoadas e atualizadas anualmente.

1. Povos indígenas e população: Listar os povos indígenas existentes no âmbito do Distrito, relacionando-os a cada aldeia com sua respectiva população.

O presente projeto da URIHI abrange as duas etnias que compõem o Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami e Yekuana (DSY): os Yanomami (13.124 pessoas) e os Yekuana (387 pessoas) – que atualmente totalizam **13.511** pessoas (Fonte: Coordenação Regional da FUNASA-RR- Jan/03).

Além da população já assistida pela URIHI em 2002 (5.956 pessoas), a convite da Fundação Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, o atendimento da URIHI no próximo ano deverá ser estendido a praticamente a totalidade das regiões atualmente assistidas por execução direta da Funasa-RR (782 pessoas) e da MDM (318 pessoas), abrangendo **52,3 %** da população total do distrito. O restante da população deverá continuar a ser assistida através das demais organizações que participam da assistência no DSY (Secoya, MEVA, MNTB e Diocese-RR).

Desta forma, a população indígena a ser assistida pela URIHI em 2003 deverá abranger:

- 1) Etnia Yanomami: assistência a 6.669 yanomami (51 % desta etnia residente no Brasil) distribuídos em 15 regiões distantes entre si, sendo que 12 destas regiões ou pólos-base estão localizados no estado de Roraima (Alto Catrimani, Aratha u, Auaris, Baixo Mucajaí, Ericó, Hakoma, Homoxi, Maloca Paapi u, Paapi u Novo, Parafuri, Surucucu e Uraricoera (localizados no estado de Roraima) e 3 localizados no estado do Amazonas (Demini, Toototobi e Balawa u).
- 2) Etnia Yekuana: assistência a 387 yekuana (100 % desta etnia residente no Brasil), distribuídos em 2 pólos-base e 5 comunidades: 2 destas comunidades se situam na região de Auaris e 3 na região de Waikás, ambas localizadas no estado de Roraima.

REGIÃO	COMUNIDADES	CASAS/ALDEIAS	POPULAÇÃO
ALTO CATRIMANI	03	09	135
ARATHA U	09	09	645
AUARIS	30	126	1.820
BALAWA U	10	10	329
BAIXO MUCAJAÍ	04	08	155
DEMINI	01	01	127
ERICÓ	10	30	340
HAKOMA	08	23	377
HOMOXI	03	11	369
MALOCA PAAPI U	13	14	239
PAAPI U	04	04	79
PARAFURI	07	12	320
SURUCUCU	32	78	1.579
TOOTOTOB	08	18	390
URARICOERA	01	01	55
WAIKÁS	03	08	97
TOTAL	146	362	7.056

2. Línguas indígenas e tronco lingüístico: relacionar a (s) língua (s) falada (s) e o respectivo tronco lingüístico de cada um desses Povos.

- Os Yanomami formam um grupo lingüístico isolado, não identificado com nenhuma outra família lingüística. Estudos lingüísticos mais recentes (Ramirez 1994) indicam a existência de 4 línguas diferentes:
 - 1) Língua S (Sanima)
 - 2) Língua Y (Yanomami) – com 2 super-dialetos (Yanomae e Yanomami)
 - 3) Língua N (Ninan)
 - 4) Língua A (Yawari)
- Os Yekuana falam a língua Yekuana pertencente ao grupo lingüístico Caribe.

OBS: o sublinhado indica as diferentes línguas e dialetos das áreas assistidas pela URIHI

3. Comunicação em Português: informe o percentual, aproximado, de cada Povo listado no item 1, que se comunica em português.

Dependendo da história e do tempo de contato com a nossa sociedade verifica-se uma heterogenicidade entre as regiões da área yanomami em relação à comunicação em português.

As áreas assistidas pela URIHI, região Oeste, próximo à fronteira com a Venezuela, permaneceram praticamente isoladas até a década de 80 e, desta forma, são raros os Yanomami que falam, precariamente, a língua portuguesa (cerca de 0,3 % da população, todos do sexo masculino).

Entre os Yekuana aproximadamente 30 % da população fala a língua portuguesa e cerca de 20 % se encontram alfabetizados. À semelhança dos Yanomami, praticamente nenhuma mulher Yekuana fala português.

4. Aspectos culturais e de organização social: expor brevemente sobre os aspectos que caracterizam, em termos de cultura e formação social, o(s) Povo (s) indígena (s) do DSEI, destacando: hábitos alimentares, tipo de habitação, existência de especialistas tradicionais de cura, práticas de xamanismo, outros rituais, festas.

Os Yanomami formam uma sociedade de caçadores-agricultores que habitam uma região montanhosa de floresta equatorial densa, nas proximidades da fronteira entre o Brasil e a Venezuela e totalizam aproximadamente 22.000 pessoas (metade no Brasil). Cada comunidade considera-se econômica e politicamente autônoma mas mantém relações de troca matrimonial, cerimonial e econômica com grupos locais vizinhos. Desta maneira, forma-se uma complexa rede sócio-política que liga todas as comunidades de um lado ao outro do território indígena.

Os Yekuana são uma etnia que co-habita a Terra Indígena Yanomami e constituem um povo de viajadores-navegadores sedentários, com contato há mais de um século com a nossa sociedade.

5. História do contato: Descrever, de forma sintética, os fatos marcantes da história do contato de cada uma desses Povos. Incluir especialmente as questões que resultaram em prejuízo para a saúde.

Os primeiros contatos diretos dos Yanomami com representantes da sociedade nacional se deram de maneira esparsa entre 1910 e 1940. A partir da década de 40 até meados dos anos 60 estes contatos se intensificaram com a instalação permanente de missões religiosas e de alguns postos do Serviço de Proteção ao Índio. Data desta época a introdução de epidemias (especialmente sarampo, gripe e coqueluche) que resultaram em um grande número de óbitos entre os Yanomami. No entanto, foi a partir dos meados da década de 70, com a divulgação do levantamento do Projeto Radam, indicando a existência de ricas jazidas minerais (ouro e cassiterita) no sub-solo do seu território, que os Yanomami sofreram o seu maior impacto demográfico: a grande invasão garimpeira, ocorrida durante a década de 80, introduziu a malária em larga escala levando à morte quase 15 % da população. No início dos anos 90, com a demarcação da Terra Indígena Yanomami e o desenvolvimento da Operação Selva Livre (Funai) para a retirada dos garimpeiros, iniciou-se a implantação de um sistema de saúde diferenciado para os Yanomami, sob a coordenação da FUNASA/MS e com a colaboração de diversas outras instituições, principalmente ONGs e missões religiosas. Este novo sistema de saúde foi a primeira iniciativa no Brasil de funcionamento de um Distrito Sanitário Especial Indígena. No entanto, a contínua reinvasão do território por garimpeiros, a ausência de assistência no lado venezuelano e as dificuldades governamentais de garantir uma assistência básica a todas as comunidades acabaram por caracterizar a década de 90 com indicadores epidemiológicos extremamente preocupantes que indicavam o risco de sobrevivência desta etnia. A partir do ano 2.000, através da implantação da política de descentralização e de criação de DSEI em todo o país, a FUNASA viabilizou diversas parcerias com ONGs para a assistência aos Yanomami. Esta nova política possibilitou finalmente o início de uma recuperação das condições de saúde e de vida dos yanomami.

6. Situação da terra: Informar sobre a situação da terra, em relação ao processo de regularização fundiária (a identificar, em fase de identificação, identificada e aprovada, delimitada, reserva/homologada); extensão (em Km²); potencial da terra para agricultura alimentar, caça, pesca, coleta, extrativismo, etc; potencial da terra para exploração e/ou cultivo de produtos comercializáveis (ouro, madeira de lei, etc), que propicia pressão da sociedade envolvente; aspecto geográfico. Comentar sobre a existência de conflito de terra.

A etnia Yanomami ocupa uma região de floresta equatorial densa, o Maciço das Guianas, nas proximidades da fronteira entre o Brasil e a Venezuela, abrangendo uma área contínua de 9.419.108 hectares que foi demarcada em 1991 e homologada como Terra Indígena Yanomami em 1992.

A existência de ricas jazidas minerais (em especial ouro e cassiterita) foi amplamente divulgada em 1975, através do Projeto Radam, o que determinou, nos anos subseqüentes, várias invasões das terras yanomami. Apesar da demarcação, estas invasões persistem até os dias de hoje, com conseqüências desastrosas para a saúde dos yanomami (contínua reintrodução de doenças como malária, DST, gripe e alcoolismo e o fornecimento de munição) e para o meio ambiente.

7. Movimentos migratórios: Informar os processos migratórios internos e externos, sua periodicidade, fatores condicionantes e localidades envolvidas (origem e destino).

Os Yanomami caracterizam-se pelo semi-nomadismo, habitando tradicionalmente uma mesma região por cerca de 4-6 anos. A partir da instalação de missões e postos de saúde, observa-se uma tendência maior à sedentarização em algumas regiões, com permanência média de até 10 anos numa mesma região. Outros movimentos, como longas expedições de caça coletiva que podem durar até 30-40 dias, ocorrem em períodos mais ou menos previsíveis como também as expedições de coleta de frutos da floresta e a participação em festas de comunidades aliadas. Este padrão de mobilidade representa uma dificuldade em determinados momentos da assistência médica, no entanto, o pior fator relacionado a esta dificuldade é a ausência de assistência médica aos yanomami da Venezuela. Nas constantes visitas às comunidades aliadas do Brasil reintroduzem epidemias nas áreas visitadas e muitas vezes retornam às comunidades de origem sem completarem os tratamentos iniciados pelas equipes de saúde brasileiras. Da mesma maneira, ocorrem muitas vezes epidemias no retorno dos yanomami do Brasil quando visitam aliados na Venezuela ou mesmo outros aliados no Brasil mas cujo padrão de assistência à saúde é precário ou de baixa qualidade.

8. Meios de subsistência: Informar, por ordem de prioridade, os meios de subsistência. Salientar a situação de abastecimento de meios alimentares relacionando à situação de sua existência, constante ou periódica, ao longo do ano. Analisar a situação nutricional.

Os Yanomami são tradicionalmente caçadores e coletores de produtos da floresta, mas praticam também a agricultura (principalmente de banana, mandioca, milho) e a pesca. Como não possuem meios de conservação adequados, só pescam, colhem e caçam aquilo que podem consumir em 2-3 dias. Este fato tem uma grande importância sanitária uma vez que na vigência de epidemias, durante todo período em que praticamente toda a comunidade adocece, rapidamente há uma escassez de alimentos. Verifica-se assim que o maior número de crianças desnutridas ocorre nas regiões mais marcadas pelas grandes epidemias de malária nos últimos anos.

Atualmente os Yanomami possuem total dependência de nossa sociedade na aquisição de ferramentas agrícolas (machados, terçados, facas, cavadores, etc) e material de pesca. A coleta de frutos da floresta segue o calendário sazonal e esta atividade, assim como a caça e a produtividade das roças, tendem à escassez, pelo esgotamento dos recursos naturais circunvizinhos, quanto maior for o período de sedentarização numa mesma região.

9. Organização política: Descrever os processos e os principais atores políticos internos de cada uma desses Povos (formas de lideranças, de organização, associações indígenas, etc), e como ocorrem os relacionamentos destes com as Instituições que atuam em seu território.

Yanomami: a comunidade é o centro das relações políticas com o mundo externo, não existindo uma estrutura hierárquica definida entre os indivíduos de uma mesma comunidade, embora os homens mais idosos, especialmente os *xaporí*, exerçam uma liderança natural entre os demais. As comunidades aliadas ocupam um espaço territorial próximo à

comunidade, com as quais em geral há relações de parentesco e com as quais se estabelecem novos casamentos, trocas cerimoniais, etc. Quanto mais distante desse círculo concêntrico, mais potencialmente se considera uma comunidade inimiga, contra a qual em geral existe desde uma suspeita ou acusação de feitiçaria até a ocorrência prévia de expedições guerreiras. Particularmente nas regiões de Surucucu, Parafuri e Arathaú observamos esse tipo de relação francamente inimiga nos dias atuais. As relações com os diversos setores não-yanomami são bastante diversificadas mas, em geral, historicamente têm se caracterizado como um paradoxo de interesses e conflitos (garimpeiros, exército, Funai, equipes de saúde e de educação, missões religiosas, etc).

Yekuana: a estrutura hierárquica é bastante definida, através do Conselho dos Homens que se reúnem na Casa Central, quase que diariamente, à noite, quando se discutem os trabalhos comunitários a serem realizados como: derrubadas para roças, construção de casas, etc. Existem 2 escolas públicas mantidas pela Secretaria de Educação do Estado de RR, contando com 6 professores de nível de magistério e uma diretora da MEVA. Cerca de 25 jovens yekuana atualmente estudam em Boa Vista (onde permanecem por até 4 anos) em escolas públicas de 1º e 2º Graus.

Nos últimos dois anos houve um significativo avanço na organização política dos yanomami, através da estruturação dos Conselhos Locais em todas as regiões (Pólos-Base e Sub-Pólos) assistidas pela URIHI. A participação e o envolvimento cada vez maior dos conselheiros nas reuniões do Conselho Distrital têm garantido gradativamente a implantação do controle social das atividades desenvolvidas no DSY.

10. Fatores de risco: Listar os principais fatores que representam risco para a saúde da população. Analisar as condições ambientais, modo de vida e hábitos da população que signifiquem fatores de risco à saúde.

- 1) Alto custo das operações e instabilidade no financiamento (risco de descontinuidade das ações devido ao atraso de parcelas e na renovação anual dos convênios, bem como o risco permanente de redução do orçamento);
 - 2) Ausência de assistência à saúde dos Yanomami na Venezuela;
 - 3) Presença de garimpo nas regiões de Parafuri, Arathaú e Surucucu – contínua reintrodução de doenças (DST, gripe, TB, diarreias, malária) e danos ambientais ligados à técnica de exploração do ouro (contaminação por mercúrio e formação de criadouros do vetor da malária);
 - 4) Dificuldades operacionais e logísticas relacionadas à grande dispersão entre as comunidades e entre os pólos-base;
 - 5) Inexistência de agentes indígenas de saúde;
 - 6) Dificuldade de se conseguir recursos humanos com perfil indigenista e qualificação técnica adequada para as excepcionalmente difíceis condições de trabalho na área yanomami;
 - 7) Dificuldade de comunicação lingüística entre as equipes de saúde e os índios;
 - 8) Alcoolismo, especialmente nas regiões próximas aos limites da área indígena.
-

11. Locomoção: descrever o processo de locomoção no âmbito do Distrito, destacando os meios utilizados para essa locomoção.

Todos os pólos-base atendidos pela URIHI são alcançáveis unicamente por via aérea. Este transporte é feito através do fretamento de aeronaves mono-motor, em viagens que duram em média duas horas de vôo a partir de Boa Vista. Os vôos para cada região seguem uma rotina quinzenal, transportando equipes, medicamentos, alimentos, equipamentos, etc.

Ao chegar nos pólos-base as equipes de saúde se deslocam a pé para as comunidades em longas e difíceis caminhadas pelas emaranhadas trilhas da floresta (com duração média de 6 horas de marcha). Em algumas poucas regiões as viagens podem ser feitas de canoa e em outras regiões (onde vivem cerca de 1.500 yanomami) o único acesso possível dos postos de saúde às comunidades é através de helicóptero.

12. Controle Social: analisar o grau de controle social destacando os seguintes aspectos: o nível de representatividade dos conselheiros e sua legitimidade como representante de sua comunidade; o nível de compreensão dos conselheiros sobre seu papel como agente social e do seu entendimento da Política Nacional de Saúde Indígena; a qualidade das propostas, idéias e sugestões dadas pelos conselheiros.

Desde a reforma da assistência à saúde indígena implantada em 2000, iniciou-se a estruturação do Conselho Distrital do DSY com a implantação dos Conselhos Locais nas regiões assistidas pela URIHI (exceto nos sub-pólos de Yarima e Waputha pertencentes à região de Surucucu, aonde esses conselhos não foram implantados devido aos graves conflitos com outras comunidades da região).

No último ano houve um grande interesse de participação por parte dos conselheiros, o que tornou mais efetivo o controle social no DSY. Periodicamente os yanomami têm se reunido em suas regiões nos Conselhos Locais de Saúde para avaliar a situação de saúde e o atendimento prestado pela URIHI. Os representantes/conselheiros eleitos no último ano participaram de todas as reuniões do Conselho Distrital do DSY em Boa Vista.

No entanto, acreditamos que a organização política dos Yanomami ainda pode avançar mais e, para isso, é necessário que se continue a investir na capacitação dos conselheiros e que se garanta a participação de intérpretes nas reuniões dos conselhos locais e distrital para melhor comunicação entre as equipes/prestadores de serviços e os usuários.

AVALIAÇÃO GERAL

Elaborar uma avaliação do período 2002 da organização do DSEI, destacando

1. Atenção básica:

No atendimento às comunidades a URIHI desenvolve programas específicos com metas e protocolos definidos para o desenvolvimento de cada atividade. Estes programas incluem a saúde materno-infantil (com ênfase no acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento das crianças menores de 5 anos e o combate à desnutrição) e o controle das principais doenças infecto-parasitárias (malária/controlado de vetores, tuberculose, infecções respiratórias, oncocercose, verminoses, DST, cárie dentária e imunizações).

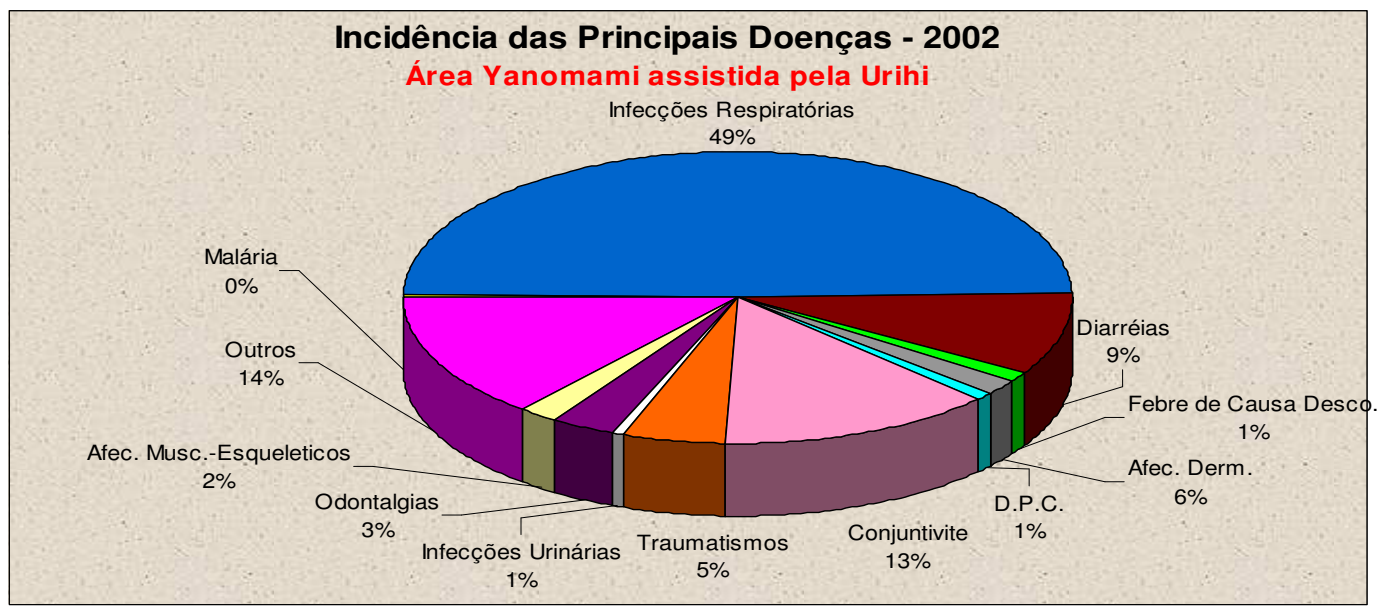
A metodologia do atendimento se baseia no princípio da assistência permanente de equipes de saúde nos pólos-base (enfermeiros, médicos, profissionais de enfermagem de nível médio, etc) que se deslocam a pé para visitar, pelo menos uma vez a cada mês, e sempre que necessário, todas as aldeias. Estas visitas têm a duração mínima de 03 dias podendo se estender por períodos mais longos dependendo do tipo de tratamento que está sendo realizado, uma vez que os Yanomami não estão ainda preparados para dar continuidade às prescrições, mesmo nos casos de tratamento por via oral.

2. Morbidade:

Verifica-se uma melhoria geral das condições de vida e de saúde dos Yanomami nos últimos 3 anos, em virtude das medidas adotadas pela URIHI para o controle das doenças de maior morbi-mortalidade, destacando o controle da incidência de malária, de tuberculose, das diarreias e das doenças imuno-preveníveis, conforme se pode observar nos gráficos e tabelas a seguir.

No entanto, outras doenças, que em geral acometem com maior gravidade as crianças menores, como as infecções respiratórias, continuam necessitando de atenção especial.

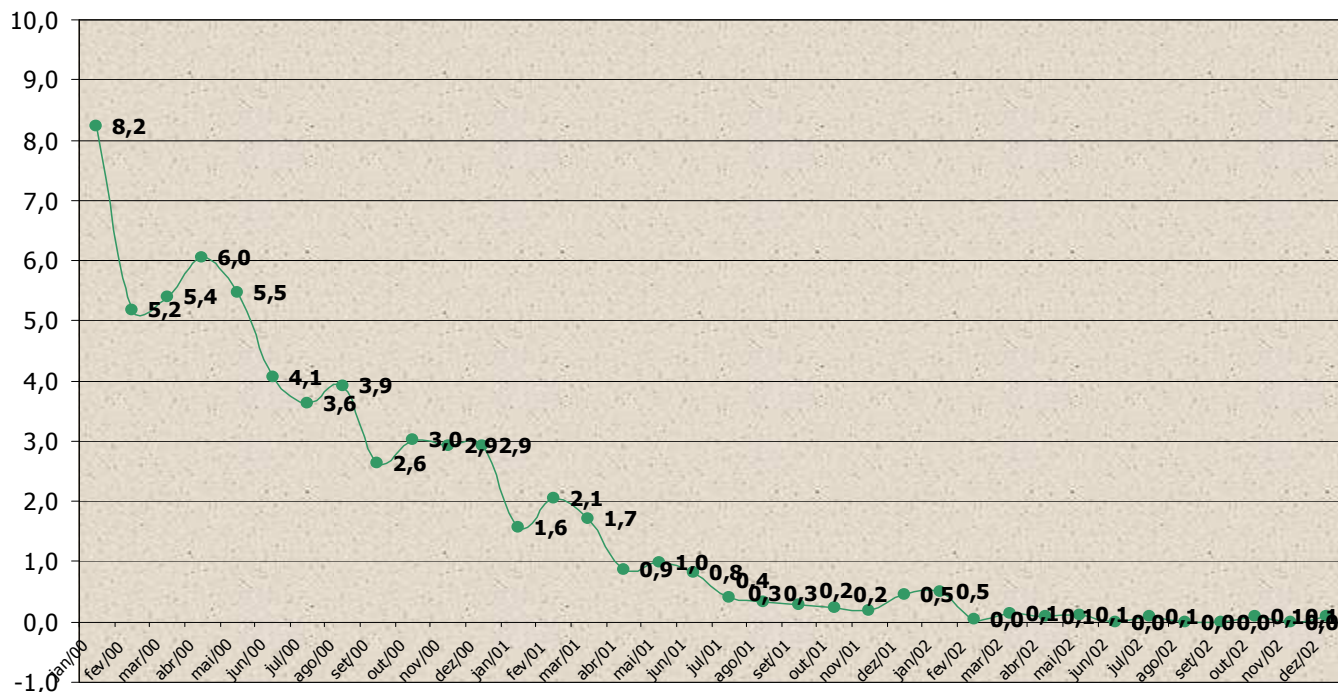
1. Infecções Respiratórias: atualmente são responsáveis pela maioria dos casos de maior gravidade e com maior impacto na mortalidade infantil.



2. Malária: durante toda a década de 90 a malária foi a doença de maior morbi-mortalidade entre os yanomami. Como podemos verificar nos gráficos abaixo, a partir do início dos trabalhos da URIHI (janeiro/2001) houve uma **redução de 98%** na incidência desta doença até os dias atuais (dezembro/2002).

Incidência* de Malária (2000-2001-2002)

Área Yanomami assistida pela URIHI



3. Tuberculose: observa-se uma tendência de diminuição da incidência de tuberculose nos últimos 3 anos na população assistida pela URIHI.

TUBERCULOSE: 1999 - 2000 - 2001 - 2002

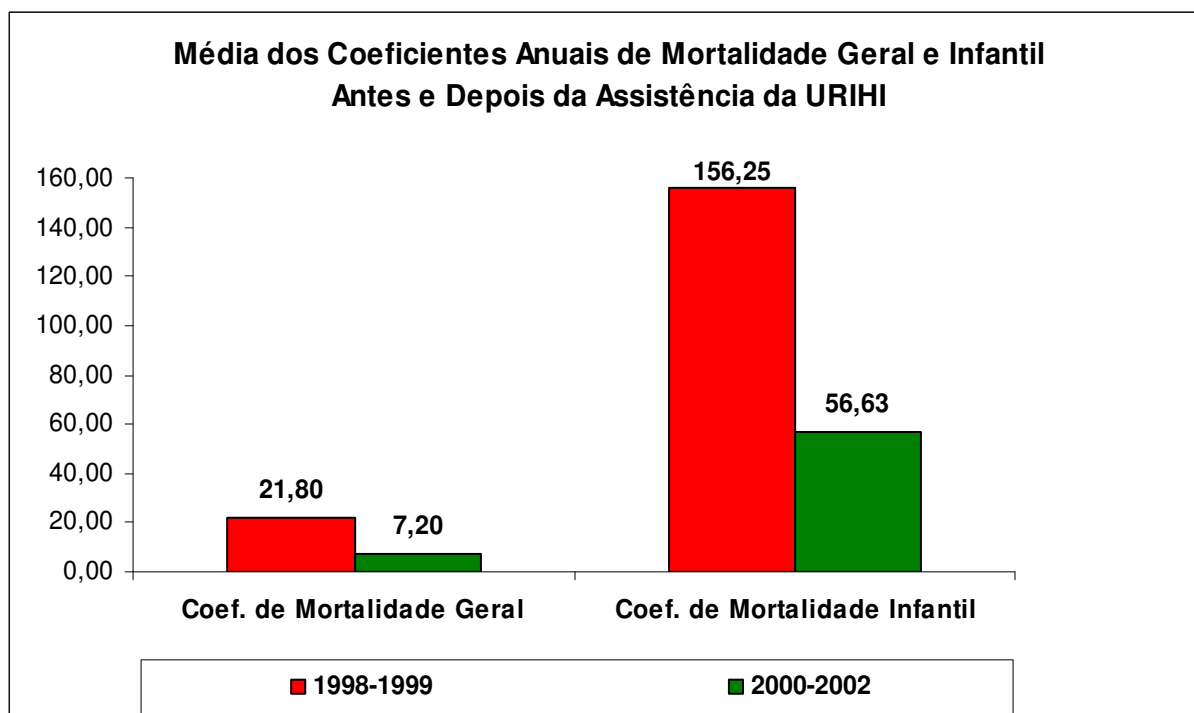
Região	Casos de TB				Quimioprofilaxia 2001	Quimioprofilaxia 2002
	1999	2000	2001	2002		
Aratha-ú	3	2	10	2	26	4
Auaris	27	4	3	5	0	0
Balawa-ú	0	0	0	0	0	0
Demini	0	0	1	1	0	1
Hakoma	0	0	0	0	0	0
Homoxi	0	0	0	0	0	0
Parafuri	3	2	0	0	0	0
Surucucu	2	1	0	1	0	0
Toototobi	0	0	0	0	0	0
Total	35	9	14	9	26	5

4. Cobertura Vacinal (referência: < 1 ano):

Cobertura Vacinal em crianças < 1 ano - 2002			
Vacinas	Meta	Nº	Cobertura
BCG	288	332	100,0
Hep B	288	247	85,8
Sabin	288	263	91,3
Sarampo	288	230	79,9
DTP	288	249	86,5
Hib	288	249	86,5
FA	288	267	92,7

3. Mortalidade:

Comparando-se a média dos Coeficientes de Mortalidade Geral e Infantil dos 2 anos anteriores à assistência da URIHI com a média desses coeficientes nos anos após a assistência da URIHI, na mesma população, constata-se que houve uma redução de **67 %** no Coeficiente de Mortalidade Geral e de **64 %** no Coeficiente de Mortalidade Infantil :



4. Capacitação de Recursos Humanos:

Ao serem contratados, os profissionais de saúde da URIHI recebem treinamento básico sobre as principais rotinas da assistência e sobre noções etnográficas específicas para o atendimento intercultural. No decorrer do exercício profissional são realizados treinamentos periódicos no campo pela equipe de supervisão (médicos e enfermeiros) garantindo a educação continuada em serviço. Por sua vez, além do treinamento interno, os profissionais de nível superior participam dos treinamentos promovidos pelo DESAI, FUNASA-RR, PNI e pela Secretaria Estadual de Saúde.

5. Referência e Contra Referência:

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

6. Sistema de Informação (coleta e análise):

Desde o início do seu trabalho em área, a URIHI adotou um sistema de fichas e formulários que são preenchidos pelos profissionais de campo e enviados mensalmente à coordenação em Boa Vista, sob a forma de um *Relatório de Saúde do Pólo-Base*. Na sede, estas informações de cada um dos nove pólos-base são digitadas e permitem o acompanhamento mensal da situação epidemiológica, a vigilância sanitária, o acompanhamento das atividades dos programas, as atualizações censitárias, etc.

Já foi enviado para o DESAI por meio eletrônico (arquivo no formato DBF) o cadastro da famílias para serem inseridas no SIASI Local e no ano de 2003 nossa equipe de digitadore participou do treinamento oferecido pela Funasa. Estamos aguardando as últimas adaptação por parte do Desai para a sua implantação.

7. Intersetorialidade:

A URIHI participa do grupo técnico do Distrito e do Conselho Distrital do DSY. No interesse da saúde Yanomami, são permanentemente mantidas articulações com a coordenação regional da FUNASA, com o SUS e as Secretarias de Saúde, a Casa do Índio, as Forças Armadas, O Distrito Sanitário do Leste de Roraima, a Diocese de Roraima e com as demais instituições que compõem o Distrito Sanitário Yanomami.

QUADRO DE PESSOAL DA URIHI VINCULADO DSEI

2002

CATEGORIA PROFISSIONAL ⁽¹⁾	Nº	LOTAÇÃO						VÍNCULO EMPREGATÍCIO			
		Teto salarial	Pólo-Base	Casa do Índio	Gerência do DSEI	Gerência Convênio	FUNASA	Convênio	Município (5)	FUNASA (6)	Outros
Médico	1	7.000,	X			X		X			
Odontólogo	1	4.000,	X					X			
Enfermeiro	5	4.000,	X			X		X			
Técnico de Enfermagem)	55	1.265,	X					X			
Agente Indígena de saúde	30	200,	X					X			
Motorista	3	580,	X			X		X			
Auxiliar de Serviços Gerais	4	430,	X			X		X			
Agente de Combate a Endemias	11	1.265,	X			X		X			
Assistente Social	1	1.800,	X			X		X			
Assistente Administrativo	1	1.200,				X		X			
Técnico de Serviços de Apoio	5	1.613,	X			X		X			
Trabalhador Braçal de Apoio	4	580,	X			X		X			
Educador em Saúde I	6	1.920,	X					X			
Educador em Saúde II	1	3.000,	X			X		X			
Médico Coordenador Técnico	1	8.000,	X			X		X			
Operador de Radiofonia	2	500,	X			X		X			
Digitadores	2	800,	X			X		X			
Assistente Administrativo	3	1.000,	X			X		X			
Agente Administrativo	1	1.200,				X		X			
Assistente de Coordenação	2	1.613,				X		X			
Secretária/Recepcionista	2	630,				X		X			
Administrador	1	5.000,				X		X			
Gerente Administrativo	1	2.600,				X		X			

Legenda:

- 1 – Listar todas as categorias profissionais (incluir os que não estão relacionados acima)
- 2 – Exclusivamente pessoal lotado na gerência do DSEI/FUNASA
- 3 – Exclusivamente pessoal lotado na gerência do convênio, com atividade meio (técnico-administrativa)
- 4 – Exclusivamente pessoal contratado PSF/PACS
- 5 – Pessoal próprio do Município
- 6 – Cedido
- 7 – Outros Órgãos cedido

VISUALIZAÇÃO DO DISTRITO SANITÁRIO YANOMAMI

- Áreas Assistidas pela **URIHI** -

Anexar:

Um mapa do distrito, destacando os aspectos geográficos (rios com nomes, estradas, limites territoriais, etc); localização da sede do DSEI, dos pólos base (dando o nome dos pólos) e das aldeias (dando o nome das aldeias).

Quadro descritivo das distâncias entre a sede do DSEI e Pólos base e entre os Pólos base e as aldeias, estabelecendo as distâncias em tempo gasto, através do meio usual de transporte.

Ex: Deslocamento por carro = X horas com veículo diesel/gasolina

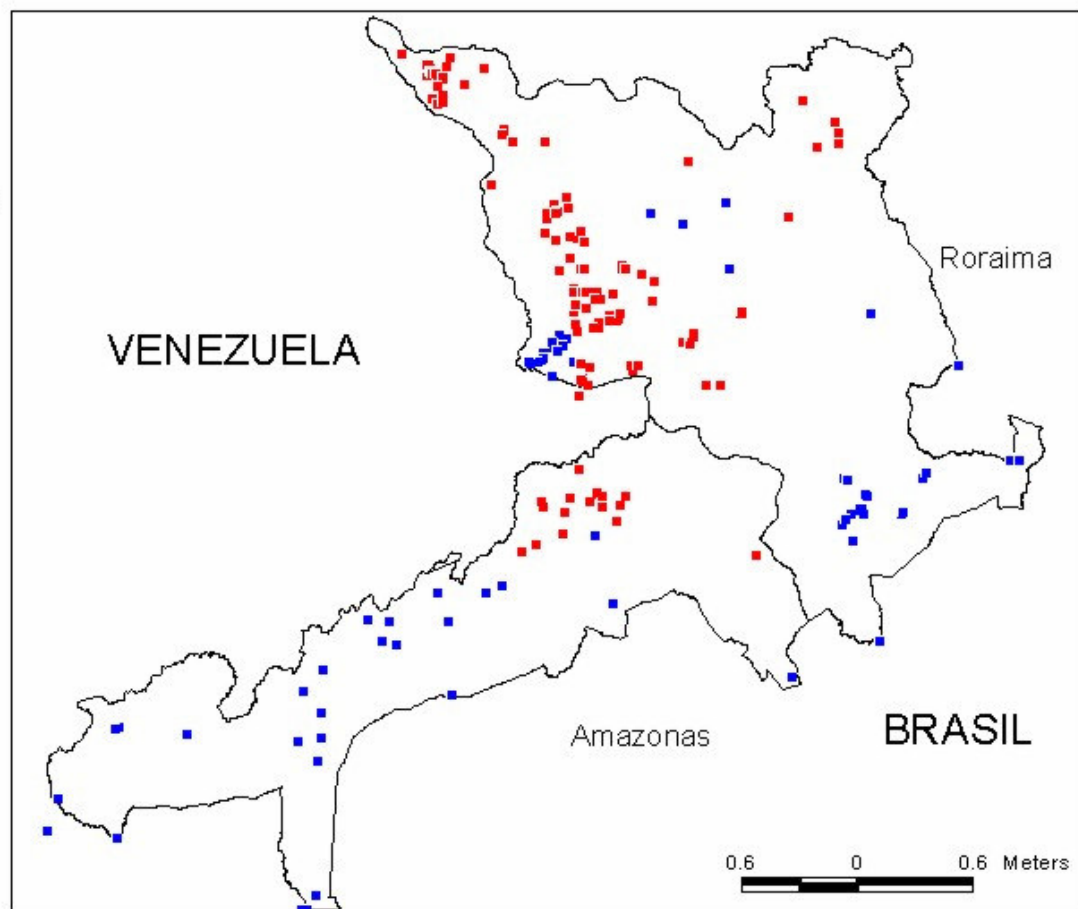
Deslocamento por barco = X horas com motor Y

Deslocamento de avião = X horas

Área Yanomami

Pólos-Base e

- AJARANI
- AJURICABA
- ALTO MU CAJAI
- APIAU
- ARACA
- ARATHAU
- AUARIS
- BAIXO CATRIMANI
- BAIXO MUCAJAI
- BALAWAU
- CATRIMANI I
- CATRIMANI II
- CAUABURI
- DEMINI
- ERICÓ
- HAKOMA
- HOMOXI
- MAIA
- MARARI
- MARAUIA
- MATURACA
- NOVO DEMINI
- PAAPIU
- PADAURI
- PALIMIU
- PARAFURI
- SURUCUCU
- TOOTOTOBÍ
- URARICOERA
- WAIKAS
- XITEI
- Limites



■ Pólos-Base a serem assistidos pela Urihi em 2003

■ Pólos-Base assistidos por outras instituições

INFORMAÇÕES OPERACIONAIS DE CAMPO

1- PÓLO-BASE SURUCUCU

Região com uma população de 1.579 índios residentes em 32 comunidades (72 aldeias). Possui relevo acidentado, com grandes serras que tornam o acesso muito difícil. Para facilitar a operação das atividades e garantir a assistência permanente a todas as comunidades resolveu-se criar 5 sub-pólos: Aykamopë (posto), Okomou, Yarima, Awi u, Kataroa e Poimopë. Com a exceção do sub-pólo de Aykamopë, todos os demais sub-pólos desta região são unicamente acessíveis através de helicóptero. Partindo da pista de Surucucu, as equipes são levadas até aos sub-pólos a partir dos quais se deslocam a pé para as comunidades da região em percursos que variam de 30 minutos até 8 horas de caminhada. A utilização do helicóptero ocorre quinzenalmente para atender necessidades de abastecimento (alimentação, medicamentos, vacinas e outros insumos). A equipe deste pólo-base é formada por 17 profissionais de enfermagem de nível médio.

2- PÓLO-BASE AUARIS

Região com uma população de 1.820 índios residentes em 30 comunidades (126 aldeias). Relevo pouco acidentado, com muitos rios encachoeirados que tornam o acesso bastante difícil. Como em Surucucu, para facilitar a operacionalização das atividades foram criados 07 sub-pólos: Auaris (posto), Yekuana, Sigaima, Kadimani, Saula, Hokolassimú e Momoipu. Em geral o deslocamento é terrestre através de marchas de 45 minutos até 6 horas. Outras regiões são acessíveis por via fluvial com viagens de 15 minutos (Kakali) a 03 horas (Saula) e outras unicamente através de helicóptero (sub-pólo Sigaima e as aldeias Casa de José e Koraimatiu). Nos sub-pólos ficam lotadas as equipes de saúde (1 ou 2 auxiliares de enfermagem e 1 agente de combate a endemias) prestando assistência permanente às comunidades da vizinhança e em constante vigilância devido ao intenso trânsito de Yanomami doentes provenientes da Venezuela de áreas de alta incidência de malária e tuberculose. A utilização do helicóptero ocorre mensalmente para atender remanejamentos das equipes e necessidades de abastecimento (alimentação, medicamentos, vacinas e outros insumos). A equipe deste pólo-base é formada por 21 profissionais de nível médio.

3- PÓLO-BASE TOOTOTOBÍ

Possui com uma população de 390 índios residentes em 8 comunidades (18 casas). Região de terras baixas que alagam durante a estação chuvosa dificultando muito o acesso às comunidades nessa época do ano. O deslocamento terrestre no verão se faz através de marchas de 2 horas (maloca Toto) a 07 horas (maloca Noberto). Algumas malocas são acessíveis também por via fluvial no inverno com viagem de 01 hora (Toto) até 05 horas (Noberto). Neste pólo-base uma equipe de saúde composta de 4 auxiliares de enfermagem e 1 agente de combate a endemias garante o atendimento nas aldeias de forma permanente e em constante vigilância devido ao intenso trânsito de Yanomami provenientes da Venezuela. No ano de 2002 uma comunidade inteira da Venezuela mudou-se para esta região (Maloca Xiroxiropi u).

4- PÓLO-BASE ARATHAÚ

Região com uma população de 645 índios residentes em 9 comunidades. Possui relevo bastante acidentado com um rio e muitas serras que dificultam o acesso às aldeias. Devido aos conflitos com outras comunidades da região de Surucucu e à aliança com as comunidades de Aratha u, toda a região conhecida como Moxahi (ex-Surucucu) passou a ser assistida através do pólo-base de Aratha u, de helicóptero devido à grande distância. Para as demais comunidades o deslocamento é feito a pé através de marchas de 5 horas (maloca Wanapiki) a 07 horas (maloca Xahuxipi). O rio não é navegável sendo utilizado apenas para travessia. Atualmente neste pólo-base ficam lotados 8 auxiliares de enfermagem e 1 agente de combate a endemias que atuam nas aldeias garantindo a assistência e a continuidade dos tratamentos e quimioprofilaxias de tuberculose bem como a vigilância dos comunicantes e dos sintomáticos respiratórios.

5- PÓLO-BASE BALAWAÚ

Região com uma população de 329 índios residentes em 10 comunidades. Como em Toototobi, é uma região de terras baixas que alagam durante a estação chuvosa dificultando muito o acesso às comunidades nessa época do ano. O deslocamento terrestre no verão se faz através de marchas de 3 horas (maloca Uxiximapiutheri) a 13 horas (maloca Maxapipiweiteri). No inverno são cessíveis por via fluvial com viagens de 2 horas (maloca Uxiximapiutheri) a 7 horas (Atabai). Neste pólo-base fica uma equipe composta por 5 profissionais de enfermagem prestando assistência permanente em virtude da permanente e intensiva vigilância da malária sobre os yanomami provenientes da Venezuela.

6- PÓLO BASE DEMINI

Região com uma população de 127 índios residentes em 01 aldeia e sem dificuldades de acesso. O deslocamento terrestre do pólo base a aldeia Watorike se faz através de marcha com 30 minutos. Neste pólo base fica lotado 1 auxiliar de enfermagem prestando assistência permanente.

7- PÓLO BASE HAKOMA

Região com uma população de 377 índios residentes em 18 comunidades (23 aldeias). Relevo bastante acidentado com muitas serras, sem rios navegáveis, tornando o acesso bastante difícil. O deslocamento terrestre se faz através de caminhadas de 30 minutos (maloca Tihwanape) até 05 horas (maloca Arimau). Neste pólo-base ficam lotados 4 auxiliares de prestando assistência permanente.

8- PÓLO-BASE HOMOXI

Região com uma população de 369 índios residentes em 03 comunidades (11 aldeias). Possui relevo bastante acidentado com muitas serras, sem rios navegáveis, o que torna o acesso bastante difícil. O deslocamento terrestre se faz através de marcha com 01 hora (maloca Thirei) a 09 horas (maloca Wiremapi u). Neste pólo base ficam lotados equipes 5 auxiliares de enfermagem prestando assistência permanente e mantendo vigilância contínua da malária trazida pelos yanomami da Venezuela.

9- PÓLO-BASE PARAFURI

Região com uma população de 320 índios residentes em 07 comunidades (12 aldeias). Tem relevo bastante acidentado com muitas serras e rios navegáveis, o que facilita o deslocamento das equipes às aldeias, apesar da grande distância entre as malocas. O deslocamento terrestre se faz através de caminhada de 02 horas (maloca Warareu), sendo esta a única maloca de acesso por via terrestre. As viagens a barco com motor de pôpa têm duração de 45 minutos (Hoxeanatheri) até 08 horas (maloca Poalasai). Neste pólo-base ficam lotados 5 profissionais de enfermagem de nível médio prestando assistência permanente e mantendo vigilância contínua sobre a tuberculose, uma vez que trata-se de uma região de alta incidência deste agravo.

10 a 15 – PÓLOS-BASE ERICÓ, BAIXO MUCAJAÍ, URARICOERA, ALTO CATRIMANI, WAIKÁS, MALOCA PAAPIU E PAAPIU NOVO

Até o ano passado estas regiões eram assistidas diretamente pela FUNASA e as suas especificidades operacionais poderão ser melhor descritas após o início dos trabalhos. Segundo as informações da FUNASA, a população destas regiões totaliza 1.100 pessoas e os pólos-base são acessíveis através de avião mono-motor. O acesso às comunidades não necessita de helicóptero uma vez que o atendimento às comunidades pode ser realizado a pé ou de barco a partir dos postos de saúde. Nas regiões do Ericó e do Baixo Mucajaí, apesar de encachoeirados, os rios são navegáveis. Para estender o atendimento a estas regiões estima-se a necessidade de contratação de 18 novos profissionais de enfermagem de nível médio e 1 enfermeiro.

PLANO DE IMPLEMENTAÇÃO

1. Objetivo Geral:

DESENVOLVER AÇÕES DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS POPULAÇÕES YANOMAMI E YEKUANA RESIDENTES NAS REGIÕES DE ALTO CATRIMANI, ARATHAÚ, AUARIS, BAIXO MUCAJAÍ, BALAWAÚ, DEMINI, ERICÓ, HAKOMA, HOMOXI, MALOCA PAAPIÚ, PAAPIÚ, PARAFURI, SURUCUCU, TOOTOTOBÍ, URARICOERA E WAIKÁS

2. Identificação de problemas, metas e operações para consecução do objetivo geral, conforme instruções abaixo.

Nº	PROBLEMA IDENTIFICADO	INDICADOR	META	PERÍODO	OPERAÇÃO (o que fazer)
I. 1	ATENÇÃO BÁSICA	<p>1. Necessidade de manter a assistência da URIHI nas regiões assistidas em 2002</p> <p>2. Dificuldades da Funasa em manter a assistência nas regiões assistidas em 2002</p>	<p>1. Manter a atenção básica nos pólos-base: Arathaú, Auaris, Balawaú, Demini, Hakoma, Homoxi, Parafuri, Sururucu e Toototobi</p> <p>2. Ampliar a assistência para os pólos-base: Ericó, Uraricoera, Paapiú Novo, Maloca Paapiú, Alto Catrimani e Waikás</p>	<p>Abril/2003 a Março/2004</p>	<p>OP.1. Dar continuidade aos programas implantados nos pólos-base assistidos em 2002</p> <p>OP.2. Garantir atenção básica à nova população através da implantação dos programas da URIHI em todas as novas aldeias.</p>
I. 2	MORTALIDADE INFANTIL	<p><u>Média do Coeficiente de Mortalidade Infantil na década de 90</u> = 156,63</p> <p><u>Média do Coeficiente de Mortalidade Infantil nos 3 primeiros anos da década de 2000</u> = 56,6</p>	<p>Reduzir a mortalidade infantil, no mínimo, à média nacional</p>	<p>Abril/2003 a Março/2004</p>	<p>OP.1. Articulação com os programas nacionais de combate à fome e à desnutrição</p> <p>OP.2. Reestruturar o programa de crescimento e desenvolvimento com novos critérios de avaliação e de intervenção</p> <p>OP.3. Dar maior ênfase ao atendimento infantil nos treinamentos (Ira, Diarréias, Desnutrição, Crescimento e Desenvolvimento)</p> <p>OP.4. Realizar monitoramento das doenças diarreicas agudas e das IRAs moderadas e graves</p> <p>OP.5. Estabelecer como rotina a permanência dos profissionais de campo em, no mínimo, 66% de seu tempo de área, no atendimento direto nas aldeias (30 dias em maloca/cada 45 dias de área)</p>

I. 3	MALÁRIA	<u>IPA 2000*</u> : 579,1/1000 (3.039 casos) <u>IPA 2001:</u> 99,1/1000 (539 casos) <u>IPA 2002:</u> 11,8/1000 (70 casos)	Manter as regiões assistidas na classificação de “baixo risco” ou de “sem transmissão”	Abril/2003 a Março/2004	OP.1. Diagnóstico precoce (menos de 48 horas) OP..2. Tratamento adequado dos casos OP..3. Controle de vetores OP.4. Vigilância epidemiológica
I. 4	TUBERCULOSE	<u>1999</u> 65,7/10.000 (35 casos) <u>2000</u> 16,8/10.000 (09 casos) <u>2001</u> 23,8/10.000 (14 casos) <u>2002</u> 15,1/10.000 (09 casos)	- 100% dos contatos investigados - 100% dos casos diagnosticados tratados - 100% de cobertura com a quimioprofilaxia nos casos indicados pelo Programa Nacional - redução em 10% dos casos de TB pulmonar grave	Abril/2003 a Março/2004	OP.1. Identificar e investigar 100% dos sintomáticos respiratórios OP.2. Tratar 100% dos casos diagnosticados OP.3. Investigar 100% dos contatos de casos pulmonares positivos OP.5. Fazer quimioprofilaxia com izoniazida nos casos indicados pelo programa nacional de controle da tuberculose OP.6. Treinar 20% das equipes das áreas endêmicas no exame de PPD
I. 5	ACIDENTE OFÍDICO	<u>2000:</u> 23 casos <u>2001:</u> 29 casos <u>2002:</u> 32 casos	Tratar em menos de 24 horas todos os acidentes ofídicos	Abril/2003 a Março/2004	OP.1. Promover medidas de controle de acidentes ofídicos

I. 6	IMUNIZAÇÕES	<u>Cobertura Vacinal em 2002</u> (Valor de referência: cobertura em < 01 ano): SABIN: 91,3 % DPT: 86,5 % Sarampo: 80 % BCG: 100 % Hep. B: 85,8 % FA: 92,7 % HiB: 86,5 %	Atingir 100% dos Pólos-base com cobertura vacinal adequada (valores de referência = <s de 01 ano): - SABIN: > 90% - DPT: > 90% - Sarampo: > 95% - BCG: > 90 % - Hepatite B: > 95% - FA: > 95% - HiB: > 95%	Abril/2003 a Março/2004	OP.1. Manter a rede de frio existente e amplia-la para os sub-pólos das regiões distantes OP..2. Realizar pelo menos 6 etapas anuais em cada aldeia OP.3. Identificar e notificar imediatamente eventos adversos pós-vacinação
I. 7	DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	<u>2002</u> Ocorrência de casos de DST Sub-notificação (apenas 3 casos notificados pelo diagnóstico sintromico)	- Redução da ocorrência de casos de DST - Evitar a infecção pelo HIV - Diagnóstico sintromico implantado em todos os pólos-base	Abril/2003 a Março/2004	OP.1.Promover a adoção de práticas que evitem a transmissão OP.2. Disponibilizar o diagnóstico sintromico e o tratamento precoce das DST OP.3. Implantar vigilância epidemiológica das DST, HIV e AIDS
I. 8	VERMINOSES	Alta incidência de verminoses	Tratamento de 100% da população elegível 04 vezes ao ano	Abril/2003 a Março/2004	OP.1. Sistematizar e implantar as ações para controle de helmintos e protozoários
I. 9	TUNGÍASE	Alta infestação e ocorrência de infestações graves	- Diminuir a infestação - Eliminar as formas graves	Abril/2003 a Março/2004	OP.1. Levantamento dos casos mais graves de tungíase OP.2. Implantar medidas de controle
I. 10	DOENÇA BUCAL	Alta Incidência de Doença Bucal	Garantir ações básicas de saúde bucal para todas as comunidades	Abril/2003 a Março/2004	OP.1. Implantar procedimentos coletivos (prevenção) OP.2. Implantar procedimentos individuais

I. 11	ONCOCERCOSE (Foco de entre os yanomami)	<u>Não-Endêmica:</u> Uraricoera <u>Hipoendêmicas:</u> Demini, Auaris, Waikás e Ericó <u>Mesoendêmicas:</u> Arathaú, Parafuri, Toototobi, Alto Catrimani, Maloca Paapiú e Paapiú Novo <u>Hiperendêmicas:</u> Balawaú, Hakoma, Surucucu e Homoxi	Realização de dois ciclos de tratamento de oncocercose em todas as áreas eleitas pelo PBCO	Abril/2003 a Março/2004	OP.1. Execução das ações programadas no Programa brasileiro de eliminação da oncocercose
I. 12	LEISHMANIOSES	<u>2000</u> 4,0/1000 (21 casos) <u>2001</u> 3,1/1000 (17 casos) <u>2002</u> 2.2/1000 (13 casos)	- Tratar 100% dos casos identificados - Garantir diagnóstico nos 09 pólos-base	Abril/2003 a Março/2004	OP.1. Diagnosticar e tratar 100% dos casos OP.2. Sistematizar e implantar as ações de controle na população canina

II. 1	CAPACITAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS TREINAMENTO DE AGENTES INDÍGENAS DE SAÚDE	Dependência total dos Yanomami na atenção à saúde (doenças introduzidas)	Capacitar Agentes Yanomami de Saúde	Abril/2003 a Março/2004	OP.1. Implantar curso de formação de AYS para 20 yanomami alfabetizados OP.2. Continuar a formação de microscopistas para o diagnóstico de malária nas áreas de risco OP.2. Produzir material didático nas 3 línguas dos alunos OP. 3. Produzir material sobre educação em saúde comunitária e preventiva para uso nas escolas existentes OP.4. Desenvolver atividades de educação comunitária e saúde preventiva
II. 2	TREINAMENTO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE	Baixa qualificação profissional no atendimento específico à saúde indígena	Capacitar a equipe de saúde de nível médio	Abril/2003 a Março/2004	OP.1. Realizar cursos de treinamento e de reciclagem periódicos sobre cada programa implantado na atenção à saúde OP.2. Sistematizar o treinamento continuado em serviço pelos profissionais de nível superior (equipe multi-disciplinar)
III. 1	CONTROLE SOCIAL	Participação indígena insuficiente	Funcionamento efetivo dos Conselhos Locais em todas as regiões assistidas	Abril/2003 a Março/2004	OP.1. Promover a capacitação continuada dos conselheiros OP.2. Sistematizar e divulgar informações para as comunidades OP.3. Possibilitar o intercâmbio entre conselheiros indígenas de saúde e sua participação nas reuniões do Conselho Distrital OP.4. Apoiar a realização do Conselho Distrital – duas vezes ano e Assembléia Anual Yanomami OP.5. Promover a realização de reuniões periódicas dos conselhos locais

3. Operacionalização das ações para solução dos problemas identificados, conforme instruções abaixo:

Nº	PROBLEMA IDENTIFICADO	OPERAÇÃO Nº	ETAPAS DE OPERACIONALIZAÇÃO (como fazer)	ESPECIFICAÇÃO	QUANTIDADE	PERÍODO
I. 1	ATENÇÃO BÁSICA	OP.1	E. 1 e 2 - Adequar o programa de assistência às necessidades das populações a serem atendidas, garantindo a presença de profissionais, medicamentos, radiofonia, horas-vôo, etc	Assistência implantada em 16 pólos-base	vide quadro de RH e memória de cálculo de materiais a serem adquiridos	Abril/2003 a Março/2004
		OP.2	E. 1 e 2 - Garantir a educação e a supervisão continuadas dos profissionais de todos os pólo-base			
			E.2 - Adquirir toda a informação sócio-demográfica e epidemiológica das novas regiões junto ao DSY/Funasa-RR			
I. 2	MORTALIDADE INFANTIL	OP.1	E.1.Participar do Programa Fome Zero	gestantes acompanhadas	todas	
		OP.2	E.2.1. Continuar o acompanhamento da gestante desde o primeiro trimestre da gravidez (Pré-Natal)			
			E.2.2. Acompanhar o crescimento e o desenvolvimento de todas as crianças até aos 05 anos de idade (Cartão da Criança)	crianças acompanhadas	<s de 05 anos	
		OP.3	E.3.1. Capacitar profissionais de nível superior em AIDPI.	profissionais capacitados	08	
			E.3.2.Capacitar pessoal de nível médio para tratamento de IRA e diarreia	profissionais capacitados	78	Abril/2003 a Março/2004
		OP.4	E.4.1. Instalação de radiofonia nas aldeias mais distantes (mais de 8 horas de caminhada do posto).	pólos-base	16	
			E.4.2. Implantar rotina de TRO e tratamento adequado	pólos base	16	
			E.4.3. Prover a comunidade de informações que permitam a prevenção tratamento oportuno da diarreia	reuniões comunitárias	nos surtos	
			E.4.4. Disponibilizar diagnóstico e tratamento precoce dos casos de IRA	pólos-base	16	
		OP.5	E.5. Aprimorar instrumentos de registro e controle da permanência em maloca pelos usuários e pela equipe multi-disciplinar	relatórios e reuniões comunitárias	mensal	
					conselhos locais	

I. 3	MALÁRIA	OP.1	E.1.1 – Disponibilizar pesquisa de plasmódio em gota espessa em todos os pólos-base E.1.2 – Realizar busca ativa de casos nas comunidades conforme estratificação de risco (semanal nas áreas de alto risco e mensal nas áreas de médio risco)	pólos base	16	Abril/2003 a Março/2004
		OP.2	E.2.1 - Capacitar pessoal para tratamento adequado E.2.2 - Capacitação de médico e enfermeiro para tratamento de malária grave	buscas ativas nas comunidades	87	
		OP.3	E.3.1 – Levantamento entomológico (de espécies transmissoras, hábitos, criadouros, etc dos vetores). E.3.2 – Controle químico de vetores nas comunidades E.3.3 – Levantamento de criadouros e proposta de controle (drenagem, eliminação de sombras, tratamento com óleo queimado ou abate)	profissionais capacitados	08	
				levantamento comunidades trabalhadas	01 146	
OP.4	E.4.1 – Dar continuidade ao fluxo de informações e alimentação do SISMAL E.4.2 – Análise epidemiológica semanal	fluxo em funcionamento análises	n 52			
I. 4	TUBERCULOSE	OP.1	E.1 - Vacinar com BCG de acordo com as normas do PNI	pessoas a vacinar	16 Pólos-Base	Abril/2003 a Março/2004
		OP.2	E.2 - Fazer quimioprofilaxia com isoniazida nos sadios do grupo de maior risco de adoecimento: contatos de casos pulmonares positivos, assintomáticos, PPD reator forte, Raios X normal)	pessoas tratadas	X	
		OP.3	E.3 – Promover reuniões nas comunidades para se conversar sobre a doença	reuniões	Conselhos locais	
I. 5	ACIDENTE OFÍDICO	OP.1.	E.1.1 – Capacitar pessoal para atendimento aos casos de acidente com animais peçonhentos.	profissionais capacitados	78	Abril/2003 a Março/2004
			E.1.2 – Disponibilizar soro anti-ofídico nos pólos-base	pólos-base	16	

I. 6	IMUNIZAÇÕES	OP.1	E.1.1 – Manutenção dos freezers e geladeiras existentes	pólos-base	16	Abril/2003 a Março/2004
			E.2.1 – Capacitação de profissionais em sala de vacina	profissionais	78	
		OP.2	E.2.2 – Manter rotina de vacinação nos pólos base com estrutura para conservação de vacinas	polos base	16	
			E.2.3 – Realizar etapas de vacinação nas comunidades	etapas	6 X 146	
		OP.3	E.3.1 – Notificar imediatamente eventos adversos pós vacina	comunidades rotina implantada	01	
I. 7	DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	OP.1	E.1.1 - Realizar reunião da comissão de controle das DST no âmbito do Distrito E.1.2 - Capacitação de multiplicadores para a divulgação de informações junto às comunidades E.1.3 – Produção de material educativo/informativo E.1.4 – Disponibilizar preservativos de acordo com a demanda apresentada pela comissão	reunião multiplicadores capacitados informativos rotina de disponibilização	01 n 01 x	Abril/2003 a Março/2004
		OP.2	E.2.1 – Capacitação de profissionais de nível superior em abordagem sindrômica E.2.2 - Capacitação de profissionais de nível médio para tratamento das DST E.2.3 – Implementar diagnóstico e tratamento por abordagem sindrômica das DST nos pólos base	profissionais capacitados profissionais capacitados pólos-base	08 50 16	
		OP.3	E.3.1 – Disponibilizar teste rápido para HIV e sífilis para gestantes (articulação com laboratórios de referencia ao atendimento da nova demanda para confirmação de casos) E.3.2 - Realizar inquérito epidemiológico de sífilis (HIV) nas áreas com população mais exposta ao risco (Surucucu, Auaris, Parafuri, Homoxi e Ericó)	gestantes inquérito	todas 03	

I. 8	VERMINOSES	OP.1	E.1.1 – Sistematizar dados de PPF realizados na CASA. E.1.2 – Realizar tratamento em massa trimestralmente E.1.3 – Realizar um inquéritos epidemiológicos em amostra populacional E.1.4 – Realizar reuniões com as comunidades	levantamento tratamentos/ano inquérito reuniões	1 6.900 x 4 04 Conselhos Locais	Abril/2003 a Março/2004
I. 9	TUNGÍASE	OP.1 OP.2	E.1.1 – Levantamento dos casos com deformidades provocadas pela tungíase E.2.1 – Tratar cães com ivermectina nas comunidades com alta incidência	levantamento comunidades	01 X	Abril/2003 a Março/2004
I. 10	DOENÇA BUCAL	OP.1 OP.2	E.1.1 – Capacitar profissionais de nível médio E.1.2 – Treinar AYS E.1.3 – Implantar atividades educativas de higiene oral e prevenção da cárie nas escolas E.1.4 – Aplicação de flúor gel E.1.5 – Atualizar o levantamento de necessidades para estratificação e priorização do trabalho odontológico E.2.1 – Oferecer atendimento individual nos pólos-base de acordo com as diretrizes da FUNASA.	profissionais alunos AYS beneficiados escolas aplicações pólos-base comunidades	30 20 7.056 20 X 16 146	Abril/2003 a Março/2004
I. 11	ONCOCERCOSE	OP.1	E.1.1 – Realizar tratamento semestral da população elegível	casos tratados	elegíveis x 2	Abril/2003 a Março/2004
I. 12	LEISHMANIOSES	OP.1 OP.2	E.1.1 – Capacitar agentes de combate a endemias e microscopistas yanomami no diagnóstico. E.1.2 - Reciclar os profissionais que atuam nas áreas, em diagnóstico clínico laboratorial e tratamentos E.1.3 – Disponibilizar diagnóstico e tratamento nos pólos-base. E.2.1 – Realizar inquérito sorológico canino nas comunidades onde há/houve incidência. E.2.1 – Articulação com o Centro de Controle das Zoonoses da SESAU/RR	treinados profissionais capacitados pólos-base inquéritos reuniões	41 78 16 X 02	Abril/2003 a Março/2004

II. 1	CAPACITAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS TREINAMENTO DE AGENTES INDÍGENAS DE SAÚDE	OP.1	OP.1. Implantar curso de formação de AYS para 20 yanomami alfabetizados	Cursos	04	Abril/2003 a Março/2004
		OP.2	OP.2. Continuar a formação de microscopistas para o diagnóstico de malária nas áreas de risco	Capacitados	10	
		OP.3	OP.2. Produzir material didático nas 3 línguas dos alunos OP. 3. Produzir material sobre educação em saúde comunitária e preventiva para uso nas escolas existentes	Cadernos	04	
		OP.4	OP.4. Desenvolver atividades de educação comunitária e saúde preventiva	Textos	10	
II. 2	TREINAMENTO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE	OP.1	OP.1. Realizar cursos de treinamento e de reciclagem periódicos sobre cada programa implantado na atenção à saúde	Pólos-base	16	Abril/2003 a Março/2004
		OP.2	OP.2. Sistematizar o treinamento continuado em serviço pelos profissionais de nível superior (equipe multi-disciplinar)	Cursos	04	
III. 1	CONTROLE SOCIAL	OP.1	OP.1. Promover a capacitação continuada dos conselheiros	Cursos	02	Abril/2003 a Março/2004
			OP.2. Sistematizar e divulgar informações para as comunidades	N	o necessário	
			OP.3. Possibilitar o intercâmbio ente conselheiros indígenas de saúde e sua participação nas reuniões do Conselho Distrital	Reuniões	02	
		OP.2	OP.4. Apoiar a realização do Conselho Distrital – duas vezes ano e Assembléia Anual Yanomami do Mucajaí	Reuniões Assembléia	02 01	
			OP.5. Promover a realização de reuniões periódicas dos conselhos locais	reuniões	03	

OPERACIONALIZAÇÃO DAS AÇÕES

Descrever de forma clara como são operacionalizadas as ações do plano de saúde, detalhar questões relevantes como a micro-regionalização por intermédio dos pólos base, logística, tempo de permanência das equipes nas áreas, roteiro de supervisão e educação continuada. Referir as dificuldades geográficas e articulação para referências mais especializadas. O objetivo deste item é permitir uma visualização de como o plano de saúde será operacionalizado. A idéia básica e que esta descrição e o mapa, se possa ter, de fora, uma visão clara de como as ações acontecem no DSEI.

O atendimento de saúde da URIHI se baseia no princípio de que todas as comunidades devem ser visitadas pelo menos uma vez a cada mês, e sempre que necessário, para que os diversos programas (vacinação, busca ativa de malária, tratamento de verminoses, tratamento de oncocercose, controle de vetores nas áreas hiper-endêmicas, etc) possam ser realizados e para que resultem em algum impacto na situação de saúde.

Devido ao recente contato com a nossa sociedade e com as terapêuticas da nossa medicina, à dificuldade de comunicação e à falta de um sistema numérico para quantificar as doses e horários dos medicamentos, todos os tratamentos, mesmo aqueles que são administrados por via oral, precisam ser efetuados diretamente por um profissional de saúde. Para tanto, o número de profissionais de saúde deve ser o adequado para que se realizem as visitas de no mínimo 3 dias a todas as aldeias, prazo este que em geral se estende por um período maior devido à necessidade de se completar os tratamentos mais prolongados.

Os profissionais cumprem um período de 45 dias de trabalho na área por 15 dias de folga na cidade. A assistência em cada um dos pólos-base é permanente, ou seja, através de um sistema de escala de permanência/folga de cada profissional nunca há descontinuidade na assistência ao pólo-base. A troca de profissionais (e portanto os vôos que transportam medicamentos, alimentos, combustível, etc) segue uma rotina quinzenal para cada um dos 9 pólos-base.

Todos os pólos-base assistidos pela URIHI só são alcançáveis pela via aérea, transporte esse feito através do fretamento de aeronaves mono-motor, com um tempo médio de 2 Horas de vôo a partir de Boa Vista. Ao chegar nos pólos-base as equipes se deslocam a pé para as comunidades em longas caminhadas (com duração média de 6 horas de marcha) pelas trilhas emaranhadas da floresta. Em algumas poucas regiões esse trajeto até às comunidades pode ser feito de canoa e em algumas outras regiões (cerca de 1.500 yanomami das áreas assistidas pela URIHI) o único acesso possível às comunidades é através do transporte das equipes por helicóptero. Para reduzir o custo de helicóptero e melhorar a qualidade da assistência, nestas regiões mais distantes a URIHI montou um novo esquema operacional, com a criação de "sub-pólos" nas regiões de Auaris e de Surucucus.

Nos sub-pólos, onde existe uma infra-estrutura mínima (radiofonia + farmácia básica + equipe fixa) a equipe é levada para essas regiões através de helicóptero e lá permanece por 45 dias para o atendimento às comunidades locais (em geral 350 pessoas/sub-pólo) e para o desenvolvimento da programação pré-estabelecida. O helicóptero só então retorna para o resgate da equipe, após 45 dias.

Para o acompanhamento da situação de saúde e do desenvolvimento das atividades programadas, as equipes de saúde da URIHI preenchem relatórios padronizados de saúde por Pólo-base que são enviados mensalmente à coordenação em Boa Vista e encaminhados ao DSY. O aperfeiçoamento deste sistema de informações epidemiológicas deverá ocorrer a partir da implantação do SIASI no nível local. Todas as famílias yanomami assistidas pela URIHI já foram cadastradas neste novo sistema.

A seleção, treinamento e supervisão dos profissionais são feitos pela equipe de profissionais de nível superior (médicos e enfermeiros) da URIHI. Nas regiões onde há maior concentração populacional, problemas de saúde e complexidade logística (como a existência de sub-pólos) a URIHI mantém um enfermeiro ou médico fixo. Os médicos e os enfermeiros são responsáveis pelo treinamento continuado, em serviço, dos profissionais de nível médio e pelos cursos periódicos programados pela coordenação (vacinação, reciclagem das principais doenças, etc).

Além da complexidade logística, a URIHI enfrenta também uma grande dificuldade para o engajamento de profissionais de saúde em seu quadro. O principal motivo deve-se à escassez de profissionais no mercado de trabalho com a necessária vocação para trabalhar nas excepcionalmente difíceis condições da área Yanomami, particularmente nas áreas assistidas pela URIHI que são as mais isoladas, as com a maior dispersão populacional e as de mais difícil acesso de todo o território yanomami.

INFRAESTRUTURA EXISTENTE NO DSEI YANOMAMI – Urihi

REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE			
TIPO	QTD	CIDADE/MUNICÍPIO	NOME DA UNIDADE
Hospital Ref. I – (1)	1	Boa Vista-RR	Hospital Coronel Mota
Hospital Ref. II – (2)	3	Boa Vista-RR	Hospital Geral de Roraima / Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré / Hospital da Criança Santo Antonio
Hospital Ref. III – (3)	-	-	-
Centro de Saúde .	1	Boa Vista-RR	Centro de Saúde Silvio Botelho
Centro de Zoonoses	1	Boa Vista-RR	Centro de Zoonoses de Boa Vista
Posto de Saúde	-	-	-
Posto de Saúde Indígena	8	Amajari-RR e Alto Alegre-RR	-
Casa de Saúde do Índio	1	Boa Vista-RR	Casa de Saúde do Índio - Boa Vista
Pólo-Base	15	Amajari-RR, Alto Alegre-RR, Iracema-RR, Mucajaí-RR e Barcelos-AM	Alto Catrimani, Aratha-ú, Auaris, Baixo Catrimani, Balawaú, Demini, Ericó, Hakoma, Homoxi, Maloca Paapiú, Paapiú Novo, Parafuri, Surucucu, Toototobi, Uraricoera e Waikás
Outros (sub-pólo)	11	Amajari-RR, Alto Alegre-RR, Iracema-RR e Barcelos-AM	Yekuana, Sigaima, Kadimani, Saula, Hokolassimú, Momoipu, Okomou, Yarima, Awi u, Kataroa e Poimopë

- 1) Baixa Complexidade com no máximo 4 clínicas básicas: clínica médica, clínica pediátrica, clínica obstétrica e clínica cirúrgica, laboratório com exames de análises clínicas;(típico hospital local de baixa complexidade e resolutividade)
- 2) Média complexidade: as 4 clínicas básicas, clínica ortopédica, serviço de odontologia, apoio diagnóstico e centro cirúrgico;(típico hosp. Regional)
- 3) Alta complexidade. Disponibilidade de quase todos os serviços especializados ou especificamente especializado em uma atividade (Ex.: doenças infecto-contagiosas), geralmente só encontrado em grandes centros/capitais.

MEIOS DE TRANSPORTES EXISTENTES NO DSEI YANOMAMI - Urihi:

Descreva a quantidade de veículos próprios da FUNASA, os adquiridos com recursos oriundos do Convênio e os veículos de outras instituições.

Tipo de Unidade	Ambulância		Veículo Utilitário		Barco / Lancha		Bicicleta		Caminhão		Motocicleta		Reboque /Carroça	
	Qtde	Tempo de uso	Qtde	Tempo de uso	Qtde	Tempo de uso	Qtde	Tempo de uso	Qtde	Tempo de uso	Qtde	Tempo de uso	Qtde	Tempo de uso
Pólo-base Balawaú					1	E								
Pólo-base Toototobi					1	E								
Pólo-base Auaris					4	E								
Pólo-base Parafuri					3	E								
Sub-Total dos Pólos					9	E								
Casa do Índio														
Gerência / Supervisão			4	E										
TOTAL			4	E	9	E								

Listar todos os pólos base por nome

T. Uso = (TIPO DE USO): E – USO EXCLUSIVO, C – USO COMPARTILHADO

MOTOR DE POPA

Tipo de Unidade	8 HP		15 HP		30 HP		40 HP		60 HP		60/100 HP		+ 100 HP	
	Qtde	Tempo de uso	Qtd	Tempo de uso	Qtd	Tempo de uso	Qtd	Tempo de uso	Qt	Tempo de uso	Qtd	Tempo de uso	Qtde	Tempo de uso
Pólo-base Balawaú	1	E												
Pólo-base Toototobi	1	E												
Pólo-base Auaris	2	E	2	E										
Pólo-base Parafuri	1	E	2	E										
Pólo-base Surucucu	1	E												
Sub-Total dos Pólos	6	E	4	E										
Casa do Índio														
Gerência / Supervisão														
TOTAL	6	E	4	E										

Listar todos os pólos base por nome -

T. Uso = (TIPO DE USO): E - USO EXCLUSIVO, C - USO COMPARTILHADO

ATENÇÃO: EM VIRTUDE DA PARCELA PARA A AQUISIÇÃO DOS EQUIPAMENTOS DO CONVÊNIO 2002 TER SIDO ENVIADA APENAS NA SEMANA PASSADA, NO MOMENTO (18/FEVEREIRO/2003) ESTAMOS EM PROCESSO DE COTAÇÃO FINAL DE PREÇOS NO COMÉRCIO PARA A SUA COMPRA. DESTA FORMA, A PRESENTE LISTA SE REFERE APENAS AOS EQUIPAMENTOS JÁ EFETIVAMENTE ADQUIRIDOS (ATÉ CONVÊNIO 2001).

EQUIPAMENTOS EXISTENTES NO DSEI YANOMAMI – Urihi

Informar a quantidade de Unidades com equipamentos básicos e de comunicação.

TIPO de UNIDADE	Equipamentos Básicos			Equipamentos de comunicação existentes			
	Equipadas	Equipadas em parte	A equipar	Linha telefônica	Rádio	Computador	FAX
Pólo-Base		16			35	3	
Posto de Saúde							
Casa do Índio							
Gerência / Supervisão				9	2	17	1

ATENÇÃO: EM VIRTUDE DA PARCELA PARA A AQUISIÇÃO DOS EQUIPAMENTOS DO CONVÊNIO 2002 TER SIDO ENVIADA APENAS NA SEMANA PASSADA, NO MOMENTO (18/FEVEREIRO/2003) ESTAMOS EM PROCESSO DE COTAÇÃO FINAL DE PREÇOS NO COMÉRCIO PARA A SUA COMPRA. DESTA FORMA, A PRESENTE LISTA SE REFERE APENAS AOS EQUIPAMENTOS JÁ EFETIVAMENTE ADQUIRIDOS (ATÉ CONVÊNIO 2001).

2 - Gerência			
Localização	Especificação	Quant.	Valor Total
SUB-TOTAL			

3 – Controle Social			
Localização	Especificação	Quant.	Valor Total
SUB-TOTAL			

4 - Supervisão			
Localização	Especificação	Quant.	Valor Total
SUB-TOTAL			

TOTAL GERAL	Quant.	Valor Total
234.090,00	01	234.090,00

OBRAS A SEREM EXECUTADAS DSY – Urihi

*Tipo da Obra – Numerar de forma sequencial as obras previstas;
 Obra a ser Executada – especificar a obra: Posto de Saúde, Pólo base, Casa de Saúde do Índio, Sistema de abastecimento de água, Melhorias sanitárias domiciliares, Destino de resíduos sólidos;
 Local da Obra – especificar o local onde a obra será realizada;
 Estágio da Obra – utilizar o número correspondente à legenda no rodapé da planilha;
 Situação do Terreno – Idem
 Ex: 1.1 – Posto de Saúde – Aldeia Capinzal – 40m²- 3 – C e E – 100,00*

TIPO DE OBRA	OBRA A SER EXECUTADA	LOCAL DA OBRA (comunidade/aldeia)	ÁREA DA CONSTRUÇÃO M2	ESTÁGIO DA OBRA	SITUAÇÃO DO TERRENO	CUSTO
1. Construção						
2. Reforma						
3. Saneamento						

Legenda:

Estágio da obra
 1 – em execução
 2 – paralisada
 3 – a ser construída

Situação do terreno

A – Federal – E com Luz elétrica
 B – Estadual – F sem luz elétrica
 C – Municipal
 D – Outros (especificar)