



**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**

*Onde só há um critério, sempre haverá perdedores e, geralmente mais perdedores do que vencedores. Em uma sociedade satisfeita, com mais vencedores do que perdedores, deve haver muitos critérios, uma variedade de modos de se sentir bem e se considerar bem sucedido.*

*Charles Handy*

## Plano Distrital de Saúde

Coordenação Regional de Roraima

Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami

URIHI - Saúde Yanomami

Período de vigência do Plano: 01/02/2002 a 31/12/2002

### APRESENTAÇÃO

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

- 1) A partir da participação no Treinamento em Planejamento Estratégico, realizado pelo DESAI, a URIHI iniciou um processo interno de formação de seus profissionais de nível superior e de nível médio (com maior experiência e capacidade de comunicação em Yanomami) para que, nas reuniões dos conselhos locais, se adotasse a metodologia problematizadora na avaliação dos trabalhos e elaboração das propostas para o ano seguinte, desde a área. A partir daí organizou-se um calendário, uma pauta mínima e a definição dos responsáveis pela organização das reuniões em todas as regiões.
- 2) As reuniões dos Conselhos Locais transcorreram na última quinzena do mês de outubro, quando os Yanomami avaliaram o atendimento realizado pelas equipes da Urihi e escolheram seus conselheiros. Estas reuniões foram documentadas através de relatórios/ atas e gravações (15 relatórios), à disposição na sede da URIHI.
- 3) Após as reuniões dos Conselhos Locais a URIHI realizou, na primeira semana de novembro, uma oficina interna de planejamento estratégico reunindo um total de 30 representantes de todas as categorias profissionais. O objetivo desta oficina, que também adotou a metodologia problematizadora, foi a de aprofundar e melhor sistematizar os problemas e necessidades específicas das áreas assistidas pela URIHI, visando uma contribuição realista na elaboração do plano distrital e seu orçamento.
- 4) Durante a segunda semana de novembro, a URIHI participou das reuniões do Grupo Técnico Multi-Intitucional do DSY que pré-elaborou uma proposta de Plano Distrital que seria apresentado aos Conselheiros Yanomami na semana seguinte.
- 5) Nos dias 12, 13 e 14 de novembro reuniu-se o Conselho Distrital, quando foi aprovado o Plano Distrital para o DSY – Ano 2002, cuja o plano de implementação adotamos integralmente na presente proposta.

#### Controle Social/ Aprovação do Plano

Titular	Nome	Assinatura
Presidente do Conselho		
Coordenador Regional		
Chefe do DSEI		
Entidades participantes:		

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

# CARACTERIZAÇÃO DO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA

## 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 deste anexo 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.

A URIHI presta assistência às duas etnias que compõem o Distrito Sanitário Yanomami, totalizando aproximadamente 46% da população desse distrito. Estas populações se distribuem numa área de aproximadamente 5 milhões de hectares, nas áreas mais isoladas e de difícil acesso desse distrito.

- 1) Os Yanomami são assistidos através de 9 Pólos-Base de referência: Auaris, Surucucu, Parafuri, Arathaú, Homoxi e Hakoma, localizados no estado de Roraima, e Demini, Toototobi e Balawaú, localizados no estado do Amazonas.
- 2) Os Yekuana totalizam 288 pessoas que se distribuem em 3 comunidades. A Urihi presta assistência a duas dessas comunidades, localizadas na região de Auaris, no estado de Roraima.

Pólo-Base	Nº de Comunidades	População
Aratha-ú	05	322
Auaris	33	1.784
Balawaú	10	314
Demini	01	115
Hakoma	12	388
Homoxi	12	502
Parafuri	07	303
Surucucu	32	1.816
Toototobi	07	328
<b>Total</b>	<b>119</b>	<b>5.872</b>

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 importantes (Yanomae e Yanõmami)
- 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 heterogeneidade 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. No início do ano 2.000, através da implantação de uma nova 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 no último ano.

---

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 Km<sup>2</sup>); 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 xabori, 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, Arathá e Homoxi 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.

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) Presença de garimpo e de diversas instituições– contínua reintrodução de doenças (malária, DST, gripe, TB) e danos ambientais ligados à técnica de exploração do ouro (contaminação por mercúrio e formação de criadouros do vetor da malária)
- 2) Ausência de assistência à saúde dos Yanomami na Venezuela
- 3) Precária assistência à saúde em algumas regiões da área Yanomami no Brasil
- 4) Variações climáticas (alagamento dos caminhos e impossibilidade de vôos na estação das chuvas)
- 5) Dificuldades operacionais relacionadas à grande dispersão entre as comunidades e entre os pólos-base
- 6) Ausência de agentes comunitários de saúde yanomami
- 7) Dificuldade de comunicação lingüística entre as equipes de saúde e os índios
- 8) Dificuldade de se conseguir recursos humanos com perfil indigenista e qualificação técnica adequada para as excepcionalmente difíceis condições de trabalho na área yanomami
- 9) Precária infra-estrutura de saúde existente no campo
- 10) 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)
- 11) Insuficiência técnica da gerência do Distrito
- 12) Precário controle social
- 13) Alcoolismo em algumas regiões

---

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

---

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 voo a partir de Boa Vista. Os voos 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 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.

---

Devido ao contato recente da população yanomami assistida pela URIHI com o resto da sociedade nacional, e a precária comunicação e compreensão dos mecanismos de funcionamento de nosso sistema de saúde e de representação política, a participação destes yanomami tem sido prejudicada.

Apesar disso, desde a criação do Conselho Distrital, têm sido realizadas reuniões dos conselhos locais e lideranças de todas as regiões têm participado das discussões nas reuniões do Conselho Distrital em Boa Vista.

Para que esta representação política possa avançar é necessário que se invista mais na capacitação dos conselheiros e que se garanta a participação de intérpretes nas reuniões dos conselhos locais e distrital.

---

## AVALIAÇÃO GERAL

Elaborar uma avaliação dos períodos 1999 a 2001 da organização do DSEI, destacando:

### 1. Atenção básica:

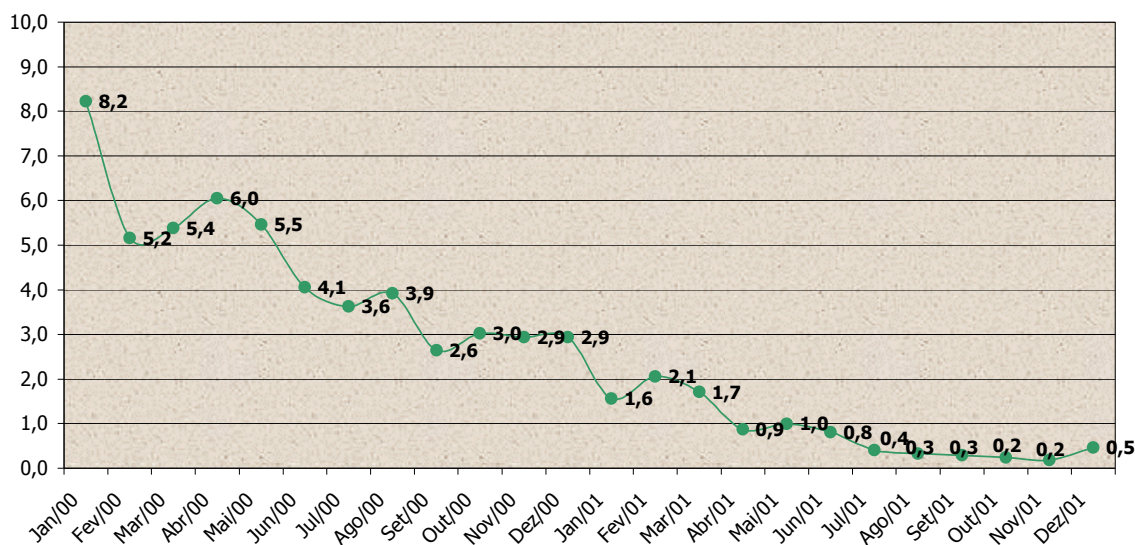
No atendimento às comunidades a URIHI desenvolve 11 programas específicos com metas e protocolos definidos para o desenvolvimento de cada atividade. Estes programas incluem a saúde materno-infantil (com ênfase no combate à desnutrição) e o controle das principais doenças infecto-parasitárias (malária/controle 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 3 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:

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/01) houve uma redução de mais de 90% na incidência desta doença até os dias atuais. As infecções respiratórias agudas são responsáveis pela maioria dos casos de maior gravidade atualmente encontrados, com grande impacto na mortalidade infantil. Verificamos também neste período uma redução progressiva na incidência de tuberculose.

### Incidência\* de Malária (2000-2001) Área Yanomami assistida pela URIHI



Fonte: Urihi

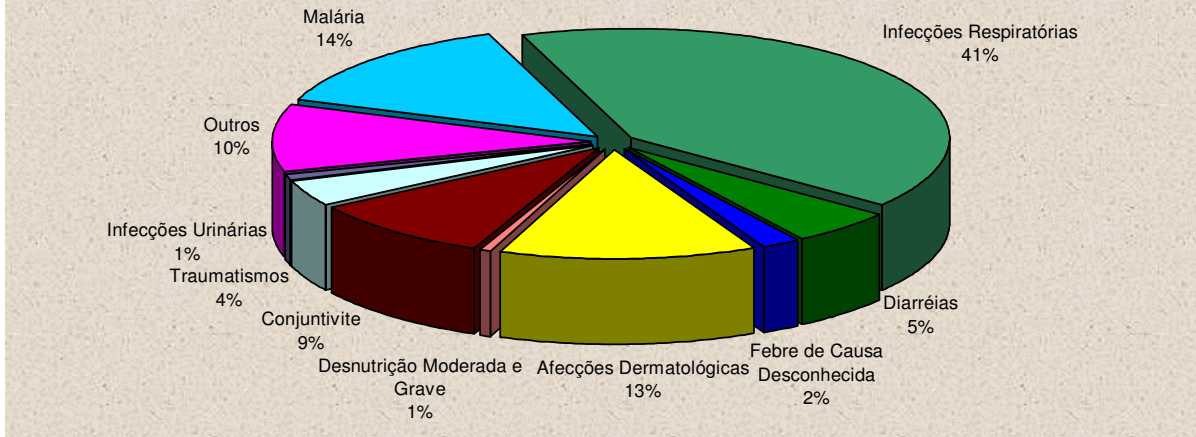
\* Por 100

\*\* 2000 (12 pólos-base), 2001 (9 pólos-base)



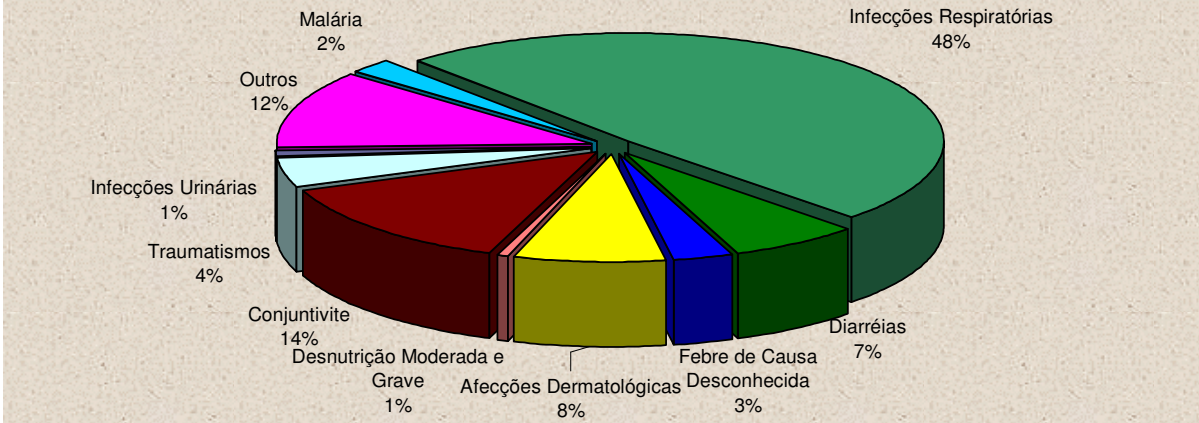
### Incidência das Principais Doenças - Ano 2000

Área Yanomami assistida pela Urihi



### Incidência das Principais Doenças - Ano 2001

Área Yanomami assistida pela Urihi



## Casos de Tuberculose 1999 - 2000 - 2001

Região	Casos de TB			Quimioprofilaxia 2001
	1999	2000	2001	
Aratha-ú	3	2	10	26
Auaris	27	4	3	0
Balawaú	0	0	0	0
Demini	0	0	0	0
Hakoma	0	0	0	0
Homoxi	0	0	0	0
Parafuri	3	2	0	0
Surucucu	2	1	0	0
Toototobi	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>9</b>	<b>13</b>	<b>26</b>

### 3. Capacitação de Recursos Humanos:

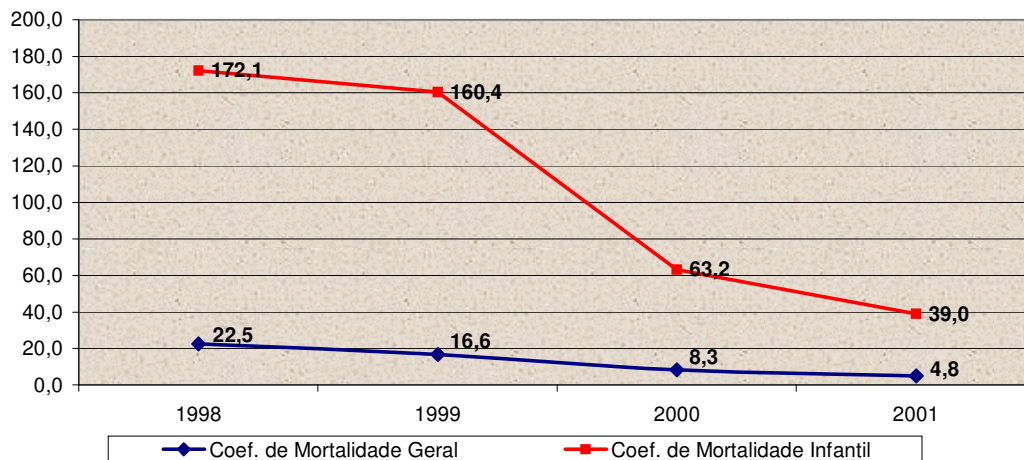
Ao serem contratados, os profissionais de saúde da URIHI recebem treinamento básico sobre as principais rotinas da assistência e sobre noções etnográficas específicas para o atendimento intercultural. No decorrer do exercício profissional são realizados treinamentos periódicos no campo pela equipe de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

### 4. Mortalidade:

De janeiro de 2000 até setembro de 2001, registramos uma redução de 75% no coeficiente de mortalidade infantil nas áreas assistidas pela URIHI. O coeficiente de mortalidade geral também tem demonstrado uma tendência de queda neste período, conforme se pode verificar no gráfico abaixo:

#### Coeficientes de Mortalidades Geral\* e Infantil\* (1998 - 1999 - 2000 - 2001)

Área Yanomami assistida pela URIHI



---

#### 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 graves de infra-estrutura e 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, 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 das famílias para serem inseridas no SIASI Local e estamos aguardando 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.

---

<b>QUADRO DEMONSTRATIVO DE PESSOAL DA URIHI VINCULADO DSEI</b>
--

2001

CATEGORIA PROFISSIONAL <sup>(1)</sup>	Quant. TOTAL	LOTAÇÃO						VÍNCULO EMPREGATÍCIO				
		Teto salarial	Polo base	Casa do Índio	Gerência do DSEI <sup>(2)</sup>	Gerência Convênio <sup>(3)</sup>	FUNASA	Convênio	Município <sup>(4)</sup>	Município <sup>(5)</sup>	FUNASA <sup>(6)</sup>	Outros <sup>(7)</sup>
Coord. Formação (Coord. Ensino)	1	2.200,	X			X		X				
Coordenador Técnico (Coord. Saúde)	1	3.500,	X			X		X				
Coordenador Geral	2	8.000,				X		X				
Assist. de Coordenação	3	1.613				X		X				
Médico	2	7.000,	X					X				
Odontólogo	1	3.500,	X					X				
Enfermeiro	4	3.500,	X					X				
Administrador (Diretor administrativo, Coord. Financiero)	1	4.830,				X		X				
Professor de Ensino Especial (NS)	5	1.800,	X					X				
Professor de Microscopia (NM)	1	1.300,	X					X				
Professor Nível Médio	1	1.300,	X					X				
Aux. Enfermagem / Técnico de Enfermagem	48	1.265,	X					X				
Acompanhante de Pacientes (Aux. Enfermagem)	1	800,				X		X				
Técnico de Laboratório (Tec. Patologia Clínica, Aux. de Laboratório)	1	1.265,	X					X				
Técnico de Serviços de Apoio	5	1.616,	X					X				
Microscopista	18	1.265,	X					X				
Microscopista Indígena	24	180,	X					X				
Monitor Indig. Educação	11	180,	X					X				
Ag. Combate a Endemias (Guarda, Aux. Entomologia)	6	1.035,	X					X				

Assist. Administrativo (Ag. Adm.)	7	1.200,				X		X				
Aux. De Escritório	7	600,				X		X				
Operador de Radiofonia (NM)	2	400,				X		X				
Secretária Recepcionista	1	600,				X		X				
Motorista	3	600,				X		X				
Trabalhador Braçal de Apoio	4	400,				X		X				
Zelador	4	360,				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

OBS:	NÍVEL ELEMENTAR (ATÉ 4ª. SÉRIE)	400,00	
	NÍVEL INTERMEDIÁRIO (8ª. SÉRIE)		
	SEM FORMAÇÃO AUXILIAR	600,00	
	AUXILIAR	900,00	
	NÍVEL MÉDIO (2º. GRAU)		
	SEM FORMAÇÃO TÉCNICA	800,00	
	TÉCNICO	1300,00	
	NÍVEL SUPERIOR (3º. GRAU)		
	SEM FORMAÇÃO ESPECÍFICA (CARGOS NÃO PRIVATIVOS)	2250,00	
	COM FORMAÇÃO ESPECÍFICA (CARGOS PRIVATIVOS)	3500,00	
	NÍVEL DE COORDENAÇÃO TÉCNICA	4000,00	
	NÍVEL DE RESPONSABILIDADE GERENCIAL	5000,00	
	ODONTÓLOGO	4000,00	
	MÉDICO	8000,00	

## 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

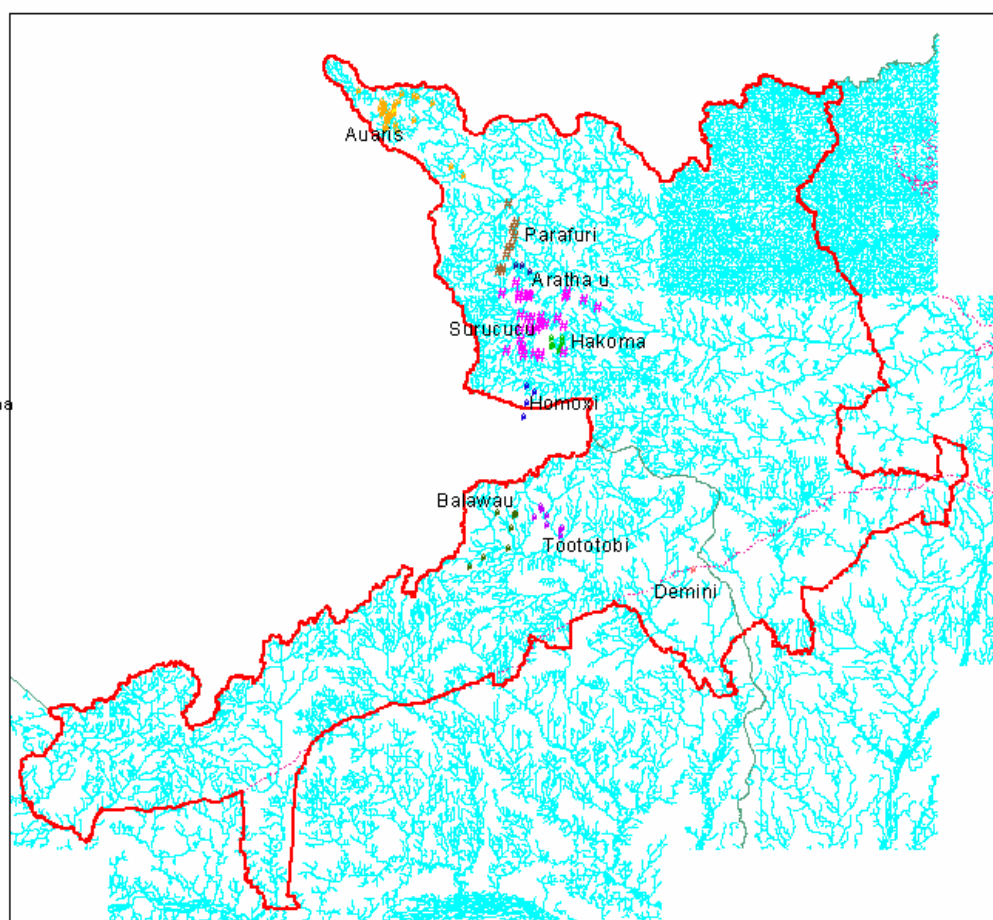
### ÁREA INDÍGENA YANOMAMI

Pólos-base a serem assistidos pela URIHI em 2002

- ▲ Aratha u
- ▲ Auaris
- ▲ Balawau
- ▲ Demini
- ▲ Hakoma
- ▲ Homoxi
- # Parafuri
- # Surucucu
- ▲ Toototobi

- Limites da Terra Indígena
- Estradas
- Limites est./ federal
- hidrografia

50 0 50 Km



## INFORMAÇÕES OPERACIONAIS DE CAMPO

### 1- PÓLO BASE SURUCUCU

REGIÃO COM UMA POPULAÇÃO DE 1.816 ÍNDIOS RESIDENTES EM 32 ALDEIAS. RELEVO ACIDENTADO COM MUITAS SERRAS QUE TORNAM O ACESSO MUITO DIFÍCIL. PARA FACILITAR A OPERAÇÃO DAS ATIVIDADES RESOLVEU-SE FAZER QUATRO SUBDIVISÕES, ASSIM CRIOU-SE OS SUB-PÓLOS OKOMOOU, KONIÚ, PIRISI E WAPUTA, COM SUAS ALDEIAS DE ABRANGÊNCIA, CUJO DESLOCAMENTO TERRESTRE SE FAZ ATRAVÉS DE MARCHA DE 30 MINUTOS (MALOCA CEARÁ YANO) A 8 HORAS (MOXAHÍ). NESTES FICAM LOTADOS EQUIPES DE SAÚDE (2 OU 3 AUX. ENFERMAGEM) PRESTANDO ASSISTÊNCIA PERMANENTE EM VIRTUDE DO ACESSO SER RESTRITO SOMENTE COM HELICÓPTERO. A UTILIZAÇÃO DO HELICÓPTERO OCORRE QUINZENALMENTE PARA ATENDER NECESSIDADES DE ABASTECIMENTO (ALIMENTAÇÃO, MEDICAMENTOS, VACINAS E OUTROS INSUMOS)

### 2- PÓLO BASE AUARIS

REGIÃO COM UMA POPULAÇÃO DE 1.784 ÍNDIOS RESIDENTES EM 33 ALDEIAS. RELEVO POUCO ACIDENTADO COM MUITOS RIOS E POUCAS SERRAS, O QUE TORNAM O ACESSO BASTANTE DIFÍCIL. PARA FACILITAR A OPERAÇÃO DAS ATIVIDADES RESOLVEU-SE FAZER CINCO SUBDIVISÕES. ASSIM CRIOU-SE OS SUB-PÓLOS SIGAIMA, POSTO AUARIS, KADIMANI, SAULA, HOKOLASSIMÚ E MOMOIPU, COM SUAS ALDEIAS DE ABRANGÊNCIA, CUJO DESLOCAMENTO TERRESTRE SE FAZ ATRAVÉS DE MARCHA DE 45 MINUTOS (MALOCA MATOOLA) A 6 HORAS (XICOE). ACESSÍVEIS TAMBÉM POR VIA FLUVIAL COM VIAGEM DE 15 MINUTOS (KAKALI) A 03 HORAS (SAULA). UTILIZADO HELICÓPTERO PARA ATENDER O SUB-PÓLO SIGAIMA E AS ALDEIAS CASA DE JOSÉ E KORAIMATIU. NOS SUB-PÓLOS FICAM LOTADOS EQUIPES DE SAÚDE (1 OU 2 AUX. ENFERMAGEM E 1 MICROSCOPISTA) PRESTANDO ASSISTÊNCIA PERMANENTE EM VIRTUDE DA PERMANENTE E INTENSIVA VIGILÂNCIA SOBRE OS INDÍGENAS PROVENIENTES DA VENEZUELA, UMA VEZ QUE ESTA É UMA REGIÃO 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).

### 3- PÓLO BASE TOOTOTOBÍ

REGIÃO COM UMA POPULAÇÃO DE 328 ÍNDIOS RESIDENTES EM 7 ALDEIAS. RELEVO POUCO ACIDENTADO COM MUITOS RIOS E POUCAS SERRAS, O QUE TORNAM O ACESSO BASTANTE DIFÍCIL. O DESLOCAMENTO TERRESTRE NO VERÃO SE FAZ ATRAVÉS DE MARCHA DE 2 HORAS (MALOCA TOTO) A 07 HORAS (MALOCA NOBERTO). ACESSÍVEIS TAMBÉM POR VIA FLUVIAL NO INVERNO COM VIAGEM DE 01 HORA (TOTO) A 05 HORAS (NOBERTO). NESTE PÓLO BASE FICAM LOTADOS EQUIPES DE SAÚDE (3 OU 4 AUX. ENFERMAGEM E 1 MICROSCOPISTA) DISTRIBUÍDOS NAS ALDEIAS PRESTANDO ASSISTÊNCIA PERMANENTE EM VIRTUDE DA PERMANENTE E INTENSIVA VIGILÂNCIA SOBRE OS INDÍGENAS PROVENIENTES DA VENEZUELA.

### 4- PÓLO BASE ARATHAÚ

REGIÃO COM UMA POPULAÇÃO DE 322 ÍNDIOS RESIDENTES EM 5 ALDEIAS. RELEVO BASTANTE ACIDENTADO COM UM RIO E MUITAS SERRAS, O QUE TORNAM O ACESSO BASTANTE DIFÍCIL. O DESLOCAMENTO TERRESTRE NO SE FAZ ATRAVÉS DE MARCHA DE 5 HORAS (MALOCA WANAPIKI) A 07 HORAS (MALOCA XAHUXIPI). NÃO CESSÍVEIS POR VIA FLUVIAL NO INVERNO, O RIO É UTILIZADO APENAS PARA TRAVESSIA. NESTE PÓLO BASE FICAM LOTADOS EQUIPES DE SAÚDE (3 AUX. ENFERMAGEM E 1 MICROSCOPISTA) DISTRIBUÍDOS NAS ALDEIAS PRESTANDO ASSISTÊNCIA PERMANENTE EM VIRTUDE DOS TRATAMENTOS E QUIMIOPROFILAXIAS DE TUBERCULOSE, ALÉM DA PERMANENTE E INTENSIVA VIGILÂNCIA DOS COMUNICANTES E SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS.

### 5- PÓLO BASE BALAWAÚ

REGIÃO COM UMA POPULAÇÃO DE 314 ÍNDIOS RESIDENTES EM 10 ALDEIAS. RELEVO POUCO ACIDENTADO COM MUITOS RIOS E POUCAS SERRAS, O QUE TORNAM O ACESSO BASTANTE DIFÍCIL. O DESLOCAMENTO TERRESTRE NO VERÃO SE FAZ ATRAVÉS DE MARCHA DE 3 HORAS (MALOCA UXIXIMAPIUTHERI) A 13 HORAS (MALOCA MAXAPIIWEITERI). NO INVERNO SÃO CESSÍVEIS POR VIA FLUVIAL COM VIAGENS DE 2 HORAS (MALOCA UXIXIMAPIUTHERI) A 7 HORAS (ATABAI). NESTE PÓLO BASE FICAM LOTADOS EQUIPES DE SAÚDE (3 OU 4 AUX. ENFERMAGEM E 1 MICROSCOPISTA) DISTRIBUÍDOS NAS ALDEIAS PRESTANDO ASSISTÊNCIA PERMANENTE EM VIRTUDE DA PERMANENTE E INTENSIVA VIGILÂNCIA DA MALÁRIA SOBRE OS INDÍGENAS PROVENIENTES DA VENEZUELA.

#### 6- PÓLO BASE DEMINI

REGIÃO COM UMA POPULAÇÃO DE 115 ÍNDIOS RESIDENTES EM 01 ALDEIA. RELEVO POUCO ACIDENTADO SEM RIOS E POUCAS SERRAS O QUE TORNA POSSÍVEL REALIZAR OS ATENDIMENTOS SEM MUITAS DIFICULDADES. O DESLOCAMENTO TERRESTRE DO PÓLO BASE A ALDEIA WATORIKE SE FAZ ATRAVÉS DE MARCHA COM 30 MINUTOS. NESTE PÓLO BASE FICA LOTADO 1 AUX. ENFERMAGEM PRESTANDO ASSISTÊNCIA PERMANENTE.

#### 7- PÓLO BASE HAKOMA

REGIÃO COM UMA POPULAÇÃO DE 388 ÍNDIOS RESIDENTES EM 12 ALDEIAS. RELEVO BASTANTE ACIDENTADO COM MUITAS SERRAS, SEM RIOS NAVEGÁVEIS, O QUE TORNAM O ACESSO BASTANTE DIFÍCIL. O DESLOCAMENTO TERRESTRE SE FAZ ATRAVÉS DE MARCHA COM 30 MINUTOS (MALOCA TIHIWANAPE) A 05 HORAS (MALOCA ARIMAU). NESTE PÓLO BASE FICAM LOTADOS EQUIPES DE SAÚDE (3 AUX. ENFERMAGEM) DISTRIBUÍDOS NAS ALDEIAS PRESTANDO ASSISTÊNCIA PERMANENTE.

#### 8- PÓLO BASE HOMOXI

REGIÃO COM UMA POPULAÇÃO DE 502 ÍNDIOS RESIDENTES EM 12 ALDEIAS. RELEVO BASTANTE ACIDENTADO COM MUITAS SERRAS, SEM RIOS NAVEGÁVEIS, O QUE TORNAM O ACESSO BASTANTE DIFÍCIL. O DESLOCAMENTO TERRESTRE SE FAZ ATRAVÉS DE MARCHA COM 01 HORA (MALOCA THIREI-THIREI) A 09 HORAS (MALOCA WEREMAPIÚ). NESTE PÓLO BASE FICAM LOTADOS EQUIPES DE SAÚDE (2 AUX. ENFERMAGEM E 1 MICROSCOPISTA) DISTRIBUÍDOS NAS ALDEIAS PRESTANDO ASSISTÊNCIA PERMANENTE E MANTENDO VIGILÂNCIA CONTÍNUA SOBRE A MALÁRIA NOS INDÍGENAS PROVENIENTES DA VENEZUELA.

#### 9- PÓLO BASE PARAFURI

REGIÃO COM UMA POPULAÇÃO DE 303 ÍNDIOS RESIDENTES EM 07 ALDEIAS. RELEVO BASTANTE ACIDENTADO COM MUITAS SERRAS E RIOS NAVEGÁVEL, O QUE FACILITA O DESLOCAMENTO DAS EQUIPES ÀS ALDEIAS, APESAR DA LONGA DISTÂNCIA ENTRE AS MALOCAS. O DESLOCAMENTO TERRESTRE SE FAZ ATRAVÉS DE MARCHA COM 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) A 08 HORAS (MALOCA POALASAI). NESTE PÓLO BASE FICAM LOTADOS EQUIPES DE SAÚDE (4 AUX. ENFERMAGEM E 2 MICROSCOPISTAS) DISTRIBUÍDOS NAS ALDEIAS PRESTANDO ASSISTÊNCIA PERMANENTE E MANTENDO VIGILÂNCIA CONTÍNUA SOBRE A TUBERCULOSE, UMA VEZ QUE TRATA-SE DE UMA REGIÃO DE ALTA INCIDÊNCIA DESTE AGRAVO.



## PLANO DE IMPLEMENTAÇÃO

### 1. Objetivo Geral:

Desenvolver ações de atenção à saúde dos Yanomami das regiões de Auaris, Surucucu, Hakoma, Parafuri, Arathaú, Homoxi, Demini, Toototobi e Balawaú, no âmbito do DSEI YANOMAMI

### 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)
1.	<b>Alta incidência de TB em algumas áreas</b>		<p><u>2002:</u> 100% dos contatos investigados 90% dos casos diagnosticados tratados</p> <p><u>2003:</u> redução em 10% dos casos de TB pulmonar grave</p>		<p>1 - Determinar indicador epidemiológico confiável, baseado em método biológico, para acompanhamento, em longo prazo, do comportamento da tuberculose.</p> <p>2 -Aumentar a cobertura dos serviços que realizam ações de controle de TB</p> <p>3 - Estabelecer rotinas para o atendimento dos suspeitos e o acompanhamento dos doentes em tratamento;</p> <p>4 - Capacitar as equipes multidisciplinares de saúde indígena dos pólos bases e os AIS das aldeias, nas ações de controle da tuberculose;</p> <p>5 - Conhecer a magnitude e transcendência da tuberculose como problema de saúde das comunidades indígenas</p> <p>6 - Capacitar as equipes multidisciplinares de saúde indígena dos pólos bases e os AIS das aldeias, nas ações de controle da tuberculose;</p> <p>7 - Descoberta precoce dos casos novos;</p> <p>8 - Tratar corretamente os casos descobertos</p> <p>9 - Proteger contra o adoecimento os suscetíveis, através de</p>

				<p>medidas preventivas</p> <p>10 - Vacinar com BCG de acordo com as normas do PNI; 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)</p> <p>11 - Educação em saúde</p>
2.	<b>Incidência de DST em algumas areas</b>			<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Efetivar a UVE no DSY</li> <li>2. realizar inquérito epidemiológico de sífilis (HIV) nas áreas riscos</li> <li>3. repasse para multiplicadores do curso em AIS as equipes de saúde</li> <li>4. produção de material</li> <li>5. Promover reuniões interinstitucionais periódicas (trimestrais)</li> <li>6. realizar oficina de avaliação anual</li> <li>7. articulação com laboratórios de referencia ao atendimento da nova demanda</li> </ol>
3	<b>Falta de controle social e participação indígena insuficiente</b>		<p>Implantar o Conselho Distrital e 100% dos Conselhos Locais</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificar a forma de organização da comunidade para a constituição dos Conselhos Locais (polo-base, etnia, terra etc...)</li> <li>2. Realizar reuniões com lideranças e prestadores de serviço para discutir a importância do controle social</li> <li>3. Planejar a reunião para a criação dos conselhos locais</li> <li>4. Definir critérios para a composição dos conselhos locais junto com lideranças e comunidade</li> <li>5. Elaborar cronograma de reuniões do Cons. Local junto com lideranças e comunidade</li> </ol>

				<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Convocar reunião com usuários, profissionais de saúde e prestadores de serviço para constituir o C. D.</li> <li>7. Elaborar o regimento interno do C.D.</li> <li>8. Legitimar o Cons. Distrital</li> <li>9. Formalizar o Cons. Distrital</li> <li>10. Organizar cronograma de capacitação continuada dos conselheiros</li> <li>11. Dotar de infra-estrutura de funcionamento os Cons. Locais e Distritais</li> <li>12. Possibilitar intercâmbio entre Conselheiros Indígenas de saúde</li> <li>13. Garantir representação dos índios no Conselhos Estadual e Municipal de Saúde</li> </ol>
4	<b>Alta Incidência de Malaria</b>		Reduzir em 50 % os casos de malária	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 – Diagnóstico precoce <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 – Realizar pesquisa de plasmódio em gota espessa de casos febris.</li> <li>1.2 – Realizar inquérito hemoscópico periódico em áreas onde estiver ocorrendo transmissão.</li> </ol> </li> <li>2 – Tratamento adequado dos casos</li> <li>3 – Controle de vetores</li> <li>4 – Vigilância epidemiológica</li> </ol>
5	<b>Baixa cobertura vacinal</b>		Atingir 60% dos Polos-base com cobertura vacinal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mapear a cobertura vacinal e fazer o levantamento da população a ser vacinada em cada aldeia e por cada imunobiológico;</li> </ol>

		adequada em menores de 01 ano		<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Levantar a necessidade de imunobiológico para o ano seguinte e enviar ao PNI Municipal/Estadual até junho do ano em curso;</li> <li>3. Elaborar com antecedência o cronograma do quantitativo de imunobiológico necessários para ação de vacinação;</li> <li>4. Capacitar Médico, Enfermeiro, Auxiliar de Enfermagem e AIS;</li> <li>5. Notificar os eventos adversos pós-vacinação imediatamente;</li> <li>6. Repassar ao PNI Municipal, após cada viagem, os dados de doses aplicadas;</li> <li>7. Notificar imediatamente e avaliar a ocorrência de casos de doenças imunopreveníveis, analisando conjuntamente a cobertura vacinal da população atingida;</li> <li>8. Dotar todas as aldeias com sistema de comunicação operante;</li> <li>9. Sensibilizar e mobilizar a comunidade para a importância da vacinação;</li> </ol> <p>Nos locais <u>com</u> infra-estrutura para acondicionamento do imunobiológico:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Avaliar a real necessidade de se implantar uma sala de vacina nesses locais, analisando a população existente, o consumo mensal de imunobiológico, consumo mensal de combustível (se necessário), presença constante do profissional a ser responsável pela conservação do imunobiológico e manutenção equipamento e o custo desta manutenção (combustível, baterias e, transporte);</li> <li>2. Adquirir equipamentos de acordo com a realidade local</li> </ol>
--	--	-------------------------------	--	---

				<p>(funcionamento, manutenção e armazenamento do imunobiológico);</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Avaliar a cobertura vacinal mensalmente, por aldeia, em conjunto com a ocorrência de doenças imunopreveníveis;</li> <li>4. Capacitar profissional para manutenção dos equipamentos adquiridos;</li> </ol> <p>Nos locais <u>sem</u> infra-estrutura para acondicionamento do imunobiológico</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adquirir equipamentos de acordo com a realidade local (armazenamento e transporte do imunobiológico);</li> <li>2. Avaliar a cobertura vacinal bimestralmente, por aldeia, em conjunto com a ocorrência de doenças imunopreveníveis;</li> <li>3. Avaliar o melhor meio de transporte para levar os imunobiológicos às aldeias, adequando-o, se necessário, analisando o custo operacional;</li> <li>4. Organizar o deslocamento das equipes às aldeias para que cada viagem seja uma oportunidade de vacinação;</li> <li>5. Elaborar o cronograma de vacinação observando o calendário próprio das comunidades;</li> </ol>
--	--	--	--	--

6	<b>Alta Mortalidade Infantil</b>  (alta incidência de doenças diarreicas e alta incidência de IRA)		Reduzir em 50% a mortalidade infantil (entre menores de cinco anos)		<p><u>I. Saúde Materna :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Iniciar o acompanhamento da gestante desde o primeiro trimestre da gravidez</li> <li>b) Identificar gestantes de alto risco</li> <li>c) Realizar exames subsidiários de rotina</li> <li>d) Melhorar as condições de assistência ao parto e ao puerpério.</li> </ul> <p><u>II. Saúde Infantil:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acompanhar crescimento e desenvolvimento da criança</li> </ul> <p><u>III. Diarréias:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Realizar monitoramento das doenças diarreicas agudas.</li> <li>b) Melhorar qualidade da água para consumo</li> <li>c) Implantar rotina de TRO e tratamento adequado</li> <li>d) Monitorar a diarreia</li> <li>e) Prover a comunidade de informações que permitam a prevenção tratamento oportuno da diarreia</li> </ul> <p><u>IV. IRA:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Disponibilizar diagnóstico e tratamento precoce.</li> <li>b) Estudar necessidade de disponibilizar recursos para atenção de casos graves em áreas isoladas</li> <li>c) Promoção à saúde</li> </ul>
7	<b>Incidência de Acidentes Ofídicos</b>				Promover medidas para controle de acidentes ofídicos
8	<b>Deficiência na atenção básica</b>		Estruturar a atenção básica a 100% de aldeias  Implementar fluxo de referência e contra – referência de média e alta complexidade		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Construir Postos de Saúde nas aldeias</li> <li>2. Equipar Postos de Saúde.</li> <li>3. Adquirir insumos necessários para a execução das ações (listas padronizadas)</li> <li>4. Contratar profissionais]</li> <li>5. Capacitar profissionais e Agentes Indígenas de Saúde</li> <li>6. Aprimorar o processo de supervisão</li> <li>7. Implementar o fluxo de referência e contra – referência</li> <li>8. Garantir o deslocamento de pacientes</li> <li>9. Adquirir equipamentos de radiofonia para Posto de Saúde, Pólos Base e Casa do Índio</li> </ol>

				10. Desenvolver atenção básica 11. Acompanhar o desenvolvimento do processo gerencial
9	<b>Incidência de Desnutrição em área</b>		Reduzir em 100% os casos de desnutrição em crianças menores de 5 anos	<p><b>Monitoramento da situação alimentar e nutricional</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar crianças com baixo peso e famílias vulneráveis (baixo peso ao nascer, órfãos, doença na família, migração, etc):</li> <li>- Detectar carência de micronutrientes (especialmente ferro)</li> </ul> <p><b>Promoção de práticas alimentares saudáveis</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incentivo à manutenção dos hábitos tradicionais saudáveis e especialmente ao aleitamento materno;</li> <li>- Incentivar o uso da multimistura;</li> <li>- Incentivo ao plantio de hortas e pomares (adensamento florestal onde for o caso) e atividades sustentáveis.</li> </ul> <p><b>Prevenção e controle das carências nutricionais e recuperação do estado nutricional</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover programa de assistência alimentar para crianças de baixo peso e mulheres desnutridas sob o enfoque familiar;</li> <li>- Suplementação de vitamina A, sais minerais e ferro, quando necessário;</li> <li>- Acompanhamento de gestantes e idosos</li> </ul>
10	<b>Alta Incidência de Verminoses e Alta Infestação por Tungíase</b>		Redução da incidência das verminoses, doenças diarreicas, anemia, desnutrição por absorção e outros agravos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sistematizar e implantar as ações para controle de helmintos e protozoários</li> <li>2. Tratamento em massa de 4 em 4 meses (de acordo com o protocolo – excluindo os pacientes que vão usar o <i>ivermectina</i> – articular com o tratamento da Oncocercose)</li> <li>3. Tratamento concomitante de vetores de acordo com o protocolo</li> <li>4. Abordar e instrumentalizar os Yanomami nos conselhos locais e nas escolas sob a forma de transmissão e contaminação dessas doenças</li> <li>5. Abordar e instrumentalizar os Yanomami nos conselhos locais e nas escolas sob a forma de transmissão e contaminação dessas doenças</li> <li>6. Levantamento dos casos mais graves de tungíase</li> </ol>
11	<b>Incidência de Leshmaniose</b>		Perfil epidemiológico da	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Levantamento epidemiológico/situacional da doença para implementação das ações do programa de controle</li> </ol>

			Leishimaniose com controle de casos		<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Reciclar os profissionais que atuam nas áreas, em diagnostico clinico laboratorial e tratamentos</li> <li>3. Sistematizar e implantar as ações de controle na populacao canina</li> <li>4. Articular com os programas de zoonoses (municipal e estadual)</li> </ol>
12	<b>Saúde Bucal</b>		Implantar Ações Básicas de Saúde Bucal em 100% das aldeias.		<ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Procedimentos Coletivos</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 Levantamento de Necessidades</li> <li>1.2 Atividades com Flúor</li> <li>1.3 Educação em Saúde</li> <li>1.4 Higiene Bucal Supervisionada</li> </ol> </li> <li><b>2. Procedimentos Individuais</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 Atendimento de Urgências</li> <li>2.2 Preenchimento das Fichas Odontológicas</li> <li>2.3 Exodontias</li> <li>2.4 Remoção de Tártaro</li> <li>2.5 Tratamento Restaurador Atraumático</li> <li>2.6 Pulpotomias</li> </ol> </li> <li><b>3. Outros</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1 Capacitação de AIS e pessoal auxiliar</li> <li>3.2 Divulgação Do Plano de Trabalho de Saúde Bucal</li> </ol> </li> </ol>
13	<b>Alta prevalência de Oncocercose</b>		Tratar 100% dos elegíveis		Disponibilizar o tratamento com Ivermectina em massa, sempre que não houver contra-indicação.

**Nº** – Estabelecer numeração seqüencial correspondente à quantidade de problemas identificados;

**Problema Identificado** – Descrever, de forma sucinta, os problemas identificados;

**Indicador** – Estabelecer índices numéricos sobre os problemas, indicando o período de apuração de cada indicador;

**Meta** – Estabelecer propósito (s) quantificado (s) que possa gerar resultados num determinado período;

**Período** – Indicar o intervalo de tempo no qual se espera atingir cada meta estabelecida;

**Operação** – Refere-se ao que fazer para atingir a(s) metas(s), no período de vigência do plano. Devem ser escritas em ordem sequencial para cada problema. Encerrando as operações de um problema, reiniciar de forma sequencial, as operações relativas ao próximo problema.



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

N	PROBLEMA IDENTIFICADO	OPERAÇÃO Nº	ETAPAS DE OPERACIONALIZAÇÃO (como fazer)	ESPECIFICAÇÃO	QUANTIDADE	PERÍODO
1	<b>Tuberculose</b>		<p>3.1-Definir amostra randômica, representativa da população. Fazer inoculação de teste tuberculínico com PPD, com leitura após 72 a 96 hs na amostra selecionada ao acaso. Observar resultado entre vacinados e não vacinados com BCG.</p> <p>4.1- preparação de esfregaço de escarro nas aldeias para diagnóstico bacteriológico nas unidades de referência do pólo; Implantar/implementar o tratamento ambulatorial em todos os pólos bases e aldeias sob supervisão da equipe de saúde.</p> <p>5.1-Implantar/ implementar a realização da baciloscopia de escarro em pelo menos um laboratório de cada pólo base, onde não existir. Fazer gestões junto às secretarias municipais de saúde dos pólos bases para a instalação de um aparelho de Raios X em pelo menos uma unidade, se não houver</p> <p>6.1- Promover o treinamento continuado, em serviço, dos profissionais de saúde dos pólos bases e das aldeias, enfocando as rotinas de diagnóstico, tratamento, prevenção, vigilância, acompanhamento das ações, de acordo com as diversas competências.</p> <p>7.1- Examinar pela baciloscopia direta do escarro os sintomáticos respiratórios (portadores de tosse com expectoração há 3 semanas ou mais) que demandarem aos serviços de saúde e às Casas de Saúde Indígenas por qualquer motivo;</p>			

7.2-Examinar pela baciloscopia direta do escarro os sintomáticos respiratórios identificados pelo AIS, nas aldeias, por ocasião das visitas das equipes multidisciplinares de saúde;  
 Examinar os contatos dos casos de tuberculo-se pulmonar positiva :  
 ✓ BAAR no escarro nos sintomáticos  
 ✓ Raios X em todos  
 ✓ PPD em todos

7.3-Definir fluxo de lâminas para os laboratórios de referência e controle de qualidade.

8.1- Utilizar tratamento supervisionado (DOTS) nos casos positivos à baciloscopia e nos pacien-tes com alta probabilidade de abandonar ( rebeldes, refratários, alcoólicos, pacientes de retratamento);  
 Tratar, preferentemente em regime ambulatorial, sob acompanhamento rigoroso, todos os casos descobertos;

9.1- Vacinar com BCG de acordo com as normas do PNI;  
 Fazer quimioprofilaxia com Isoniazida nos sadios do grupo de maior risco de adoecimen-to : contatos de casos pulmonares positivos, assintomáticos, PPD reator forte, Raios X normal)

10.1- Prestação de assessoria técnica pelo nível central ao DISEI com duração de 15 dias e com periodicidade trimestral;  
 Supervisão do DISEI aos pólos bases onde o plano for implantado, e destes às aldeias, com periodicidade variável, de acordo com a região, nunca, todavia, inferior a 4 supervisões anuais;  
 Fazer avaliação, de caráter epidemiológico e operacional, conjunta com os pólos bases anualmente

11.1-Reuniões comunitárias para informar aos índios sobre a doença, seus riscos, forma de transmissão, sintomas, como se faz o diagnóstico e tratamento.  
 11.2-Orientar os estudantes nas escolas, envolvendo os professores no trabalho;  
 11.3-Orientações em visitas domiciliares.

2	<b>DST</b>					
3	<b>Controle social</b>		<ol style="list-style-type: none"> <li><b>1</b> Organizar cronograma de reuniões para discutir a criação dos Cons. Locais</li> <li><b>2</b> Selecionar material informativo sobre papel e composição dos CL</li> <li><b>3</b> Instituir o livro-ata para registrar a composição do CL e suas deliberações</li> <li><b>4</b> Discutir a forma do RI do CD, dando ênfase à natureza e fins, competências, composição etc.</li> <li><b>5</b> Encaminhar para o DESAI a relação dos membros do C.D. p/ publicação no DOU</li> <li><b>6</b> Providenciar o registro em cartório local do CDCI</li> <li><b>7</b> Dispor de espaço p/ funcionamento dos cons. Locais e Distritais</li> <li><b>8</b> Dispor de horário em rádio p/comunicação entre os conselhos locais e distritais</li> <li><b>9</b> Viabilizar visitas dos conselheiros a outros Conselhos Distritais</li> <li><b>10</b> Viabilizar trocas de informações entre os conselheiros distritais (boletins, informativos, cartilhas, folders etc.)</li> <li><b>11</b> Consultar lideranças e comunidades sobre calendário das capacitações</li> <li><b>12</b> Identificar material escrito e áudio-visual p/ as capacitações</li> <li><b>13</b> Estabelecer fluxos de informações entre DSEIS e Conselheiros</li> </ol> <p>Articular junto aos Conselhos Estadual e Municipal de Saúde vagas para a representação indígena</p>			

<p><b>4 Malária</b></p>	<p>1 – Levantar necessidades para viabilizar rede de diagnóstico. Comunidades pequenas e isoladas com profissional polivalente (capacitar auxiliar de enfermagem ou agente indígena de saúde para diagnóstico). regiões mais populosas podem ter exame disponível em ponto que possa ser alcançado por agente de saúde ou mensageiro levando lâminas. Disponibilizar teste rápido (Parasite) para diagnóstico de malária falcíparum e instituição de tratamento precoce. definir fluxo de lâminas para laboratório de referência e controle de qualidade.</p> <p>Dimensionar insumos necessários (lâminas, lancetas, corantes, microscópios, lugar adequado para guardar ou transportar microscópio).</p> <p>2.1 Capacitar pessoal para tratamento adequado segundo a espécie de plasmódio e condições do paciente (cuidado especialmente com gestantes e crianças).</p> <p>2.2 Fazer tabela indicando de maneira compreensível ao agente de saúde a dosagem de medicamento de acordo com o peso.</p> <p>2.3 Capacitação de médico e enfermeiro para tratamento de malária grave</p> <p>2.4 – Disponibilizar artesunato, hemoglobinômetro, reagentes para tipagem sanguínea(?).</p> <p>Acompanhamento diário do tratamento (tratamento supervisionado, acompanhamento diário pelo rádio de casos graves).</p> <p>3.1 – Articular com gerência de controle de vetores.3.2 – Levantamento entomológico (de espécies transmissoras, hábitos, ...de vetores).</p> <p>3.3 – Levantamento de criadouros e proposta de controle (drenagem, eliminação de sombras, tratamento com óleo queimado ou abate),</p> <p>3.4 – Capinar arredores das casas (dificultar autonomia de vôo dos anófeles).</p> <p>3.4 – Envolvimento da comunidade nestas ações e de decisão na escolha de locais adequados para novas moradias,</p> <p>3.5 – Incentivar a construção de moradias que dificultem o ataque dos insetos (paredes, portas, telas, etc).</p> <p>3.6 – Promover a abertura e manutenção de caminhos que permitam o controle de potenciais criadouros.</p> <p>3.7 – Estudar necessidade de medidas de controle químico de vetores (borrifação ou termonebulização; atentar para destino de embalagens de inseticida e limpeza do equipamento).</p>			
-------------------------	---	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

		<p>4.1- Manter em lugar visível no posto de saúde mapa com número de lâminas examinadas e resultados (por dia ou semana).</p> <p>4.2- Informar à sede do distrito os dados em cada semana epidemiológica.</p> <p>4.3- Atentar para pessoas procedentes de áreas onde há transmissão de malária.</p> <p>5.1- Discutir com a comunidade todos os aspectos acima pontuados.</p> <p>– Informar sobre a forma de transmissão propiciando atitudes que diminuam a transmissão (atividades externas , aquisição de roupas, uso de repelentes naturais ou mosquiteiros).</p> <p>5.3 – Articular com professores para discussões sobre malária nas escolas.</p> <p>5.4 – Saneamento básico.</p>			
--	--	--	--	--	--

5	<b>Cobertura Vacinal</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>○</li> <li>○ articular com o PNI Municipal/Estadual a viabilização dos cursos em sala de vacina, aplicação do BCG, eventos adversos, rede de frio e CBVE;</li> <li>○ disponibilizar material técnico (manuais e diretrizes) para as equipes;</li> <li>○ articular com o PNI Municipal/estadual a execução conjunta, sempre que possível, das ações de imunização;</li> <li>○ Iniciar pela vacinação, as ações de saúde a serem desenvolvidas;</li> <li>○ articular com o PNI Municipal/Estadual o fornecimento dos formulários preconizados pelo PNI;</li> <li>○ adquirir meios de comunicação de acordo com a realidade de cada local (comprar e/ou articular com empresas locais de telefonia);</li> <li>○ manter atualizado o SIASI (cadastramento e prontuário);</li> <li>○ informar à comunidade informações sobre as vacinas e as doenças imunopreveníveis (como transmite, como previne, complicações, etc.);</li> </ul>			
---	--------------------------	--	--	--	--	--

		<p>Nos locais com infra-estrutura para acondicionamento do imunobiológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) articular com o PNI Municipal/Estadual assessoria na compra, instalação e manutenção dos equipamentos a serem adquiridos;</li> <li>b) definir o profissional que será responsável pela manutenção dos equipamentos adquiridos (geladeira e freezer);</li> <li>c) articular com o PNI Municipal/Estadual (ou fabricante) a capacitação na manutenção destes equipamentos;</li> <li>d) levantar o consumo mensal de combustível para manutenção dos equipamentos adquiridos;</li> <li>e) procurar informações sobre os meios legais de transporte de combustível;</li> <li>f) analisar os boletins de doses aplicadas de vacina por aldeia;</li> </ul>			
		<p>Nos locais sem infra-estrutura para acondicionamento do imunobiológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) articular com o PNI Municipal/Estadual assessoria na compra e utilização dos equipamentos a serem adquiridos;</li> <li>b) repassar, com antecedência, para o AIS/Auxiliar de Enfermagem o cronograma de vacinação;</li> <li>c) avisar a comunidade os dias de vacinação;</li> </ul> <p>analisar os boletins de doses aplicadas de vacina por aldeia;</p>			



6	Saúde Materno-Infantil	<p><b>1.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Capacitação de pessoal</li> <li>2. Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Peso</li> <li>• pressão arterial</li> <li>• ausculta de batimentos cardio fetais</li> <li>• palpação e medida de fundo uterino</li> <li>• exame das mamas</li> <li>• verificar edema de extremidades</li> <li>• situação vacinal em relação ao tétano</li> </ul> </li> <li>3. Mapear rede de laboratórios de apoio e estudar meios para disponibilizar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• hemoglobina</li> <li>• exame de sedimento urinário.</li> <li>• Testagem rápida para a sífilis.</li> <li>• Oferecer teste para HIV (rápido)</li> </ul> </li> <li>4. Estudar possibilidade de capacitação de parteira.</li> <li>5. Articulação de referência para parto hospitalar quando necessário</li> <li>6. Orientar sobre as queixas mais comuns e observar sinais de alerta (sangramento intenso, corrimento com cheiro forte acompanhado de febre e mamas inflamadas)</li> <li>7. Visita domiciliar na primeira semana.</li> <li>8. Ver plano operacional específico (desnutrição)</li> </ol> <p><b>2.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atentar para situações sociais de risco para o desenvolvimento da criança (doença na família, mãe adolescente, ausência do pai, etc)</li> <li>2. Orientação das mães para cuidados de higiene com o bebê e reconhecimento de sinais de gravidade (hipo ou hipertermia,</li> </ol> <p><b>3.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1.1 Melhorar o abastecimento (Filtração, Cloração)</li> <li>3.1.2 Melhoria das condições de armazenamento de água e alimentos, cuidado com animais.</li> <li>3.2.1 Avaliação do estado de hidratação.</li> <li>3.2.2 – Identificação de sinais de alerta.</li> </ol>			
---	------------------------	--	--	--	--

	<p>3.2.3.- Procedimento de hidratação supervisionado.</p> <p>3.2.4 – Manter aleitamento materno e alimentação procurando aumentar a ingesta de líquido.</p> <p>3.2.5 – Evitar medicação (a não ser nos casos com indicação médica)</p> <p>3.2.6 – Realizar tratamento em massa semestralmente</p> <p>3.4.1 – Anotar todas as pessoas que adoeceram e notificar ao polo base ou chefia do Distrito.</p> <p>3.4.2 – Manter gráfico com número de casos por semana.</p> <p>3.4.3 – Mapear os focus de transmissão e identificar população mais vulnerável.</p> <p>3.4.4 – Realizar diagnóstico etiológico (perfil)</p> <p>3.5 Promover discussões contemplando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• a incidência da diarreia na comunidade;</li> <li>• a reflexão sobre a causa de diarreia na comunidade;</li> <li>• o que fazer para evitar a diarreia;</li> <li>• identificar medidas de prevenção das doenças diarreicas;</li> <li>• identificar situações de risco e agravamento;</li> <li>• incentivar a produção de cartazes e cartilhas</li> <li>• envolvimento dos professores para discussão do tema na escola e nas atividades de educação em saúde.</li> </ul> <p><b>4.</b></p> <p>4.1 – Capacitar pessoal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• identificar casos de IRA</li> <li>• avaliar os sinais de IRA e possíveis complicações (chiados no peito; falta de ar, febre contínua, tiragem, etc).</li> <li>• promover uso de medicamentos caseiros para os casos leves (chás, lambedor, mel, óleo de copaíba, própolis)</li> <li>• elaborar protocolo de tratamento para os casos moderados e graves</li> </ul> <p>4.2 Disponibilizar medicamentos, aspiradores de secreção, inalador, suporte de oxigênio</p> <p>4.3 Incentivar o plantio e uso de frutas ricas em vitamina C Orientar para cuidados básicos durante episódios de IRA (exposição ao frio)</p>			
--	---	--	--	--

7	<b>Atenção básica</b>	<p><b>1.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Conhecer a área de trabalho delimitada;</li> <li>2. Fazer e ou conhecer o levantamento da capacidade instalada;</li> <li>3. Realizar e ou analisar o diagnóstico de saúde e dos serviços de saúde disponíveis na área;</li> <li>4. Identificar a atenção básica a ser implantada nas aldeias com atividades que sejam capazes de produzir maior impacto epidemiológico;</li> <li>5. Definir o tipo de investimento em estrutura física;</li> <li>6. Elaborar e aprovar o projeto de obra junto a comunidade;</li> <li>7. Encaminhar o projeto para aprovação no DESAI;</li> <li>8. Iniciar o processo de licitação;</li> <li>9. Elaborar a programação e cronograma de execução da obra, observando a sazonalidade da região (período de chuva e seca) propício a execução de obras na área indígena.</li> </ol> <p><b>2.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Observar as atividades a serem executadas no posto de saúde e prever o necessário em: equipamento, móveis, instrumental, material de expediente, limpeza e medicamentos.</li> </ol> <p><b>3.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verificar a constituição da equipe; completa ou existe esquema alternativo para substituição de alguma categoria profissional.</li> </ol>			
---	-----------------------	---	--	--	--

		<p><b>4.</b></p> <p>1. Realizar levantamento de necessidade de capacitação da equipe por nível de atenção a saúde e categoria profissional.</p> <p>2. Promover a educação continuada para os profissionais que atuam nos DSEI's, incluindo os enfermeiros responsáveis pela condução do processo de formação dos AIS com conteúdo integrado e que atendam ao perfil epidemiológico da área.</p> <p>3. Verificar nos cursos para formação dos AIS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- a realização do Módulo Introdutório,</li> <li>- elaboração de cronograma das atividades de concentração e dispersão,</li> <li>- a utilização da pedagogia da problematização no período de concentração;</li> <li>- a duração da dispersão local, dificuldades sentidas;</li> <li>- avaliação individual do desenvolvimento de competência e habilidades;</li> <li>- necessidade de resgate de conceito e ou de técnica e agendamento de retorno;</li> <li>- análise de relatórios de avaliação de desempenho dos AIS por parte de toda a equipe do DSEI ;</li> <li>- a estratégia do estudo e discussão do conteúdo programático do próximo módulo, identificando a necessidade e tipo de apoio e reforço técnico para o Instrutor/Supervisor;</li> <li>- a existência de equipamento, instrumental e todo o material necessário ao desenvolvimento do novo módulo a ser trabalhado bem como para o AIS ao retornar a sua aldeia, executar suas atividades;</li> <li>- nível de entrosamento, estratégias e providências da Coordenação Regional e DSEI/FUNASA com as Secretárias de Educação para a legalização da formação dos AIS e acesso dos mesmos ao ensino de educação geral;</li> <li>- Organização de pasta individual dos AIS com relatório sucinto do aproveitamento por Módulo, fichas de avaliação de desempenho, carga horária da concentração e dispersão.</li> </ul>			
--	--	---	--	--	--

		<p><b>5.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elaborar plano de supervisão sistematizada.</li> <li>2. Elaborar roteiro de supervisão com procedimentos gerais padronizados, porém com flexibilidade afim de serem respeitadas as diferentes realidades.</li> <li>3. Cumprir plano de supervisão segundo a periodicidade, recomendada.</li> <li>4. identificar os problemas ou obstáculos.</li> <li>5. Apresentar soluções (a curto e longo prazo se necessário).</li> <li>6. Elabora relatório.</li> <li>7. Tomar providencia imediatas e fazer encaminhamento para o nível hierárquico superior.</li> </ol> <p><b>6.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Conhecer o sistema de referência proposto para a área.</li> <li>2. Avaliar a articulação interinstitucional: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordenação Regional</li> <li>• SES</li> <li>• SMS</li> <li>• Escola Técnica</li> <li>• IBAMA</li> <li>• FUNAI</li> <li>• Organização Indígena</li> <li>• Organização Conveniadas</li> </ul> </li> <li>3. Identificar estratégia para articulação com SUS.</li> <li>4. Formalizar o sistema de contra - referência para retorno do paciente a Unidade de Saúde e registro dos procedimentos.</li> </ol>			
--	--	--	--	--	--

		<p><b>7.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Conhecer o meio de transporte e as formas de deslocamento inclusive as alternativas de acordo com o período do ano.</li> <li>2. Identificar necessidades e fazer a previsão de óleo, peças e outro material para a manutenção dos veículos existentes na Unidade.</li> <li>3. Prever cotas de combustível.</li> <li>4. Definir periodicidade do transporte.</li> <li>5. Conhecer as distâncias entre aldeia(s) Posto de saúde/Polo Base/Casa do índio/Hospital de referência.</li> <li>6. Fazer o controle da quilometragem e do combustível dos veículos.</li> </ol> <p><b>8.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificar meios de comunicação existentes e os necessários por tipo de serviço para garantir o deslocamento precoce do paciente.</li> </ol> <p><b>9.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Avaliar a organização da assistência primária local: implantação e acompanhamento. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atividades médico – odontológica: <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Consulta médica</li> <li>◆ Consulta odontológica</li> <li>◆ Atendimento de urgência</li> </ul> </li> <li>• Atividades de enfermagem: <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Consulta de enfermagem</li> <li>◆ Atendimento de enfermagem</li> <li>◆ Atendimento de urgência</li> <li>◆ Visita domiciliar</li> </ul> </li> <li>• Atividade de apoio diagnóstico <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Coleta de Material</li> <li>◆ Exames laboratoriais</li> </ul> </li> </ul> </li> </ol> <p>Exame de raio X</p>			
--	--	---	--	--	--

- |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atividades de Vigilância Epidemiológica: <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Notificação de casos, inquéritos e registro de dados</li> <li>◆ Vacinação, controle de contatos e comunicantes e do meio ambiente.</li> </ul> </li> <br/> <li>• Atividade sobre o meio ambiente <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Levantamento das condições sanitárias</li> <li>◆ Visita domiciliar</li> <li>◆ Reuniões com grupos da comunidade.</li> </ul> </li> <br/> <li>2. Observar a existência de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Normas técnicas e administrativas.</li> <li>• Normas de tratamento para cada causa de mortalidade.</li> <li>• Tipos de atividades para cada grupo de idade.</li> <li>• Normas de concentração e rendimento.</li> <li>• Rotinas de serviço.</li> <li>• Custo unitário de cada atividade.</li> <li>• Mapa da área.</li> <li>• Competências</li> <li>• Reuniões sistemáticas.</li> <li>• Controle de frequência do pessoal.</li> <li>• Planejamento de Escalas de serviço.</li> </ul> <p>Esquema satisfatório de distribuição sistematizada do material; medicamentos vacina, material de consumo, material de limpeza e alimentos.</p> </li> </ul> |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

		<p><b>10</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verificar o grau de cumprimento de metas físico - financeira e sua coerência com a estratégia operacional proposta.</li> <li>2. Verificar o percentual da área de abrangência trabalhada em relação a área total determinada.</li> <li>3. Analisar a sistemática organizacional e funcional dos serviços em função do modelo assistência proposto.</li> <li>4. Identificar o grau de resolutividade por nível de atenção, analisando as causas de encaminhamentos feitos em relação ao perfil determinado para o AIS e serviços de saúde indígena.</li> <li>5. Conhecer o envolvimento e aprovação da comunidade aos serviços prestados.</li> <li>6. Conhecer, utilizar e divulgar os dados epidemiológicos e de produção de serviços.</li> <li>7. Ter maior agilidade na aquisição, armazenagem e distribuição de insumos estratégicos, bem como maior controle em sua conservação tais como: vacinas, soros, inseticidas e kits para diagnóstico de doenças.</li> </ol>			
<b>8</b>	<b>Desnutrição</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Implantar cartão da criança;</li> <li>▪ Agendar consultas para crianças com atraso no crescimento e/ou desenvolvimento;</li> <li>▪ Envolver a comunidade no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças (reuniões com mães...)</li> <li>▪ Dosagem de hemoglobina;</li> <li>▪ Promover oficinas envolvendo principalmente mulheres;</li> <li>▪ Discussão sobre o valor nutricional de alimentos (utilização de açúcar, bolachas, refrigerantes, etc)</li> <li>▪ realizar oficina de capacitação e disponibilizar insumos necessários</li> <li>▪ promover oficina de trabalho envolvendo outros órgãos responsáveis.</li> <li>▪ Estabelecer condutas alternativas e ações intersetoriais com a FUNAI, Sec. de Agricultura, Sec de Meio Ambiente, etc.</li> <li>▪ Implantar o cartão da gestante e cadastrar os idosos com risco nutricional</li> <li>▪ Agendar consultas e/ou atendimento mensal;</li> </ul>			
<b>9</b>	<b>Verminose e tungíase</b>				
<b>10</b>	<b>Leishmaniose</b>				



11	Saúde bucal	<p><b>1</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Preencher a Ficha – LEVANTAMENTO COLETIVO DE NECESSIDADES, nas visitas domiciliares.</li> <li>2. Utilizar o Flúor Gel na Escova de dentes: aplicar 1 vez por semana, durante 4 a 6 semanas, sem interrupção (faixas etárias)</li> <li>3. Realizar reuniões com as lideranças e comunidade e durante as visitas domiciliares</li> <li>4. Promover a atividade junto à comunidade e escola (onde houver), uma vez por dia</li> </ol> <p><b>2</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atendimento individual, nas aldeias</li> <li>2. Durante atendimento inicial do paciente</li> <li>3. Atendimento individual, nas aldeias</li> <li>4. Atendimento individual, nas aldeias</li> <li>5. Remoção de tecido cariado com instrumentos manuais e restauração com Cimento Ionômero de Vidro de Alta Resistência</li> <li>6. Remoção da polpa coronária e restauração dentária, com o objetivo de evitar o tratamento endodôntico (canal), em dentes decíduos (de leite) e permanentes</li> </ol> <p><b>3</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Durante os momentos de concentração dos Módulos de Formação dos AIS, atuando junto com o enfermeiro ou outro profissional instrutor, ou nos momentos em que estiver na aldeia</li> <li>2. Reuniões com as lideranças, comunidade, Chefe do DSEI e Equipe Multidisciplinar</li> </ol>			
12	Oncocercose	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Educação em Saúde</li> <li>2. Adequar os ciclos de tratamentos à dinâmica das aldeias</li> <li>3. Atualização do censo</li> <li>4. Adquirir balanças</li> <li>5. Capacitação dos profissionais de saúde no tratamento da Oncocercose</li> </ol>			

**problema** – listar os problemas descritos no campo 2 deste anexo;

**operação n<sup>o</sup>** – listar os problemas descritos no campo 2 deste anexo;

**etapas de operacionalização** – nesta coluna serão detalhadas as etapas de trabalho necessárias para execução das operações. Cada etapa será indicada com a letra E (etapa) seguida de numeração sequencial relacionada à operação a que se refere, sendo o primeiro número referente à operação e o segundo número, referente à etapa. (Ex: **E2.1** = Etapa 1 da operação 2; **E2.2** = etapa 2 da operação 2 e assim sucessivamente);

**especificação** – descrever a unidade de medida ou outra informação que esclareça a descrição da coluna anterior;

**quantidade** – estabelecer, quando for o caso, a quantidade relativa à especificação da operacionalização.

**período** – especificar o (s) mês (es) do ano em que será desenvolvido

## 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 é 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 hiperendêmicas, 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 vãos 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 voo 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 (7 sub-pólos) e de Surucucus (4 sub-pólos).

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 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.

## INFORMAÇÃO DE SANEAMENTO BÁSICO POR COMUNIDADE

Comunidade/Aldeia	Abast. Água tratada		Destino dos Dejetos				Destino do Lixo		
	Sim	Não(1)	Privada	Fossa Seca	Fossa Absorvente	Céu aberto	Queimado	Enterrado	Céu Aberto
Todas as 111 comunidades na área Yanomami atendidas pela Urihi		X (R e/ou I)				X			X

Obs. (1): Em caso negativo, colocar a fonte:

R - rio  
PA - poço artesiano  
Pam - poço amazônico

L - lago/lagoa  
M - mina ou fonte  
C - cisterna

A - açude  
I - igarapés

## 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	Sigaima / Momoipu / Kadimani / Onkopi u / Saula / Koniu / Kumatha / Okomou
Casa de Saúde do Índio	1	Boa Vista-RR	Casa de Saúde do Índio - Boa Vista
Pólo-Base	9	Amajari-RR, Alto Alegre-RR, Iracema-RR e Barcelos-AM	Aratha-ú, Auaris, Balawaú, Demini, Hakoma, Homoxi, Parafuri, Surucucu e Toototobi
Outros (especificar)			

(1) – Baixa Complexidade com no máximo 4 clínicas básicas: clínica médica, clínica pediátrica, clínica obstétrica e clínica cirúrgica, laboratório com exames de análises clínica;(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.	T. uso	Qtde.	T. uso	Qtde.	T. uso	Qtde.	T. uso	Qtde.	T. uso	Qtde.	T. uso	Qtde.	T. uso
Pólo-base Balawaú					1	E								
Pólo-base Toototobi					1	E								
Pólo-base Auaris					4	E								
Pólo-base Parafuri					3	E								
<b>Sub-Total dos Pólos</b>					9	E								
Casa do Índio														
Gerência / Supervisão			4	E										
<b>TOTAL</b>			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.	T. uso	Qtde.	T. uso	Qtde.	T. uso	Qtde.	T. uso	Qtde.	T. uso	Qtde.	T. uso	Qtde.	T. 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												
<b>Sub-Total dos Pólos</b>	6	E	4	E										
Casa do Índio														
Gerência / Supervisão														
<b>TOTAL</b>	6	E	4	E										

Listar todos os pólos base por nome

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

**EQUIPAMENTOS EXISTENTES NO DSEI YANOMAMI – Urihi**

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

<b>TIPO de UNIDADE</b>	<b>Equipamentos Básicos</b>			<b>Equipamentos de comunicação existentes</b>			
	Equipadas	Equipadas em parte	A equipar	Linha telefônica	Rádio	Computador	FAX
<b>Polo Base</b>		<b>9</b>			<b>29</b>		
<b>Posto de Saúde</b>							
<b>Casa do Índio</b>							
<b>Gerência / Supervisão</b>				<b>9</b>	<b>2</b>	<b>17</b>	<b>1</b>



**EQUIPAMENTOS A SEREM ADQUIRIDOS**

Descrever os equipamentos, relacionando-os por unidade de saúde de que os receberá ( para cada unidade listar, separadamente, os equipamentos a serem adquiridos)

<b>1 - ATENÇÃO À SAÚDE</b>			
<b>LOCALIZAÇÃO</b>	<b>ESPECIFICAÇÃO</b>	<b>QUANT.</b>	<b>VALOR TOTAL</b>
Pólos-Base atendidos pela URIHI	Aspirador de secreção	08	1.280,00
	Avental de chumbo	01	300,00
	Bala de oxigênio 7 m <sup>3</sup>	12	6.000,00
	Balança portátil p/ banheiro	10	500,00
	Balança portátil de campanha	10	550,00
	Caixa de poliuretano p/ vacina Mod. RCV2	10	2.500,00
	Caixa de poliuretano p/ vacina Mod. RCV8	15	11.250,00
	Caixa de poliuretano p/ vacina Mod. RCV25	01	1.700,00
	Esfignomanômetro adulto	15	900,00
	Foco portátil regulável	02	500,00
	Freezer horizontal c/ 01 porta 310 litros	04	3.560,00
	Geladeira p/ vacina c/ freezer dentro	02	1.500,00
	Placa HELIOWATT	20	19.900,00
	Inversor de 300 Watts – 12Vcc-110Vca	12	4.800,00
	Hemoglobinômetro	02	2.400,00
	Laringoscópio c/ lâmina adulto curva	03	1.950,00
	Laringoscópio c/ lâmina infantil curva	03	1.950,00
	Manequim de enfermagem c/ órgãos internos 1,70 de altura, 25 kg de borracha	01	4.500,00
	Mesa ginecológica fixa	02	1.100,00
	Mesa ginecológica portátil	02	1.100,00
	Micro centrífuga 24 TBS 220/110 v	02	3.000,00
	Motor de popa 15 HP	01	4.500,00
	Nebulizador 110 e 220 volts	15	1.500,00
	Negatoscópio p/ acompanhar aparelho de raio-x	01	200,00
	Otoscópio	10	2.100,00
	Sonar – Detector fetal digital	02	1.800,00
	Transformador de energia p/ rede de transmissão SURUCUCU	01	2.300,00
	Sistema fotográfico c/ adaptador p/ microscópio binocular ou trinocular	01	2.200,00
	Sistema de vídeo pra Microscópio, com adaptador para o microscópio binocular	01	2.200,00
	Canoa em alumínio soldado 4,8m	01	3.500,00
	Aparelho de Raio-X portátil c/ acessórios	01	10.000,00
	Máquina fotográfica digital	01	2.500,00
<b>SUB-TOTAL</b>		<b>171</b>	<b>104.040,00</b>



<b>2 - GERÊNCIA</b>			
<b>LOCALIZAÇÃO</b>	<b>ESPECIFICAÇÃO</b>	<b>QUANT.</b>	<b>VALOR TOTAL</b>
Sede	Aparelho de FAX	01	500,00
	Calculadora de mesa com fita	01	180,00
	Armário de aço de 06 prateleiras	05	1.750,00
	Armário com 04 gavetas para pasta suspensa	01	250,00
	Mesa em madeira	02	500,00
	Impressora Matricial	01	1.000,00
<b>SUB-TOTAL</b>		<b>11</b>	<b>4.180,00</b>

<b>3 - CONTROLE SOCIAL</b>			
<b>LOCALIZAÇÃO</b>	<b>ESPECIFICAÇÃO</b>	<b>QUANT.</b>	<b>VALOR TOTAL</b>
<b>SUB-TOTAL</b>			

<b>4 - SUPERVISÃO</b>			
<b>LOCALIZAÇÃO</b>	<b>ESPECIFICAÇÃO</b>	<b>QUANT.</b>	<b>VALOR TOTAL</b>
<b>SUB-TOTAL</b>			

<b>TOTAL GERAL</b>	<b>QUANT.</b>	<b>VALOR TOTAL</b>
	<b>182</b>	<b>108.220,00</b>



## 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 – 40m<sup>2</sup> - 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
<b>1. Construção</b>						
<b>2. Reforma</b>						
<b>3. Saneamento</b>						

**Legenda:**

**Estágio da obra**

1 - em execução

2 - paralisada

3 - a ser construída

**Situação do terreno**

A - Federal

B - Estadual

C - Municipal

D - Outros (especificar)

- E com Luz elétrica

- F sem luz elétrica