

RELATÓRIO REFERENTE AO PERÍODO DE NOVEMBRO DE 1996 NA ALDEIA NANSEPOTITE -
PANARÁTuka Lofredo
enfermeira

COREN 56.051

INTRODUÇÃO

A chegada à aldeia Nansepotite se deu no dia 08/11/96.

Conforme planejado, eu permaneceria ali durante um mês para atender as necessidades de saúde da população e fazer o acompanhamento e a reciclagem dos agentes indígenas de saúde em formação.

Um dos aspectos observados durante minha estadia anterior era a necessidade de um acompanhamento mais frequente do trabalho dos agentes de saúde na aldeia para fixar os conhecimentos adquiridos nos cursos, estimular e dar credibilidade ao seu trabalho junto à comunidade.

Eu havia estado com eles durante os meses de março e abril na aldeia. No mês de julho, tive a oportunidade de acompanhá-los no Diauarum durante o curso de formação de agentes indígenas de saúde e agora eu estava novamente com eles na aldeia. Assim pode-se dizer que estava havendo um acompanhamento frequente.

CONSIDERAÇÕES BÁSICAS

Em uma primeira reunião com as lideranças e agentes de saúde ficou combinado que eu continuaria com as aulas de alfabetização iniciadas durante o período de março e abril quando estive nessa aldeia. Na época, os agentes de saúde queixavam-se da falta de estímulo e alegavam que o volume de informações dadas durante os cursos no Diauarum era muito grande e que o fato de não saberem ler os impedia de estudar o material oferecido, dificultando o trabalho junto à comunidade. Com isso, naquela época, ficou combinado que eu daria aulas de alfabetização aos agentes de saúde, educação e odontologia.

Desta vez, minha permanência na aldeia seria por um período mais curto que o anterior. Embora as aulas tivessem sido solicitadas novamente, eu sentia necessidade de maiores informações junto às pessoas que trabalham com educação e linguística do grupo Panará para poder continuar minha contribuição nessa área.

Por outro lado, era possível trabalhar as questões de saneamento básico com a comunidade e malária que estava ocorrendo.

A maioria dos alunos estava dispersa com outras atividades como construção da farmácia e de casas para receber os Panarás do Xingu, além de uma viagem até a fazenda que fica dentro da área Panará (a fim de mostrar aos fazendeiros uma fotocópia da portaria do ministério que define aquela área como sendo Panará).

Outra questão que preocupava é que, após minha volta, eles ficariam por um período de aproximadamente 15 dias sem profissional de saúde na aldeia, esse era um problema pois estava havendo casos de malária.

Combinamos que daríamos continuidade ao que foi discutido durante o curso de formação de agentes indígenas de Saúde no posto Diauarum. Sendo assim, trabalharíamos com a comunidade os problemas referentes a saneamento básico.

Socren, que havia iniciado treinamento em malária durante o curso no Diauarum, ficou em um grupo do qual participei. Ele continuaria o treinamento comigo pois ainda não se sentia seguro para dar diagnósticos.

Discutimos as doenças que mais afetavam a comunidade Nansepotite.

O chefe de Posto da Funai Ozanã, que também atua como auxiliar de enfermagem, me fez um breve relato oral da situação de saúde da aldeia uma vez que não faz registro escrito dos casos alegando falta de tempo. Esse fato dificultou muito o tratamento dos doentes com malária pois com o decorrer dos dias verifiquei que o mesmo não havia me relatado todos os casos. Os doentes apareciam na farmácia alegando que já tinham iniciado o tratamento antes da minha chegada mas era impossível prever há quantos dias (o tratamento havia sido iniciado). Sendo assim, era necessário começar novamente o esquema.

Outro fato a ser destacado se refere a essa primeira conversa com Ozanã quando ele me avisou que a *primaquina 5mg* usada no tratamento das crianças estava vencida. No entanto, possuo um fax enviado no dia 04/11/96 (antes da minha viagem), no qual foi relacionado os medicamentos disponíveis na aldeia Nansepote segundo esse auxiliar de enfermagem. Seu relato informava que havia bastante remédio para tratamento de malária citando a *primaquina 5mg* necessária para controle do surto de malária vivax que ocorria na aldeia. Outros medicamentos considerados básicos não constavam na lista (como se estivessem faltando) embora houvesse em quantidade na aldeia.

Devido a esse engano, tive que comprar vários medicamentos que não eram necessários (porque havia na aldeia). Por outro lado, faltaram outros que eram imprescindíveis e ficaram faltando devido a essa relação incorreta de medicamentos preparada e enviada pelo auxiliar de enfermagem.

Obseva-se também que a quantidade de determinados medicamentos hoje na aldeia é exagerada para a população. São remédios básicos dos quais bastaria uma pequena quantidade a não ser em caso de determinadas epidemias. No entanto o profissional de saúde que está em área sente-se inseguro com a agilidade do fornecimento. Esse medo gerado por achar que não vai conseguir o medicamento numa situação de emergência provoca a formação de um estoque. Com isso, ocorre o desperdício. Uma grande quantidade de medicamento se perde por causa da data de validade e pelo mal estado de conservação. Joguei fora vários medicamentos fora da data de validade.

O órgão responsável pelo envio de medicamentos deve ter o controle do que e de quanto estão enviando. E os profissionais de saúde que estão em área também devem fazer um controle a fim de saber qual é a quantidade e quais os medicamentos necessários.

Para que se consiga fazer esse controle é fundamental que se tenha registro dos doentes tratados.

Um exemplo disso foi uma caixa de medicamentos que recebi da ADR de Colíder. Os que eu havia solicitado via rádio vieram em quantidade insuficiente e a água destilada para confecção das lâminas de malária não foi enviada. Vieram remédios que já havia em quantidade mais do que suficiente na farmácia, sem contar aqueles que eu havia levado por meio do ISA. Sendo assim, retirei os que havia necessidade e devolvi os outros a ADR de Colíder para que eles pudessem ser redistribuídos a outros postos onde houvesse maior necessidade.

Conversei com o responsável pela ADR de Colíder Megaron Txucarramãe sobre essa questão do controle de medicamentos quando ele esteve em visita a aldeia Nansepote.

Segue lista de medicamentos que ficaram na aldeia Nansepote:

Observe-se que os remédios que aparecem na coluna referente à data de validade com a anotação "s/d" se apresentam sem embalagem que conste a validade. Os que estão sem nenhuma referência é porque ainda estavam embalados aguardando o término da construção da nova farmácia.

MEDICAMENTO	ESPECIFICAÇÃO	QUANTIDADE	VALIDADE
ANTIBIÓTICO			
amoxicilina	susp 60ml	22	
amoxicilina	susp 60ml	09	11/98
ampicilina	susp 60ml	53	11/98
bactrim	susp 50ml	23	02/98
bactrim	susp 100ml	16	07/98
bactrim	susp 50ml	05	08/98
bactrim	susp 50ml	20	10/98
bactrim f	susp 50ml	10	
bactrim f	susp 50ml	05	10/98
bactrim f	comp	11 trat.	11/2000
bactrim f	comp	04 trat	
bactrim	comp	12 trat	01/98
tobrex	colírio	05	
clorafenicol	colírio	10	
benzetacyl	inj. 1200000u	18	03/97
benzetacyl	inj 1200000u	50	
benzetacyl	inj 600000u	50	
benzetacyl	inj. 600000u	05	06/97
despaciлина	inj 400000u	50	
despaciлина	inj 400000u	08	07/98
despaciлина	inj 400000u	06	04/99
neomicina	pomada 20g	06	09/98
neomicina bac.	pomada 50g	05	
eritromicina	susp 60ml	50	03/98
eritromicina	susp 60ml	06	09/98

TABELA DE MEDICAMENTOS DISPONÍVEIS NA ALDEIA PANARÁ (continua)

BRONCO DILAT	especificação	quantidade	validade
salbutamol	susp 120ml	02	02/97
salbutamol	susp 120ml	02	06/98
salbutamol	susp 120 ml	06	03/99
bricanyl	susp.100ml	02	10/97
aminofilina	gotas	10	
ANTI ALÉRGICOS			
fenergam	amp	12	05/97
dexcloraf.	susp	03	06/97
anti parasita			
mebedanzol	susp	04tratamentos	12/98
mebedanzol	comp	30 "	08/99
metronidazol	susp 80ml	67	02/99
benzoato de benzila	susp 100ml	16	9/97
nopucid	loção 10ml	41	02/98
ANTI ACIDO			
hidrox. al	susp 240ml	09	08/98
hidrox. al.	comp 300mg	90	s/d
cimetidina	15 env. 200mg	10	s/d
ANTI TÉRMICO			
dipirona	gotas 10ml	18f	03/97
magnopiról	gotas 10ml	34f	02/97
ANTI ALGIA			
buscopan	gotal	05	
buscopan	gotas 20ml	04	03/98
voltaren	comp caixa	02	
voltaren	amp	45	01/2001
voltaren	amp	14	s/d
aas	500mg	500	
aas	100mg	500	
OUTROS			
KMNO4	comp	20	
kanakion	amp	08	

TABELA DE MEDICAMENTOS DISPONÍVEIS NA ALDEIA PANARÁ (continuação)

ATENDIMENTOS NA FARMÁCIA

Os pacientes eram examinados e medicados diariamente pela manhã na farmácia.

No período da tarde, os doentes eram observados e medicados direto na aldeia. Extraordinariamente a farmácia era aberta também em outros períodos.

O Livro Ata de Registro de doentes da aldeia não estava sendo usado conforme citação anterior, estando em péssimo estado de conservação. As poucas anotações, que continha sobre malária, eram insuficientes e de difícil compreensão. O restante não dizia respeito a saúde da comunidade.

Esse livro foi reativado e as poucas páginas que restavam foram utilizadas. Com o seu término, foi aberto um novo livro de registro onde escrevi sobre a importância dos dados anotados após haver discutido com os agentes de saúde.

Do mês de março até novembro, migraram da aldeia do Xingu para o Nansepote um total de 16 Panará.

Atualmente a aldeia Panará tem uma população de 79 pessoas, sendo 33 adultos, 46 crianças das quais 06 tem menos de 6 meses e nasceram na aldeia Nansepote.

Havia duas gestantes na aldeia:

- ◆ Sukiki, esposa de Sukian - altura uterina 25cm, circunferência abdominal 38,5cm, pressão arterial 10x8mmhg
- ◆ Tukopo, filha de Acã - altura uterina 10cm, circunferência abdominal 35cm, pressão arterial 10x6mmhg.

Ambas em bom estado geral.

Houve um nascimento no dia 12/11/96 às 4h, o filho de Tokokian com Kankiua, criança de sexo masculino em bom estado geral.

Perímetro craniano = 32cm, fontanela= 2cm x 1,5cm .

Havia dois pacientes que necessitavam mais atenção:

- ◆ Tunsquia 10a, filha de Creton que esteve em São Paulo para tratar uma seqüela de piarrite e retornou à aldeia dia 14/11 devendo voltar à São Paulo em Janeiro para reavaliação. Apresentava-se em bom estado e a família e os agentes de saúde foram orientados quanto ao retorno, cuidados com o gesso e prevenção de edema em membros inferiores.
- ◆ Pokã 15a, cuja hipótese diagnóstica seria de reativação de tuberculose ou monoprocessado infeccioso. O paciente tem uma deficiência visual e há aproximadamente seis anos foi internado em Cuiabá por causa de uma meningite tuberculosa. Os pais e os pajés insistiam em não remover o paciente para cidade, só concordando quando o mesmo apresentou um episódio de convulsão e vômito com sangue. Penso que a dificuldade em aceitar o tratamento seja decorrente de fatores culturais (sendo um deficiente não poderia cumprir com seu papel social dispensando assim maiores cuidados).

TUBERCULOSE

Nos meses de março e abril, quando estive na aldeia, examinei todos os integrantes dando ênfase aos comunicantes de tuberculose.

Foi colhido material e feito esfregaço de todos aqueles que se queixaram de tosse produtiva. No entanto, como já foi citado em relatório anterior, a qualidade do material excretado era ruim (proveniente de vias aéreas superiores), mesmo assim foram encaminhadas ao Instituto Adolfo Lutz para serem lidas e os resultados foram negativos.

Em Julho, por meio da Universidade Federal de São Paulo, esses Panará foram novamente examinados e levados ao Diauarum para fazer exame de Raio X.

Como sabemos a tuberculose não é uma doença de fácil diagnóstico, a não ser em casos mais avançados.

Segundo o Manual de Controle de Tuberculose do Ministério da Saúde, a sintomatologia é compatível com o de uma doença infecciosa, de curso geralmente crônico, no qual se destacam febre, perda de peso e astenia, em sua forma clínica mais prevalente, tosse com expectoração que pode evoluir para escarros sanguíneos.

O quadro clínico varia com as diversas formas extra pulmonares, que a tuberculose pode apresentar, e com a gravidade do caso.

Para facilitar o diagnóstico, deve estar aliado aos exames uma boa anamnese (história clínica do paciente).

Muitas vezes, essa história, quando contada pelo doente, se torna confusa. Sendo assim, é fundamental a observação dos suspeitos e registros dos doentes que procuram a farmácia.

Um instrumento que facilitaria essa observação é uma balança pois, como já foi citado acima, o indivíduo com tuberculose perde peso.

A tuberculose mesmo após tratamento deixa sequelas pulmonares, podendo ocorrer reinfecção e reincidência da doença.

O tratamento da tuberculose pulmonar tem duração de seis meses.

A utilização incorreta das drogas ou a utilização de apenas uma droga é responsável pela seleção e multiplicação de germes resistentes a essa mesma droga, fato a que se dá o nome de resistência adquirida.

Esse fato é muito importante devido a gravidade de suas consequências pois não há outras drogas para o controle da tuberculose.

Conforme tabela de incidências patológicas no mês de abril havia um paciente tratando de TB.

Esse paciente foi diagnosticado há algum tempo atrás pela Universidade Federal de São Paulo tendo concluído seu tratamento.

Quando estive na aldeia em março/abril/1996, o auxiliar de enfermagem Ozanã me comunicou que ele havia reiniciado o tratamento mas que há dois meses o mesmo havia sido interrompido por falta de medicamento.

Em abril, recebi medicamento para mais dois meses e reiniciei o tratamento. Após esse período o paciente teria retorno médico em Colíder onde o caso foi notificado.

Essa medicação é controlada pelo Ministério da Saúde e só por meio desse controle que ela é fornecida. A auxiliar de enfermagem, responsável pela saúde em Colíder, foi colocada a par da situação, assim como Ozanã e os agentes de saúde da aldeia.

Quando retornei à aldeia, sete meses após o início do tratamento (época em que o tratamento já devia ter terminado), Ozanã havia pedido o medicamento de Tuberculose para esse paciente (Cocrid).

Não foi possível saber por quanto tempo ele fez uso dos remédios.

O paciente encontrava-se em bom estado, afebril embora com tosse crônica e estertores pulmonares que podem ser devido as sequelas pulmonares de tuberculose já tratada.

Com todas essas falhas na reintrodução do tratamento e sem um diagnóstico, penso que seja melhor observar o paciente por algum período antes de reintroduzir medicamento.

Os Panará que vieram do Xingu mais recentemente foram todos examinados.

Segue tabela com lista do nome das pessoas que devem estar em constante observação por apresentarem tosse ou alguma manifestação clínica da doença:

NOME	EXAME	OBSERVAÇÃO
Iopo	ESC em base D. refere tosse	Comunicante de Cocrid rx em julho
Seiakian	EC em 1/3 médio de pulmão E tosse	rx em julho
Pudi	ESC axilar E tosse	Esposa de Seiakian
Sumacriti	ESC em base D e E tosse	pneumonia em maio rx em julho
Turem	ESC em base D tosse	Esposa de Sumacriti rx em julho
Kitako	EC em axilar a D tosse	Esposa de Ponsua

Ponsua	ESC em base D e E tosse	BEG
Cocrid	ESC em base E e 1/3 médio a D tosse	antecedente de TB
Paassuma	7a masc. emagrecido micropoliadenia .	filho de Suaquie com Saucrid
Kioaka	emagrecida	pneumonia em maio rx em julho

TABELA DE INVESTIGAÇÃO DE TB

Nos períodos de maio e julho ocorreu uma subnotificação, correspondente a minha saída e chegada da auxiliar de enfermagem da Funai Vilma.

Conforme relatório anterior no mês de abril foi feito um tratamento em massa de verminose. Sugeri que esse controle fosse repetido após seis meses para avaliar a eficácia desse tratamento. Dessa forma, poderíamos decidir se existia necessidade de reduzir o intervalo entre os tratamentos os quais deveriam ser sempre associados às ações de educação em saúde.

Nesse relatório observo também que o controle quimioterápico das parasitoses intestinais é eficaz, porém trata-se de uma medida de efeito a curto prazo pois são comuns as reinfestações.

Três meses após o tratamento, uma criança apresentou sub-oclusão por ascaris tendo sido removida da aldeia para a cidade. Isso significa que a reinfestação é alta havendo necessidade de reduzir o intervalo entre os tratamentos.

No entanto, sem medidas de saneamento básico é impossível sanar o problema das verminoses na aldeia. Mesmo assim considero o tratamento necessário.

Infelizmente não foi possível repetir o controle em massa devido a falta do medicamento.

Em novembro, ocorreu um surto de conjuntivite. Observou-se que 27,5% da população apresentou a doença.

O tratamento é simples (colírio) e exige limpeza ocular constante. Nessa época, os agentes de saúde não se encontravam na aldeia de modo que contei com o auxílio de Kiapoprin, agente de educação, que me ajudou a orientar as pessoas quanto a higiene dos olhos.

Por volta do dia 17/11, chegou à aldeia (para ficar na casa de Acã) uma família de kayapó da aldeia Kuben Kroque para fazer o tratamento de uma senhora com os pajés da aldeia Panará. Examinei a doente, suspeitei de tuberculose e orientei a família a levá-la para a cidade. A paciente saiu para Colíder e retornou uma semana após.

Em novembro, a malária afetou 22,5% da população. A situação se agravou pelo uso de medicamentos infantis vencidos, que levou a reincidência dos casos.

Foram feitos dois radiogramas solicitando a vinda da Sucam para borrifar a aldeia pois com as chuvas a tendência da malária seria se alastrar.

A presença da Sucam também era necessária devido à infestação de baratas que chegavam a fazer lesões nas crianças pequenas.

Os Panará estavam varrendo as casas e o terreiro com frequência e faziam as refeições fora da casa para afastar as baratas mas a quantidade era assustadora.

Sabemos que atualmente a maior incidência de problema de saúde que afeta os Panará é de malária.

Na tabela a seguir, o total dos casos das doenças não condiz com a realidade devido a subnotificação dos casos.

Patologia (casos novos)	março 11/03 a 31/03	abril 01/04 a 30/04	maio 01/05 a 08/05	julho 02/07 a 22/07	novembro 09/11a 03/12	total
dentário	05	05		01		11
I.V.A.S.	03	04		05	03	15
abscessos	03	06				09
ferimentos	08	13	03	01	03	28
T.B.		01				01
malária vivax	01	04			18	23
febre a/e*					04	
otite	01	02		01	02	06
piodermite	01	01				02
conjuntivite	02				22	24
diarréia	01	02				03
verminose				07	02	09
pneumonia				03		03
dor abdominal			01		01	02
outros	02	10		01	04	17
RETORNOS	76	190	10	24	287	587
TOTAL	103	238	13	44	346	744

* febre a/e - Provável malária vivax ainda não diagnosticada.

TABELA DE INCIDÊNCIAS PATOLÓGICAS 1996

AGENTES DE SAÚDE

Os agentes de saúde Sockren e Sukian auxiliaram no atendimento da farmácia pela manhã sendo treinados em exame físico, anamnese, coleta de material e confecção das lâminas de malária.

Socren foi estimulado a fazer as anotações no livro de registros e estava sendo treinado na leitura das lâminas de malária.

Em algumas tardes, me reunia com os agentes de saúde, odontologia e educação; para conversar sobre assuntos comuns a eles.

Discutimos conceito de comunidade. Vários exemplos que incluíam esse conceito foram citados por eles.

Fizemos um levantamento de problemas da comunidade Nansepote, dentre eles, a diarréia e verminose foram escolhidas por culminar na questão do saneamento básico discutida no curso de agente de saúde do Diauarum.

Perguntei a eles se haviam conversado com a aldeia, se tinham feito o buraco para as fezes. Como já havíamos estudado anteriormente, esse assunto dizia respeito a todos.

A queixa era a seguinte: "O pessoal não acredita na gente".

Combinamos que os agentes de saúde (Socren e Sukian), educação (Kiapoprin), odontologia (Sinku) e os outros garotos que participavam das aulas (Napráprã, Micré e Taussincô) trabalhariam essa questão junto com a comunidade.

Fizeram desenhos sobre diarréia, verminose e saneamento, recortaram as figuras e, utilizando o mapa da aldeia feito durante o curso de agente de Saúde no Diauarum, contaram a história entre eles. Após essa atividade foram fazer os buracos individuais para as fezes. Vale ressaltar que atualmente não há cachorros na aldeia Panará.

Marcamos uma reunião com a comunidade e Socren foi escolhido para falar.

O evento deu bons resultados. Pediram para que eu repetisse a conversa que havia tido com eles. Basicamente disse o seguinte: "Durante os cursos que os agentes fazem no Diauarum, eles aprendem a trabalhar com todas as pessoas da aldeia, alguns agentes de saúde, educação e odontologia já conseguem isso. Porém, nessa aldeia, os agentes dizem que vocês não acreditam neles. Expliquei a eles que é preciso falar firme com a comunidade, mas para isso é preciso saber bem o que está falando e também fazer tudo do jeito que fala, porque ninguém acredita em quem

fala e não faz. Por isso, os alunos (Socren, Sukian, Sinku, kiapoprim, Naprãprã, Micré e Taussinco) foram fazer os buracos hoje.”

Em seguida, Socren, bastante nervoso, contou a história da diarreia e verminose na sua língua usando o flanelógrafo (feito por eles), sendo auxiliado pelos outros alunos.

Depois, o Chefe da aldeia Acã levantou-se, ficou de frente para o mapa e mostrando alguns locais falou sério na sua língua. Kokã e Creton também falaram, depois pensei que eles não estavam entendendo como seriam os buracos. Então, Sukian (agente de saúde) levantou-se para explicar.

As conversas foram na língua Panará e, assim, eu não conseguia entender. No entanto fiquei feliz por eles terem se apropriado do assunto.

Após um tempo de discussão, o chefe me falou que no momento estava havendo muito trabalho com a construção da farmácia e das casas novas para os Panará que viriam do Xingu, mas que após esse trabalho fariam as fossas.

Sukian me explicou que eles queriam fazer fossas grandes. Cada família teria a sua.

Penso que se essa é a vontade da comunidade talvez fosse necessário o auxílio de um técnico em saneamento (FNS) para orientar a construção evitando assim a contaminação da água.

As crianças maiores também foram citadas. Combinei com Kiapoprin (agente de educação) que ele repetiria a história só com as crianças, no entanto minha saída antecipada da aldeia (devido a malária que contrai), prejudicou essa parte do trabalho.

Sinku, agente de odontologia, se mostrava bastante desestimulado devido a falta de material para o seu trabalho.

Os problemas dentários mais graves haviam diminuído devido a presença da dentista em maio de 1996.

Volto a ressaltar conforme relatório anterior que o ato de escovar os dentes foi uma necessidade introduzida pelos profissionais de odontologia em trabalho conjunto com o agente de odontologia. Tempo, trabalho e dinheiro foram despendidos com a intenção de tornar habitual a escovação dos dentes. A falta desses materiais acarreta um retrocesso à saúde bucal com prejuízo para os índios e entidades que se empenharam nesse trabalho.

É sabido que a saúde bucal contribui para a saúde geral do indivíduo. A prevenção é eficaz e menos dispendiosa que a ação corretiva, devendo ser incentivada e não interrompida.

CONCLUSÃO

O acompanhamento mais frequente por um profissional qualificado de saúde em área melhora a qualidade de assistência dos doentes além de estimular, dar credibilidade, fixar e aumentar o conhecimento, bem como estimular a atuação dos agentes de saúde.

O registro de dados (Livro Ata) é imprescindível para a avaliação do trabalho do profissional e agente de saúde em área com fins de aperfeiçoamento, trazendo ainda os seguintes benefícios:

- ◆ Conhecimento e controle dos medicamentos mais utilizados de forma a evitar o desperdício,
- ◆ Conhecimento epidemiológico das doenças mais comuns na comunidade com fins curativos e preventivos,
- ◆ Facilita ao profissional que chega em área o acesso a informação sobre a avaliação dos doentes e a situação de saúde da aldeia.

Como podemos observar, atualmente a malária - que no Xingu era residual - é a doença que mais afeta a saúde da aldeia Nansepote.

Após a mudança também houve uma redução das viroses devido ao menor contacto com outras populações e o estado de ânimo é, sem dúvida, melhor com a volta dos Panará ao seu território de origem.

Sonia Maria Lofredo (Tuka)
em consultoria para o Instituto Sócio Ambiental