

---

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

---

**ASSISTÊNCIA MÉDICA  
E SAÚDE BUCAL**

---

**ÁREA 15 (PROJETO DEMINI)  
E OUTRAS ÁREAS**

---

**JANEIRO DE 1990/MAIO DE 1991**

---

CCPY

Comissão pela Criação do Parque Yanomami

CEDI - P. I. B.  
DATA 01/02/85  
COD. YAN 228

*"O pior inimigo do mundo é a doença.  
Os Yanomami, meu povo, estão morrendo,  
mas vocês, brancos, garimpeiros,  
também estão morrendo.  
Omã colocou os minérios embaixo da Terra,  
porque lá é frio, aí vem o garimpeiro  
e tira o minério, a tantalita, para cima.  
E com o ar quente ele espalha um veneno  
que causa muitas doenças desconhecidas,  
que o branco não sabe tratar.  
Eles tiram o minério para os americanos  
fazer foguete, mas não sabem que estão  
espalhando o veneno para o mundo.  
E o mundo vai acabar, vai morrer."*

***Davi Kopenawa Yanomami***

*Davi, com ar triste e cansado, fez  
esse desabafo no dia em que Rebeca  
morreu, quando Roberto levava o corpo  
envolto nas folhas de palmeira e se  
afastava para dentro do mato.*

<b>Edição e Publicação</b>	CCPY Comissão pela Criação do Parque Yanomami Rua Manoel da Nóbrega 111 cj.32 04001 São Paulo SP Telefone (011) 289-1753 Fax (011) 284-6997
<b>Coordenação da Edição</b>	Cláudia Andujar
<b>Redação de Textos de Saúde</b>	Deise Alves Francisco Médica  István Varga Médico  Maria Aparecida de Oliveira Odontóloga  Maria Gorete Selau Médica
<b>Registro e Tradução do Depoimento de Paulino Yanomami</b>	Bruce Albert Antropólogo
<b>Gráficos e Quadros de Saúde</b>	Maria Aparecida de Oliveira István Varga Maria Gorete Selau
<b>Cronogramas de Viagens e Digitação</b>	Jacirema C. Ferreira
<b>Revisão</b>	Lúcia Prado
<b>Design Gráfico</b>	Roberto Strauss
<b>Editoração Eletrônica</b>	Alfredo S. V. Coelho/CEDI
<b>Mapa Parque Indígena Yanomami</b>	FUNASA, CEDI/CCPY
<b>Mapa Área 15 (Projeto Demini)</b>	Bruce Albert CEDI/CCPY
<b>Reprodução Gráfica</b>	Copiare

São Paulo, Agosto de 1991

# SUMÁRIO

---

<b>ASSISTÊNCIA MÉDICA</b>	<b>5</b>
<b>ÁREA 15 (PROJETO DEMINI) E OUTRAS ÁREAS</b>	
<b>JANEIRO DE 1990 / MAIO DE 1991</b>	
<hr/>	
<b>I — 1990 — CONTEXTO INSTITUCIONAL</b>	<b>6</b>
<hr/>	
<b>II — 1990 — ATUAÇÃO DA CCPY</b>	<b>8</b>
1. Plano Emergencial de Assistência à Saúde Yanomami (PEASY)	8
2. Inquérito Sanitário Yanomami	8
3. Projeto de Saúde da Comunidade do Demini	9
<hr/>	
<b>III — 1991 — CONTEXTO INSTITUCIONAL</b>	<b>10</b>
1. Projeto de Saúde Yanomami (PSY)	10
Ministério da Saúde (MS) / Fundação Nacional de Saúde (FUNASA)	
<hr/>	
<b>IV — 1991 — ATUAÇÃO DA CCPY</b>	<b>15</b>
<hr/>	
<b>V — AVALIAÇÃO DO TRABALHO DE ASSISTÊNCIA</b>	<b>17</b>
<b>DESENVOLVIDO NO PERÍODO DE JANEIRO</b>	
<b>DE 1990 A MAIO DE 1991</b>	
1. Condições de Trabalho em Campo	17
Transporte	
Intérpretes	
Profissionais de Saúde	
Uniformização dos Procedimentos, Coleta e Processamento de Dados	
Alimentação	
Equipamentos e Medicamentos	
2. Abrangência e Cobertura das Ações	20
<hr/>	
<b>VI — SAÚDE YANOMAMI — UMA DISCUSSÃO</b>	<b>23</b>
1. Determinantes	23
2. Situação Atual	25
<hr/>	
<b>VII — CONTINUIDADE DOS TRABALHOS: PROPOSTAS</b>	<b>27</b>

---

**SAÚDE BUCAL** 29  
**ÁREA 15 (PROJETO DEMINI)**  
**JANEIRO / DEZEMBRO DE 1990**

---

<b>VIII — PLANEJAMENTO DE SAÚDE</b>	<b>31</b>
1. Prevenção com Flúor	31
2. Tratamento Precoce da Cárie Dental	32
3. Tratamento Emergencial nos Adultos	32

---

<b>IX — DADOS COMPARATIVOS DO ÍNDICE CPO MÉDIO</b>	<b>33</b>
1. Comunidades Toototobi, Aracá, Ajuricaba, Jundiá, Wakatháú, Demini 1990 — Total	33
2. Idem 1990 — Por Faixa Etária	34
3. Comunidade Watoriké — Pin Demini 1987/1990 — Por Faixa Etária	35

---

<b>X — TRABALHO EM CAMPO</b>	<b>36</b>
------------------------------	-----------

---

<b>XI — CONCLUSÃO</b>	<b>38</b>
-----------------------	-----------

---

<b>UM CASO ESPECÍFICO: COMUNIDADE DO PAULINO</b>	<b>39</b>
--	-----------

---

<b>XII — GARIMPO E MALÁRIA NA ÁREA DO ALTO TOOTOTOBÍ (AM): O PONTO DE VISTA YANOMAMI</b>	<b>40</b>
<i>Depoimento de Paulino Yanomami em 19 de abril de 1991 Registro e Tradução: Bruce Albert</i>	

---

<b>XIII — SITUAÇÃO DE SAÚDE NA COMUNIDADE DO PAULINO</b>	<b>45</b>
<i>Abril de 1991 Deise Alves Francisco</i>	

---

<b>ANEXOS</b>	<b>47</b>
---------------	-----------

---

---

# ASSISTÊNCIA MÉDICA

---

ÁREA 15 (PROJETO DEMINI)  
E O U T R A S Á R E A S

---

JANEIRO DE 1990 / MAIO DE 1991

---

1990

## CONTEXTO INSTITUCIONAL

**D**o ponto de vista da questão Yanomami, o ano de 1990 pode ser assinalado por alguns movimentos de engajamento em instituições brasileiras a que se atribuem aspectos da política nacional em relação aos povos indígenas.

Graças à mobilização da opinião pública e às pressões exercidas por organizações da sociedade civil, no plano nacional e internacional, além das exercidas por países credores da dívida externa brasileira, o governo adotou algumas medidas notáveis no panorama institucional:

1. a criação da "Operação Selva Livre", para fazer cumprir a ordem presidencial de destruição das pistas de pouso clandestinas e remoção dos garimpeiros da área Yanomami;
2. a criação do "Plano Emergencial de Saúde Yanomami" (PEASY);
3. a criação do "Projeto de Saúde Yanomami" (PSY).

6

Princípio básico para todos os demais aspectos da sobrevivência Yanomami, a desintração de seu território (para não falar ainda em sua efetiva demarcação e preservação), delimita um cenário em que diversas forças políticas e instituições interagem e se confrontam.

Se a "Operação Selva Livre" foi oficialmente instaurada pela Polícia Federal e Funai com o apoio do Exército e da FAB (determinação da 7ª Vara da Justiça Federal, do Distrito Federal), sob a supervisão da Procuradoria Geral da República, inúmeros "percalços", no entanto, também são colocados à sua execução:

1. Grandes dificuldades na aprovação, lentidão e entraves burocráticos diversos na liberação dos recursos junto ao Ministério da Economia;
2. Desafios explícitos da ordem federal pelo poder local (o Governador de Roraima, Otomar de Souza Pinto, tem mobilizado os contingentes da polícia civil e militar de seu Estado — total de 1.300 efetivos), para a obstrução armada à atuação dos policiais federais no cumprimento das ações atinentes à Operação;
3. Insignificância dos contingentes mobilizados de policiais federais (total de 20 efetivos em campo) e do apoio fornecido pelas Forças Armadas (base de Surucucus) face à grande dispersão dos garimpos e das pistas de pouso pelo território Yanomami. Por questões óbvias, tais condições in-



viabilizam um controle eficaz, facilitando as sucessivas reinvasões e recuperações das pistas dinamitadas;

4. Com a concorrência dos motivos acima, mesmo a já insuficiente envergadura das ações efetivamente levadas a cabo fica sujeita a interrupções periódicas, o que prejudica ainda mais sua eficácia (estimulando as reinvasões), configurando um desperdício dos recursos até então empregados.

Durante o ano de 1990, a totalidade das atribuições da formulação e execução da política indígena oficial continuam centralizadas na Funai; todas as decisões nesse campo continuam sob essa égide, apesar da sua explicitamente alegada incapacidade em sustentar, na prática, as ações mínimas necessárias ao seu cumprimento em tantas frentes distintas de trabalho (saúde, educação, questão fundiária, preservação ambiental, "desenvolvimento comunitário", representação jurídica).

Embora o Presidente da República tenha tomado as primeiras providências para encaminhar a transferência da assistência à saúde das populações indígenas para o âmbito de responsabilidade do Ministério da Saúde (decreto N<sup>o</sup> 23, de 04.02.1991), criando inclusive grupo ministerial para a elaboração das medidas necessárias à sua colocação em prática, a definição oficial da estrutura político-administrativa que se encarregará destes programas (prevista para ser alocada na "Fundação Nacional de Saúde") tarda a se efetivar (Portaria N<sup>o</sup> 316 de 11/04/91 — Anexo 1). Até abril de 91 era esporádica e muito rarefeita a atuação de equipes de saúde da FUNASA na área Yanomami; apenas em maio/91 é que se verifica um salto mais expressivo no ritmo de seus trabalhos, com a mobilização simultânea de 5 equipes de saúde para campo.

Um contexto político-institucional nebuloso e movediço, em que se diluem competências e responsabilidades de órgãos e interlocutores, compõe, portanto, o pano de fundo do cenário em que se desenrolaram todas as ações de saúde desenvolvidas no território Yanomami durante o ano de 1990.



## II

# 1990 ATUAÇÃO DA CCPY

## 1. Plano Emergencial de Assistência à Saúde Yanomami (PEASY)

**O**rganizado pela Funai e pelo Ministério da Saúde e executado entre o início de janeiro e meados de fevereiro de 1990, o PEASY surge como resposta às pressões e exigências de setores significativas da sociedade civil, organizados em torno da Ação pela Cidadania. Seus movimentos foram atentamente acompanhados pela imprensa, gerando grande comoção na opinião pública internacional. Participaram diretamente das ações CCPY, CIMI, Diocese de Roraima, Nespi/Fiocruz, Nupec/UnB, Funai e FAB.

8 Caracterizou-se por ações rápidas e descontínuas, em que as equipes realizaram basicamente o socorro imediato nas áreas mais atingidas (em algumas aldeias, na época, os índices de morbidade por malária chegaram a 91%). Remoções heróicas de Yanomami moribundos foram cenas que fizeram história junto à opinião pública internacional.

As equipes contaram com apoio logístico sofrível, sobretudo no que concernia ao transporte. Mesmo tratando-se de ações que se previam rápidas e parciais, a cobertura do território foi claramente insuficiente (áreas cobertas: Ericó-Waicás, Surucucus e Paapiú).

Evidenciada a deficiência das ações realizadas e a gravidade da situação, algumas equipes puderam retornar à área, com autorizações concedidas pela Funai a título da continuação do Projeto Emergencial, no período entre março e agosto (áreas cobertas: Toototobi, Aracás, Ajuricaba, Paapiú, Surucucus, Demini).

As ações do PEASY das quais participaram equipes da CCPY estão relacionadas no quadro “PSY-CCPY — Sinopse de atividades — Jan/90-Maio/91” (Anexo 2).

## 2. Inquérito Sanitário Yanomami

Em agosto, a Procuradoria Geral da República, com a colaboração da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e apoio técnico da CCPY, promove levantamento de dados e investigação em campo de modo a orga-

nizar um inquérito sobre a situação sanitária dos Yanomami, no sentido de avaliar o impacto do garimpo, os resultados da Operação Selva Livre e do PEASY, além de propor medidas concretas para o encaminhamento de um programa de ações mais eficaz.

### 3. Projeto de Saúde da Comunidade do Demini

Diante da ineficácia das intervenções governamentais, Davi Yanomami, já em 1989, propõe um projeto de saúde autônomo dos próprios Yanomami, com a assessoria técnica da CCPY, cuja identidade política, metodológica e cultural (já que sua idealização está mergulhada na percepção Yanomami da causalidade do adoecer coletivo e dos caminhos de "cura", dos seus significados e implicações — inclusive cosmológicas) poderia, nesse momento, ser definida:

- a) pela estrita e ativa colaboração entre as equipes de saúde, suas práticas e os "shabori" (xamãs) e tradições Yanomami;
- b) por recursos obtidos e administrados independentemente daqueles dos programas oficiais;
- c) por uma abrangência definida pela rede de alianças intertribais de sua própria comunidade "Watorikthere" (e não por critérios puramente "técnicos", geográficos, administrativos, operacionais, etc.);
- d) pelo objetivo de desenvolver um programa de assistência médico-odontológica contínuo, que rompa com o ciclo vicioso de ações emergenciais parciais e esporádicas;
- e) pelo objetivo de promover a assistência nas próprias aldeias, rompendo com a tendência à agregação e sedentarização, gerada em torno dos "postos" e das missões, que aprofunda a dependência, a descaracterização cultural e o agravamento sanitário dos Yanomami;
- f) pelo objetivo de, além de cumprir com um cronograma de viagens constantes de equipes médicas, manter permanentemente contingentes mínimos de profissionais de saúde na área, de modo a cobrir o interregno entre as visitas das equipes, garantindo o atendimento básico e a vigilância epidemiológica local.

O chamado Projeto Demini abrange, portanto, além das aldeias localizadas na bacia do rio Demini, as regiões do Toototobi, Aracás e Ajuricaba (o que representa uma população de cerca de 800 a 1000 Yanomami) a ser assistida.

Durante 1990, quatro equipes atuaram na região (meses de jan, fev, abr, mai, jun, out, nov, dez — Anexo 2).

# III

## 1991

# CONTEXTO INSTITUCIONAL

## 1. Projeto de Saúde Yanomami

Ministério da Saúde (MS) / Fundação Nacional de Saúde (FUNASA)



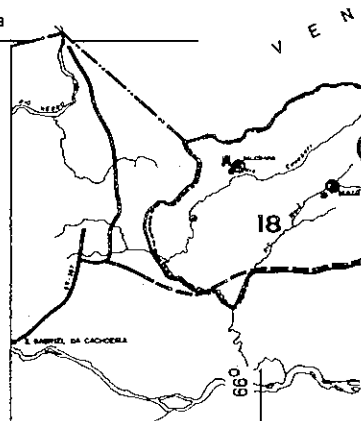
### PARQUE INDÍGENA YANOMAMI – SISTEMA LOCAL ESPECIAL DE SAÚDE ORGANIZAÇÃO DAS ÁREAS DE RELAÇÕES INTERCOMUNITÁRIAS

Nº	ÁREAS DE RELAÇÕES INTERCOMUNITÁRIAS	BASES PROVÁVEIS DE OPERAÇÃO	ACESSO
01	Birisytheri (Aykamtheri) / Tisiporatheri / Xilimifiketheri	Pin Surucucu	Pista
02	Moxafetheri / Kathaloatheri	Pin Surucucu	Pista
03	Botomatatheri	Pin Surucucu	Pista
04	Parafurietheri / Iromopetheri	Pista Parafuri	Pista desativada de garimpo
05	Xamatarí (para pesquisar)	Pista Parafuri	Pista desativada de garimpo
06	Xideatheri / Aramabitheri	Pista Xidea	Pista desativada de garimpo
07	Homoxitheri / Amokoabetheri / Arabitheri / Bahaytheri Konkalahudutheri	Pista Alto Mucajaí	Pista desativada de garimpo
08	Paapiu	Pin Paapiu	Pista
09	Palimiutheri / Rio Cutalba	Missão Palimiu	Pista
10	Waicás / Rio Aracaçá (para pesquisar)	Pin Waicás	Pista
11	Auaris / Okomai / Tucuxim / Xikoitebe	Missão Auaris Pista Okomai	Pista Pista
12	Rio Ericó / Alto Rio Uaricaá / Surubai	Pin Ericó	Pista
13	Médio e Baixo Rio Mucajaí	Pin Mucajaí Missão Mucajaí	Pista Pista
14	Catrimani / Rio Jundiá / Ajarani / Opiktheri	Pin Ajarani Missão Catrimani	Pista / Estrada Pista / Estrada
15	Demini / Toototobi / Rio Taraú / Aracá / Ajuricaba	Pin Demini Pin Ajuricaba Missão Aracá Missão Toototobi	Pista Rio Pista Pista
16	Marari / Rio Padauri	Missão Marari	Pista
17	Marauá / Apuí	Pin Marauá Projeto Apuí	Rio Rio
18	Maturacá / Iá / Maiá	Pin Maiá Missão Maturacá	Rio Pista

10



0 20 40 60 80 100 km



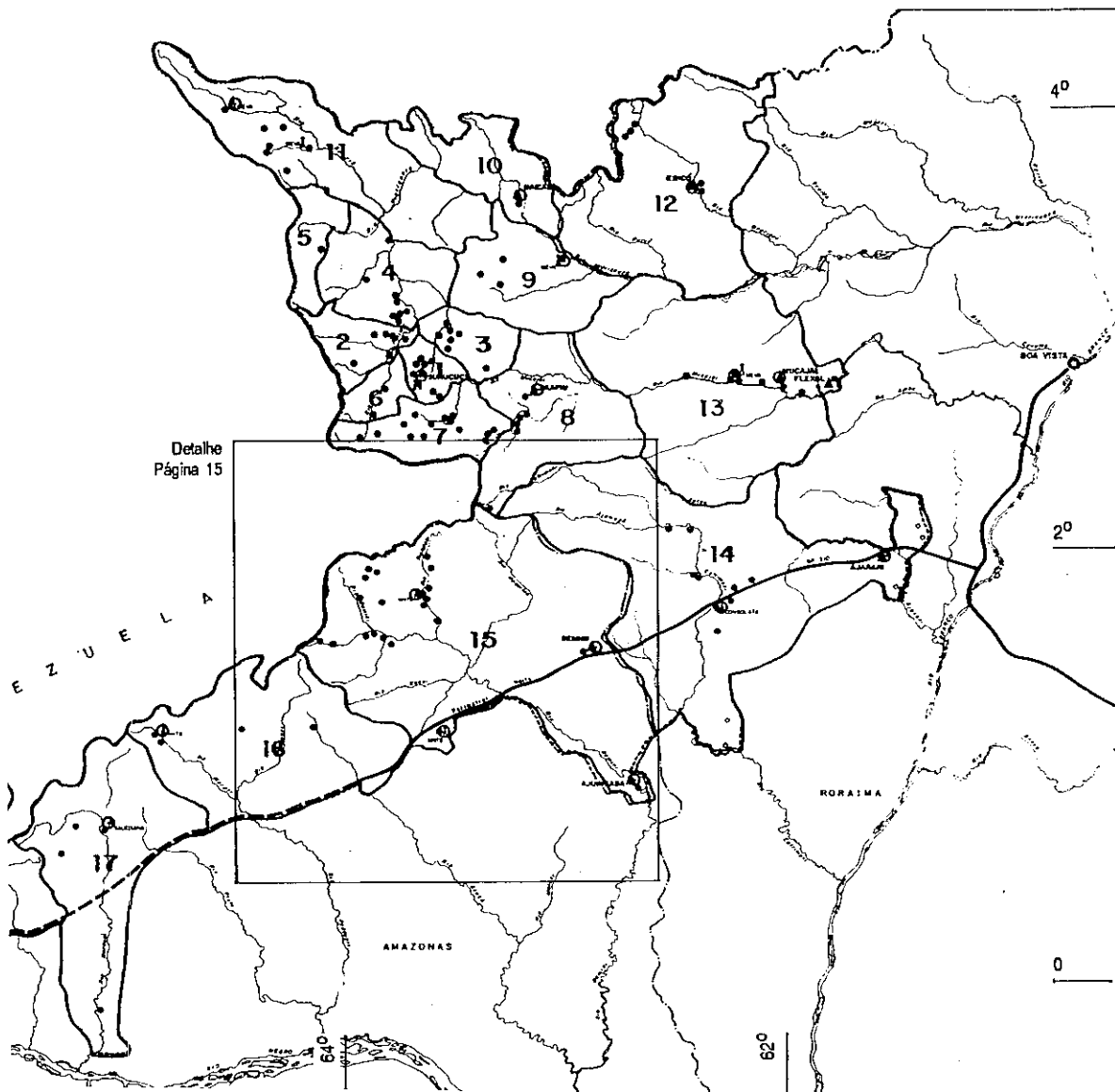
Base: Cartas do Brasil ao 1.000.000º — IBGE/1982  
Elaborado pela equipe PIB/CEDI e CCPY  
Novembro de 1990

- Limite Internacional
- - - - Limite Interestadual
- ==== Rodovia
- ==== Rodovia Planejada
- ▲ Missão
- ▲ Posto Indígena com radiofonia (PIN)
- Destacamento Militar
- Base provável de Operação

----- Parque Indígena Yanomami  
 Limite da Delimitação Administrativa  
 FUNAI — Portaria nº 1817 de 08/01/85

Aldeias

- Em Roraima e Aldeia Demini: levantamento efetuado por GT da Portaria PP 06 de 07/01/88
- No Amazonas: levantamento efetuado por Marco Lazarin em fevereiro/março de 88
- Aldeias existentes no levantamento realizado pela CCPY em 1984



Detalhe  
 Página 15

E Z U E L A

AMAZONAS

RORAIMA

4°

2°

0

62°

60°

**D**e 30/01 a 02/02/91 realiza-se, na Escola de Enfermagem da Universidade do Amazonas, sob a iniciativa e a coordenação do Ministério da Saúde, a Oficina de Trabalho da Etapa de Pré-Operacionalização do Projeto de Saúde Yanomami (PSY).

Bem sucedida, a Oficina reuniu, em torno de uma pauta consensualmente objetiva, todas as instituições e entidades comprometidas (ou que viriam a se comprometer) com o trabalho em saúde junto aos Yanomami.

A reunião se propunha a estabelecer os princípios filosóficos, políticos e operacionais do Projeto; a definição das áreas de atuação correspondentes a cada entidade e sua respectiva inserção no organograma do PSY; as atribuições e responsabilidades mútuas, as instâncias de deliberação e respectivos mecanismos de participação; os princípios e metodologia básica dos processos de avaliação e controle de eficácia das operações e do desempenho das demais instâncias do sistema; a padronização de procedimentos técnicos e operacionais básicos; o levantamento das necessidades de curto e médio prazo para a execução do projeto.

O território Yanomami ficaria dividido em diversos (de início 18) “pólos” de assistência, pelos quais se responsabilizariam as instituições e entidades, cuja delimitação tomaria por base áreas definidas a partir de critérios coerentes com as dinâmicas das redes de alianças intercomunitárias. A definição destas áreas deverá necessariamente consistir num processo contínuo, portanto, sujeito aos movimentos dessas comunidades e de suas interrelações — o que certamente implicará em sucessivas modificações na configuração destes pólos.

Cada pólo teria uma “base”, responsável pelo fluxo de informações e pela vigilância epidemiológica sobre a área, pelo planejamento e execução de operações de rotina, pelo apoio ao trabalho das equipes de saúde.

A base de Surucucus seria equipada pela FUNASA, de modo a desempenhar, enquanto “Unidade Mista”, o papel de retaguarda secundária e terciária de rotina para os pólos.

De acordo com o disposto no organograma do PSY (Anexo 3), compete à FUNASA a Direção Geral do Projeto, a Direção do Sistema Local e a Gerência da Unidade Mista, além da participação direta nos trabalhos em campo com equipes e recursos próprios (em áreas estratégicas por especificar) e na supervisão e articulação permanente, em todos os níveis, com as entidades e instituições envolvidas.

À Direção Geral cabe garantir a sustentação institucional e política do PSY a nível federal, ou seja, a articulação do PSY com as instâncias da FUNASA responsáveis pela política de saúde indígena no âmbito do SUS (Sistema Único de Saúde— o sistema nacional de saúde, resultante da unificação de todos os recursos e equipamentos públicos de saúde no

país) monitorando e assegurando sua sintonia permanente com os princípios (constitucionais) norteadores da política do Estado brasileiro em relação aos povos indígenas.

A Direção Geral será assessorada técnica e politicamente pela Comissão Intersetorial de Saúde do Índio, composta por representantes de instituições e entidades da sociedade civil envolvidas em trabalhos e experiências significativas, a nível nacional, no campo da assistência a populações indígenas. É no âmbito desta Comissão que se dará a participação direta de entidades da sociedade civil, ligadas à “causa” indígena, na avaliação permanente do andamento do PSY.

À Coordenação Regional (a cargo de uma equipe multi-institucional envolvendo organismos federais, estaduais e municipais atuantes na área), compete, segundo o deliberado durante os trabalhos da Oficina, além do planejamento e administração das ações diretas da FUNASA em campo, o planejamento estratégico contínuo do Projeto como um todo: a organização e elaboração do fluxo de informações provenientes de todo o território, a avaliação e supervisão dos trabalhos das equipes, a avaliação das condições de operacionalidade de cada pólo, a deliberação final (extra-rotineira) acerca de metas estratégicas a serem atingidas em cada área, bem como a respectiva recomendação ou deliberação de medidas necessárias para atendê-las.

Em seus trabalhos, a Coordenação Regional será acompanhada pela Comissão Comunitária, composta por representantes dos Yanomami e das demais entidades envolvidas com o atendimento, que deverá não apenas assessorá-la tecnicamente, participando do planejamento estratégico local do Programa, identificando problemas administrativos e operacionais e propondo soluções, mas desempenhando sobretudo o papel de avalista político imediato do PSY, zelando cotidianamente pela sua idoneidade e pela sua adequação às reais necessidades dos Yanomami.

À Direção do Sistema Local cumpre realizar a articulação operacional de todos os pólos com a Gerência da Unidade mista (base Surucucus) e desdes com a Coordenação Regional. Pelo disposto no organograma do PSY, a CCPY teria participação na Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (Direção Geral), na Comissão Comunitária (Coordenação Regional), além de atuar diretamente na área do “polo 15” (Demini-Toototobi) no âmbito de ação do “Projeto Demini”; decidiu-se que a prioridade de atenção do pólo 15, nesse momento, seria dada à região do Toototobi ( com base da Missão Novas Tribos do Brasil), por sua localização estratégica numa região bem mais povoada (população estimada 500 hab. x 82 hab. no Demini), de intenso trânsito populacional e com um perfil epidemiológico bem mais grave, o que a torna objeto privilegiado de atenção sanitária da área.

Embora ainda sem falar em metas e números claros durante a Oficina de Manaus, o Governo se compromete a participar diretamente das ações de saúde em campo, de imediato oferecendo a retaguarda hospitalar e ambulatorial, além de incorporar (e fazer ressuscitar...) as estruturas, quadros e equipamentos da SUCAM, Fundação SESP, e os remanescentes da outrora Divisão de Saúde da Funai, na região, colocando-os à disposição do PSY. Acenava-se com a cooperação da FAB na programação dos transportes.

O Ministério da Saúde assume, portanto, a direção dos trabalhos de planejamento inicial, o desencadeamento das medidas administrativas e legais cabíveis à oficialização e operacionalização das estruturas responsáveis pela Direção Geral, pela Coordenação Regional, pela Direção do Sistema Local de Saúde e pela Gerência da Unidade Mista. O cronograma anunciado previa a execução dessas medidas e o planejamento das ações prioritárias concluídos até o fim de mar/91, com o início de suas operações em campo em abril/91.

Em maio/91, surgem os primeiros sinais palpáveis do desencadeamento deste cronograma, com a ida a campo de 5 equipes multi-institucionais coordenadas pela Fundação Nacional de Saúde (demais entidades participantes: CCPY, Diocese de Roraima, Médecins du Monde, UnB). Chama a atenção, no entanto, o fato de que o desencadeamento efetivo das medidas administrativas necessárias à absorção da SUCAM, FSESP e Funai-saúde pela FUNASA, assim como a liberação de suas primeiras parcelas de orçamento, também em maio/91, coincidem com mudanças "capitais" nos quadros da Fundação: presidente e vice (...).

De qualquer maneira, nesse momento, os trabalhos do PSY estão oficialmente em andamento nos escritórios do Ministério da Saúde. Esperam-se para o quanto antes as medidas necessárias da parte da FUNASA para a formação tanto da Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (Direção Geral), quanto do Conselho Comunitário (Coord. Regional), instâncias indispensáveis na retaguarda e na avaliação técnica, administrativa, operacional e doutrinária do PSY. Indispensáveis na garantia mínima da qualidade do trabalho, decisiva no que concerne à sua legitimidade diante da opinião pública e a seu apoio por parte da sociedade civil (que neste caso participa com parcelas muito significativas dos recursos à disposição do PSY).

Aguardam-se os resultados.



# IV

## 1991

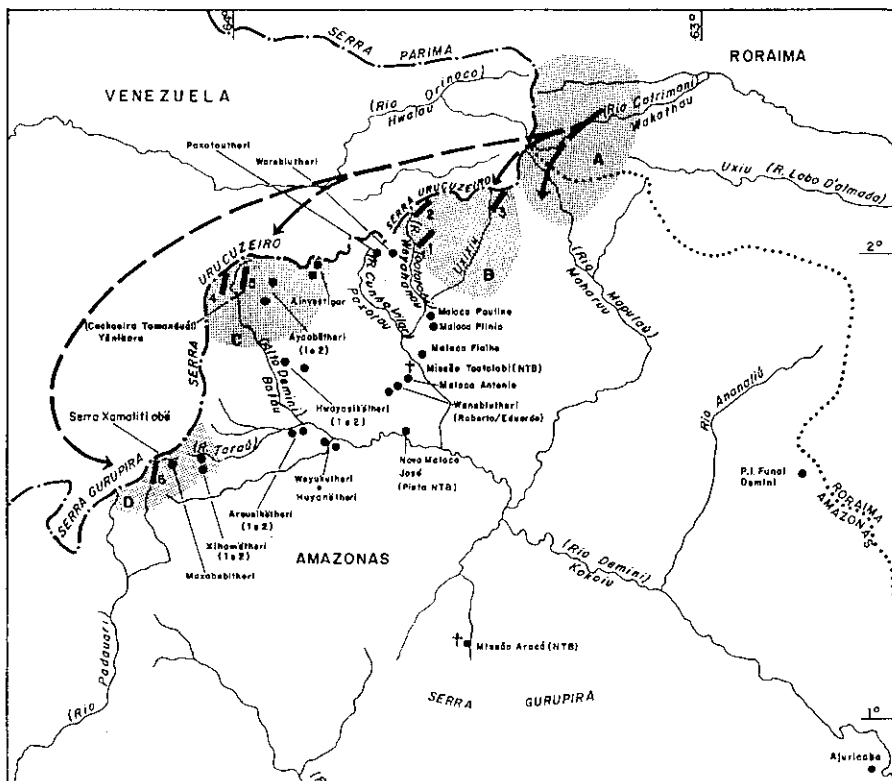
### ATUAÇÃO DA CCPY



#### ÁREA 15 — PROJETO DE SAÚDE DEMINI PENETRAÇÃO DO GARIMPO NO AMAZONAS

DEZEMBRO DE 1990

Fonte: Davi Yanomami e Índios da região de Toototobi



15

- Localização aproximada das aldeias indígenas (Levantamento 1988 Funai-Exército mais dados da equipe Dezembro 1990 para o Toototobi)

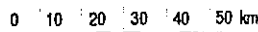
- \* Elaborado por Bruce Albert em colaboração com a CCPY



Garimpos



Pistas de Pouso (1 a 6)



**A** atuação da CCPY/Projeto Demini, até maio/91, tem sido pautada pela prioridade à chamada “área 15”. Além das viagens de equipes de saúde especificadas no anexo 2, a partir de 21/02/91 o Projeto Demini conta com a presença permanente de um profissional de enfermagem em campo (Watoriktheri).

No contexto de abrangência do PSY, no entanto, a CCPY tem se colocado à disposição da FUNASA, oferecendo assessoria técnica e participação direta nas instâncias cabíveis do organograma do Projeto, além de ter apoiado, com recursos próprios, a atuação de três médicos em campo fora do âmbito da “área 15”:

Dra. Ivone A. Menegola

26/02 a 08/03/91 — Surucucus

08/03 a 15/03/91 — Olomai

18/03 a 06/04/91 — Auaris

07/04 a 30/04/91 — Boa Vista, assessorando a  
organização da Coordenação Regional

Dr. Marcos A. Pellegrini

28/03 a 11/04/91 — Surucucus

Dr. Álvaro Casemiro Alves Braz

28/03 a 07/06/91 — Surucucus

16

Como se vê, embora fora do âmbito de atuação estabelecido durante a Oficina de Manaus (área 15), o apoio da CCPY a trabalhos em diversas outras áreas, em situações emergenciais como as enumeradas acima, continua sendo freqüentemente a única alternativa para viabilizar o rápido deslocamento de equipes para campo.

Mesmo no caso dos trabalhos de assessoria na Coordenação Regional em Boa Vista, sem a intervenção da CCPY a espera dos recursos da FUNASA para a remuneração dos respectivos profissionais convocados (caso da Dra. Ivone Menegola) acarretaria um grande atraso já no andamento dos trabalhos de organização local do PSY, o que implicaria num retardamento ainda maior da ida das equipes a campo, visto que as primeiras parcelas dos recursos próprios da FUNASA foram colocadas à disposição do Programa apenas em maio/91.

## V

# AVALIAÇÃO DO TRABALHO DE ASSISTÊNCIA DESENVOLVIDO NO PERÍODO DE JANEIRO DE 1990 A MAIO DE 1991

## 1. Condições de Trabalho em Campo

**D**entre os maiores problemas que envolvem, de modo geral, o planejamento e execução dos cronogramas de trabalho no território Yanomami (à exceção daqueles de ordem administrativa e financeira, sobretudo no âmbito dos programas oficiais) enumeramos os seguintes:

### Transporte

O acesso à grande maioria das áreas só é possível por via aérea. Em muitos casos apenas um helicóptero de pequeno porte (do tipo "Esquilo") permite aproximação ou pouso em condições adequadas (sem destruir as malocas e roçados Yanomami), já que muitas aldeias encontram-se em terreno íngreme (como Surucucus) e não dotado de pistas de pouso nas proximidades. Pode-se facilmente imaginar porque esse fator seja responsável por boa parte dos orçamentos destinados à assistência propriamente dita.

### Intérpretes

Elementos indispensáveis na composição das equipes de saúde (enquanto não se avança na formação de quadros mais permanentes de profissionais de saúde, para os quais seja possível investir na organização de programas de treinamento básico na língua Yanomami), são muito poucos os profissionais conhecedores da língua com que se pode contar, no momento, para o acompanhamento das equipes a campo. Não raro, esse se torna o fator que inviabiliza as ações planejadas.

### Profissionais de Saúde

Por motivos diversos, entre os quais sua simples inexistência no mercado de trabalho local, a instabilidade da política regional, quando não exatamente o desinteresse em submeter-se a tais condições de exercício profissional, tem sido difícil, de modo geral, o recrutamento de profissionais de saúde do próprio Estado de Roraima para a composição das equipes. A

grande maioria dos profissionais que se dispõem a trabalhar na região possui vínculos empregatícios fixos em outros Estados, e frequentemente estão ligados a órgãos de pesquisa e/ou do serviço público (o que lhes permite maior flexibilidade de exercício e justifica sua atuação fora do Estado de origem), condições que restringem consideravelmente os quadros possíveis.

Observe-se que as contratações no serviço público estão virtualmente suspensas, em todo o país, por ordem do Presidente da República. Isso significa que a FUNASA não pode criar quadros próprios para o PSY, devendo contar apenas com os que puder absorver da Funai, FSESP e SUCAM locais (o que no caso de Roraima não representa muito em termos de qualidade e quantidade), além daqueles eventualmente cedidos através da colaboração de outros órgãos públicos e/ou entidades independentes (...). No que tange aos processos de treinamento (para diagnóstico e tratamento de malária, por exemplo) e reciclagem de profissionais de saúde como preparo específico para o trabalho em campo, a CCPY tem buscado a referência e a colaboração de instituições de seriedade e competência consensualmente reconhecidas no panorama nacional:

- Fundação Oswaldo Cruz — RJ,
  - Superintendência de Controle de Endemias — SUCEN — SP,
  - Hospital Tropical de Manaus — AM,
- além da própria FUNASA em Boa Vista (RR).

18

### **Uniformização dos Procedimentos, Coleta e Processamento de Dados**

Uma vez que se pretende que todas as ações de saúde em território Yanomami passem a ser planejadas, executadas e monitoradas a partir de uma lógica de conjunto, a uniformização dos procedimentos torna-se um pré-requisito fundamental em todos os níveis de operação desse sistema.

Essa questão ganha ainda maior importância e gravidade após uma rápida apreciação do conjunto dos relatórios e dados já produzidos acerca dos Yanomami: censos populacionais incompletos, desatualizados ou simplesmente inexistentes para várias regiões (algumas ainda totalmente desconhecidas, caso, por exemplo, do alto Demini); grande diversidade de critérios de conduta clínica; registros heterogêneos de diagnósticos e procedimentos; capacitação muito variável (e frequentemente precária) dos profissionais envolvidos. Além de comprometer seriamente a própria qualidade dos trabalhos, essa situação inviabiliza uma visão da área Yanomami como um todo, impossibilitando tanto o planejamento quanto a avaliação do andamento do PSY (colocando em risco inclusive a credibilidade e competência dos diversos sub-projetos por ele abrangidos).

## Alimentação

Nas situações onde se impõe o atendimento de várias aldeias que ocorrem simultaneamente aos locais onde se encontram as equipes de saúde, frequentemente se faz necessário providenciar algum suporte alimentar extra para os próprios Yanomami a serem atendidos, sob o risco das evasões em grupo devido ao rápido escasseamento dos produtos das roças, da caça e da pesca nas imediações durante esses períodos (excepcionais) de súbita e forçada concentração populacional. Não raro, sobretudo quando se trata de aldeias sob forte impacto de atividade garimpeira, os quadros de desnutrição e depauperamento físico dos Yanomami chega ao ponto de inviabilizar por completo todas as atividades relacionadas com a busca de alimentos. Nessas condições, providenciar suplementação alimentar passa a se constituir em prioridade terapêutica absoluta para as equipes (as situações descritas acima foram muito recentemente vividas pelas equipes que atuaram no Toototobi— 10/11 a 07/12/90 e no Auaris— 15/03 a 15/04/91. Em ambas foi necessário solicitar da CCPY o envio urgente de gêneros alimentícios para as respectivas áreas, medida indispensável para garantir a continuidade dos trabalhos).

## Equipamentos e Medicamentos

A prática tem mostrado que a totalidade dos equipamentos, e boa parte dos medicamentos, utilizados pelas equipes em campo tem sido adquirida fora do Estado de Roraima. Por força de fatores diversos, mesmo o mercado de medicamentos básicos é bastante instável e desorganizado naquele Estado. Várias solicitações urgentes de remessa de medicamentos não encontrados naquela praça têm frequentemente chegado à CCPY em São Paulo (por vezes provenientes da própria FUNASA de Boa Vista).

Vale notar que no período abrangido por este relatório dentre as demais aquisições de rotina da CCPY, em termos de equipamento, constam:

- 3 bicicletas
- microscópios
- barco
- motor de popa
- sistema de energia solar
- sistema de bombeamento d'água
- sistema fotovoltaico para refrigeração, iluminação e radiocomunicação
- roçadeira

De modo geral, a atuação da CCPY, apesar de todas as dificuldades, tem sido consensualmente apontada como das mais bem organizadas e eficazes, quer do ponto de vista do desempenho das equipes em campo, quer da qualidade da produção, registro e processamento de informações.

Ainda assim, falhas importantes devem ser assinaladas no que concerne, por exemplo, aos dados das vacinações realizadas nesse período (critérios variáveis na definição das faixas etárias da população-alvo). O processo de redação dos relatórios de viagem continua sendo relativamente lento, sobretudo em função das dificuldades na organização das informações colhidas em campo: nas regiões mais povoadas, onde várias aldeias são atendidas simultaneamente em curto espaço de tempo, o manuseio do fichário individual torna-se praticamente impossível; o registro das identificações, diagnósticos e procedimentos acaba sendo realizado em precários cadernos de campo, que embora mais ágeis, evidentemente absorvem as informações de modo muito menos ordenado.

## 2. Abrangência e Cobertura das Ações

Como ainda não há dados disponíveis e/ou confiáveis acerca das ações empreendidas no território Yanomami como um todo durante o período em questão, indicamos apenas os relativos à participação da CCPY (Anexo 2).

Sendo a malária o mais importante agravo à saúde Yanomami na atualidade, e como há ainda grande heterogeneidade na notação dos dados relativos às demais patologias, optamos por elegê-la como parâmetro de avaliação do estado de saúde geral das populações atendidas.

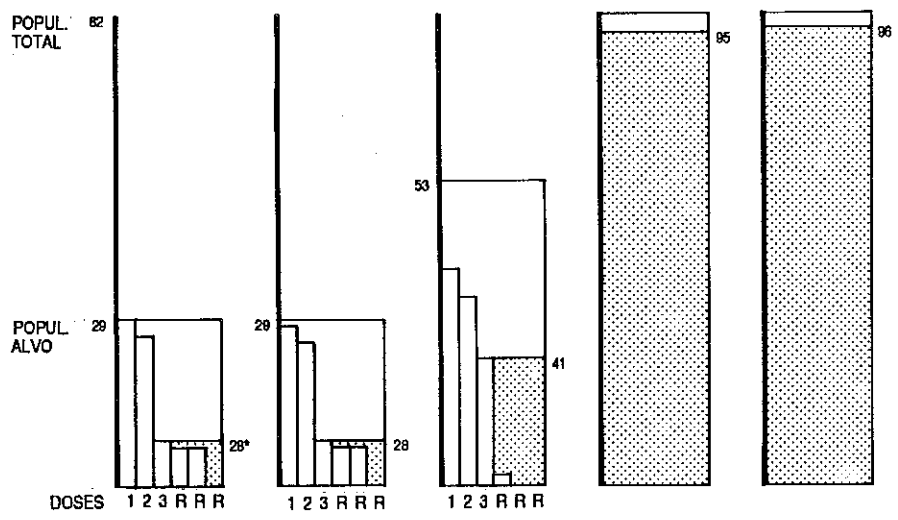
20

Além das atividades de atendimento quantificadas no anexo 5, cumpre ressaltar que no período janeiro/90 a junho/91 a comunidade do Demini foi coberta por duas sucessivas operações de vacinação básica (DPT, Sabin, anti-sarampo, BCG, TTT) para população suscetível (viagens de 27/04-04/05/90, 02/11-09/11/90). Com a fixação de profissional de saúde na região, a cujo encargo ficará a complementação vacinal da população-alvo (facilmente exequível a partir do momento em que esteja concluída a instalação de cadeia de frio no local), pode-se considerar que os atuais índices de cobertura vacinal daquela aldeia facilmente atingirão a cifra de 100%.



**DEMUNI  
QUADRO DE VACINAÇÃO  
NOVEMBRO DE 1990**

SABIN                  DPT                  ANTI-TETÂNICA                  VAS                  BCG



\* População Vacinada em %

**Observação:** Como pode ser visto no quadro acima, uma atenção especial deverá ser dada à cobertura com Sabin, DPT e Anatóxi-Tetânica.

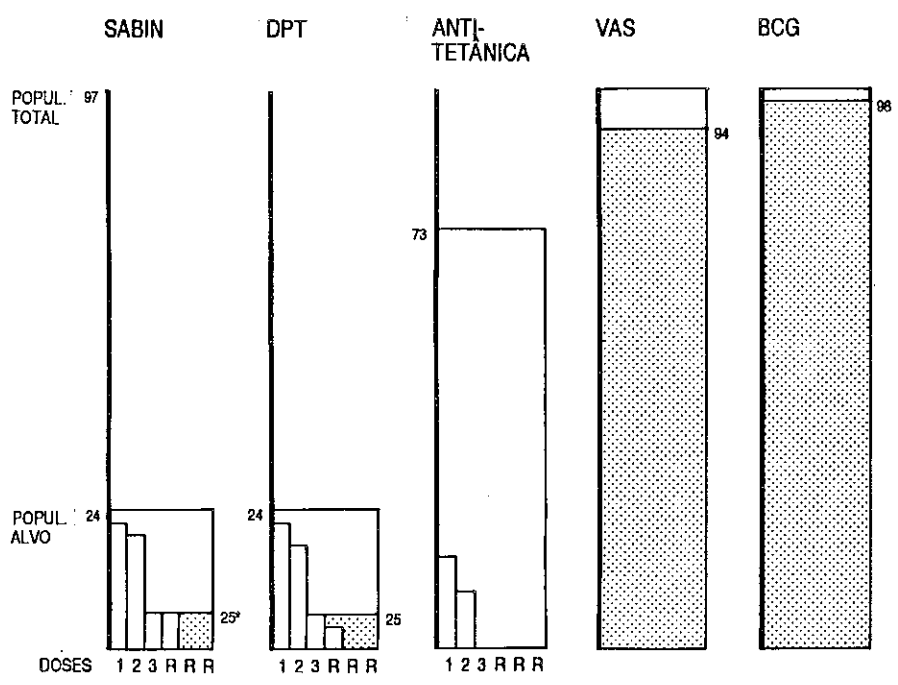


Também o Toototobi foi coberto por duas operações de vacinação a cargo das equipes do Projeto Demini (viagens de 05/05-20/05/90, 10/11-07/12/90). Como se trata de região de grande concentração de aldeias (muitas das quais distantes e pouco conhecidas), omitiremos os dados disponíveis acerca de suas respectivas coberturas vacinais, por considerá-los ainda provisórios.

A cobertura vacinal atual do Aracá igualmente contabiliza duas operações de vacinação no período (viagens de 20/05-31/05/90, 08/12-18/12/90).

**ARACÁ**  
**QUADRO DE VACINAÇÃO**  
NOVEMBRO DE 1990

22



\* População Vacinada em %

**Observação:** Não foi considerada a vacinação feita pelos missionários em agosto de 1990 (4 doses de Sabin; 4 doses de DPT; 1 dose de Anatóxi-Tetânica; 1 de VAS). Eles observaram que pode ter havido ruptura na cadeia de frio.

## VI

# SAÚDE YANOMAMI UMA DISCUSSÃO

## 1. Determinantes

**P**or se constituir no problema biológico, social, cultural e ecológico que mais imediata e drasticamente é imposto aos Yanomami, o garimpo é, por princípio, objeto prioritário de quaisquer ações de saúde que pretenda assisti-los. Sua presença não determinou diretamente apenas a mortalidade por confrontos violentos, a dinâmica da introdução e dos surtos de malária, o desaparecimento da caça e da pesca, imediatamente associados, por sua vez, via desnutrição, à disseminação de processos e quadros infecciosos. Mas determinou, também diretamente, os deslocamentos, a ocupação e a redefinição do espaço por parte das comunidades Yanomami.<sup>1</sup>

Este movimento se dá ora na fuga dos focos epidêmicos e de prováveis confrontos armados com garimpeiros, ora na aproximação das pistas e dos barracos, não raro numa tentativa de criação de relações de aliança mais permanentes e eficazes com os garimpeiros para o suprimento de sua carência de alimentos e de medicamentos (quando a retirada para terras melhores já se tornou praticamente inviável).<sup>2</sup>

Esta aproximação ocorre, em grande medida, num processo estrategicamente estimulado pelos empresários do garimpo, como uma maneira de legitimar a presença garimpeira na área.

23

---

1. Fato claramente constatado, por exemplo, nas atividades de reconhecimento aéreo das malocas e visitas de atendimento, realizadas na área de jurisdição do PIN Surucucus, de janeiro a junho de 1990: em pelo menos 14 aldeias localizadas e/ou visitadas, as malocas tinham sido abandonadas e muitas queimadas. Os Yanomami têm se deslocado para tapiris no mato em função, sobretudo, do grande número de mortes por malária (Fonte: Funai/1990). A pressa da fuga explica, em muitos casos, a modificação das habitações Yanomami: com a incorporação do plástico azul legado do garimpo — junto com a malária, as viroses, as afecções respiratórias e de pele, as doenças sexualmente transmissíveis, além das "lingeries" e calções presenteados, por exemplo, pelo empresário de cassiterita, Lauro, proprietário de uma das maiores pistas da região — a precariedade de **xabões** improvisados torna-se mais acentuada.

2. Como no caso das malocas em torno da pista do Lauro e do Jeremias, entre outras ou da inegável atração exercida pelos postos de assistência, como ocorre no Paapiú, Surucucus e na ocupação do "Jeremias" pela equipe Funai-SUCAM.

Esta aproximação ocorre, em grande medida, num processo estrategicamente estimulado pelos empresários do garimpo, como uma maneira de legitimar a presença garimpeira na área.

Diante da perspectiva de total desassistência, essa presença passa a ser reivindicada pelos próprios índios (como no caso do Xidea-pista do Lauro).

A ausência de caça, afugentada pelo barulho das máquinas, e de pesca, pelo revolvimento e poluição dos rios, vem aliar-se ao abandono das roças, fechando o círculo de deterioração social, com o acirramento da dependência do garimpo frente às suas necessidades alimentares<sup>3</sup>, configurando seu grave estado de desnutrição. Além disso, nessas condições de sedentarização rapidamente se instalam, via de regra, a malária, o alcoolismo, a prostituição (troca de alimentos por favores sexuais) e daí a disseminação de doenças sexualmente transmissíveis.

Inviável será, contudo, desconsiderar o próprio garimpo enquanto questão social e sanitária em si mesmo, triste e vertiginosa imagem de uma concepção de progresso que ignora seu custo humano. É certo que à sangria Yanomami soma-se a história de dezenas de milhares de homens que perderam suas raízes, o convívio de suas famílias, dos amigos, seus afetos, seus projetos e não se sabe quantas vidas. Para a grande maioria desses homens a opção do garimpo é uma opção que nega muito objetivamente essa história porque não tem retorno: o braço novo é sempre bem-vindo e mesmo custeado pelos empresários do garimpo; sua saída de lá depende exclusivamente da sorte do ouro e de sua sobrevivência. Os maranhenses, cearenses, mineiros, os alagoanos que ainda hoje se lançam a esta verdadeira hecatombe, já levam consigo para o garimpo um passado de marginalização social e total falta de perspectivas.

O garimpo é a determinante fundamental da calamidade Yanomami porque representa, em si mesmo, uma calamidade. E se quaisquer soluções vislumbráveis para a saúde Yanomami supõem, em primeira instância, a desintrusão e recuperação imediata dos danos causados ao seu território, elas também supõem e exigem a criação de condições e perspectivas concretas de vida para os próprios garimpeiros: precisam estar respaldadas por uma política social de alcance, por uma política para a Amazônia que

---

3. Por ocasião da elaboração do Inquérito Sanitário Yanomami, durante visita da respectiva equipe à pista do Lauro, em 22/08/90, os Yanomami ali aglomerados, quando certificados por agentes da Polícia Federal da iminente expulsão definitiva dos garimpeiros da área, mostravam-se ainda mais inquietos quanto à sua sorte, de vez que profundamente incrédulos quanto à obtenção de qualquer assistência por parte da Funai; dos garimpeiros estariam, ao menos, recebendo alimentos (quase que exclusivamente carboidratos — bolachas, arroz, farinha), medicamentos,... "lingerie" e calções. Com efeito, hoje a pista do Lauro é o principal pólo indutor de migrações Yanomami, no sentido PIN Surucucus, na região do Morro do Xidea.

identifique, reconheça e garanta as diversidades geográficas, econômicas, sociais e culturais que povoam esse universo.

## 2. Situação Atual

Em função do quadro geral de baixa cobertura, deficiências e descontinuidade nas ações desenvolvidas no período, pode-se dizer que a situação de saúde na área Yanomami como um todo praticamente não se alterou em relação à que se configurava no início do PEASY em 1990.

Se a média dos índices de morbidade por malária (que adotamos aqui como indicador preferencial, já que se trata do mais importante agravo à saúde Yanomami no momento) registrada durante o PEASY girava em torno de 20%, com configurações heterogêneas para as diversas aldeias e em alguns casos o índice atingindo 91%, hoje a situação não é muito diferente.

A região do Toototobi, por exemplo, que recebeu a visita de uma equipe de saúde em maio/90 (continuação do plano emergencial), apresentou média de 19,51% de morbidade para malária (com configurações igualmente heterogêneas para cada aldeia) em nov/dez/90, por ocasião já da primeira visita da equipe de saúde do Projeto Demini.

Situações bem mais graves, em relação a morbidade por malária, certamente serão registradas em regiões que não receberam visitas de equipes médicas desde então:

25

— em janeiro/91, um ano após o início do PEASY, a comunidade do Homoxi (localizada na região de Surucucus, altamente exposta à atividade garimpeira), ainda apresentava um índice de 50,76%. Dados preliminares da FUNASA, consolidados em 25/05/91, sugerem uma taxa de morbidade atual já mais próxima dos 20% (17,04%).

— em janeiro/90 (PEASY) as 4 aldeias do Paapiú (região de Surucucus) apresentavam uma morbidade média de cerca de 62%; dados preliminares da FUNASA, consolidados em 27/05/91, após longo período de abandono do posto pela Funai (de 13/12/90 a 11/05/91, quando da chegada da equipe de saúde do PSY), indicam morbidade atual por malária já em torno de 40%. Apesar das ações da Operação Selva Livre, volta a ser registrado intenso movimento de aeronaves e atividade garimpeira nas imediações do posto.

— em abril/91, cerca de 160 Yanomami, em grande parte procedentes da comunidade Karimani, procuraram tratamento para malária na missão de Auaris (o que significa que pelo menos 40% da população estimada na região está afetada pela doença). Apesar de relativamente distante do garimpo, o Karimani, como o Toototobi, localiza-se em região de freqüentes migrações de grupos provenientes de outras áreas. Nestes casos, a trans-

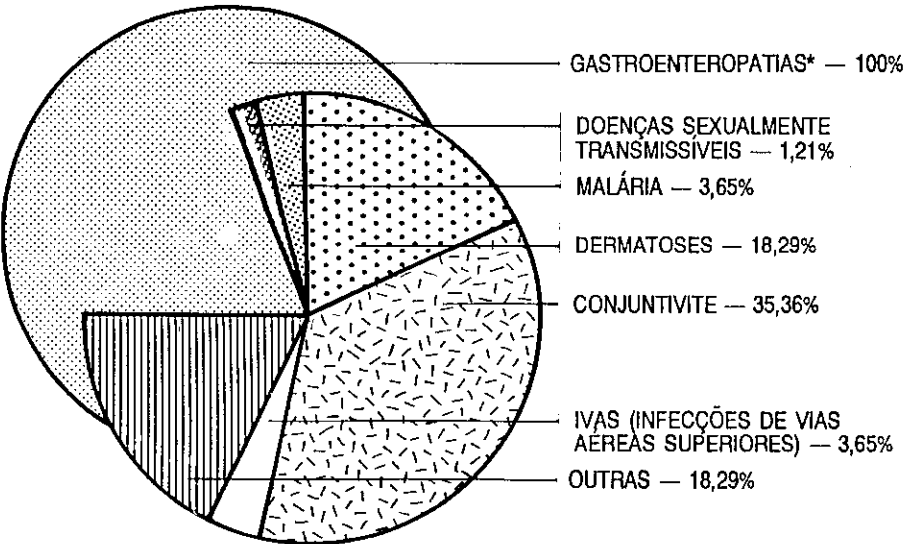
missão da malária ocorre basicamente pelo processo de visitação dos índios entre si e destes para os garimpos.

— em contrapartida, já na comunidade do Demini, por ser também relativamente preservada do garimpo e por ter estado sistematicamente coberta pela atuação das equipes de saúde de seu próprio projeto, desde janeiro/90, apesar das visitas, a situação se inverte: de 15% em nov/90 caiu para 2,42% em fev/91, mantendo um índice em torno de 3% desde então (cerca de dois indivíduos acometidos e tratados mensalmente entre a população total).



**WATORIKTHERI (PIN-DEMINI)**  
**MORBIDADE**  
25 DE ABRIL / 31 DE MAIO DE 1991

26



\* Durante este período, 100% da população recebeu algum tipo de tratamento para "Gastroenteropatias" (desde Gastroenterocolites até enteroparasitoses) incluso um total de 75 tratamentos para verminose

## VII

# CONTINUIDADE DOS TRABALHOS: PROPOSTAS

**A** experiência demonstra que a consolidação e ampliação dos trabalhos do PSY devem continuar a ser objeto da atenção e das pressões exercidas sobre o governo brasileiro, ao menos enquanto o Programa não adquirir autonomia administrativa e orçamentária, e enquanto não estiverem consolidadas as instâncias através das quais a sociedade civil participe diretamente na avaliação, tanto das ações desenvolvidas quanto da aplicação dos recursos a ela destinados.

É também a experiência que demonstra que, pelo menos enquanto essas condições não estiverem preenchidas, seria imprudente da parte da CCPY supor que poderia dirigir seus esforços unicamente às áreas por cuja assistência inicialmente se responsabilizara durante a “Oficina de Manaus”.

Noutras palavras, a CCPY ainda não pode prescindir de prever em seus orçamentos a necessidade de eventuais intervenções em outras áreas, além da chamada “área 15”, sob o risco de ter de se omitir diante de situações quase sempre catastróficas para os Yanomami.

27

Com relação aos trabalhos na **área 15**, foram estabelecidas as seguintes metas para o período ora em andamento:

1. Manutenção do cronograma de visitas regulares, de equipes de saúde completas ao Demini (médico, enfermeiro, laboratorista).
2. Manutenção de ao menos um profissional de saúde em caráter permanente no Demini (há dois lotados para a área 15 desde março).
3. Melhoria e ampliação das instalações no Demini:
  - construção de dispensário próprio do Projeto, com capacidade para comportar uma pequena enfermaria, um laboratório básico para diagnóstico de malária e dois banheiros com água corrente, um cômodo destinado ao pessoal de saúde, um cômodo para eventuais pernoites de famílias dos Yanomami que necessitarem de tratamento mais complexo no local, ou que estiverem aguardando remoção por transporte aéreo.
  - instalação de laboratório básico completo para diagnóstico de malária.
  - instalação de cadeia de frio (já efetuada).
4. Elaboração de plano de atividades de “educação em saúde” para o Demini (v. propostas indicadas no “relatório de atividades — período nov/dez 1990”).

5. Consolidação e ampliação dos trabalhos iniciados na região do Toototobi:  
— manutenção do cronograma de viagens regulares ( a cada 2 meses)  
de equipes de saúde completas para a mesma região.

— aquisição de um barco e dois motores de popa (um motor sobressalente, dadas as previsíveis avarias e/ou manutenções), para o transporte das equipes de saúde na região. (Aquisição do barco e 1 motor já concluída).

— levantamento inicial da situação de certas aldeias ( até o momento completamente desconhecidas) localizadas nas regiões das cabeceiras dos rios Balaú e Taraú (alto Demini).

— planejamento, definição de prioridades e elaboração de cronograma das ações a serem empreendidas na região do alto Demini.

— planejamento de programa inicial de atividades de “educação em saúde” (v. proposta preliminar no “relatório de atividades — período nov/dez 1990”).

6. Consolidação e ampliação dos trabalhos iniciados na região do Aracá (definição e execução de cronograma de viagens regulares de equipes de saúde à área).

7. Definição de estratégias iniciais e planejamento de programa de ação a ser executado na região do Ajuricaba.

— sugerir e apoiar (inclusive com alimentos) os Yanomami na iniciativa de construção de uma pista de pouso para a região ( cujo acesso por rio é bastante difícil).

8. Implantação de modelo simplificado de ficha de atendimento, de maneira a facilitar tanto a coleta de informações em campo quanto sua transferência posterior para o fichário geral (banco de dados) em Boa Vista.

9. Informatização do banco de dados da CCPY, de modo a manter permanentemente atualizadas e organizadas as informações procedentes da área. Propõe-se, para tanto, a aquisição de dois micro-computadores (um já adquirido) que seriam interligados via “modem”, de tal maneira que se torne instantânea a transmissão de dados e informações a partir do centro “gerador” (CCPY de Boa Vista, encarregada de coletar e transmitir as informações logo que trazidas de campo pelas equipes). Faz-se também necessária a contratação de um profissional que seria encarregado da operacionalização permanente deste banco de dados, além da organização e administração constante do “almoxarifado” de medicamentos e equipamentos diversos da CCPY em Boa Vista.



---

**S A Ú D E B U C A L**

---

**ÁREA 15 (PROJETO DEMINI)**

---

29

**JANEIRO/DEZEMBRO DE 1990**

---



**P**assado um ano do início do Projeto Demini, cumpre realizar uma avaliação do que foi o trabalho em campo, visando aumentar o raio de ação deste projeto junto aos Yanomami e às equipes permanentes em campo.

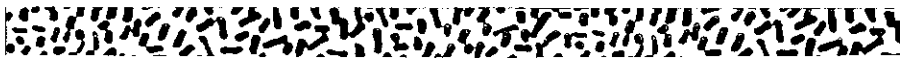
No assunto específico aqui enfocado, saúde bucal, há contextos diferentes na área do Projeto (Demini, Catrimani, Ajuricaba, Toototobi e Aracá) que precisam ser reavaliados para se obter maior eficácia.

O início das atividades do Projeto deu-se em janeiro de 1990, na região do Demini. No período entre o ano de 1987 e 1990 não houve qualquer tipo de atenção odontológica preventiva e curativa na área Yanomami.

Davi Kopenawa, liderança Yanomami do Demini, quando concebeu este projeto sabia da importância de um trabalho de prevenção dos dentes e de que isso é possível de ser realizado em campo, pois no período de 1985 a 1987 houve este tipo de assistência por parte da CCPY (convênio CCPY-Funai).

A situação de saúde encontrada entre os Yanomami em 1990 é bem diferente da de 1987. A explosão da malária em toda a área, devido à invasão do território Yanomami por garimpeiros, trouxe consequências também à saúde dentária.

Só no Demini, em apenas 3 anos os Watoriktheri tiveram um aumento de 50% no número de cáries.



## VIII

# PLANEJAMENTO DE SAÚDE

**N**as primeiras viagens à área do Projeto Demini, foi feito o levantamento do Índice de dentes atacados por cárie, o Índice CPO (Cariados, Perdidos, Obturados).

Em geral, foi realizado levantamento abrangendo 90% da população. Somente na região do Toototobi esse levantamento deixou de ser realizado em todas as malocas, devido à grande extensão da área. Há um levantamento do grupo próximo à Missão (Antonio) e do grupo distante 2 horas a pé (grupo do Plínio).

O grande número de dentes cariados e condenados à extração nas faixas etárias mais jovens levou à realização de um planejamento de saúde com prioridade às crianças e jovens, com a meta de que daqui a 5 anos estes jovens, então adultos, permaneçam com seus dentes saudáveis e com um mínimo de perda dentária.

Apesar de o Índice CPO ser uma média, pode-se comparar as áreas e verificar a diferença da situação de saúde bucal (ver páginas 33, 34 e 35).

31

Este levantamento deverá ser repetido no próximo ano para que se possa ter uma visão da prevalência de cárie após o início do projeto.

Somente na região do Demini pode ser feita uma comparação de dados de 1987 e 1990, pois havia sido realizado levantamento em 1987 por ocasião do trabalho anterior da CCPY. Nas regiões de Toototobi, Aracá e Catrimani este levantamento ocorreu durante as viagens realizadas em 1990.

Os tópicos seguidos no planejamento foram:

### 1. Prevenção com Flúor

A ser realizada de forma sistemática pela equipe de saúde residente em área, sob supervisão do dentista.

O objetivo inicial é treinar um auxiliar de enfermagem residente na área para aplicação tópica de flúor gel. Esta aplicação será realizada 2 vezes por ano na faixa etária de 2 a 14 anos.

Bochecho com flúor (fluoreto de sódio, 0,2%) quinzenalmente na faixa etária de 6 a 14 anos.

O objetivo a médio prazo é que em cada grupo um Yanomami seja responsável pela realização do tratamento preventivo.

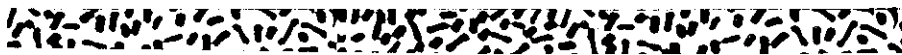


## **2. Tratamento Precoce da Cárie Dental**

Em cada visita do dentista, de acordo com o tempo disponível, deverá ser realizado tratamento completo nas crianças de 6 a 14 anos, priorizando-se a dentição permanente. Com o tempo, passa-se a realizar tratamento de manutenção e tratamento inicial nos mais jovens (sistema incremental).

## **3. Tratamento Emergencial nos Adultos**

Deve-se atender nos adultos a queixa principal, quer seja com restauração ou com exodontia.



# IX

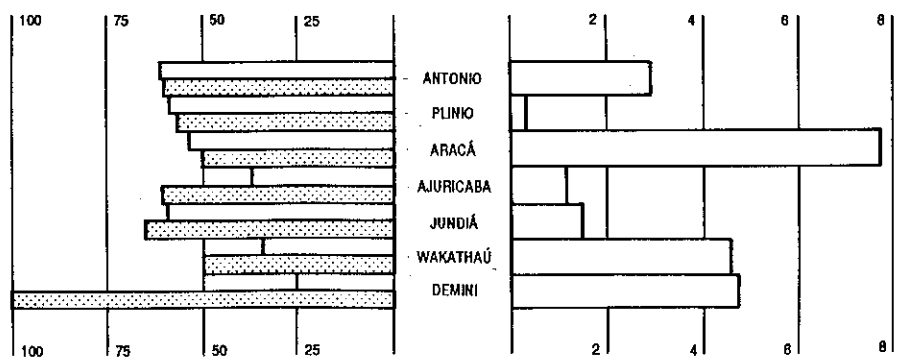
## DADOS COMPARATIVOS DO ÍNDICE CPO MÉDIO



1. COMUNIDADES TOOTOTOBÍ, ARACÁ, AJURICABA, JUNDIÁ, WAKATHAÚ, DEMINI  
 TOTAL DE INDIVÍDUOS EXAMINADOS — CPO MÉDIO  
 1990

Total de Indivíduos Examinados  
 Porcentagem da População Examinada

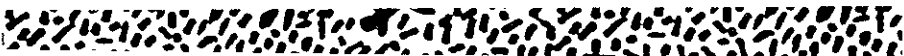
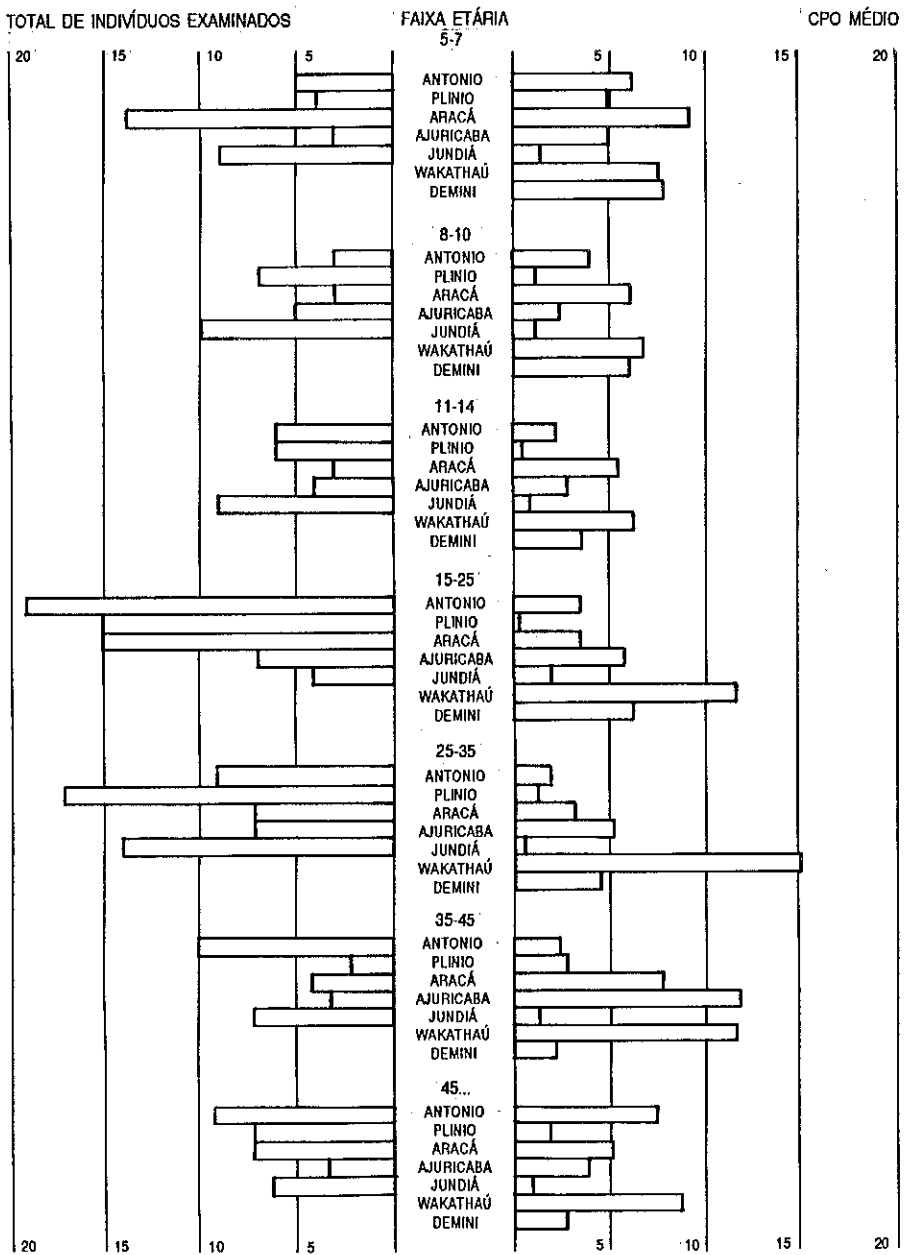
CPO MÉDIO  
 (CPO: Dentes Cariados, Perdidos, Obturados)





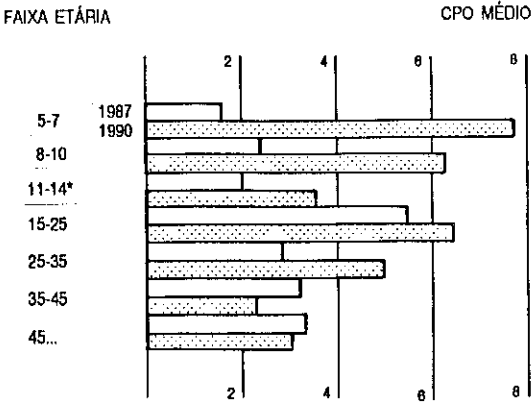
2. COMUNIDADES TOQTOTOBÍ, ARACÁ, AJURICABA, JUNDIÁ, WAKATHAÚ, DEMINI

TOTAL DE INDIVÍDUOS EXAMINADOS — CPO MÉDIO POR FAIXA ETÁRIA 1990

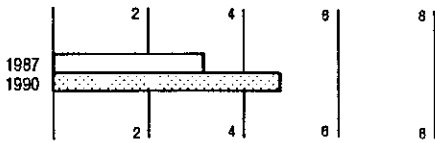




### 3. COMUNIDADE WATORIKÉ-PIN DEMINI CPO MÉDIO POR FAIXA ETÁRIA 1987/ 1990



\* Em 1987 os indivíduos da faixa etária 11-14 não existiam devido à epidemia de sarampo.



Total de indivíduos examinados: 100% da população

Como se pode observar pelos dados obtidos, os maiores índices de cárie foram encontrados entre os Yanomami do Aracá e do Demini e entre os Yanomami residentes próximo à Missão Catrimani. Os Yanomami do Jundiá (Catrimani) e do Plínio (Toototobi) apresentaram ótimos níveis de saúde bucal. Ambos residem distante das Missões. No grupo do Antonio, residente ao lado da Missão, em Toototobi, o nível encontrado foi regular.

É imperioso ressaltar o elevadíssimo grau de deterioração da dentição decídua. Mesmo nos grupos do Toototobi o índice de dentes de leite atacados é alto. É comum encontrarem-se crianças de 2, 3 anos com os dentes totalmente destruídos, em toda a área do Projeto. Além das hipóteses conhecidas para o aumento da cárie (dieta, hipermedicação, queda do nível de saúde geral) seria importante uma pesquisa para se saber o porquê desta reação do dente decíduo frente ao agente agressor.





## X

## TRABALHO EM CAMPO

**D**e acordo com o resultado do índice de cárie, foram estabelecidas as prioridades do deslocamento em campo. A integração entre pessoal residente na área e profissional de saúde também acabou interferindo na meta proposta.

Para que a assistência preventiva e curativa tenha êxito é necessário um entrosamento entre ambas as partes. No caso das áreas sob influência da Missão Novas Tribos, este entrosamento não existiu, comprometendo seriamente o sucesso de qualquer proposta de trabalho com continuidade.

Além de não se interessarem pela responsabilidade de execução da prevenção com flúor, os missionários do Toototobi e Aracá pagam os serviços de pequenos Yanomami com balas e chicletes.

Apesar do interesse demonstrado pelos Yanomami, os missionários residem na área, ao contrário da equipe de saúde, que apenas a visitam, ainda que com regularidade. Fica muito difícil para um Yanomami levar em frente uma proposta diferente de saúde com o missionário destruindo cotidianamente a validade deste trabalho.

36

Assim, o enfoque de atendimento e meta para estas regiões deve ser repensado. Na região do Demini, no ano de 1990, houve bons avanços. Com a presença, a partir do início de 1991, de uma auxiliar de enfermagem ligada ao Projeto Demini, a expectativa em relação à prevenção é maior.

A auxiliar de enfermagem da Funai não se interessou em executar a ação preventiva. Durante viagem dentro do Programa de Saúde Bucal, em 11/90, o Yanomami Raimundo demonstrou interesse em aprender e foi-lhe ensinada a técnica de aplicação de flúor gel, que executou com sucesso. Como é um trabalho que exige sistemática e continuidade, é importante a supervisão da auxiliar.

Em relação ao atendimento restaurador na faixa de 6-14 anos, não tem sido tarefa fácil. A grande procura no início, quer de adultos ou de crianças, deve-se à busca de solução para um problema imediato. Passado este primeiro momento, a segunda fase, ou seja, a restauração dos dentes sem sintomatologia dolorosa, torna-se difícil. As crianças não vêm, os pais sorriem quando são chamadas, e torna-se necessário ir atrás.

Na Missão Católica do Catrimani o entrosamento entre equipe de campo-profissional tem se mostrado bom.



Em viagem realizada em junho/90 foi feita uma reunião, onde foram apresentados os tópicos do planejamento de saúde do Projeto e colocada a necessidade de um apoio efetivo do pessoal de campo em relação à saúde bucal. Desde então a enfermeira da Missão realiza o atendimento preventivo sistematicamente.

O atendimento restaurador também encontra boa cooperação por parte dos missionários. Conseguiu-se realizar tratamento completo (TC) em bom número de crianças do Wakathautheri e Rotiptheri. Na última visita já havia sido iniciado o tratamento nas crianças do Opiktheri.

Em 11/90, três Yanomami ficaram encarregados da aplicação de flúor nos grupos do Jundiá e Opiktheri, sob supervisão da enfermeira.



**COMUNIDADES DEMINI, CATRIMANI, ARACÁ, TOOTOTOBÍ**  
**TOTAL DE ATENDIMENTOS CLÍNICOS**  
1990

EXODONTIAS	222			333	TOTAL DE INDIVÍDUOS EXAMINADOS
RESTAURAÇÕES	AMÁLGAMA 157	26	IRM 52	235	
APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR GEL	150	RESINA			



## XI

# CONCLUSÃO

**A** avaliação do Programa de Saúde Bucal é positiva para este primeiro ano do Projeto. O atendimento odontológico adquiriu metas e prioridades que, a despeito das dificuldades inerentes ao trabalho em campo, têm sido cumpridas.

Espera-se uma maior divisão de responsabilidades no tratamento preventivo, que é um trabalho importante, preservador, que qualquer pessoa que conviva com os Yanomami deveria realizar sistematicamente.

Sobretudo, é importante incentivar os Yanomami que se interessam por executar este trabalho.



---

# **UM CASO ESPECÍFICO:**

---

# **COMUNIDADE DO PAULINO**

---

39

**VER MAPA DA PÁGINA 15**

## XII

# GARIMPO E MALÁRIA NA ÁREA DO ALTO TOOTOTOBÍ (AM): O PONTO DE VISTA YANOMAMI

Depoimento de Paulino Yanomami em 19 de abril de 1991

Registro e Tradução: Bruce Albert

40

**O**s garimpeiros (karipiribé) me dão muita preocupação, por isso vocês têm que falar (para as autoridades brancas, NdT). Se o meu filho morrer vou ficar muito zangado <sup>1</sup>, vocês devem falar mesmo! Quando vocês falarem aí vou ficar feliz. Eu quero ficar feliz, mas estou muito preocupado. Vocês brancos, os chefes de vocês, o pessoal da Funai, vocês todos devem falar, rápido! Vocês têm que mandar os garimpeiros embora rápido, porque eles estão alastrando aqui uma xawara (epidemia) muito brava. Os garimpeiros são muito ruins. Estou inquieto. Onde não tem, não tem xawara. Eles são muito ruins. Não estamos morrendo ainda, mas estamos doentes o tempo todo <sup>2</sup>. Estou pensando direito no que acontece aqui e fiquei muito preocupado.

Vocês devem realmente falar para mandarem os garimpeiros embora: chamem eles de volta, depressa! Quando vocês fizerem isso, estarei feliz. Também com as coisas que eles dão de presente (matihibê) estou preocupado. Eu falo para os outros Yanomami não pegarem. Eu, mais que todos, não gosto dos garimpeiros porque o rio está sujo (o Toototobi, NdT), este rio cujas águas vão até Manaus <sup>3</sup>. Estou inquieto, falem isso. Vocês devem falar, os missionários (mirikanobê) devem falar também, vocês todos devem falar, é assim que eu penso, estou muito impaciente com isso. Vocês são verdadeiros brancos <sup>4</sup>. Vocês devem fazer ir embora os garimpeiros. É

1. O garoto (10 anos) estava, durante nossa visita em abril, com duas cruzes de *P. Vivax*, esplenomegalia acentuada e uma forte anemia. Um outro filho de Paulino, adolescente, apresentava também malárias recorrentes há meses (e uma cruz de *Vivax* em abril 91).
2. Notamos que 43.2% dos membros do grupo de Paulino estavam infestados por *P. Vivax*.
3. O Toototobi desemboca no Demini, que é um afluente do Baixo Rio Negro, que desemboca perto de Manaus.
4. Os brancos "amigos" são equacionados aos brancos criados a partir do sangue indígena, conforme é relatado na mitologia Yanomami (mito de Remori); os garimpeiros, ou pelo menos muitos traços de seu comportamento (violência, trabalho na lama), são frequentemente associados aos espíritos maléficos (yáí thêbê).

*assim que eu penso. Tirem eles depressa enquanto não estamos mortos. Vocês devem falar rápido! Estou muito preocupado.*

*As nossas crianças estão doentes o tempo inteiro. Façam fugir os garimpeiros, depressa! Eles são muito ruins. Eu não penso que eles são brancos (ver nota 4), estou verdadeiramente inquieto com eles. Eles estão nos fazendo morrer. Eu quero proteger esta floresta, eu não quero que eles trabalhem ouro aqui. Estou morando aqui há muito tempo e não quero que eles acabem com esta mata: eles estão destruindo antigas roças onde morei (no alto Toototobi, NdT). Estou revoltado, estou impaciente. Vocês devem falar rápido. Todos vocês têm que falar. Estou preocupado, vocês devem chamar os garimpeiros de volta antes que meu filho, antes que nossas crianças morram. Os chefes de vocês têm que falar, falar de verdade. Af estarei feliz, "muito bom!", é isso que estarei pensando. É assim que eu falo. Eu quero proteger este rio que vai até Manaus, mas os garimpeiros não escutam o que eu digo. Eles não prestam nenhuma atenção.*

*"Aqui não tem chefes, você está sozinho para falar, não vamos parar de trabalhar, tem muito ouro, outros nos indicaram este lugar, vamos continuar trabalhando aqui!" É assim que eles falam. Estou preocupado. Vocês devem mandar eles embora depressa, vocês e a Funai, vocês devem falar junto.*

*Quando vocês vêm nos visitar com remédios estou feliz. Quando as crianças ficam boas estou muito feliz, portanto vocês devem continuar a vir, não devem parar de vir aqui enquanto não estamos mortos. No passado muitos de nós já morreram (de epidemia, NdT) <sup>5</sup>, outros brancos foram maus com eles. Todos nossos anciãos já morreram assim. Eu não quero morrer como eles, de xawara, não quero esta doença, a malária, não quero mesmo! Vocês devem falar depressa, estou muito inquieto. (.....)*

41

*Não vivo mais tranquilo, estou sempre preocupado. Eu não chamei os garimpeiros aqui. Eu não gosto deles, de jeito nenhum, porque eu estou inquieto. O rio está muito sujo. Vocês devem mandar eles embora rápido. Eu gosto de comer peixe, mas os peixes estão doentes também. Muitos peixes grandes já morreram. Os peixes elétricos morreram. O peixe grande também (pirarucu? NdT). Os peixes que sobram estão muito ruins para comer, a carne está cheia de sangue. Deve ser a xawara que faz isto. Nós também não conseguimos ficar bons desta malária. Todos nós ficamos doentes e onde não tem remédios outros Yanomami estão perto de morrer. Estou muito preocupado. (.....) Chamem de volta os garimpeiros depressa. Eles fazem coisas muito ruins aqui. Eles destroem a nossa floresta, estou muito inquieto. (.....)*

---

5. A maior parte da população do Toototobi foi dizimada por uma epidemia (sarampo?) no fim dos anos cinquenta.

Os garimpeiros estão aumentando de novo, estou preocupado e impaciente com isso. Eles são muito ruins, é isto que eu penso. Eles pedem também nossas crianças, isto é ruim. “Eu não vou dar os meus filhos para vocês!”, é isto que eu penso. Eu já fui no garimpo, eles falaram mentiras para mim: “Vou te dar cartuchos e assim vou continuar a trabalhar o ouro aqui!”. Foi assim que eles mentiram. Mas não deram nada, nem espingarda, nem cartuchos. “Vocês destroem a minha floresta e nem são generosos comigo!”, é isso que eu falei para eles. Mas eles só responderam: “mais tarde! mais tarde!”. Mas quando a minha gente está morrendo não quero os presentes deles. Estão todos contaminados com xawara, com malária. Os mosquitos estão também aumentando muito, isso é ruim. Estou preocupado. Nesse momento os garimpeiros estão aumentando de novo. Vocês devem realmente falar, falar duro para chamar eles de volta. Vocês devem falar para todos os chefes deles, sem mentira. Eles diminuíram um pouco um tempo mas agora estão aumentando de novo. Eu quero estar feliz. Enquanto não estamos mortos, chamem os garimpeiros de volta. É isso que eu penso. (.....)

42

Quando vocês dão remédios nós ficamos bons, mas depois vamos ficar doentes de novo, porque os garimpeiros pensam assim: “mais tarde vamos acabar com os Yanomami e vamos poder trabalhar ouro nas suas malocas esvaziadas!” Por isso estou muito inquieto. Vocês devem falar depressa, a Funai também, os seus chefes devem fazer discurso (hereamu) para chamar de volta os garimpeiros. Vocês devem impedir que seus aviões levanten vôo para que eles não aumentem aqui. Vocês não devem dar comida para eles. Se vocês não deixarem eles levar comida eles vão ter medo da fome e não virão mais. É isto que eu penso. Quando se deixa levar comida os garimpeiros trabalham, de barriga cheia eles tiram muito ouro.

Eles estão recomeçando a tirar ouro no mesmo lugar: “Nós vamos trabalhar aqui de novo. Depois que nos juntarmos e nosso chefe voltar, quando estas macaxeiras estiverem crescidas<sup>6</sup>, voltaremos a trabalhar aqui!” Foi assim que eles falaram. Eu falei também: “Parem de vir aqui! Deixem o rio limpar!” Mas não me ouviram e responderam: “Os chefes não falam assim, você está falando sozinho, por isso não vamos obedecer!” Por isso estou preocupado, muito preocupado. Não consigo mais dormir direito, de jeito nenhum. Assim, façam voltar esses garimpeiros logo. Vocês todos devem falar isso, agora mesmo. Quando a Polícia<sup>7</sup> (borusia) chegar vocês devem falar também com eles. Eu pensarei então: “É isso aí!” E ficarei feliz.

Quando estiver feliz, aí poderei trabalhar na minha roça como eu quero. Quando a gente está doente não quer trabalhar, dá pena trabalhar neste

6. Aparentemente os garimpeiros até plantaram roça para assegurar a sua permanência na área indígena.

7. A Polícia Federal encarregada da retirada dos garimpeiros (“Operação Selva Livre”).

estado. Enquanto os garimpeiros quiserem acabar com a gente, não quero trabalhar. Eu estou zangado. Quando eles sumirem, aí vou ficar feliz e trabalhar direito.

Quase fui para flechar os garimpeiros, mas não tenho espingarda. Pensei em ir, só de raiva. Mas estou com medo das coisas que eles têm para nos queimar todos<sup>8</sup>. Eu sou um Yanomami, não tenho coisas tão ruins quanto eles têm. Não tenho nada para fazer eles morrerem também. Estou preocupado, e muito. Chamem eles de volta logo! Eles só têm medo da Polícia (ver nota 7). Eu disse uma vez para eles: "A Polícia vai queimar os seus barracões!" Vocês devem falar, falar para a Polícia, todos vocês, com seus chefes. Botem medo nos garimpeiros, é a única maneira de eles sumirem daqui.

Lá, nas terras altas<sup>9</sup>, os garimpeiros já mataram Yanomami a tiro. Eles são muito ruins. Se eles já mataram Yanomami desse jeito, eu acho que talvez eles possam fazer o mesmo com a gente; eles podem vir atacar a gente. Se vocês falarem rapidamente, eu estarei feliz. Agora estou pensando as coisas direito e por isso eu falo. (.....)

Sim, eu quero ser feliz e que meu filho não morra. Ele já quase morreu, está doente sem parar. Eu estou muito inquieto. Em outras terras não tem xawara (epidemia). Vocês não trazem xawara e assim estou realmente feliz em dar comida para vocês porque eu considero vocês como amigos. Quando é tempo das bananas amadurecerem eu dou para vocês comerem, porque vocês querem nos proteger. Assim ficamos com bons pensamentos, dormimos bem.

Nossos velhos já morreram de xawara e não quero morrer assim agora, eu já sou um dos poucos sobreviventes deste tempo, não tem mais anciãos entre nós. Eu quero morrer direito, essa é que é a verdade. Eu quero morrer de velho, ficando muito magro e seco, lentamente. Eu quero realmente morrer de velho, não quero morrer assim, ainda forte. É assim que eu penso quando fico preocupado. Vocês devem falar isso e quando o fizerem eu ficarei feliz e pensarei: "É mesmo! Eles são realmente nossos amigos!" De fato, vocês são realmente amigos, vocês são oriundos destes antepassados Yanomami que se transformaram em brancos (ver nota 4) e talvez por isso vocês querem proteger a gente, é isso que eu penso. Por isso gosto de vocês e falo dos garimpeiros dizendo: "Por que vocês ainda não os chamaram de volta?"

8. Medo de explosivos que os Yanomami pensam poder ser jogados de avião em suas malocas como retaliação.

9. Região dos Altos Orinoco, Parima e Mucajal (RR) (alusão à matança de Paapiú de agosto de 1987 e a outros crimes dos garimpeiros nesta região desde então, o último datado de março de 1991 — Pista Xiriana — ver O Estado de S. Paulo, 22/3/91).



Já falei uma vez, mas a minha palavra ficou curta demais (não atingiu o seu objetivo, NdT), por isso agora eu falo de novo, só uma vez. Será que a Polícia mentiu (dizendo retirar os garimpeiros, NdT)? Fico me perguntando, ainda que eu goste dos policiais, gosto mesmo. Os garimpeiros têm medo da Polícia. Quando chega o avião deles os garimpeiros se afobam, escondem suas armas no mato e fogem de todos os lados; da até pena de ver. Vocês devem botar medo nesses garimpeiros depressa, só assim ficarei feliz. Ficando feliz eu vou dormir bem, farei a minha roça nova direito, terei gosto em trabalhar. Quando os garimpeiros nos transmitem a malária não quero trabalhar, só fico com raiva. Quando o rio está sujo também fico com raiva.

Agora voltei um pouco por aqui <sup>10</sup>, mas não ficarei se continuar assim. Estou mudando de lugar, vou abrir uma roça nova na beira do Paxotoú. Quando vocês vierem me visitar nesse lugar novo, mandem a Polícia e também venham nos furar os dedos (tirar lâmina para exame de malária, NdT). Ficarei feliz, pensarei: “Assim que tem que ser, ótimo!” Quando os nossos doentes ficam bem, estou feliz. Já todos nossos anciãos morreram de xawara no passado, eu não quero morrer assim também. Estou angustiado com isso. Eu penso: “Como é que eu vou curar dessa malária?”

Falei também com o missionário: “Você tem que falar depressa!” E também: “Vamos junto tocar fora os garimpeiros!” Mas ele respondeu: “Eles vão nos matar!” Então falei: “Dá uma espingarda para mim, matarei eles também para te vingar!” Ele não quis, de jeito nenhum. Eu, sozinho, estou ficando bravo. Se, no final, o meu filho morrer, talvez vou acabar matando garimpeiros, sozinho, depois eu vou sumir na mata fechada, não quero ser queimado depois.

É isso, tá bom?

---

10. Depois de ter ficado muito doente no começo de dezembro de 1990, Paulino, atribuindo sua doença à poluição do rio, abandonou sua maloca e ficou quase 3 meses andando no mato com seu grupo. Ele voltou em abril 1991 para nos encontrar e fazer tratar todos os doentes de sua aldeia. Foi embora em seguida para abrir uma roça nova na beira de um afluente do Toototobi ainda não poluído (Rio Cunha Vilar — Paxotoú em Yanomami).

## XIII

SITUAÇÃO DE SAÚDE  
NA COMUNIDADE DO PAULINO

Abril de 1991

Deise Alves Francisco

**A**té dezembro do ano passado, os membros da comunidade do Paulino moravam nas proximidades do grupo local do Plínio (área do rio Toototobi). Porém, devido à degradação ambiental da região, atualmente estão morando no mato e abrindo uma nova roça no Baixo Rio Cunha Vilar (*Paxotou*), que relatam não estar tão poluído pelo garimpo como o rio Toototobi.

Foi com muita resistência que voltaram à região do Plínio para o atendimento. Foi necessário mandar mensageiros várias vezes até que concordassem em vir, o que acabou acontecendo em 17/04/91. Mesmo assim, quase que a metade foi embora no dia seguinte e a outra metade em 19/04/91.

Estão plenamente conscientes de que a epidemia de malária na região é devida à presença garimpeira no alto Toototobi. Estão bastante revoltados com a poluição do rio e terra que acreditam estar repletos de *xawara* (epidemia), que já causou várias mortes nesta aldeia. Denunciam a contaminação dos peixes, que dizem estar também doentes devido à maior quantidade de sangue em sua carne (mercúrio?), e a destruição da floresta pelos garimpeiros.

Apresentaram a maior taxa de incidência de malária de todas as aldeias examinadas: 43.2%. Em relação a nov/90 o número de casos dobrou, provavelmente devido à ausência completa de atendimento durante os últimos 4 meses. Houve prevalência de infestação por *P. Vivax* (93.7%) sobre *P. Falciparum* (6.3%) com parasitemias variáveis (de +/2 a ++). Os casos de anemia e as taxas de esplenomegalia encontrados também foram bastante elevados, respectivamente 45.9% e 75.6% da população. Foi a comunidade que mais apresentou infestação malárica em crianças abaixo de 10 anos de idade (47% dos casos).

Pediram-nos com bastante insistência que conversássemos com os nossos chefes (autoridades competentes) para que os garimpeiros da região fossem retirados com urgência. Todos se mostravam muito angustiados e inquietos e seu líder afirmou que se mais mortes ocorrerem devido à presença dos garimpeiros na região, podem acabar revidando.



**COMUNIDADE DO PAULINO**  
**DADOS DA MALÁRIA — Nº DE CASOS**  
 1990 — 1991

		POPULAÇÃO ATENDIDA	POPULAÇÃO TOTAL
NOV/DEZ 90	8	37 (97,3%)	38 (100%)
ABRIL 91	18 (43,2%)		
	VIVAX FALC.		
	15 (93,7%) 1 (6,3%)		

---

# A N E X O S

---

1 – PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 316 DE 11 DE ABRIL DE 1991	48	47
2 – PROJETO DE SAÚDE YANOMAMI — CCPY SINOPSE DE ATIVIDADES JANEIRO DE 1990 / MAIO DE 1991	50	
3 – MATRIZ DE RELAÇÕES E FUNÇÕES INTERINSTITUCIONAIS DO PROJETO DE SAÚDE YANOMAMI — NOVEMBRO DE 1990	54	
4 – CRONOGRAMA DE VIAGENS ABRIL DE 1990 / MAIO DE 1991	62	



# 1 PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 316 DE 11 DE ABRIL DE 1991 GABINETE DO MINISTRO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Os Ministros de Estado da Saúde e da Justiça, no uso de suas atribuições e considerando as disposições do Decreto nº 23, de 4 de fevereiro de 1991, resolvem:

**I. Aprovar o PROJETO DE SAÚDE YANOMAMI integrante desta Portaria, compreendendo o conjunto de medidas para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos índios YANOMAMI e MAIONGONG, integrado ao objetivo de reequilíbrio da vida econômica, política e social desses grupos.**

**II. Determinar a integração ao PROJETO das ações e serviços de saúde desenvolvidos pelo Poder Público e pelas organizações civis e religiosas no espaço territorial brasileiro tradicionalmente ocupado pelos índios YANOMAMI e MAIONGONG.**

1º A integração definida respeitará a autonomia administrativa das organizações mencionadas, dentro de um quadro de relações harmônicas, cooperativas e sinérgicas que contribuam para as realizações de todos os objetivos do PROJETO e plena sustentação dos seus princípios doutrinários.

2º As ações e serviços referidos comporão um sistema local de saúde — DISTRITO SANITÁRIO YANOMAMI, sob a administração da Fundação Nacional de Saúde, organizado em rede de atendimento integrado pela UNIDADE MISTA URIHI-YANOMAMI, em Surucucus (suporte técnico-operacional do DISTRITO) e serviços satélites nos pólos e bases das Áreas de Relações Intercomunitárias do PROJETO (apelo assistencial) às demandas e suporte para a vigilância nas aldeias indígenas.

3º A retaguarda de referência da assistência à Saúde, no âmbito do PROJETO, será desenvolvida através da rede de serviços do Sistema Unido de Saúde — SUS.

**III. Integrar de imediato ao PROJETO as instalações, os equipamentos e os recursos humanos da Fundação Nacional do Índio — FUNAI, utilizados, especificamente, na assistência à saúde dos índios YANOMAMI e MAIONGONG.**

Parágrafo Único — A integração do pessoal de saúde obedecerá a forma estabelecida no parágrafo 20, artigo 50, do Decreto nº 23/91.

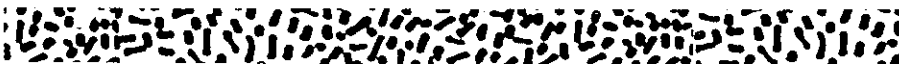
**IV. Estabelecer regime de co-gestão Fundação Nacional de Saúde — FUNAI para a Casa do Índio em Boa Vista (RR), com direção da Fundação Nacional de Saúde.**

**V. Autorizar a direção da Fundação Nacional de Saúde e da FUNAI a executar ou promover, em regime de prioridade, as medidas necessárias à pronta implementação do PROJETO.**

1º À Direção da Fundação Nacional de Saúde incumbe as medidas de operacionalização do PROJETO:

a) organização do PROJETO e designação da equipe de coordenação, da comissão comunitária e da gerência do DISTRITO SANITÁRIO.

b) designação ou credenciamento dos órgãos ou entidades e respectivas equipes de trabalho responsáveis pela operacionalização das atividades do PROJETO.



c) Implantação da Unidade Mista, em Surucucus, e dos serviços dos pólos e bases nas áreas de interrelações comunitárias.

d) estabelecimento dos acordos de cooperação e de prestação de serviços, compreendendo os sistemas de informações, suporte logístico, desenvolvimento de recursos humanos e supervisão, serviços de saúde e relações comunitárias.

e) destaques de recursos do orçamento do Ministério da Saúde, até o limite de Cr\$ 1.000.000.000,00 (um bilhão de cruzelros), para 1991.

f) contratação de pessoal, por tempo determinado, para atender necessidade temporária e excepcional na área YANOMAMI, na forma do parágrafo 20, do artigo 11, da Lei nº 8.029, de 12 de abril de 1990.

2º À Direção da FUNAI, incumbe a proposição de medidas configuradas nos pressupostos do PROJETO:

a) referentes à delimitação e demarcação da área YANOMAMI e criação do Parque Indígena;

b) referentes à revogação das áreas de garimpo no espaço territorial tradicionalmente ocupado pelos índios YANOMAMI e MAIONGONG.

c) desintração dos garimpeiros remanescentes e impedimento do retorno à área.

49

**VI.** Determinar aos dirigentes de órgãos e entidades dos Ministérios da Saúde e da Justiça, em todos os níveis de administração, o apoio às ações do PROJETO em regime de máxima prioridade, destacando-se o suprimento de medicamentos e alimentos, o suporte logístico de transportes e comunicações e a cooperação de recursos humanos.

Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ALCENI GUERRA  
Ministro da Saúde

JARBAS PASSARINHO  
Ministro da Justiça



# 2 PROJETO DE SAÚDE YANOMAMI — CCPY

## SINOPSE DE ATIVIDADES — JANEIRO DE 1990 / MAIO DE 1991

### COBERTURA POR VIAGEM DE TRABALHO E PERFIL EPIDEMIOLÓGICO (MALÁRIA) DAS POPULAÇÕES ATENDIDAS

ÁREA	PERÍODO	ALDEIAS ATENDIDAS/LOCAL DE ATENDIMENTO
REGION	PERIOD	VILLAGES VISITED
PAAPIÚ	17/01 - 15/02/90	Maharuu, Irobrerebe, Herouteri, Wakahusibiu, Teberesikeeamobetheri
	14/06 - 16/07/90	(Imediações Posto FUNAI) (Surroundings of FUNAI Post)
BAIXO MUCAJÁÍ	15/04 - 16/04/90	(Imediações Posto FUNAI) 5 Malocas (Surroundings of FUNAI Post)5 villages
ALTO MUCAJÁÍ	17/04 - 27/04/90	(Imediações Posto FUNAI) 6 Malocas (Surroundings of FUNAI Post)6 villages
SURUCUCUS	19/01 - 29/01/90	Kanautheri, Koremutheri, Mansibiutheri, Xahonxitheri
	01/02 - 15/02/90	Xirimifiktheri, Homoxitheri
	02/02 - 13/02/90	Xirimifiktheri, Fufunabitheri, Fufunauatheri
	05/03 - 30/03/90	Xirimifik, Hakoma, Tisipora, Xideia, Bylisi, Xaronchi, Paapiu + (PIN)
	10/04 - 27/04/90	Xirimifik, Lokotheri, Tisiporatheri, Lokabu-U-theri + (PIN)
	02/05 - 28/05/90	Botomata, Moxaf, Konkala, Loko, Xaronchi, Nabuta, + (PIN)
ÉRICO-WAICÁS	01/02 - 09/02/90	Surubaf 1 e 2, Martins, Sabatoki, Campo Verde
	10/02 - 18/02/90	Estevão, André, Eduardo, Sebastião

50

NOTA: Os dados relativos à assistência odontológica, são objeto de relatório à parte; os dados relativos à vacinação e às demais patologias e tratamentos executados estão relacionados nos anexos e são objeto de análise e comentários no texto do Relatório de Atividades de Saúde (Jan/90 - Mai/91).



**YANOMAMI HEALTH PROJECT — CCPY**  
**SYNOPSIS OF ACTIVITIES — JANUARY 1990 / MAY 1991**  
**HEALTH ASSISTANCE COVERAGE DURING WORK TRIPS TO THE YANOMAMI**  
**AREA AND EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF THE POPULATION SEEN**

POP. EST.	POP. ATEND.	IND. DE COBERTURA PELO ATEND. (%)	MALÁRIA (% EM REL. A POP. ESTIMADA) MALÁRIA (% IN REL. TO ESTIMATED POP.)			
EST. POP.	SEEN POP.	COVERAGE RATE (%)	FALCIPARUM FALCIPARUM	VIVAX VIVAX	MIXTOS MIXED	POSITIVOS POSITIVES
246	225	91.46	42.68	10.97	9.34	67.46
55	55	100.00	21.81	3.63	5.45	30.89
65	51	78.46	-	3.07	-	3.07
230	165	71.73	5.65	12.17	-	17.82
204	201	98.52	2.94	8.33	-	11.27
192	192	100.00	1.56	1.04	-	2.60
321	127	39.56	?	?	?	6.23
748	135	18.04	1.33	2.00	-	3.33
320	200	62.50	-	0.93	-	0.93
380	150	39.47	1.31	13.15	-	14.46
254	117	46.06	1.18	0.78	-	1.96
52	49	94.23	7.69	9.61	-	17.30

Note: The data on dental care appears in a separate report; the data on vaccination and other treatments are part of the analysis and comments in the Report of Health activities (Jan/90 - Mar/91).



ÁREA	PERÍODO	ALDEIAS ATENDIDAS/LOCAL DE ATENDIMENTO
REGION	PERIOD	VILLAGES VISITED
DEMINI*	05/02 - 14/02/90	Watoriktheri
	04/04 - 27/04/90	Watoriktheri
	27/04 - 04/05/90	Watoriktheri
	31/05 - 09/06/90	
	02/11 - 09/11/90	Watoriktheri
	19/12/90-15/1/91	Watoriktheri
	21/02 - 01/03/91	
	25/04 - 31/05/91	Watoriktheri
TOOTOTOBI*	05/05 - 20/05/90	Antonio, Mateus, Roberto, Fialho, José, Alausikytheri, Warebiuthere
	10/11 - 07/12/90	Antonio, Fialho, José, Paulino, Plínio, Wanabiu/ Eduardo, Wanabiu/ Roberto, Warebiu, Paxotou, Ayaobe, Hwayasiketheri
	18/03 - 08/04/91	Antonio, Fialho, Wanabiu/ Eduardo, Uxiximabiu, Plínio, Paulino, Warebiuthere
ARACA*	20/05 - 31/05/90	Imediações da Missão Surroundings of Mission Post
	08/12 - 18/12/90	Imediações da Missão Surroundings of Mission Post
	25/04 - 02/05/91	Hemupueitheri, Imediações da Missão Surroundings of Mission Post
CATRIMANI	15/01 - 26/01/91	Alto Catrimani, Médio Catrimani, Rio
	11/02 - 21/02/91	Pacu e Cach. Piranteira
CASA DO	01/04 - 14/04/90	
ÍNDIO- BUB	28/04 - 06/05/90	

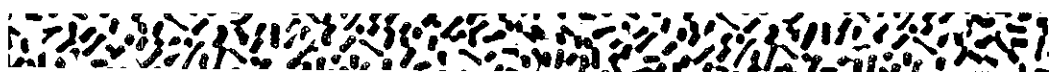
\* No caso da Área 15, apenas os dados de população do Toototobi (Ayaobe e Hwayasiketheri) são "estimados"; todos os demais são conhecidos.

POP. EST. POP. ATEND. IND. DE COBERTURA MALÁRIA (% EM REL. A POP. ESTIMADA)  
PELO ATEND. (%) MALÁRIA (% IN REL. TO ESTIMATED POP.)

EST. POP. SEEN POP. COVERAGE FALCIPARUM VIVAX MIXTOS POSITIVOS  
RATE (%) FALCIPARUM VIVAX MIXED POSITIVES

79	79	100.00	15.18	22.78	-	37.97
81	72	88.88	2.46	14.81	-	17.27
80	80	100.00	8.75	5.00	-	13.75
80	80	100.00	6.25	8.75	1.25	15.00
82	82	100.00	1.21	1.21	-	2.42
82	82	100.00	3.65	-	-	3.65
350	315	90.00	11.71	8.85	-	20.57
500	401	80.20	14.00	8.00	2.20	24.20
312	293	93.91	8.33	16.98	-	25.32
97	84	86.59	22.68	11.34	-	34.02
97	60	61.85	23.71	5.15	-	28.86
100	21	21.00	2.00	1.00	-	3.00
370	151	40.81	1.00	3.24	-	4.23

\* In the case of Area 15, the only "estimated" data are on the Toototobi (Ayaobe and Mwazasiketheri); the remainder are well known.



# 3 MATRIZ DE RELAÇÕES E FUNÇÕES INTERINSTITUCIONAIS DO PROJETO SAÚDE YANOMAMI — NOVEMBRO DE 1990 MINISTÉRIO DA SAÚDE — FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE

INSTITUIÇÃO	ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO	ASSISTÊNCIA À SAÚDE	RETAGUARDA TÉCNICO CIENTÍFICA
FNS* (Fundação Nacional de Saúde)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Coordenação Nacional do Projeto de forma articulada c/a FUNAI e demais agências envolvidas</li> <li>● Direção da Coordenação Regional e Gerência do SLS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Assistência local de Saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Assessoramento técnico</li> </ul>
FNS EEM (Escola de Enfermagem de Manaus)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Sede da Coordenação Regional</li> <li>● Participação na Comissão Comunitária do Projeto</li> <li>● Participação na Equipe de Coordenação Regional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Alocação de pessoa de enfermagem nível médio superior e nível médio dentro do modelo docente assistencial proposto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Assessoramento técnico em enfermagem</li> </ul>
FNS MEC (Ministério da Educação e Cultura)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Participação na Comissão Comunitária do Projeto</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>● Informações sobre comportamento de epidemias e endemias</li> </ul>
FUNAI* (Fundação Nacional do Índio)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Participação na Coordenação Nacional do Projeto em articulação com a FNS</li> <li>● Participação na Equipe de Coordenação Regional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Integração da execução de atividades de assistência na área</li> <li>● Sistema de Referência (Casa do Índio, Boa Vista/ RR)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Assessoramento técnico permanente ao Projeto, sobre Indigenismo</li> </ul>

\* Demais funções de coordenação e gestão definidas no Esquema Básico de Direção.



**RETAGUARDA  
LOGÍSTICO OPERACIONAL**

- Apoio técnico e administrativo à Coordenação Regional do Projeto, prestado pelas Coordenadorias Regionais do Amazonas e de Roraima
- Transporte Aéreo

**ESTUDOS E  
PESQUISAS**

- Financiamento de Investigação de interesse do Projeto
- Realização de estudos epidemiológicos pelo CENEPI

**CAPACITAÇÃO DE  
RECURSOS HUMANOS**

- Através da EEM e ILC

- Apoio à Coordenação Regional

- Estudos de Planejamento
- Organização de Serviços

- Coordenação e Execução do processo de capacitação de RH para o projeto

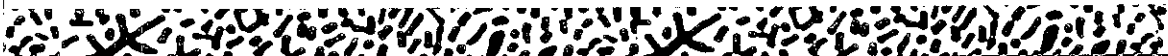
- Realização de inquéritos sorológicos
- Levantamento de forma entomológica de interesse

- Formação de laboratoristas

- Transporte Aéreo
- Sistema de comunicação por radiofonia
- Intérpretes

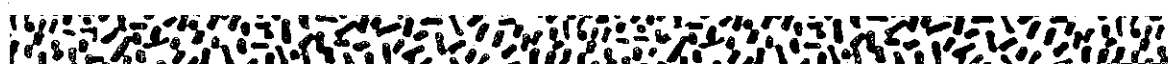
- Apoio na identificação de necessidades e análise de propostas
- Acessibilidade ao acervo técnico científico

- Participação na definição dos conteúdos de treinamento
- Participação no treinamento de pessoal



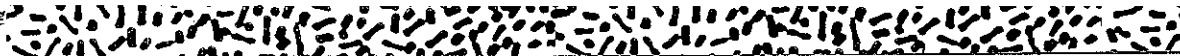
INSTITUIÇÃO	ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO	ASSISTÊNCIA À SAÚDE	RETAGUARDA TÉCNICO CIENTÍFICA
SEMAN IBAMA (Secret. do Meio Ambiente/ Instituto Bras. do Meio Am- biente)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Participação na Co- missão Comunitária do Projeto</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>● Promoção e Execu- ção de ações de recuperação do ecossistema nas áreas mais devas- tadas pelo garimpo</li> </ul>
UFPa (Univer- sidade Federal do Pará)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Participação na Co- missão Comunitária do Projeto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Sistema de Refe- rência (Hospital Barros Barreto)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Montagem de bancos de soros</li> <li>● Apoio Laboratorial</li> <li>● Montagem de siste- ma de Informações</li> </ul>
FUAM (Fundação Universi- dade do Amazonas)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Participação na Co- missão Comunitária do Projeto</li> <li>● Participação na Equipe de Coordenação Regio- nal</li> </ul>		
UnB (Univer- sidade de Brasília)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Participação na Co- missão Comunitária do Projeto</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>● Assessoramento antropológico e linguístico</li> </ul>
OPAS (Organi- zação Pa- namericana de Saúde)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Assessoramento na definição do modelo de gestão e defini- ção do Projeto</li> <li>● Participação nas ne- gociações de coopera- ção internacional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Apoio de Consulto- res especializados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Assessoramento metodológico na elaboração do Projeto</li> <li>● Assessoramento epidemiológico</li> </ul>
S SAÚDE/ RR (Secr. de Saúde/ Roraima)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Participação na Co- missão Comunitária do Projeto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Alocação de pes- soal para a área</li> <li>● Apoio à infraes- trutura Surucucus</li> <li>● Sistema de Refe- rência</li> </ul>	

RETAGUARDA LOGÍSTICO OPERACIONAL	ESTUDOS E PESQUISAS	CAPACITAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Realização de estudos sobre alternativas de procedimentos voltados para a recuperação do meio ambiente da área</li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Estudo estratégico para a integração docente assistência</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Participação no Treinamento de pessoal</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Acompanhamento da intervenção técnica nas áreas de Antropologia, Demografia, Epidemiologia e Serviços de Saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Participação no Treinamento de pessoal</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Levantamentos censitários e antropológicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Apoiar a realização dos cursos de formação profissional-componente antropológico</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Suprimentos de Insumos Importados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Apoio na realização de investigações sobre saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Apoio na definição do conteúdo de cursos e sua realização</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Apoio no Projeto a partir do Núcleo de apoio em Boa Vista</li> <li>● Suprimento de Medicamentos e materiais</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>● Participação no Treinamento</li> </ul>



INSTITUIÇÃO	ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO	ASSISTÊNCIA À SAÚDE	RETAGUARDA TÉCNICO CIENTÍFICA
CCPY (Comissão pela Criação do Parque Indígena Yanomami)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Participação na equipe de coordenação Regional (apoio de especialistas)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Assistência local de Saúde na área DEMINI/CCPY área 15 c/ manutenção de equipe básica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informações gerais sobre a área Yanomami</li> <li>Assessoramento técnico na elaboração do Projeto e seu detalhamento operacional</li> <li>Assistência técnica eventual no desenvolvimento das ações de saúde</li> </ul>
FIOCRUZ Programa com a UFRJ	<ul style="list-style-type: none"> <li>Participação na Comissão Comunitária do Projeto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realização de trabalho em saúde em uma sub-área</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implantação de banco de dados sobre demografia e saúde</li> <li>Estabelecimento de instrumentos, parâmetros e critérios para avaliação</li> </ul>
IMTM (Instituto de Medicina Tropical de Manaus)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Participação na Comissão Comunitária do Projeto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avaliação, acompanhamento e tratamento clínico de doenças endêmicas e ofidismo (sistema de referência)</li> </ul>	
MAer/FAB (Ministério da Aeronáutica)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Participação na Comissão Comunitária do Projeto</li> </ul>		

RETAGUARDA LOGÍSTICO OPERACIONAL	ESTUDOS E PESQUISAS	CAPACITAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Apoio financeiro para atividades de coleta e tratamento ou informações para aperfeiçoamento das ações de saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Participação na definição dos conteúdos de capacitação e na realização de treinamentos</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Definição de Projetos de Investigação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Apoio na capacitação de RH</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Diagnóstico da situação da área</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Transporte aéreo para a Área e na Área Yanomami</li> <li>● Apoio e Planejamento da logística de transportes e comunicações</li> </ul>		





INSTITUIÇÃO	ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO	ASSISTÊNCIA À SAÚDE	RETAGUARDA TÉCNICO CIENTÍFICA
S SAÚDE/AM (Secr. de Saúde)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Participação na Comissão Comunitária do Projeto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Sistema de Referência</li> <li>● Exames e atividades de Assistência na área</li> </ul>	
ABA (Associação Brasileira de Antropologia)			<ul style="list-style-type: none"> <li>● Apoio de profissionais da área de Antropologia</li> </ul>
Diocese de Roraima	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Participação na Comissão Comunitária do Projeto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Execução de atividades de assistência na área</li> </ul>	
Missões Religiosas	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Participação na Comissão Comunitária do Projeto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Execução de atividades de assistência na área</li> </ul>	



RETAGUARDA  
LOGÍSTICO OPERACIONAL

ESTUDOS E  
PESQUISAS

CAPACITAÇÃO DE  
RECURSOS HUMANOS

- Participação no Treinamento de Pessoal

- Apoiar o Treinamento Componente Antropológico

- Alojamento
- Transporte para a área
- Apoio ao núcleo de Boa Vista

- Participação no Treinamento

- Apoio de intérpretes
- Alojamento nas missões
- Apoio aéreo específico

- Participação no Treinamento

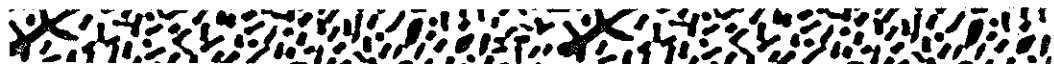


# 4 CRONOGRAMAS DE VIAGENS ABRIL DE 1990 / MAIO DE 1991

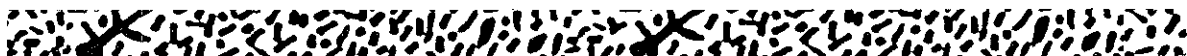
PROFISSIONAL DE SAÚDE	FUNÇÃO	INTÉRPRETE
ÁREA 15 (PROJETO DEMINI)		
ABRIL / DEZEMBRO DE 1990		
Maria Aparecida de Oliveira	Dentista	Davi
Maria Aparecida de Oliveira	Dentista	Davi
Maria Gorete Selau	Médica	Davi
Maria Gorete Selau	Médica	Davi
Maria Gorete Selau	Médica	Davi
Maria Gorete Selau	Médica	Davi
Maria Gorete Selau	Médica	Davi
Maria Aparecida de Oliveira	Dentista	Davi
Maria Aparecida de Oliveira	Dentista	Davi
Maria Aparecida de Oliveira	Dentista	Davi
Maria Aparecida de Oliveira	Dentista	Davi
Maria Aparecida de Oliveira	Dentista	Davi
Maria Aparecida de Oliveira	Dentista	Davi
Istvan Varga	Médico	Bruce Albert (2)
Istvan Varga	Médico	Bruce Albert
Maria Aparecida de Oliveira	Dentista	Bruce Albert
Maria Aparecida de Oliveira	Dentista	Bruce Albert
Elizete D. César	Enfermeira	Bruce Albert
Luci Mara M. Jardim (3)	Enfermeira	Bruce Albert
Maria Gorete Selau	Médica	-
Maria Gorete Selau	Médica	-
Coordenadora CCPY		
Cláudia Andujar	Asses.OXFAM	-

62

(1) O acesso a Ajuricaba é via fluvial  
 (2) Bruce Albert, antropólogo, UNB / ORSTOM  
 (3) A enfermeira Luci Mara M. Jardim faz parte da equipe permanente de saúde a partir de fevereiro de 1991



PERÍODO	DIAS	REGIÃO	TREINAMENTO	TOTAL HORAS VÔO
23/01 à 30/01	7	Demini	-	5h20min
30/01 à 10/02	10	Catrimani	-	-
05/02 à 14/02	9	Demini	-	Peasy
27/04 à 04/05	7	Demini	-	-
05/05 à 20/05	15	Toototobi	-	-
20/05 à 31/05	11	Aracá	-	-
31/05 à 09/06	9	Demini	-	-
05/05 à 20/05	15	Toototobi	-	7h35min
20/05 à 31/05	11	Aracá	-	-
02/06 à 09/06	4	Ajuricaba (1)	-	-
07/06 à 12/06	5	Demini	-	-
14/06 à 23/06	9	Catrimani	-	-
02/11 à 09/11	7	Demini	-	-
10/11 à 07/12	27	Toototobi	-	-
10/11 à 24/11	15	Demini	-	-
24/11 à 07/12	13	Catrimani	-	14h35min
10/11 à 07/12	9	Demini	-	-
10/11 à 07/12	9	Demini	-	-
08/12 à 18/12	11	Aracá	-	-
19/12 à 31/12	12	Demini	-	5h15min
31/10	1	Demini	-	2h50min
	<u>198</u>			<u>34h55min</u>



**PROFISSIONAL DE SAÚDE**
**FUNÇÃO**
**INTÉRPRETE**
**OUTRAS ÁREAS (PROJETO EMERGENCIAL OFICIAL)**
**JANEIRO / FEVEREIRO DE 1990**

Ivone Andreatta Menegola	Médica	Bruce Albert
Maria Aparecida da Silva	Médica	-
Danilo Ferreira Nunes	Médico	-
Marise Oliveira Fonseca	Médica	-
Maria Gorete Selau	Médica	-
		Cláudia Andujar
		Carlo Zacquini

**MARÇO / DEZEMBRO 1990**

Maria Aparecida da Silva	Médica	-
Maria Aparecida da Silva	Médica	-
Maria Aparecida da Silva	Médica	-
Maria Aparecida da Silva	Médica	-
Maria Auxiliadora de Souza	Médica	-
Deise Alves Francisco	Médica	-
Istvan Varga	Médico	-

64

**ÁREA 15 (PROJETO DEMINI)**
**JANEIRO / MAIO DE 1991**

Maria Gorete Selau	Médica	Davi
Maria Gorete Selau	Médica	Missionários
Maria Gorete Selau	Médica	Missionários
Maria Gorete Selau	Médica	Davi

**Transporte de Material de Saúde**

Gale Gomez	Linguísta	-
Bruce Albert	Antropólogo	-
Luci Mara M. Jardim	Enfermeira	-

(1) Istvan Varga, viagem para levantamento da situação sanitária pela Procuradoria Geral da República

PERÍODO	DIAS	REGIÃO	TREINAMENTO	TOTAL HORAS VÔO
17/01 à 15/02	29	Paapiú	-	Peasy
01/02 à 15/02	15	Surucucus	-	Peasy
02/02 à 13/02	11	Surucucus	-	Peasy
01/02 à 18/02	18	Érico/ Waicás	-	Peasy
19/01 à 29/01	10	Surucucus	-	Peasy
01/02 à 15/02	15	Paapiú	-	Peasy
01/02 à 15/02	15	Surucucus	-	Peasy
	<u>113</u>			
05/03 à 30/03	25	Surucucus	-	Peasy
04/04 à 27/04	23	Demini/Surucucus	-	Peasy
02/05 à 28/05	26	Surucucus	-	Peasy
01/06 à 31/08	60	Surucucus	-	Peasy
14/06 à 10/07	26	Paapiú	-	Peasy
01/04 à 06/05	35	Paapiú	-	Peasy
20/08 à 24/08	4	Surucucus/	-	-
		Paapiú (1)	-	-
	<u>199</u>			
01/01 à 15/01	15	Demini	-	3h15min
16/01 à 26/01	10	Catrimani	-	3h15min
11/02 à 21/02	10	Catrimani	-	3h50min
22/02 à 01/03	10	Demini	-	3h21min
06/03		Demini	-	2h59min
24/03 à 02/04	09	Demini	-	2h59min
24/03 à 02/04	09	Demini	-	-
	13	São Paulo	04/02 à 17/02	-

PROFISSIONAL DE SAÚDE	FUNÇÃO	INTÉRPRETE
Luci Mara M. Jardim	Enfermeira	-
Deise A. Francisco	Médica	-
Deise A. Francisco	Médica	-
Bruce Albert	Antropólogo	-
Gale Gomez	Linguísta	-
José Luiz Silva	Enfermeiro	-
José Luiz Silva	Enfermeiro	-
José Luiz Silva	Enfermeiro	-
Maria Aparecida de Oliveira	Dentista	-
Maria Aparecida de Oliveira	Dentista	-
Maria Aparecida de Oliveira	Dentista	-
Ricardo Verdum	Laboratorista	-
Ricardo Verdum	Laboratorista	-
Ricardo Verdum	Laboratorista	-

OUTRAS ÁREAS (PROJETO OFICIAL)

JANEIRO / MAIO DE 1991

Marcos Pellegrini	Médico	-
Álvaro Braz	Médico	-
Álvaro Braz	Médico	-
Álvaro Braz	Médico	-
Antonio Wander Nardelli	Médico	-
Antonio Wander Nardelli	Médico	-
Ivone Menegola	Médica	-
Ivone Menegola	Médica	-
Ivone Menegola	Médica	-
Ivone Menegola	Médica	-
Ivone Menegola	Médica	Carlo Zacchini

- (1) José Luiz da Silva ainda permanece na área do Demini
- (2) Ricardo Verdum: treinamento em Manaus sob responsabilidade da CCPY
- (3) Ricardo Verdum: treinamento em Boa Vista sob responsabilidade da CCPY
- (4) Treinamento em São Paulo sob responsabilidade da CCPY
- (5) Assessores da Coordenação em Boa Vista
- (6) Antonio Wander Nardelli ainda na área de Surucucus

PERÍODO	DIAS	REGIÃO	TREINAMENTO	TOTAL HORAS VÓO
21/02 à 30/05	98	Demini	-	-
02/04 à 03/04	01	Demini	-	11h35min
04/04 à 25/04	21	Toototobi	-	-
04/04 à 25/04	21	Toototobi	-	-
04/04 à 05/04	01	Toototobi	-	4h
02/04 à 03/04	01	Demini	-	-
04/04 à 25/04	21	Toototobi	-	-
26/04	35 (1)	Demini	-	-
12/04 à 25/04	13	Catrimani	-	-
26/04 à 02/05	06	Aracá	-	4h05min
03/05 à 12/05	09	Demini	-	3h10min
	10	Manaus	11/04 à 21/04 (2)	-
25/04 à 02/05	08	Aracá	-	-
	11	Boa Vista	03/05 à 14/05 (3)	-
	<u>332</u>		-	<u>41h09min</u>

67

28/03 à 11/04	14	Surucucus	-	3h20min
	10	São Paulo	12/03 à 22/03 (4)	-
25/03 à 27/03	02	Boa Vista (5)	-	-
28/03 à 31/05	63	Surucucus (6)	-	-
22/04 à 09/05	17	Boa Vista	-	-
10/05	21	Surucucus	-	p/ conta governo
26/02 à 08/03	10	Surucucus	-	-
08/03 à 15/03	7	Olomai	-	-
18/03 à 06/04	18	Auaris	-	p/ conta governo
07/04 à 30/04	23	Boa Vista (5)	-	-
12/05 à 15/05	03	Paapiú	-	-
	<u>188</u>			<u>3h20min</u>

