

CEDI - P. I. B.  
DATA 11/05/94  
COL. YAD 00349



---

# RELATÓRIO DE ATIVIDADES DE SAÚDE NA ÁREA YANOMAMI

---

DEMINI - TOOTOTOBÍ - BALAWAÚ

---

ABRIL A NOVEMBRO DE 1993

---

ELABORADO PELOS MÉDICOS  
DEISE ALVES FRANCISCO  
CLAUDIO ESTEVES DE OLIVEIRA

---

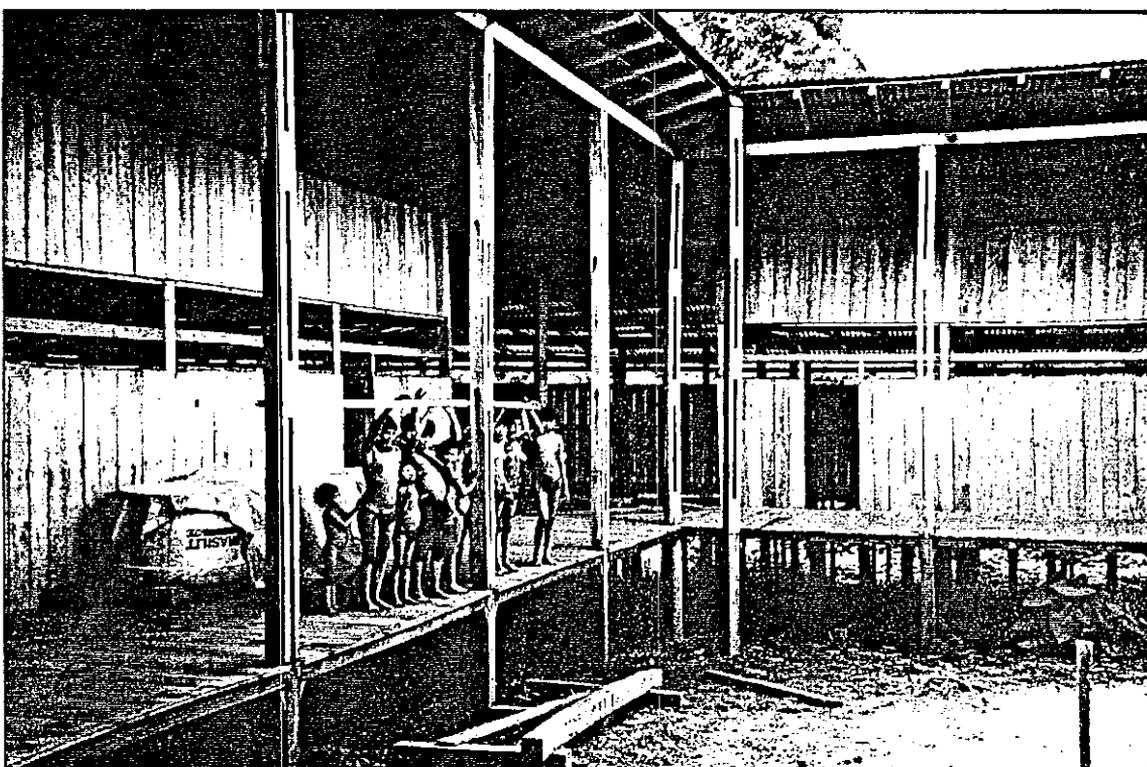
CCPY  
Comissão pela Criação do Parque Yanomami



Carlo Zacchini - Novembro de 1993

*À direita,  
Posto Yano  
visto do alto*

*Detalhe do  
interior do  
Posto Yano*



Carlo Zacchini - Novembro de 1993

### **Edição e Publicação**

CCPY - Comissão pela Criação do Parque Yanomami  
Rua Manoel da Nóbrega 111 cj.32 CEP 04001-900 São Paulo SP Brasil  
Telefones (011) 289-1200/251-5260 Fax (011) 284-6997

### **Coordenação da Edição**

Claudia Andujar

### **Redação de Textos de Saúde**

Claudio Esteves de Oliveira (médico)  
Deise Alves Francisco (médica coordenadora de saúde)

### **Relatório de Atendimento Odontológico**

Maria Aparecida de Oliveira (odontóloga)

### **Relatório do Massacre de Haximu**

Bruce Albert (antropólogo)

### **Relatório do Projeto Arquitetônico CCPY - Balawáú**

Leda Lima Leonel (arquiteta)

### **Relatório do Projeto de Informatização/ Banco de Dados**

Carlos Alberto Ferreira (analista/programador): responsável pela elaboração do programa.  
Bruce Albert (antropólogo): concepção do funcionamento e elaboração da ficha de informações sócio-demográficas.

Deise Alves Francisco e Cláudio Esteves de Oliveira (médicos): concepção do funcionamento e elaboração das fichas que contêm as informações de saúde no banco de dados e das fichas correspondentes a serem preenchidas em área.

Jacirema Cléia Ferreira (secretária do escritório SP): organização dos trabalhos entre Boa Vista e São Paulo.  
Maria Aparecida de Oliveira (odontóloga): elaboração da ficha de informações odontológicas.

### **Gráficos e Quadros de Saúde**

Claudio Esteves de Oliveira /Deise Alves Francisco  
(participação de Sílvia Freire Costa)

### **Design e Produção Gráfica**

Roberto Strauss

### **Mapa Área 15**

CCPY/CEDI

### **Janeiro 1994**

### **Colaboradores**

SILVIA FREIRE COSTA - Assessora Coordenação Saúde  
ELIZONETE DOS SANTOS LOPES - Auxiliar Enfermagem  
FRANCILEUZA BANDEIRA - Auxiliar Enfermagem  
ITA SALDANHA SARAIVA - Auxiliar Enfermagem  
JOÃO DAS NEVES FILHO - Auxiliar Enfermagem  
JORGE ANDRÉ GURJÃO VIEIRA - Auxiliar Enfermagem  
JOSÉ ALMIR CARNEIRO ALVES - Auxiliar Enfermagem  
MANOEL CRUZ DE SOUZA - Microscopista  
MARCOS TEODÓRIO DO CARMO - Microscopista  
MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA E SOUZA - Enfermeira

# ÍNDICE

	<b>Apresentação</b>	<b>5</b>
<b>I</b>	<b>Dados Populacionais</b>	<b>6</b>
<b>II</b>	<b>Avaliação da Situação de Saúde no Decorrer do Ano de 1993</b>	<b>10</b>
<b>III</b>	<b>Desenvolvimento das Atividades em Área</b>	<b>19</b>
<b>IV</b>	<b>Participação Indígena</b>	<b>20</b>
<b>V</b>	<b>Organização dos Trabalhos em Boa Vista</b>	<b>22</b>
<b>VI</b>	<b>Considerações Finais</b>	<b>24</b>
<b>VII</b>	<b>Anexos</b>	<b>25</b>
1.	Pré-Conferência Estadual de Saúde Indígena - II Conferência dos Yanomami da Área 15	27
2.	Resumo da II Conferência Nacional de Saúde Indígena	32
3.	O Massacre dos Yanomami de Haximu	33
4.	Número de Dias de Cada Profissional em Área	43
5.	Relatório de Atendimento Odontológico no Demini	44
6.	Localização das Malocas / Mapas	46
7.	Projeto Arquitetônico CCPY - Balawaú (Planta)	47
8.	Processo de Informatização da CCPY - Boa Vista	52
9.	Tabela Terapêutica do DSY para Tratamento de Malária	76

## APRESENTAÇÃO

Este relatório se refere às atividades de saúde desenvolvidas nas regiões do Demini, Toototobi e Balawaú entre os meses de abril e novembro de 1993, pelas equipes do Projeto de Saúde Yanomami - CCPY. Algumas análises da situação de saúde e outros fatores relevantes ao desenvolvimnto do trabalho referem-se a um período maior, datando da implantação do Projeto (março 92). No entanto, 1993 foi o ano em que consolidamos nossa proposta inicial quanto ao controle das principais doenças e organização do sistema de atendimento.

A participação dos índios no decorrer do trabalho, ao longo deste 1 ano e 8 meses, nos levou a um aprofundamento diário de nossa compreensão quanto aos fatores envolvidos na saúde yanomami. O recente massacre aos Hwaximeutheri e o posicionamento dos yanomami na Pré-Conferência Estadual de Saúde Indígena, realizada em outubro entre as lideranças das regiões onde trabalhamos, apontam para a importância da existência de um sistema de saúde organizado e a defesa sistemática do seu território como garantias para sua sobrevivência.

Confiamos que com a implantação do Núcleo Interinstitucional de Saúde Indígena (NISIR), formado pelos representantes indígenas de Roraima e instituições governamentais e não-governamentais prestadoras de serviços de saúde, possamos avançar de maneira mais integrada na melhoria da situação de saúde dos povos indígenas do Estado.

## DADOS POPULACIONAIS

A população atualmente assistida pelo nosso projeto compreende um total de 1192 yanomami, distribuídos em 35 malocas. Destes, 612 recebem assistência permanente e regular, garantida pela existência dos 3 postos de saúde nas regiões do Demini, Toototobi e Balawaú. O restante da população citada (580 pessoas) veio de outras regiões onde não existe assistência à saúde (Venezuela) ou de regiões onde há algum tipo de assistência à saúde (FUNAI e MNTB), mas que também nos procura em busca de atendimento médico. Ressaltamos que esta população que recebeu atendimento eventual representa um número ainda muito maior que aos poucos tem se aproximado de nossos postos em busca de atendimento. Em novembro deste ano, chegaram de uma vez ao Posto Balawaú 105 yanomami em estado de saúde precário, sendo atendidos pela nossa equipe de saúde local.

A população do Toototobi aumentou 34% com a imigração de 76 sobreviventes da maloca Hwaximeutheri (ex-Venezuela) em agosto deste ano.

Segue-se a relação do número de habitantes por maloca das regiões assistidas.

## ÁREA 15 - TOTAL DE YANOMAMIS ASSISTIDOS: 1192

### 1 - ASSISTÊNCIA PERMANENTE DA CCPY

REGIÃO	POP. TOTAL	MALOCA	POP. POR MALOCA
BALAWAÚ	223	BALAWAÚ	14
		EDUARDO	15
		HWAYASIKE	59
		KOREHEBI	36
		RAHARABI	14
		ROBERTO	21
		UXIXIMABIU	29
		XAKIBI	15
		XOTOKOMABI	20
DEMINI	89	WATORIK	89
TOOTOTOBI	300	FIALHO	48
		HWAXIMEU	76
		MAKOS	39
		PAULINO	47
		TOTÔ	90
3 POSTOS	612	15 MALOCAS	

### 2 - ATENDIMENTOS EVENTUAIS A OUTRAS MALOCAS

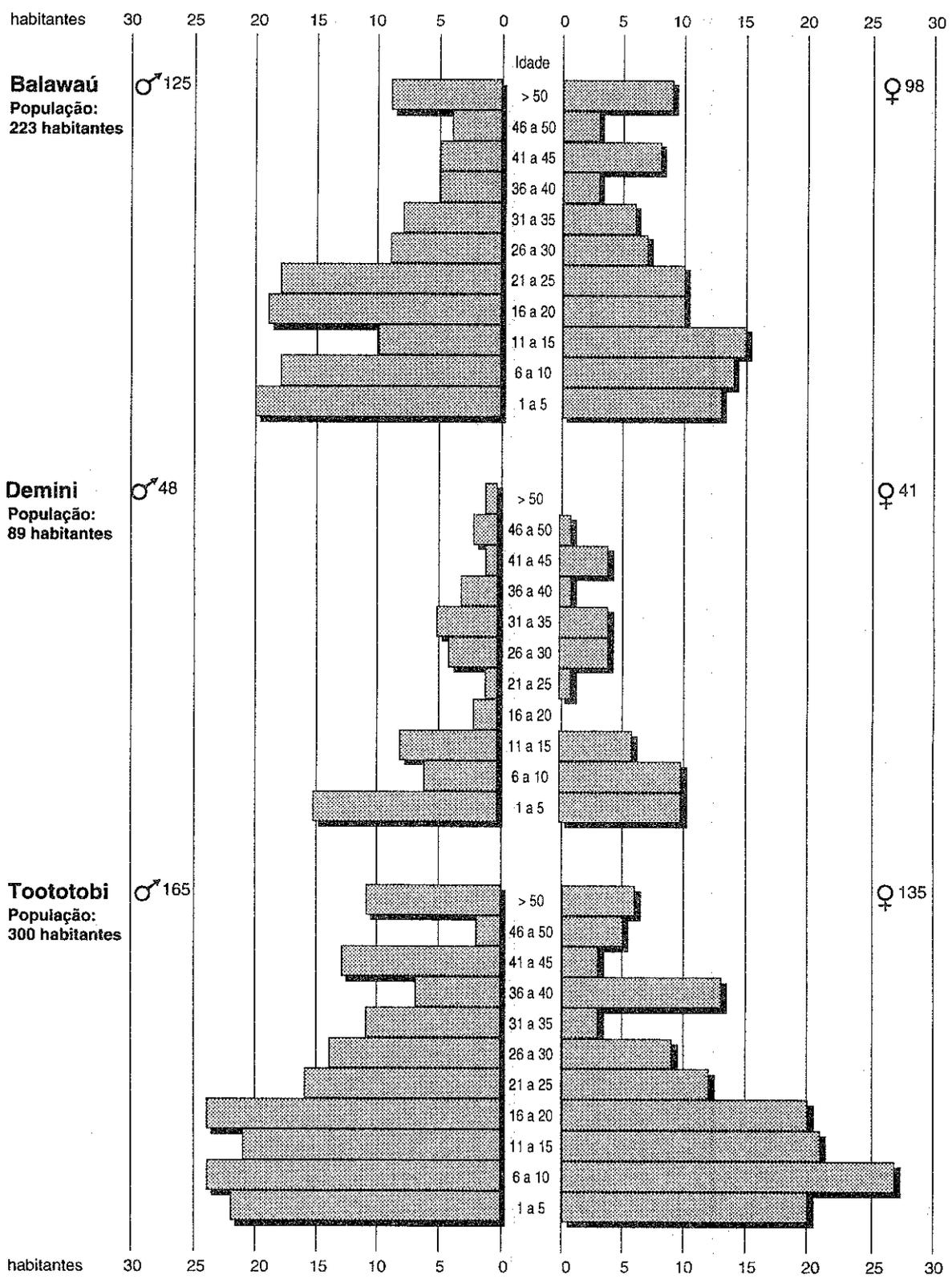
REGIÃO	POP. TOTAL	MALOCA	POP. POR MALOCA
TARAÚ	151	WEYUKUTHERI	22 (CI)
		XIHOMETHERI	70 (CI)
		MAXABABITHERI	59 (CI)
AJURICABA (FUNAI/AM)	64	ITON	64
ARACÁ (MNTB)	96	KEBROBE	96
NOVA DEMINI (MNTB)	120	ANTONIO	60 (CI)
		CANTUÁRIO	60
VENEZUELA	149	MANAKARIUTHERI	36 (CI)
		ORINOKUTHERI	25 (CI)
		MAAMAROHABRAOBE	20 (CI)
		YEHIOBITHERI	12 (CI)
		MAAMABITHERI	12 (CI)
		TOMOKOXOBITHERI	12 (CI)
		HUXIMATHERI	11 (CI)
		RIAWEKITHERI	8 (CI)
		DEXAMUITHERI	7 (CI)
		HABAKAKITHERI	4 (CI)
		SIMOKOTHERI	2 (CI)
		HYOMOSITHERI	(CI)
5 REGIÕES	58	20 MALOCAS	

CI = Censo incompleto

Obs.: Não há censo completo e atualizado das populações do Taraú e Venezuela que receberam atendimento eventual da CCPY.

A seguir demonstraremos a distribuição da população por sexo e faixa etária em cada uma das regiões que recebem assistência permanente.

# PIRÂMIDE ETÁRIA



Através da análise destes gráficos, verificamos que a população infantil (abaixo de 10 anos de idade) representa 46% no Demini, 31% no Toototobi e 29,1% no Balawaú. As mulheres em idade fértil (15 a 35 anos) representam no Demini 8,9%, no Toototobi 15,6% e no Balawaú 14%.

O alto percentual da população infantil no Demini, tendo no entanto a menor percentagem de mulheres em idade fértil, em comparação com as outras regiões, pode dever-se à assistência médica recebida por esta população há mais tempo e de forma regular, contribuindo talvez num aumento da fertilidade assim como na diminuição da mortalidade infantil.

No decorrer do ano de 1993 registramos um total de 33 nascimentos que determinaram um alto coeficiente de natalidade geral (CNG):

CNG = 53.9

Ocorreram também 9 óbitos no total sendo as seguintes causas mortis:

- 2 neoplasias
- 2 pneumonias
- 2 causas desconhecidas
- 3 infanticídios

Os 2 pacientes que morreram de causa desconhecida não receberam atendimento por estarem viajando na ocasião. Os profissionais de saúde registraram os óbitos no retorno dos grupos sem, contudo, identificarem pelas informações a causa não-yanomami dos mesmos.

# AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE NO DECORRER DO ANO DE 1993

## 1. INTRODUÇÃO

Os yanomami, assim como outras etnias que viviam em isolamento e tiveram contato recente com a nossa civilização, formam uma população de alto risco, devido à introdução de doenças para as quais apresentam baixa resistência natural, como tuberculose, calazar, infecções provocadas por vírus (gripe, sarampo, hepatite, varicela, caxumba, etc.) ou, no caso da malária, pela diminuição da imunidade em geral provocada pela própria doença. Outros problemas de saúde, que provavelmente já existiam, como parasitose intestinal e diarreia, contribuíram para diminuir a resistência, determinando assim uma situação de saúde grave para os yanomami, com epidemias de impacto desastroso e tendência ao extermínio.

Entretanto, não só as doenças ameaçavam os yanomami. Impedidos, pela debilitação física, de lutar pela sobrevivência nas atividades de caça, pesca, extrativismo da floresta e roça, além das nocivas mudanças no modo de vida introduzidas pelos garimpeiros, invasores de suas terras, a desnutrição somava-se ao quadro geral de doenças num ciclo pernicioso de sofrimento e morte.

## 2. MALÁRIA

Encontramos na área yanomami duas espécies de Plasmodium: Plasmodium vivax e Plasmodium falciparum. Apesar da recente diminuição da incidência em todo o Distrito Sanitário Yanomami, a malária continua sendo a principal causa mortis verificada nos últimos anos. Observamos que em outras regiões da área yanomami onde não há assistência permanente e em que a doença está temporariamente controlada por uma equipe volante de saúde que visita o local, após poucos meses de desassistência a incidência retorna aos altos níveis anteriores, provocando inúmeros óbitos.

Desta forma, de acordo com a metodologia adotada pela gerência técnica do Distrito Sanitário Yanomami (vide anexo 9), procuramos seguir a orientação de realizar no mínimo uma busca ativa mensal na população alvo, com tratamento completo dos casos positivos, além da assistência à demanda espontânea que surgisse nas visitas às malocas ou nos postos de saúde.

De janeiro a novembro de 1993 realizamos um total de 2 924 lâminas para pesquisa de malária, tendo obtido os seguintes resultados:

	BALAWAÚ		TOOTOTOBI	DEMINI
	Atend. Perm.	Atend. Eventual		
Malária Vivax	8 casos	9 casos	32 casos	3 casos
Malária Falciparum	88 casos	1 caso	2 casos	2 casos
Malária Mista	0	0	1 caso	0

Os percentuais mensais de incidência de malária por região serão apresentados em gráficos a seguir (Gráficos 1, 2 e 3).

## % MENSAL DE INCIDÊNCIA DE MALÁRIA

Gráfico 1: Balawaú - Atendimento Permanente - Jan a Nov/93

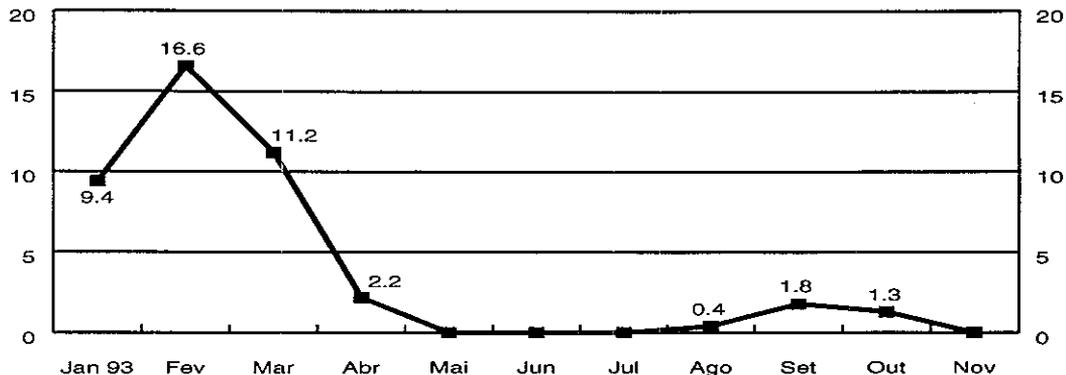


Gráfico 2 - Demini - Jan/92 a Nov/93

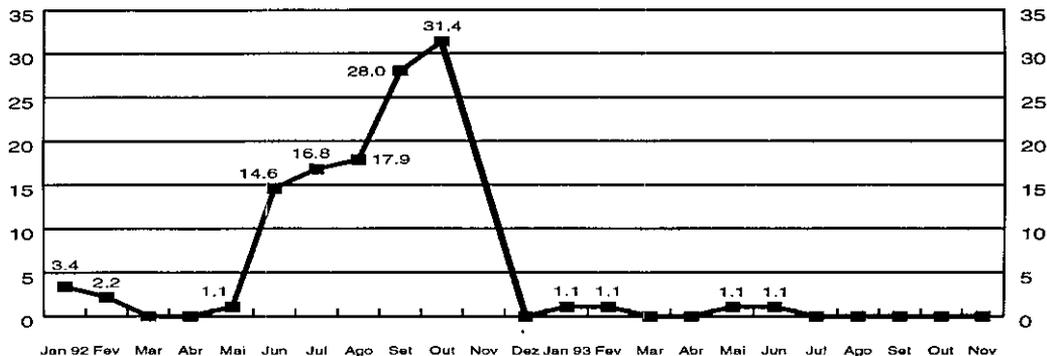
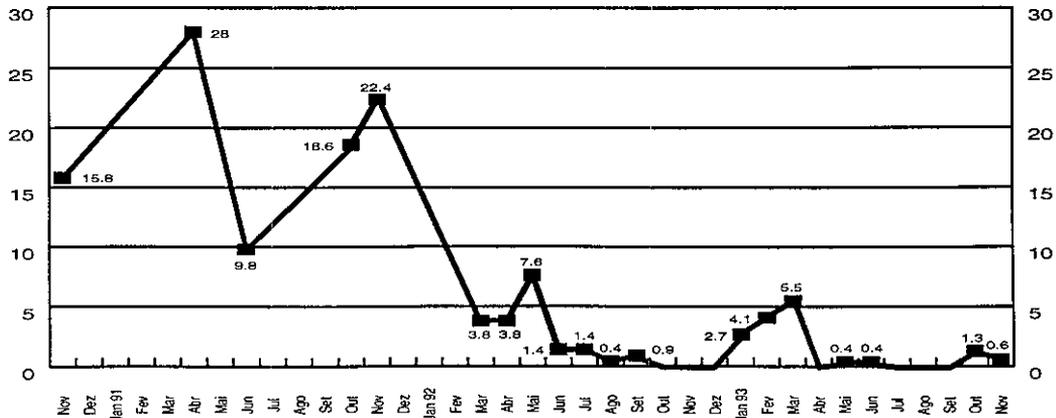


Gráfico 3 - Toototobi - Nov/90 a Nov/93



★ Os cálculos percentuais foram feitos com base na variação populacional no período.  
A partir de setembro / 93 incluímos a população dos Hwaximeutheri que migraram para o Toototobi.

Observamos que o percentual médio de incidência de malária apresentado nas 3 regiões com assistência permanente, nos últimos 11 meses, foi de 0,22%, representando uma significativa diminuição em comparação com a média anual anterior à implantação do projeto (25,3%).

Atribuímos a maior incidência no início do ano na região do Balawaú aos seguintes fatores:

- grande concentração de índios em torno do posto à época da construção da pista;
- eventuais viagens dos índios para regiões onde não há assistência permanente;
- eventuais atrasos nas buscas ativas mensais em virtude da dificuldade de acesso às malocas da região e
- invasões garimpeiras em áreas vizinhas.

As populações atendidas eventualmente no posto do Balawaú, oriundas principalmente da Venezuela, apresentaram uma incidência maior de malária (26%) (gráfico 10), provavelmente por não disporem até o momento de uma assistência médica regular nas suas regiões de origem.

Todos os casos de malária receberam tratamento completo de acordo com as normas (vide anexo no. 9) adotadas pela gerência técnica do Distrito Sanitário Yanomami, não sendo observadas complicações ou resistência.

### 3. GRIPE

As constantes epidemias de gripe ocorridas no ano de 1993 nas três regiões (Demini - Toototobi - Balawaú) causaram grande transtorno e sofrimento às comunidades e representaram um importante desafio às equipes de saúde. A baixa resistência natural aos vírus da gripe, em função do isolamento do povo yanomami até o contato relativamente recente com a sociedade envolvente, determina uma gravidade muito maior da doença, em comparação com outras populações, além de atingir praticamente 100% da população durante as epidemias.

Cerca de 20% dos casos de gripe diagnosticados evoluíram com complicações bacterianas exigindo uso de antibiótico, sendo a maioria pneumonia. Alguns casos de faringite estreptocócica, otite média e sinusite foram registrados também como complicações.

Conforme poderemos observar nos gráficos de incidência das principais doenças nas 3 regiões, os casos de gripe e suas complicações corresponderam a uma média aproximada de 70% do total dos atendimentos.

Para a assistência a estas epidemias e suas complicações, as equipes de saúde permaneceram nas malocas por vários dias, completando os tratamentos e acompanhando os casos graves que surgiram durante a evolução. Algum grau de broncoespasmo no decorrer da doença era observado em quase todos os casos, sendo os sintomáticos tratados com broncodilatadores.

Além do sofrimento pelos sintomas, prejuízo individual da saúde e comprometimento dos trabalhos coletivos e de subsistência da comunidade, a gripe exerce efeito psicológico extremamente negativo sobre os yanomami. Considerada no seu ponto de vista como "xawara", ou seja, doença epidêmica que, assim como todas as outras, é provocada pelo feitiço de algum inimigo distante, talvez a consciência coletiva de inferioridade e vulnerabilidade justifique, além da visão puramente médica, o abatimento e mal estar geral entre os índios observados nestas situações, gerando neles uma expectativa e solicitação exageradas com relação aos remédios, principalmente na forma injetável, muito além das indicações razoáveis e o uso terapêutico normal. Isto determina a importância do esclarecimento constante aos índios sobre a utilização correta dos medicamentos, que não são, infelizmente, uma panacéia.

Os vírus da gripe são introduzidos em nossa área de atuação por diversas vias. Os constantes deslocamentos dos índios para visitas a outras regiões, que têm contato com a periferia da área, e a presença de não índios na área (equipes de saúde, militares, jornalistas, polícia federal, políticos, antropólogos e outros visitantes) foram a origem de contaminação habitualmente observada.

Acreditamos que no atual estágio de contato dos yanomami seria impossível restabelecer o isolamento desta população, sendo portanto necessária uma rigorosa vigilância e imediata assistência nas epidemias de gripe, esperando que no futuro, com o desenvolvimento de uma imunidade adquirida, diminua a gravidade e abrangência desta infecção.

Estamos avaliando a viabilidade e a eficácia da vacinação para o vírus Influenza na área yanomami, como forma de tentar minimizar os riscos e morbidade provocados pelas gripes.

#### 4. CALAZAR

O calazar foi introduzido pelo garimpo em várias regiões da área yanomami. Na nossa área de atuação diagnosticamos um caso de calazar em uma criança de 5 anos da região do Balawaú, através do quadro clínico compatível, sorologia positiva e punção esplênica realizada em área.

O tratamento completo com Glucantime foi realizado na própria área indígena exigindo um grande esforço das equipes de saúde para evitar a remoção para Boa Vista ou abandono do tratamento. Houve regressão dos sinais e sintomas, estando programada uma reavaliação clínica do caso a cada três meses.

A descoberta deste caso de calazar justifica um investimento maior na pesquisa desta doença em nossa área, considerando que para cada caso com franca apresentação clínica podemos esperar uma média de quatro a cinco casos com manifestações clínicas mais brandas. Destes, 70% evoluirão para uma doença grave. A pesquisa deverá estender-se também ao inquérito canino, através de sorologias qualitativas, visto que o cão é o principal reservatório da doença.

## 5. TUBERCULOSE

A tuberculose representa um grave problema de saúde em algumas regiões da área yanomami.

A baixa resistência natural desta população ao *Micobacterium tuberculosis* e a introdução relativamente recente da doença, determinam o caráter epidêmico e a apresentação clínica mais grave desta enfermidade. A forma clínica mais comumente observada nos casos removidos à Casa do Índio (BV) é a tuberculose disseminada.

Na nossa área de abrangência não diagnosticamos nenhum caso de tuberculose no ano de 1993, apesar de algumas suspeitas em que os exames foram negativos.

Em virtude da baixa resistência natural, adotamos, por orientação do Programa Nacional de Controle da Tuberculose, a vacinação com BCG intradérmico com o objetivo de tentar aumentar a resistência e diminuir a incidência das formas disseminadas ou miliares da doença.

A vacinação com o BCG na nossa população alvo foi até hoje incompleta, merecendo uma reavaliação do que já foi realizado e complementação posterior.

# TOOTOTOBÍ - INCIDÊNCIA DE DOENÇAS ABRIL A NOVEMBRO DE 1993 - 1113 ATENDIMENTOS

Gráfico 4 - Nºs Absolutos

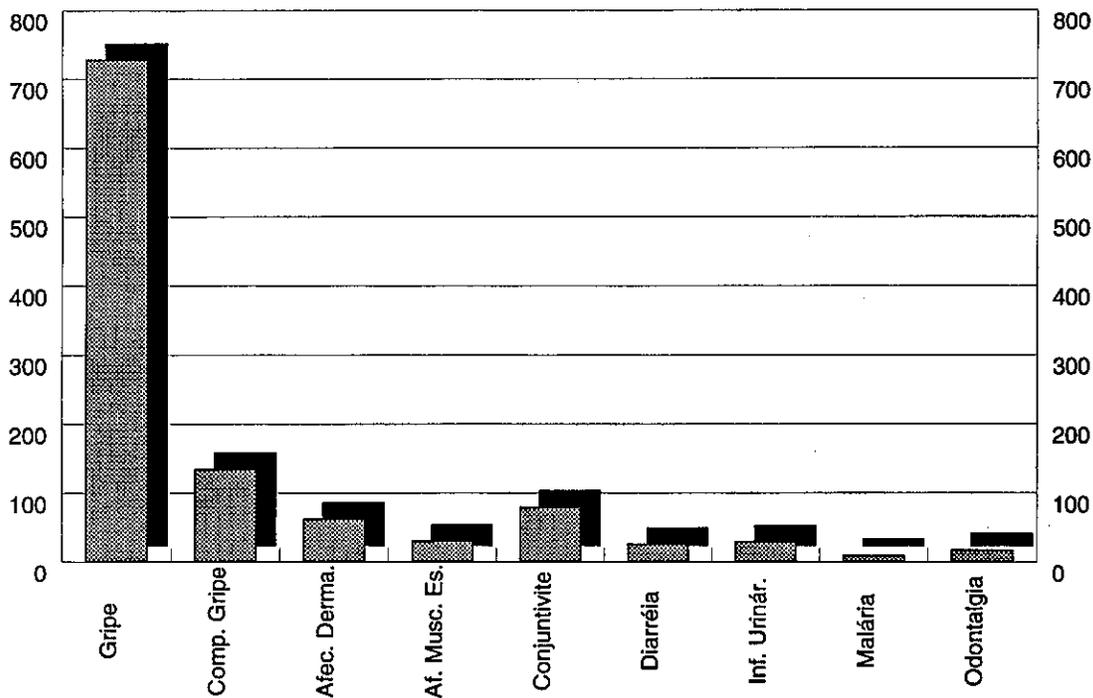
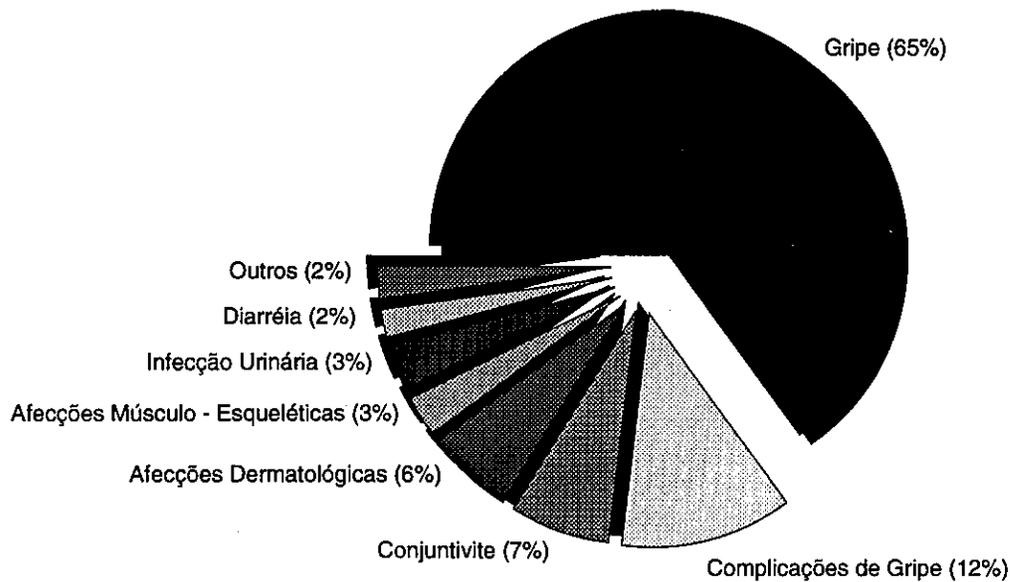


Gráfico 5 - Em porcentagem



## DEMINI - INCIDÊNCIA DE DOENÇAS ABRIL A NOVEMBRO DE 1993 - 765 ATENDIMENTOS

Gráfico 6 - N<sup>os</sup> Absolutos

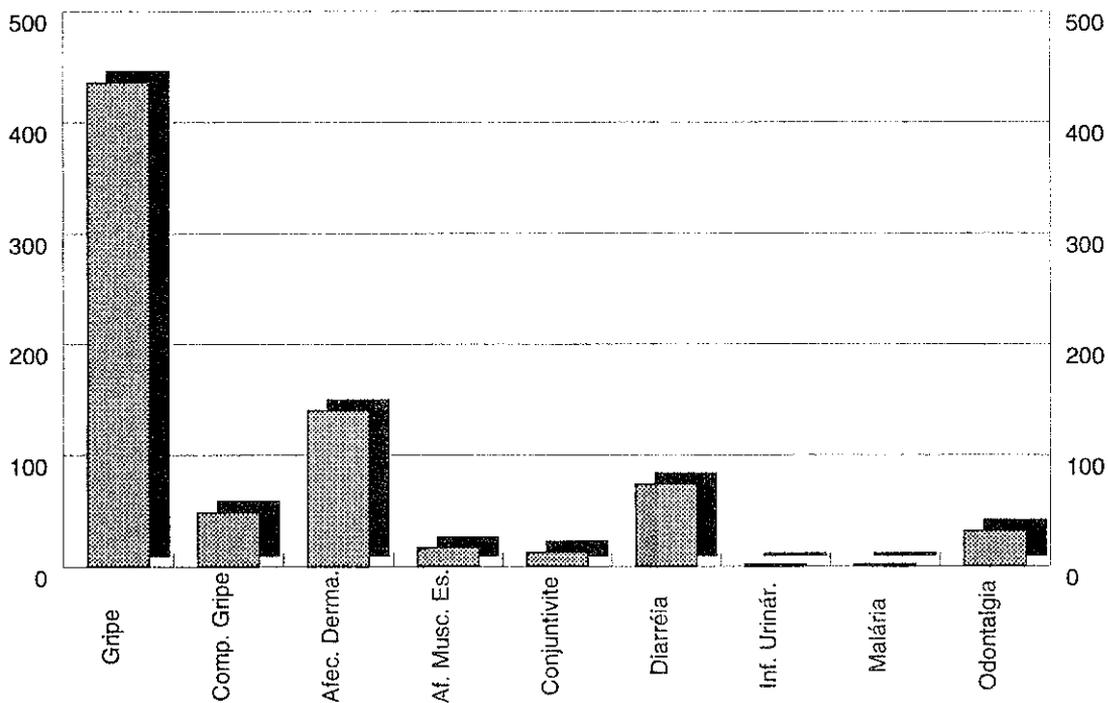
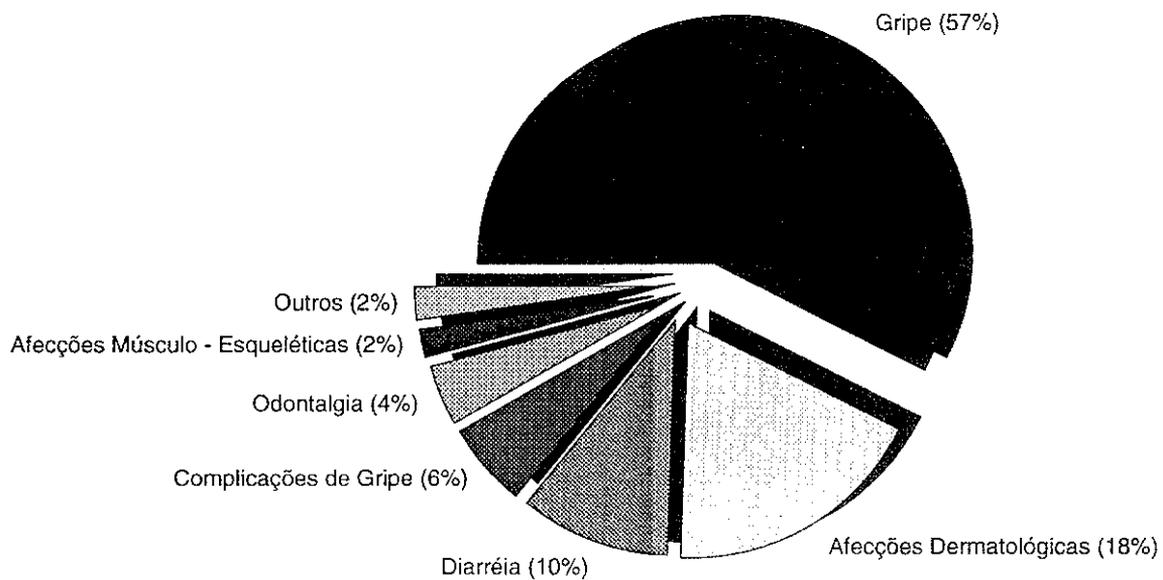


Gráfico 7 - Em porcentagem



## BALAWAÚ - INCIDÊNCIA DE DOENÇAS ABRIL A NOVEMBRO DE 1993 - 468 ATENDIMENTOS

Gráfico 8 - N<sup>os</sup> Absolutos

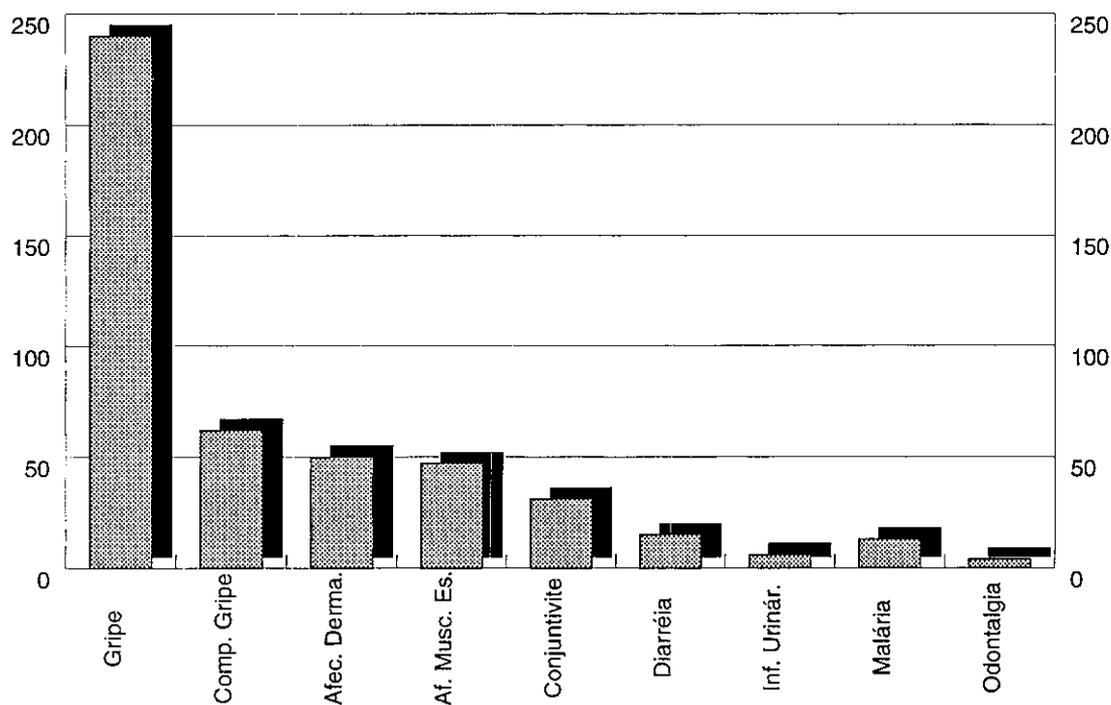
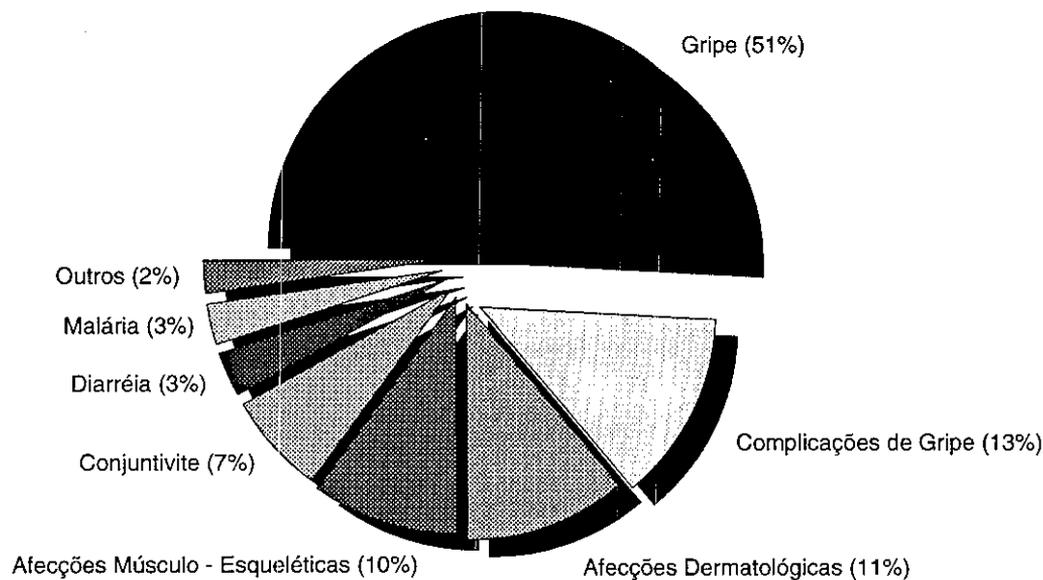
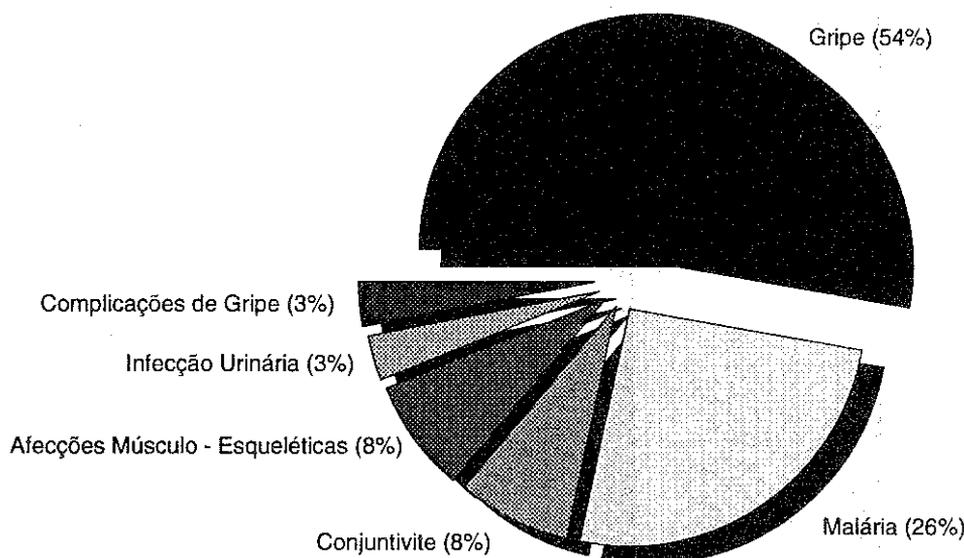


Gráfico 9 - Em porcentagem



## BALAWAÚ - INCIDÊNCIA DE DOENÇAS ABRIL A NOVEMBRO DE 1993 - ATENDIMENTOS EVENTUAIS

Gráfico 10 - Em porcentagem



## COEFICIENTES DE INCIDÊNCIA SEMESTRAL - CIS

CIS = NÚMERO DE CASOS ÷ POPULAÇÃO EXPOSTA

### JUNHO A NOVEMBRO DE 1993 POR REGIÃO

Doenças	Demini Pop.: 89 hab.		Balawaú Pop.: 223 hab.		Toototobi Pop.: 224 hab. Jun-Ago/93 300 hab. Set-Nov/93 após migração dos Hwaximeutheri	
	Total	CIS Jun-Nov/93	Total	CIS Jun-Nov/93	Total	CIS Jun-Nov/93
Gripe	285	3,20	168	0,75	468	1,70
Complic. Gripe	36	0,40	42	0,19	75	0,27
Malária	1	0,011	8	0,036	7	0,024
Diarréia	64	0,72	12	0,053	20	0,072
Conjuntivite	12	0,13	27	0,12	62	0,24
Calazar	0	0	1	0,0045	0	0

## DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES EM ÁREA

Para o atendimento contínuo às populações do Demini, Toototobi e Balawaú, contamos com uma equipe de área de 10 pessoas, atualmente composta por:

- 1 médico
- 2 enfermeiros
- 4 auxiliares de enfermagem
- 2 microscopistas
- 1 auxiliar de serviços gerais.

Com a entrada de mais um enfermeiro programada para janeiro de 1994, concluiremos o nosso quadro ideal de profissionais de área.

A presença mais freqüente do médico na área em 1993 garantiu uma melhoria na qualidade do atendimento prestado, quer na assistência direta aos índios, quer pelo treinamento da equipe de enfermagem quanto às condutas padronizadas e orientação geral das atividades.

A metodologia de trabalho adotada desde o início do projeto foi centrada na visita regular às malocas, com busca ativa mensal de malária e atendimentos eventuais por demanda nos postos.

Registramos nas três regiões um total de 2238 atendimentos em 1993, sendo que o nosso trabalho foi principalmente norteador pelas freqüentes epidemias de gripe, conforme vimos anteriormente.

As sorologias para pesquisa de calazar, exames de escarro para pesquisa de tuberculose e outros exames clínicos foram colhidos em área e encaminhados à Casa do Índio em Boa Vista, sendo no entanto somente um caso confirmado para calazar. Foi realizada uma remoção para Boa Vista com suspeita de tuberculose pulmonar tendo, porém, sido diagnosticado pneumonia com comprometimento pleural.

Foi realizado tratamento em massa para verminose nas três áreas, pelo menos duas vezes nos últimos onze meses.

Não ocorreu vacinação neste período. Esta atividade será desenvolvida conjuntamente em outras regiões da área yanomami, sob a coordenação e planejamento do DSY, em 1994.

O atendimento odontológico ocorreu uma vez, no Demini, durante quinze dias.

A prevenção com aplicações regulares de flúor tópico nesta região nos últimos dois anos provavelmente foi responsável pela melhoria do índice de incidência de cárie nesta população, que em 1990 apresentava um CPO médio de 4,7 e em agosto de 93 baixou para 1,9 (vide anexo 5).

## PARTICIPAÇÃO INDÍGENA

Quase dois anos desenvolvendo nosso trabalho junto aos yanomami nos permitem hoje notar sensíveis mudanças tanto na relação dos índios com o projeto como na nossa concepção do projeto junto a eles.

Desde o início, a proximidade com as equipes do projeto foi bastante disputada politicamente pelas lideranças locais de cada uma das 3 regiões. Os atendimentos e prioridades de viagens às malocas foram algumas vezes decididos em função da orientação destes líderes. Assim, comunidades simpáticas a estes formaram alianças que acabaram influenciando em parte a abrangência das atividades do projeto. Grupos não aliados, geralmente de regiões muito distantes, acabaram por ter um atendimento menos assíduo, limitado por nossas próprias deficiências de profissionais, mas também por maior dificuldade em conseguirmos acompanhantes nas viagens. Ainda assim, conseguimos chegar às regiões distantes com a cooperação destas lideranças, que também por diversas vezes, a nosso pedido, enviaram mensageiros para que uma comunidade se deslocasse para uma região mais próxima do atendimento.

Quando começamos, a presença de intérpretes yanomami, geralmente oriundos de outras comunidades, era imprescindível tanto pela barreira da comunicação, como para melhor aceitação da própria equipe pelos demais índios. Com o passar do tempo, devido a motivos ligados à atividade de subsistência, obrigações familiares, tensões entre grupos etc, a presença do intérprete passou a ser cada vez mais curta e esporádica. Isto de nossa parte reforçou a necessidade do aprendizado da língua e por parte dos yanomami de um esforço coletivo, mais participativo, em se fazer entender.

Os adolescentes, solteiros na maioria, que trabalharam no início mais de perto conosco, principalmente pela necessidade que tínhamos de carregadores para chegarmos até às malocas (em especial até a conclusão da pista do Balawaú), tornaram-se durante um certo momento os mais bem informados e conseqüentemente os mais interessados no nosso trabalho e no aprendizado do português. Eram também os que mais recebiam mercadorias como pagamento pelos serviços prestados de carregadores/intérpretes. Hoje existem quase que formalmente, com algumas alterações ocasionais, duas turmas desses adolescentes, no Balawaú e no Toototobi, que mantêm uma predisposição para nos acompanhar, o que facilitou muito o nosso trabalho. Porém, apesar de constituírem um grupo interessante para futuro investimento como monitores de saúde, percebemos que a importância que estávamos dando a estes não valorizava as relações sociais-hierárquicas tradicionais, uma vez que nossos contatos com os chefes eram muito mais uma formalidade política do que uma participação efetiva nas questões cotidianas da saúde.

No Toototobi, para a manutenção da pista e reforma do telhado do posto, e no Balawaú, para a construção da pista e ajuda no carregamento das madeiras para construção do novo posto (vide anexo 7), tivemos a oportunidade de discutir a participação dos índios na manutenção da estrutura física do projeto. Para estes serviços foi discutido com as lideranças o tipo e quantidades dos pagamentos, e a distribuição destes foi realizada pelos próprios chefes. No caso do Demini, onde a presença de equipes de saúde já vem de algum tempo, este tipo de serviço não é mais

pago devido à compreensão dos índios, pela influência de Davi Kopenawa, de que o posto lhes pertence e portanto cabe a eles a garantia de sua manutenção.

No entanto, a questão das trocas com os índios das mercadorias de nossa sociedade das quais já possuem uma certa dependência (facas, machados, terçados, anzol, linha, etc.) precisa ser melhor discutida. Sabemos que o relacionamento com os yanomami depende da compreensão do seu modo de vida e costumes e, por isso, questionamos a prática exclusiva de pagamento a serviços prestados. Certamente a doação pura e simples desses bens não é o caminho para a autonomia mas teremos que buscar respostas conjuntas para essa questão que diariamente enfrentamos.

A nossa atividade em área tem gerado um interessante confronto entre os dois sistemas de saúde. Os yanomami reconhecem as doenças introduzidas pelo contato com os brancos para as quais não têm tratamento. Para estes casos, nossa presença e atividade sempre foram bem aceitas e solicitadas, não excluindo jamais o tratamento conjunto com os xabôri.

No entanto, percebemos um choque inevitável nessa convivência. De nossa parte, a valorização da terapêutica tradicional, através do estímulo de sua prática e não-interferência, não conseguiu impedir que, por parte dos yanomami, nosso sistema fosse em alguns momentos hiper-valorizado. Não é raro alguns yanomami solicitarem atendimento para pequenos problemas que antes resolviam sozinhos (retirada de bicho-de-pé, assepsia de pequenos ferimentos, mel para tosse, etc.). Muito comum é a solicitação por mais remédios, e principalmente injeções e soros, que mesmo tendo sido usados por nós somente nos casos com indicação absoluta, são compreendidos como procedimentos quase que milagrosos na cura de doenças. Embora nossa prática nunca tenha sido a hiper-medicalização, nas epidemias de gripe e diarreia temos sentido grande pressão dos yanomami para que administremos uma quantidade maior do que o indicado de remédios. Nestes momentos, tivemos a oportunidade de aprofundar o nosso trabalho de educação informal em saúde, através de explicações sobre o funcionamento de nossa medicina. No entanto, uma abordagem antropológica mais efetiva seria de grande valia neste momento do projeto.

A Pré-Conferência Estadual de Saúde Indígena que realizamos no Toototobi (II Conferência dos Yanomami da Área 15) em outubro (vide anexo 1), tinha esse objetivo principal, o de avaliar e repensar junto com os índios todo o trabalho desenvolvido. Foi uma oportunidade bastante interessante onde este tipo de questionamento pôde ser esclarecido preliminarmente, de forma coletiva. Acertamos com os yanomami de manter essa reunião anual, a cada início de estação seca. Pretendemos no próximo mês enviar para a área três gravadores com três cópias das cinco fitas K-7 gravadas nessa reunião, na intenção de continuar esta discussão com os yanomami que não puderam estar presentes. Um "delegado" foi eleito entre os presentes para representá-los em Boa Vista na Conferência Estadual e acabou também por ir para a Conferência Nacional de Saúde Indígena (vide anexo 2), realizada em Luziânia (GO), no final de outubro. A presença dos sobreviventes do massacre ocorrido em julho de 1993 na maloca Hwaximeutheri na Venezuela com um saldo de 16 mortos e 4 feridos, agora residentes no Toototobi, reforçou entre os presentes a necessidade de constituírem alianças na defesa de sua integridade.

## ORGANIZAÇÃO DOS TRABALHOS EM BOA VISTA

Para o apoio logístico e administração do projeto de saúde contamos atualmente com seis profissionais no escritório de Boa Vista:

- 1 coordenador de saúde (médico)
- 1 assessor da coordenação de saúde (enfermeiro)
- 1 administrador do escritório (adm. de empresas)
- 1 assistente administrativo (universitário)
- 1 auxiliar de escritório
- 1 motorista

Contamos ainda com a assessoria geral de um sócio-fundador, voluntário, nas questões relativas ao campo (construção de pista e posto) e à administração.

O planejamento das atividades a serem desenvolvidas em área, cronograma de viagens de equipes e o controle e remessa de medicamentos e equipamentos, é feito pela coordenação de saúde baseado nos relatórios de enfermagem enviados mensalmente e pelo acompanhamento diário, via radiofonia, da situação de saúde em área. Neste sentido avançamos bastante nos últimos meses com a informatização do escritório, controle de estoques de farmácias, padronização das terapêuticas e dos relatórios e preenchimento de fichas individuais que compõem o nosso banco de dados (vide anexo 8). As informações gerais, de saúde, fichas de pacientes e censo, provenientes dos postos, são atualizadas no nosso banco de dados em Boa Vista e retornam para a área, o que contribuiu para melhorar a nossa comunicação e dos postos entre si.

A contratação de profissionais de saúde é feita pelos médicos do projeto e uma seleção para as vagas de enfermeiros foi realizada em julho, com o apoio da Escola de Enfermagem, em Manaus. Pelas características do trabalho, tempo de permanência em área, distância dos familiares, etc., priorizamos a contratação de pessoal de Boa Vista e Manaus o que, junto com algumas melhorias que obtivemos nas condições de trabalho, resultou numa composição mais estável das equipes que no ano anterior.

A partir de abril, houve uma modificação do tempo dos profissionais em área (vide anexo 4), que agora ficam 60 dias no campo, intercalados com 20 dias de licença e passam 10 dias no escritório antes da nova entrada em área, para discussão dos principais problemas enfrentados no trabalho, conhecer melhor as atividades correlatas desenvolvidas no escritório, discussões teóricas e realização de cursos de treinamento técnico de curta duração em Boa Vista (laboratório e guarda de endemias).

Para entrada e saída dos profissionais de área, envio de medicamentos, equipamentos e alimentação, etc., mantivemos um voo a cada 15 dias.

Os medicamentos e materiais de consumo utilizados nos últimos 7 meses foram basicamente fornecidos pela FNS, CEME e Secretaria Estadual de Saúde. Recebemos também uma doação considerável de alguns itens básicos de farmácia da UNICEF em setembro deste ano. Com isto praticamente não foi necessária a compra de medicamentos no comércio.

O escritório de Boa Vista tem sido o elo de ligação entre a área e o escritório-sede em São Paulo. Apesar do contato diário via telefone, fax e eventuais viagens de alguns membros da organização, a dinâmica do nosso trabalho em área exige uma agilidade no processo decisório em Boa Vista que tem sido prejudicado por falta de uma autonomia maior em relação a São Paulo. Neste sentido, nas questões relativas ao projeto de saúde, confiamos que será de grande valia a consultoria contratada em dezembro de 1993, para a reestruturação interna da CCPY.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar das dificuldades encontradas para implantação e desenvolvimento do Projeto, como construção da infra-estrutura básica, contratação e treinamento de recursos humanos e organização do sistema, a análise da situação de saúde dos índios das regiões onde realizamos atendimento nos permite afirmar que conseguimos reverter o quadro emergencial inicialmente encontrado.

No entanto, conforme expusemos anteriormente, os yanomami, pelas características do isolamento e ameaça constante de introdução de novas doenças, representam um povo extremamente vulnerável do ponto de vista epidemiológico. A assistência contínua à saúde, ao nosso ver, é a única forma de manter índices coletivos de saúde favoráveis, haja vista as diferenças observadas entre as populações que tiveram atendimento permanente e as que só obtiveram atendimentos eventuais.

A integração efetiva dos índios e a preocupação em estimular a autonomia na preservação da saúde são também pontos determinantes a serem considerados no desenvolvimento de projetos futuros que almejem a sobrevivência dos yanomami.

ANEXOS

## PRÉ-CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE INDÍGENA

### (II CONFERÊNCIA DOS YANOMAMI DA ÁREA 15)

Toototobi, 12,13 e 14 de outubro de 1993

#### I - OS PREPARATIVOS:

A idéia de se fazer esta conferência surgiu a partir de algumas discussões realizadas no NISIR quando da preparação da I Conferência Estadual de Saúde Indígena que aconteceria nos dias 15, 16 e 17 de outubro de 1993 em Boa Vista. Nessas ocasiões discutiu-se a necessidade de se conversar previamente com os Yanomami alguns assuntos da pauta, bem como a escolha de delegados que os representariam nas conferências estadual e nacional.

A dificuldade operacional de se realizar uma reunião única na área com representantes de todas as regiões levou o DSY a realizar uma pré-conferência com os Yanomami da região de Surucucus e as ONGs ficariam responsáveis pela indicação ou encaminhamento dos representantes das demais sub-regiões.

Em uma reunião ordinária do escritório da CCPY em Boa Vista, avaliamos a possibilidade de realizar também uma pré-conferência com os Yanomami dos locais onde realizamos atendimento. A FNS colaboraria com 3 vãos e ajuda alimentar (arroz e farinha).

Assim, via rádio, um mês antes começamos a preparar a convocação das malocas. Conversamos bastante sobre o que pretendíamos com essa reunião e embora o seu desenrolar e resultados fossem imprevisíveis não deveria ser caracterizado como uma festa como ao início alguns Yanomami achavam. Pretendíamos avaliar o nosso trabalho, ouvir críticas e sugestões. Os Yanomami decidiram então que as mulheres e crianças não participariam, apenas os homens mais velhos e os tuxawas.

Nossa sugestão é que fosse no Toototobi em virtude de sua localização e condições de pista. Entre ser no posto ou numa maloca, os próprios índios do Toototobi e do Balawaú, também via rádio, decidiram pela maloca do Toto por ser a maior desta região e assim permitir melhor acomodação.

No Posto Yano, Marcão e Abrão conversaram com Roberto que enviou mensageiros para as malocas do Balawaú e do Novo Demini.

No Toototobi, Claudio e Jorge conversaram com o Toto que avisou as malocas dessa região e enviou mensageiros ao Novo Demini. Dispôs-se, como anfitrião, a oferecer a caça para os três dias de reunião.

No Demini, Davi ficaria responsável por enviar um ou dois representantes, mas em virtude da epidemia de gripe naquela maloca, ao final ninguém pode comparecer.

Carlo fez o contato com o Catrimani pois também recebem atendimento odontológico da CCPY.

No dia 12-10-93 chegaram de avião Carreira e Jose do Catrimani e Roberto do Balawaú. Ficaram no posto essa noite, junto com os representantes das duas malocas do Novo Demini que haviam chegado no dia anterior.

No dia seguinte, foram todos pintados e adornados a rigor e a entrada na maloca foi o tradicional ritual de festa. Cantos prosseguiram até o nascer do dia.

## II - OS PARTICIPANTES

Ao todo havia 176 Yanomami presentes representando 16 malocas, algumas a vários dias de caminhada.

### A) YANOMAMI:

#### Região: TOOTOTOBÍ

Maloca	Representantes
TOTÔ	Todos
FIALHO	Fialho, Bilo, Aroldo, Rogel, Liko, Adalto
PAULINO	Paulino, Carlos, Alfredo, Braga, Tomaxi, Ivaldo, Matos, Sarnese, Abel, Antonio
MAKOS	Makos, Kirião, Tião, Miguero, Keny, Yatotorine
HWAXIMEUTHERI	Ararão, Chico, Serra, Paulista, Donato, Aturian

#### Região: BALAWAÚ

Maloca	Representantes
BALAWAÚ	Chefinho, Walmir
ROBERTO	Roberto
HWAYASIKETHERI	Rui, Makusu, Boroba, Bisiwe, Josua, Afonso
KOHEREBITHERI	Wabunau, Vitor, Atabai
RAHARABITHERI	Mamokewaroboma
XOTOKOMABITHERI	Miudo, Sirado

### **Região: NOVO DEMINI**

#### **Maloca**

ANTONIO

CANTOÁRIO

#### **Representantes**

Antonio, Levi, Eli, Mateus, Reinaldo, André

Cantoário, Cachaça

### **Região: CATRIMANI**

#### **Maloca**

MAUXIUTHERI

WAKATAUTHERI

#### **Representantes**

Carrera

José

### **Região: VENEZUELA**

#### **Maloca**

MAAMABITHERI

#### **Representantes**

Todos

OBS: as famílias destes também estavam presentes (mulheres e crianças).

## **B) EQUIPE DE SAÚDE:**

Carlo Zacquini - intérprete

Claudio Esteves - médico

Deise Alves - médica

Jorge André - Auxiliar de Enfermagem (Toototobi)

Marcos - microscopista (Balawaú)

Saldanha - Auxiliar de enfermagem (Demini/Balawaú)

## **III - A REUNIÃO:**

O que se segue foi baseado nas anotações realizadas após a tradução do Carlo ao final de cada discurso dos Yanomami. A nosso pedido, Carlo fazia as traduções para o yanomami dos comentários da equipe de saúde. Esta parte deverá ser complementada pelo Carlo que gravou cinco fitas k7 durante a reunião.

**Carlo** - Explicou os motivos da reunião

**Toto** - Falou sobre os espíritos que os brancos vêem e tratam tirando do corpo e outros espíritos que só os xabore sabem. "Os brancos sabem quando é falciparum, vivax, pneumonia, gripe, tuberculose e fazem os remédios". "Não defendo só os meus" e citou o nome de todas as malocas presentes. Falou como devem se relacionar com os brancos que tratam as doenças: que se deve tratá-los bem e pedir explicações sobre o que estão fazendo para os yanomami entenderem melhor.

**Carlo** - Falou da época do garimpo e lembrou que a malária diminuiu desde que saíram da área e desde que começou nosso trabalho. Falou das constantes epidemias de gripe e de seu tratamento.

**Toto** - Falou como ele foi importante para o projeto ficar aqui. Disse que ele pediu que os brancos viessem. Disse estar muito preocupado com que a população yanomami aumente, para ficarem mais fortes, que se devia evitar o infanticídio. Contou sua experiência quando veio para a casa do Índio em Boa Vista.

**Carlo** - Lembrou que o Davi e o Roberto foram muito importantes para a vinda dos brancos do projeto de saúde para cá.

**Toto** - Falou que antes todos ali presentes acompanhavam os garimpeiros, mas que agora não queriam mais eles lá. Falou que quando precisa têm que chamar os médicos, como ele fez. Se quiserem que nós brancos vamos para lá é só falar com ele.

**Roberto** - Disse que os brancos que estão no posto Yano são ignorantes. Que os remédios que dão só têm água que não resolve nada. Disse que brincam muito e dão pouco remédio. Para diarreia o soro não adianta. Lembrou que alguns brancos, como Marcão, dão remédio forte. Disse também que os Yanomami não deveriam praticar o infanticídio, "mesmo se a criança for mulher".

**Carlo** - Explicou a importância do soro oral nas diarreias e de outros remédios em solução (gotas). Explicou o mecanismo das injeções, comprimidos, suas indicações, seus riscos, etc.

**Makos** - Antes os xabores se esforçavam e nem sempre conseguiam curar as doenças. Tomavam muita yakoana e as crianças morriam, agora não, com pouca yakoana e junto com os remédios as crianças estão em pouco tempo correndo de novo. Gosta do Jorge, auxiliar de enfermagem, que defende as mulheres quando os outros yanomami não fazem (Makos se refere a uma ocasião em que o yanomami Tião, após inalar yakoana, começou a agredir as mulheres com um machado. Jorge, auxiliar de enfermagem, ajudou a contê-lo). Diz estar muito satisfeito.

**Fialho** - Disse que também ajudou na implantação do projeto. Também trouxe a gente aqui. Está contente. "Não sei de onde vem o mal, os brancos descobriram olhando o sangue, onde ele está; enquanto a gente antes ficava muito agoniado para descobrir, a gente agora está mais tranquilo. Tenho carinho por vocês que estão cuidando destas coisas. Não quero gente que venha aqui e só converse. Quero gente que acabe com o mal. Ainda somos poucos e temos que trabalhar muito para um dia ficarmos como os

brancos. Quem vier aqui para ajudar nisso será bem-vindo". Disse também que fica muito agoniado quando matam as crianças. Falou que os garimpeiros acabam com a caça e ainda trazem doenças para cá.

**Kirião** - Disse que gosta muito da gente. Está muito feliz. "Os garimpeiros vêm e sujaram o rio. Trazem doenças. Mas estes brancos não. Trazem remédio. Todo mundo fica bom. As crianças com saúde. Vai fazer roça grande para ter muita festa, todo mundo ficar muito amigo."

**Passarinho** - "Eu estou feliz. Eu tenho muitos netos agora. Eles não ficam mais doentes ou se ficam não morrem. Agora não brigamos mais com os outros yanomami. Estamos todos em paz".

**Atabai** - Não conhecia os brancos. Não havia brancos no Balawaú. Agora ele está satisfeito com os remédios que funcionam e curam as doenças.

**Chefinho** - Lembra que no passado eles brigavam muito, mas que agora são amigos. Queixa-se que trabalham muito no Posto Yano e não recebem comida. Acha também que poderíamos dar mais remédio.

**Antonio** - Que eles ficam com muita febre e pedem remédios para os missionários. Eles falam que vão ver mais tarde. Ele não gosta e quer remédio logo. Queixa-se que os missionários proibem a yakoana. Diz que a princípio acreditou no Davi que falou que a reunião era coisa do Toto e que eles deviam brigar. Mas agora percebe que era mentira e que acredita nas boas intenções do Carlo.

**Paulino** - Fala que morreram muitos na sua maloca no passado e que ele precisa muito dos remédios e dos brancos. Eles agora são muito poucos e que ele gostaria que "mais brancos viessem para cá para cuidá-los".

**Wabunao** - Sente-se mais seguro com o atendimento médico e gostaria de receber mais remédios.

**Bruce** - Que acha que os brancos são poucos e que ele precisa do nosso atendimento.

**Cantuário** - está satisfeito com o atendimento dos americanos, que são seus parentes, mas que, apesar de não nos conhecer muito bem, que também nos quer como amigos.

**Ararão** - estão satisfeitos com os remédios e com as pessoas que estão atendendo a eles na maloca do Makos. Pede para que os garimpeiros não matem mais os seus parentes com doenças e armas.

**Karera** - "Somos muito valentes. Se aparecem garimpeiros, a gente vai brigar. A terra é nossa. Omame deu essas terras pra gente. Os meus netos estão escrevendo e quando mostram os rabiscos para os brancos estes dizem: "olha como eles são valentes". Não tem serra por aqui? Vocês têm medo que o céu caia na cabeça de vocês. Vocês têm medo da grande onça que vem matar vocês. A gente tem que brigar. Se os garimpeiros chegarem e perguntarem se vão querer roupas, dizer que não.

Deise Alves Francisco

## RESUMO DA II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA

A II Conferência Nacional de Saúde Indígena realizou-se de 25 a 27 de outubro de 1993 em Luziânia - Goiás, como parte integrante da 9a. Conferência Nacional de Saúde convocada pelo Ministério da Saúde. Participaram desta Conferência 200 delegados indígenas e não-indígenas de acordo com o critério estabelecido de que os usuários (índios) deveriam constituir 50% desta representação. Os delegados foram eleitos em conferências estaduais e regionais, sendo o seu número proporcional ao número de indígenas de cada região.

Seu objetivo principal foi definir as diretrizes da Política Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, atualizando as recomendações da I Conferência, em conformidade com o processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), incorporando ao mesmo um sub-sistema diferenciado de assistência aos povos indígenas.

Foram reconhecidos como princípios gerais dessa política a garantia dos direitos indígenas à preservação de suas terras e recursos naturais, saúde como direito de cidadania e que as ações e serviços de saúde deverão ser implementados por um sistema único, descentralizado e universalizado, com a participação paritária das comunidades, sendo, no entanto, os povos indígenas do País atendidos de acordo com as suas especificidades sócio-culturais e sanitárias. O caráter de universalidade do sistema só poderá ser viabilizado através do enfoque diferenciado, tratando adequadamente povos diferentes.

Apesar da descentralização foi reafirmada a responsabilidade indelegável da saúde indígena ao Governo Federal, não estando excluídas as contribuições complementares de Estados, municípios e outras instituições governamentais e não-governamentais no custeio e execução das ações.

O Modelo Assistencial escolhido para a atenção à saúde indígena deverá ter como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) formados de acordo com projeto elaborado junto com as comunidades, sob supervisão dos Núcleos Interinstitucionais de Saúde Indígena (NISI), definindo as atribuições de cada entidade envolvida.

Os DSEI devem ser caracterizados por base territorial definida por critérios étnicos, geográficos e epidemiológicos, pelo controle social através de Conselhos Distritais Indígenas, pela existência de uma rede de serviços com equipes de saúde adequadamente capacitadas e pela autonomia administrativa e financeira.

Foram temas de debate também a formação, seleção e perspectivas de carreira dos profissionais de saúde nas instituições públicas, bem como o papel das instituições de ensino e pesquisa.

Em relação aos Sistemas Tradicionais de Saúde, a II CNSI reconheceu a importância de não só respeitar mas de também assegurar mecanismos para a sua preservação.

O anexo a seguir refere-se ao recente massacre de yanomami praticado na Venezuela por garimpeiros brasileiros.

Conhecíamos os Hwaximeutheri desde 1991 como Bokarahutumethere, um grupo que tivemos a oportunidade de atender por diversas vezes quando de suas visitas ao Toototobi.

Aproximadamente dois meses antes das notícias oficiais do massacre já tínhamos recebido informações, através de visitantes ao posto Balawaú, de que alguns yanomami haviam sido assassinados por garimpeiros. Comunicamos essas informações à Funai.

No dia 24 de agosto de 1993, dois caçadores Hwayasiketheri chegam ao posto Balawaú dizendo terem encontrado, durante uma caçada, sobreviventes do massacre que se dirigiam à maloca do Makos no Toototobi, sendo que alguns ainda apresentavam ferimentos provocados por espingarda.

Nosso médico informou via rádio o ocorrido ao escritório da CCPY em Boa Vista nesse mesmo dia às 18 horas, e, no dia seguinte, enviamos um avião para deslocá-lo ao Toototobi.

A essa altura, as notícias pela imprensa ainda eram bastante imprecisas quanto ao número de yanomami mortos e ao local exato do massacre.

Nesse mesmo dia (25-08) nossa equipe, composta por um médico, um auxiliar de enfermagem e um microscopista, se dirige à maloca do Makos (4 horas e meia de caminhada do posto). No meio do caminho encontram os sobreviventes, que apresentavam ferimentos e que se dirigiam para atendimento no posto. O médico volta com eles para o posto (vide laudo enviado à Funai, no final deste anexo) e o restante da equipe prossegue até a maloca do Makos para levantamento dos restantes.

No dia 26-08 enviamos outro avião ao Toototobi levando o antropólogo Bruce Albert e o yanomami Levi do Demini, retornando a Boa Vista o médico para prestar depoimento à Polícia Federal.

A seguir apresentamos o minucioso relato de Bruce Albert sobre o ocorrido.

# O MASSACRE DOS YANOMAMI DE HAXIMU<sup>1</sup>

## Bruce Albert<sup>2</sup>

*Para quem achou que 16 mortos reduzem a gravidade do caso; para quem temeu que "apenas" 16 mortos esvaziava a atenção sobre ele, deixo este relato à guisa de reflexão.*

### A armadilha garimpeira

Na origem do massacre de Haximu está uma situação crônica de conflito interétnico criada na área Yanomami pela presença predatória das atividades garimpeiras. Desde o início da grande corrida do ouro em Roraima, em agosto de 1987, vários assassinatos de índios ocorreram e outros poderão ocorrer novamente devido às mesmas causas. Portanto, antes de mais nada, é preciso tornar claro o contexto social e econômico capaz de gerar tais violências.

Ao instalar-se num novo sítio dentro da área Yanomami, os garimpeiros vêm primeiro em pequenos grupos. Sendo poucos, sentem-se vulneráveis perante a população indígena. Temendo uma reação negativa dos índios, tentam comprar a sua anuência com farta distribuição de bens e comida. Por sua vez, os índios têm pouca ou nenhuma experiência com brancos e tomam essa atitude como uma demonstração de generosidade que se espera de qualquer grupo que quer estabelecer laços de alianças intercomunitárias. Enquanto se desenrola esse mal-entendido cultural, os índios ainda não sentem o impacto sanitário e ecológico das atividades de garimpo. Aos seus olhos, o trabalho dos garimpeiros parece ainda algo enigmático e irrelevante. Com ironia e condescendência, chamam-nos de "comedores de terra" ao compará-los a um bando de queixadas fuçando na lama.

Num segundo momento, o número de garimpeiros aumenta substancialmente e já não é preciso manter aquela generosidade inicial. Os índios passam de ameaça a estorvo com suas insistentes demandas pelos bens que se acostumaram a receber. Os garimpeiros irritam-se e tentam afastá-los dos garimpos com falsas promessas de presentes futuros e com atitudes impacientes ou agressivas.

A essa altura, os índios já começam a sentir uma rápida deterioração em sua saúde e meios de subsistência. Os rios ficam poluídos, a caça foge e muita gente morre em constantes epidemias de malária, gripe, etc., desestruturando a vida econômica e social das comunidades. Desse modo, os índios passam a ver os bens e a comida que vem dos garimpeiros como uma compensação vital e inquestionável pela destruição causada. Negada tal compensação, cria-se no seu entender uma situação de hostilidade explícita.

Surge assim um impasse: os índios se tornam dependentes dos garimpeiros no exato momento em que estes se dispensam de comprar a boa vontade indígena. Essa contradição está na raiz de todos os conflitos envolvendo índios e garimpeiros na área Yanomami. Com ela abre-se a possibilidade para que o menor incidente degenerem em conflito aberto. Como a disparidade de forças entre garimpeiros e índios é enorme, a balança da violência pende sempre contra os Yanomami.

1. Os fatos aqui relatados constam dos autos do inquérito instaurado pela Polícia Federal. Alguns detalhes provêm de um relatório preliminar que apresentei à FUNAI e à Procuradoria Geral da República a 26 de agosto de 1993.

2. Antropólogo - ORSTOM (Paris) / Universidade de Brasília.

Esse tipo de situação mostra claramente até que ponto a lógica da economia garimpeira repele a participação dos índios e até a sua simples presença. Garimpeiros que utilizam técnicas mecanizadas não têm qualquer interesse nos índios, nem sequer como mão-de-obra. Na melhor das hipóteses, são inconvenientes; na pior, são uma ameaça à sua segurança. Se com brindes e promessas não conseguem afastá-los, então a solução é intimidá-los ou exterminá-los.

### Assassinatos no rio Orinoco

Em meados de 1993, as relações entre os garimpeiros brasileiros do "rio Taboca" (alto Orinoco, na Venezuela)<sup>3</sup> e os Yanomami de Haximu<sup>4</sup> já haviam chegado a esse impasse. Eram cada vez mais frequentes as visitas dos índios aos garimpos em busca de comida e objetos. Numa ocasião, dois donos de balsa prometeram rede, roupa e munição a um jovem líder da comunidade. Mais uma vez a promessa não foi cumprida e este foi tomar satisfações no barracão de um desses empresários. Discutiu com um empregado e acabou por afugentá-lo com um tiro de espingarda. Com o barracão vazio, o índio e seus companheiros cortaram os punhos das redes, jogaram lona e cobertores no mato e levaram rádio e panelas. Depois deste incidente, os garimpeiros decidiram matar os índios se estes voltassem a incomodá-los. Em atritos anteriores, por medida de segurança, já haviam se reapossado de uma espingarda que tinham dado aos índios.

A partir do dia 15 de junho os fatos se precipitam. Um grupo de seis rapazes de Haximu chega a um outro barracão na área para pedir comida, bens de troca e, quem sabe, levar de volta a espingarda, conforme recomendação de seus parentes mais velhos. Recebem apenas alguma comida e um bilhete para ser entregue em outro barracão rio acima, com a promessa de que lá eles obteriam mais coisas.

No barracão seguinte, encontram uma turma de garimpeiros jogando dominó. São recebidos por uma cozinheira que lê o bilhete, joga-o no fogo e bruscamente manda-os embora com mais alguns mantimentos e roupa. O bilhete dizia: "Faça bom proveito desses otários". Com esse sinal e estimulados por ela, os garimpeiros desse barracão chegam a cogitar de matar os seis rapazes ali mesmo, mas desistem temendo que outros índios estivessem escondidos nas redondezas. Decidem então atacá-los já na trilha de volta às malocas.

Depois de caminhar menos de uma hora, os rapazes Yanomami param para comer o que receberam nos barracões. Chegam então seis garimpeiros armados que os convidam para ir caçar anta e visitar um outro barracão. Os índios estranham o convite, primeiro recusam, mas acabam aceitando diante de tanta insistência. Forma-se uma fila indiana tendo na frente um Yanomami seguido de garimpeiros e índios alternadamente.

3. A garimpagem nessa área existe pelo menos desde 1991, servida por duas pistas de pouso ilegais (Saddam Hussein do lado venezuelano e Raimundo Nenê do lado brasileiro), situadas entre o alto rio Catrimani e o alto Orinoco.

4. Antes do massacre, a comunidade de Haximu totalizava 85 pessoas reunidas em duas malocas nas cabeceiras do rio Haximu, afluente direito do alto Orinoco.

Um pouco adiante, o último Yanomami sai da fila para defecar; passa sua espingarda - a única dos rapazes - para outro Yanomami, e se embrenha no mato dizendo aos outros para seguir adiante. Mas os garimpeiros ficam parados. Bruscamente, um deles imobiliza o braço do índio que segura a arma e atira à queima-roupa em seu ventre com uma espingarda de dois canos serrados. Mais três índios são a seguir fulminados pelos outros garimpeiros. Um dos assassinos contará depois a um companheiro que um dos rapazes se agachou com as mãos no rosto e, tentando escapar da morte, suplicou: "garimpeiro amigo!". Foi sumariamente executado com um tiro no rosto.

O Yanomami que estava no mato, ao escutar os tiros, joga-se no rio Orinoco ali perto e consegue fugir. O jovem de 18 anos que encabeçava a fila também tenta escapar, mas vê-se encurralado entre três garimpeiros que, dispostos em triângulo, se revezam em atirar no rapaz como se fosse tiro ao alvo. Graças à sua agilidade e ao emaranhado da mata naquele local, o rapaz consegue desviar-se dos dois primeiros tiros, mas é ferido pelo terceiro. Enquanto os garimpeiros recarregam as armas, ele escapa e se joga também no rio Orinoco. Atordoado, tenta se esconder, ficando submerso até o nariz. Dessa posição ele vê os garimpeiros enterrar três dos mortos (a quarta vítima nunca chegou a aparecer; mortalmente ferido, provavelmente caiu no rio e foi levado pela correnteza). De repente, à procura de corpos, um garimpeiro desce até o rio e o vê escondido; volta para buscar uma arma, mas o jovem consegue finalmente fugir.

Enquanto isso, o outro sobrevivente chega às malocas do Haximu com a notícia dos assassinatos. Cerca de dois dias depois, volta com um grupo de homens e mulheres ao local onde ficaram os corpos de seus parentes. A meio caminho, encontram o adolescente ferido que lhes relata o que viu, inclusive o local onde os cadáveres foram enterrados (essa prática, aliás, é considerada pelos Yanomami como uma profanação). Desenterram os três corpos, procuram o quarto em vão, e levam os despojos para serem cremados a cerca de uma hora e meia de caminhada, mata a dentro. Coletam os ossos carbonizados necessários para officiar os seus ritos funerários e voltam para casa.

Nos dias que se seguem, organizam a caçada ritual que precede a cerimônia de preparação das cinzas mortuárias (os ossos são pulverizados e guardados em cabaças lacradas com cera de abelha). Depois da caçada (que dura de uma semana a dez dias), são convidadas três aldeias aliadas: Homoxi, Makayu (maloca do Simão) e Toumahi. Terminada a preparação das cinzas, forma-se um grupo de guerreiros para levar a cabo a tradicional incursão de vingança contra os assassinos. Deve-se enfatizar que a tradição Yanomami exige que mortes violentas sejam vingadas com ataques guerreiros onde os alvos são os homens, de preferência os mesmos responsáveis pelas mortes anteriores. Nunca se mata mulheres e crianças.

A 26 de julho, depois de dois dias de caminhada, o grupo de guerreiros acampa nas imediações do garimpo. Às dez horas da manhã seguinte, embaixo de chuva, chegam à cozinha de um barracão onde avistam apenas dois homens que conversavam em volta do fogo. Um dos Yanomami esgueira-se por detrás de uma árvore e atira. Acerta um dos garimpeiros com um tiro de espingarda na cabeça, matando-o na hora; o outro foge, mas é ferido nas costas e nas nádegas. Os guerreiros continuam sua vingança

partindo a cabeça do morto com golpes de machado, atiram flechas no cadáver e, antes de fugir, apanham tudo que encontram no barracão, inclusive cartuchos e a espingarda do morto.

### Preparando o ataque

O ataque dos índios enfurece os garimpeiros. Enterram o morto na cozinha do barracão que é então abandonado, levam o ferido para uma pista de pouso a dois dias de caminhada e começam a planejar a retaliação. Fazem duas reuniões onde decidem pôr fim ao assédio dos índios, matando todos os moradores das duas malocas que constituem a comunidade de Haximu, num total de 85 pessoas. Recrutam homens de vários barracões e juntam armas e dez caixas de cartucho. Toda essa operação foi patrocinada, se não encomendada, pelos quatro principais empresários dos garimpos daquela região. Para isso liberaram seus empregados, forneceram munição, armas e abrigaram as reuniões preparatórias para o ataque. Esses quatro empresários de garimpo, alguns deles bem conhecidos no Estado de Roraima, são: João Neto, proprietário rural; seu cunhado Chico Ceará; Eliezio, também dono de uma cantina; e Pedro Prancheta, o autor do bilhete que, como todos os demais, é dono de balsa. Quinze garimpeiros, fortemente armados (espingardas de calibre 12 e 20, revólveres 38, terçados e facas) põem-se a caminho para executar o plano. Entre eles estão vários que participaram do assassinato dos rapazes de Haximu, além de quatro pistoleiros que haviam sido contratados para garantir a segurança dos empresários.

Enquanto isso, os habitantes de Haximu deixam as malocas e acampam na mata a uma distância segura de contra-ataques. Ficam aí uns cinco dias. Como esperam o convite da comunidade de Makayu (maloca do Simão), para uma festa, eles iniciam a viagem em direção àquela maloca. No caminho pernoitam em suas duas malocas. Na manhã seguinte, a maioria continua a caminhada até uma roça velha entre Haximu e Makayu. Aí ficarão aguardando, como de praxe, o convite formal trazido por mensageiros de seus anfitriões<sup>5</sup>, enquanto três jovens guerreiros voltam para atacar de novo os garimpeiros, por estarem insatisfeitos com a tentativa anterior de vingança. O irmão do morto desaparecido, líder dos três rapazes, tinha especial empenho em vingar a morte do irmão precisamente porque o corpo nunca fora encontrado, impossibilitando a realização de um funeral apropriado. Chegam a um barranco de garimpo e, protegidos pelo barulho das máquinas, esgueiram-se até um garimpeiro que estava trabalhando e atiram. O homem pressente-os e consegue proteger a cabeça; sai ferido apenas no braço que lhe serviu de escudo. Os três rapazes fogem e juntam-se aos seus parentes de Haximu na roça velha.

5. Essa roça fica próxima ao rio Haximu, a duas horas de caminhada das malocas.

Esse ataque ocorre ao mesmo tempo em que os quinze garimpeiros estão a caminho das malocas de Haximu, a dois dias a pé de seus barracões. Índios e garimpeiros só não se cruzam porque em expedições de guerra os Yanomami evitam as trilhas, andando pela mata fechada. Chegando a Haximu, os garimpeiros encontram as malocas vazias. Depois de procurar, acham a trilha que leva à roça velha, e prosseguem no encalço dos índios.

Entrementes, no dia anterior, os habitantes de Haximu acampados na roça velha já haviam recebido o convite formal de Makayu. Por estarem em pé de guerra, querem abreviar ao máximo a sua estada naquela maloca. Resolvem que apenas os homens e algumas mulheres sem filhos seguirão para lá imediatamente em companhia dos mensageiros, deixando na roça velha todas as mulheres com crianças, além de três homens já velhos e pouco ágeis. Por duas razões essas pessoas ficam no acampamento: por seu ritmo lento de viagem e pelo fato de que mulheres e crianças nunca são alvos nas incursões guerreiras de vingança. Ficam também no acampamento os três jovens guerreiros recém-chegados que descansam de sua incursão ao garimpo.

### O massacre

Na manhã do dia seguinte, a maioria das mulheres no acampamento sai para coletar frutas (ingá) longe da roça velha. Junto com elas vão quase todas as crianças e o líder de uma das duas malocas. No acampamento permanecem cerca de dezenove pessoas, incluindo os três guerreiros que ainda se recuperam.

Poucas horas depois, por volta do meio-dia, os garimpeiros chegam ao acampamento e o fecham de um lado. Crianças brincam, mulheres cortam lenha e os demais estão deitados nas redes. Um garimpeiro dispara um tiro e todos os outros o seguem, abrindo fogo cerrado, ao mesmo tempo em que avançam para as vítimas. Em meio ao tiroteio, conseguem escapar os três guerreiros, um homem e uma mulher de meia idade, duas meninas de seis e sete anos e uma menina de cerca de 10 anos, graças à complexa disposição dos abrigos e ao emaranhado da vegetação típica das roças velhas. As duas meninas pequenas e um dos guerreiros saem feridos com chumbo espalhado pelo rosto, pescoço, costas e braços; a menina maior recebe um ferimento muito mais grave na cabeça do qual viria a falecer mais tarde. Do esconderijo, os fugitivos continuam a ouvir gritos abafados pelo estrondo dos tiros. Longos minutos depois, os garimpeiros interrompem o tiroteio e entram nos abrigos para terminar de matar quem ainda está vivo. A golpe de facão matam não só os feridos mas os poucos que não haviam sido atingidos; por fim, mutilam ou esquartejam todos os cadáveres crivados de balas e chumbo.

Ao todo morreram doze pessoas: um homem e duas mulheres idosos, uma jovem de Homoxi que estava de visita, três meninas adolescentes, uma menina de um ano e outra de três e três meninos entre seis e oito anos; três dessas crianças eram órfãs de pais mortos pela malária. A mulher de Homoxi, de cerca de 18 anos, foi atingida por um tiro de espingarda disparado a menos de dez metros e imediatamente por outro a

menos de dois. Uma mulher idosa e cega foi morta a pontapés e um bebê deitado numa rede foi embrulhado num pano e trespassado com faca.

Os garimpeiros dão-se conta de que não exterminaram todos os habitantes de Haximu. Por isso, levam duas espingardas que estavam nos abrigos, disparam um foguete para dissuadir possíveis perseguidores, e voltam às malocas vazias onde passam a noite. No dia seguinte, amontoam os utensílios domésticos que ficaram e despejam sobre eles uma grande quantidade de tiros de revólver e espingarda. Incendeiam as duas malocas e correm de volta ao garimpo. Semanas mais tarde, ouvem pela Rádio Nacional a notícia do massacre. Caminham por dois ou três dias até à pista de Raimundo Nenê. Ameaçam de morte a quem os delatar, dizendo aos demais garimpeiros que se estes falassem "fariam a mesma coisa que fizeram aos índios". Retornam então para Boa Vista de onde a maioria se dispersa pelo país.

### As cremações

Quando finalmente cessa o tiroteio, um dos três guerreiros que escapou ileso do massacre corre até onde as mulheres coletavam ingá, relata o que aconteceu, manda todos se esconderem, retorna ao acampamento, procura sua espingarda e não a encontra. Chama então as mulheres e manda três a Makayu avisar os demais. Elas caminham em disparada durante várias horas. Chegam aos prantos e em meio a grande comoção, contam a tragédia e descrevem de forma intensamente dramática como mulheres e crianças haviam sido mutiladas ou esquartejadas.

Os homens de Haximu partem imediatamente para o local do massacre em marcha forçada e ainda conseguem chegar no começo da noite. Juntam-se aos feridos e demais sobreviventes num clima de choro e terror misturado aos exaltados discursos de revolta dos líderes. A escuridão impede que tratem imediatamente dos cadáveres. O forte cheiro de sangue força-os a passar a noite um pouco afastados da cena do massacre. A cerca de meia hora do local, abrem uma clareira e levantam abrigos improvisados. Ao amanhecer, começam a cremação que seus ritos funerários impõem. Nem o alto risco de serem novamente atacados pelos garimpeiros suplanta o imperativo de dar um funeral apropriado a seus parentes.

Assim que começam a juntar os corpos destroçados, surge do matagal ao seu encontro a menina com o crânio aberto a bala, uivando de dores e pavor, enquanto a mãe desesperada corre para ela aos gritos.

Começa a cremação dos corpos, dispostos em posição fetal nas piras crematórias individuais. Os adultos são imediatamente cremados no acampamento; os cadáveres

6. Foi essa a história que os habitantes de Homoxi, também convidados da festa em Makayu, tentaram transmitir à FUNAI, que os confundiu com os sobreviventes de Haximu.

dos mais jovens são levados para os abrigos onde haviam passado a noite e lá também cremados. Mal o fogo acabara de consumir os corpos, os sobreviventes retiram das fogueiras os ossos carbonizados ainda escaldantes e os recolhem em cestas e até em panelas. Inúmeros fragmentos de ossos e alguns dentes ainda ficam entre as cinzas, alguns com sinais de impacto de projéteis de armas de fogo.

A pressa em terminar logo as cremações deve-se à convicção dos índios de que os garimpeiros voltariam para tentar matar os homens. É-lhes inconcebível que a morte daquelas mulheres e crianças fosse considerada pelos brancos como vingança apropriada. A urgência de fugir é tão grande que deixam sem cremar o cadáver esquartejado da visitante de Homoxi, que não tinha ali nenhum parente próximo.

Uma cabaça contendo as cinzas de um dos rapazes assassinados no primeiro ataque havia sido quebrada pelos garimpeiros e as cinzas espalhadas pelo chão. A mãe do rapaz tenta juntá-las, mas com a pressa deixa para trás alguns embrulhos de folhas com as cinzas mortuárias que havia recuperado. As cinzas dos mortos são o bem mais precioso dos Yanomami; elas ficam sempre aos cuidados das mulheres, que as levam consigo mesmo quando viajam.

### A fuga

Terminadas as cremações, os habitantes de Haximu coletam todos os pertences dos mortos para serem depois destruídos durante os ritos funerários. Começam então uma fuga de várias semanas pela mata fechada, num imenso desvio para despistar os garimpeiros, andando muitas vezes à noite, sem comer, carregando as três meninas feridas. Depois de uns oito dias de caminhada, param numa aldeia amiga, Tomokoxibiú. Nessa noite, morre a menina com o crânio aberto. Seus pais carregam o cadáver pela mata mais um dia antes de cremá-lo no local onde irão acampar.

Sem se deter, os fugitivos cruzam mais tarde os caminhos de duas outras aldeias, Ayaobe e Warakeú. Param numa quarta aldeia, Maamabi. Já haviam cruzado o Orinoco e, rumo ao sul, aproximam-se da fronteira com o Brasil junto ao alto Toototobi, no estado do Amazonas. Chegam finalmente à maloca do Marcos no alto Paxotoú, afluente do Toototobi. Era o dia 24 de agosto de 1993, cerca de um mês depois da chacina.

Os sobreviventes de Haximu escolheram o alto Toototobi como refúgio por várias razões: é uma área livre de garimpeiros, seus habitantes são gente amiga a quem visitavam com alguma frequência, e há também um posto de saúde ao qual já haviam recorrido várias vezes para se tratar de malária nos últimos três anos.

### Ritos funerários

Quando pararam nas duas malocas amigas do lado venezuelano e depois, já na maloca do Marcos, os índios de Haximu foram pulverizando os ossos carbonizados dos seus parentes, guardando-os em cabaças lacradas e acondicionadas em cestas de trama aberta ou embrulhadas em panos.

Nas grandes cerimônias funerárias intercomunitárias que irão organizar em homenagem aos mortos, as cinzas dos adultos serão enterradas junto às fogueiras domésticas de seus parentes e as das crianças serão tomadas com mingau de banana. Nessa ocasião, as cabaças, as cestas e todos os objetos que pertenciam aos mortos serão queimados ou destruídos.

A destruição dos pertences dos mortos, a obliteração de seus nomes pessoais e o enterramento ou ingestão de suas cinzas nos rituais funerários Yanomami têm por objetivo garantir que o espectro possa viajar definitivamente para o mundo dos mortos nas "costas do Céu" sem a possibilidade de voltar e atormentar os vivos. Para que isso aconteça, é necessário que estes comemorem os seus mortos até que todas as cinzas acabem, durante sucessivas cerimônias mortuárias.

É por isso que o povo de Haximu teve que resgatar os despojos de seus mortos, mesmo sob a forte ameaça de ataques garimpeiros. Não fazê-lo seria condenar os espectros a errar entre dois mundos, assombrando os vivos com uma interminável melancolia, pior que a própria morte.

Os 69 sobreviventes de Haximu, refugiados na maloca do Marcos, tentam agora reconstruir a vida, com planos de abrir novas roças e construir novas casas. Entretanto, nos próximos meses, e durante uma boa parte do próximo ano, sua existência estará voltada à organização dos funerais de seus parentes mortos na chacina, e de vários outros que morreram recentemente por malária contraída dos garimpeiros. O seu luto durará até as cinzas terminarem, quando então voltarão à normalidade. Mesmo assim, nunca esquecerão que os brancos são capazes de esquartejar mulheres e crianças, "como espíritos comedores de gente". Os guerreiros de Haximu afirmam que desistiram de se vingar dos garimpeiros. Poderiam até fazê-lo quando ainda pensavam que esses brancos eram seres humanos com senso de honra. Agora duvidam. Os garimpeiros não são sequer dignos de ser considerados inimigos. Só esperam que os assassinos sejam "trancados" pelos outros brancos para nunca mais voltar às suas terras.

Brasília, 7 de outubro de 1993.

## **Descrição das lesões corporais provocadas por projétil de arma de fogo (espingarda), encontradas em 4 yanomami Hwaximeutheri examinados no dia 26-08-93**

1. Criança do sexo feminino, aproximadamente 7 anos de idade:

- uma lesão perfurante na face, cicatrizada. Houve eliminação de chumbo pela cavidade oral.
- dois orifícios de entrada na região anterior do braço e antebraço e dois orifícios de saída, todos em processo de cicatrização. Reação inflamatória em volta das lesões.

2. Criança do sexo feminino, aproximadamente 6 anos de idade:

- uma lesão perfurante no punho com orifício de saída, em cicatrização e com infecção secundária.

3. Simão, sexo masculino, cerca de 20 anos de idade:

- uma lesão perfurante na região cervical posterior. Lesão cortante cervical posterior provocada por faca, para retirada do chumbo, realizada por Yanomami. Ambas as lesões em processo de cicatrização, com pequena quantidade de secreção purulenta.
- uma lesão perfurante no terço inferior do hemitórax direito, sobre a linha axilar posterior, em cicatrização. Lesão cortante provocada por faca sobre a região vertebral para retirada de fragmento de chumbo. Apresenta infecção secundária no local.
- três lesões perfurantes já cicatrizadas sobre a articulação direita da mandíbula.

Refere a saída espontânea de um fragmento de chumbo pela cavidade oral e incapacidade funcional da mandíbula devido à dor.

4. Reia, sexo masculino, aproximadamente 18 anos de idade:

- sete lesões perfurantes, uma no ombro direito, três no tórax lateral direito e três no antebraço posterior com dois orifícios de saída. Todas as lesões estão cicatrizadas.

Boa Vista, 27 de agosto de 1993

**Claudio E. Oliveira**

CRM 5251395-6

CCPY-BV-RR

## NÚMERO DE DIAS DE CADA PROFISSIONAL EM ÁREA

Prof. Saúde	Função	1992	1993												Total Dias
			J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N		
Deise A. Francisco	Médica	115	B	T	B	•	•	B	T	T	•	T	B	170	
Claudio E. Oliveira	Médico	•	•	T	B	T	B	B	B	T	B	T	B	127	
Solange P. Campos	Enferm.	•	•	•	•	•	•	•	•	T	•	•	T	95	
M.Conceição S. Souza	Enferm.	•	•	•	•	•	•	•	•	•	B	B	•	68	
M.Dulcimar F. Castillo	Enferm.	14	T	B	•	•	•	•	B	•	•	•	•	113	
Antonio C. Balbino	Enf. FNS	•	•	•	•	B	B	•	•	•	•	•	•	44	
M.Conceição Paixão	Aux.Enf.	52	B	B	B	T	•	•	T	T	•	•	•	196	
Jorge André Gurjão	Aux.Enf.	45	T	T	T	•	•	T	T	•	T	T	•	245	
M.Clecília Silva	Aux.Enf.	45	D	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	60	
Teoneide B.de Melo	Aux.Enf.	84	D	D	D	D	•	•	D	•	•	•	•	228	
João das Neves Filho	Aux.Enf.	•	B	B	B	B	•	•	B	B	•	•	D	223	
Francileuza Bandeira	Aux.Enf.	•	•	•	•	T	T	•	•	•	•	B	B	93	
Elizonete S.Lopes	Aux.Enf.	•	•	•	•	T	T	•	•	•	•	•	B	90	
Nadir R.da Silva	Aux.Enf.	•	•	•	•	D	•	•	•	•	•	•	•	42	
José Almir C.Alves	Aux.Enf.	•	•	•	•	•	•	•	•	•	D	D	•	93	
Ita Saldanha Saraiva	Aux.Enf.	•	•	•	•	•	•	•	•	•	B	D	•	68	
Marcos T.do Carmo	Microsc.	153	•	T	T	T	B	•	•	B	B	•	B	340	
Gerson A.Ficali	Mic.FNS	•	•	•	T	•	•	•	•	•	•	•	•	32	
Manuel Cruz de Souza	Microsc.	•	•	•	•	T	T	•	T	T	•	T	T	136	
Dionizio Miranda	Serv.G.	•	•	•	B	B	B	B	•	B	B	B	B	202	

\* T = Toototobi    B = Balawaú    D = Demini

\* O número total de dias em área corresponde aos de 1992 acrescidos dos dias de 1993.

Obs.: A presença de médico no Demini ocorreu em 06 ocasiões durante o ano para atender casos que necessitaram de avaliação médica.

## RELATÓRIO DE VIAGEM À REGIÃO DEMINI

### Atendimento odontológico

**Período: 05 a 19 de agosto de 1993**

Cheguei ao Demini no início de agosto, permanecendo 14 dias para realizar atendimento odontológico.

Respondia pela saúde o auxiliar de enfermagem José Almir Carneiro. Estavam também no Demini Bruce Albert, Gale Gomez e William Milliken.

Davi atualmente mora com toda a família na nova casa dos Watoriktheri, a meia hora do posto.

Após instalar o consultório nas dependências do posto, iniciei o atendimento seguindo as prioridades do programa.

O atendimento transcorreu normalmente ao longo de minha permanência no Demini.

Alguns dias após minha chegada os Yanomami da região da Missão NTB (Nova Demini) chegaram em Demini. Eram 15 no total. Levi levou o motor de popa que ganhou de Davi para que este mandasse consertar, já que o missionário recusou-se a fazê-lo. Isto aconteceu em tempo rápido, aproveitando as aeronaves que vieram ao Demini.

Nesta viagem realizei tratamento endodôntico de dentes anteriores no Demini (Fátima) e Catrimani (Kori). Como é uma especialidade que requer cuidados e técnicas difíceis de se obter em campo, realizei com maior cautela, para obter sucesso no tratamento.

A resposta foi boa, e é uma alternativa para alguns casos.

Ensinei o auxiliar a aplicar flúor nas crianças. Deixei as escovas, identificadas individualmente, para que se realize mensalmente a aplicação tópica de flúor.

### Índice de cárie

Após 3 anos do último levantamento CPO, realizei novo levantamento para verificar a incidência de cárie no período.

Em 1990, data do último levantamento, o CPO médio era de 4,7 (ver relatório de janeiro de 1990). Os dados obtidos no último levantamento são de CPO médio 1,9.

**Total população examinada = 69, com CPO médio = 1,9.**

Obter um dado que reflète a baixa incidência de cárie (principalmente nas crianças) traz muita satisfação, mostrando que um trabalho com ênfase na prevenção consegue estabilizar este tipo de problema.

Devemos continuar na meta estabelecida no projeto, formar auxiliares na prevenção com flúor e cariostático e tratamento curativo realizado pelo cirurgião dentista.

### **Tratamentos realizados**

Total dos atendimentos = 47

Exodontia dente permanente = 14

Exodontia dente decíduo = 09

Restauração amálgama = 29

Restauração resina = 21

Restauração IRM = 06

Tratamento endodôntico = 02

ATF = 37

Boa Vista, 21 de setembro de 1993

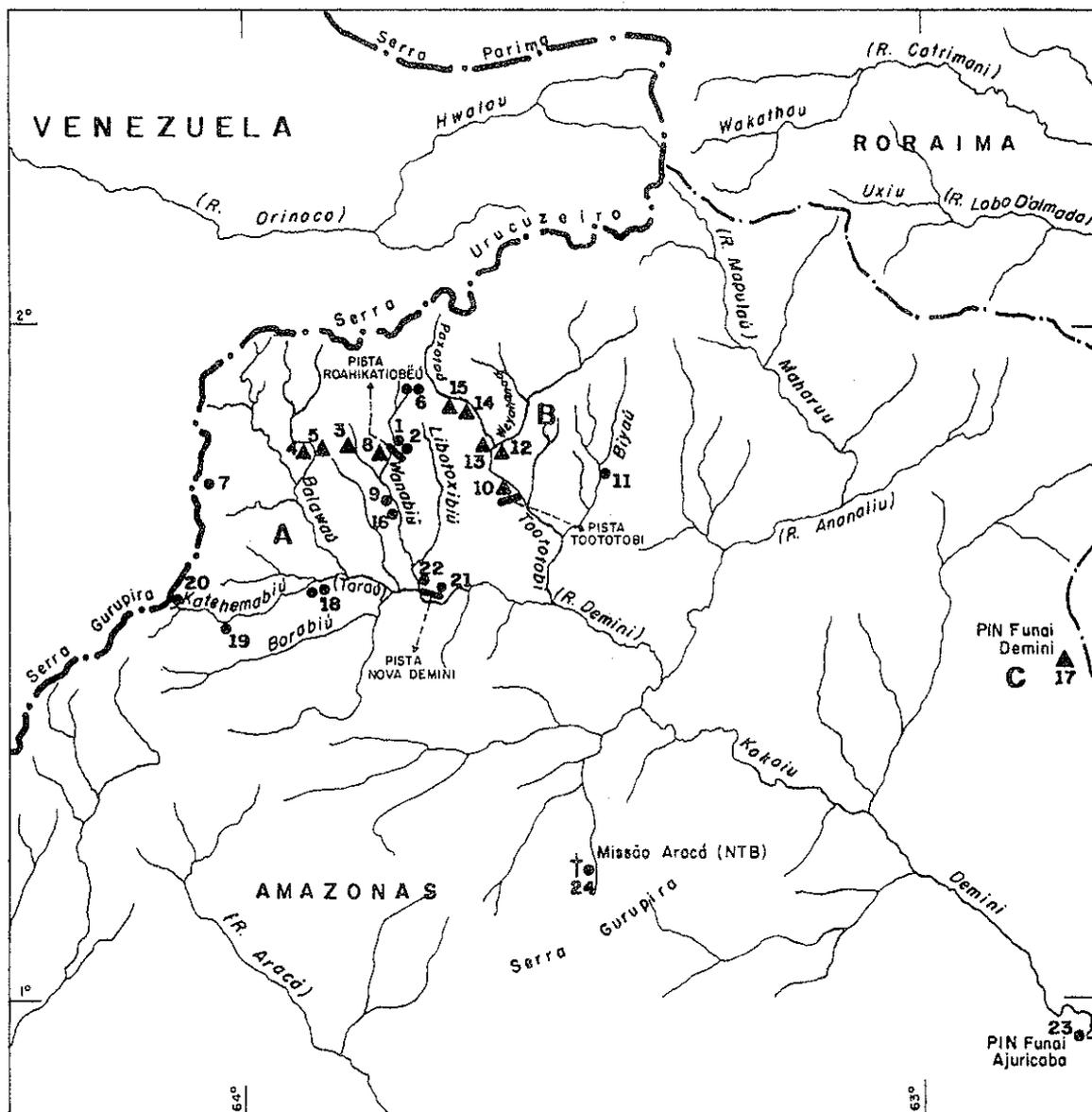
**Maria Aparecida de Oliveira**

Odontóloga

# LOCALIZAÇÃO DAS MALOCAS MAPA

ÁREA 15 - Janeiro de 1994

Sub-regiões: Balawaú / Tarau, Toototobi, Nova Demini, Posto Demini, Posto Ajuricaba e Missão Aracá



### ASSISTÊNCIA PERMANENTE DA CCPY

#### CONJUNTO A

Sub-região Balawaú / Tarau

1. Maloca do Roberto
2. Xakibitheri
3. Koherebitheri
4. Balawaútheri
5. Xotokomabitheri
6. Hwayasiketheri (2 casos)
7. Raharabitheri
8. Posto Yano
9. Uxiximabiutheri

#### CONJUNTO B

Sub-região Toototobi

10. Posto Toototobi
11. Maloca do Fialho
12. Maloca do Toio
13. Maloca do Paulino
14. Maloca do Makos
15. Maloca Hwaximeu  
(Nova localização dos sobreviventes do Haximeu)
16. Eduardo

#### CONJUNTO C

Sub-região Demini

17. Maloca Watorike

### ATENDIMENTO EVENTUAL

18. Weyukutheri (2 casos)
19. Maxababitheri
20. Xihomeitheri
21. Maloca do Cantoário
22. Maloca do Antonio
23. Iton (Ajuricaba)
24. Kebrohe (Aracá)

● Localização aproximada das aldeias indígenas (Levantamento em campo Equipe de Saúde CCPY / 93)

▲ Comunidades plotadas com base em coordenadas geográficas obtidas através de GPS em sobrevôo Meta / FAB

— Pista de pouso

5 0 10 20km

# PROJETO ARQUITETÔNICO CCPY-BALAWAÚ UM POSTO DE SAÚDE PARA YANOMAMIS

**Arquiteta: Leda Lima Leonel**

## **O SÍTIO:**

O local foi previamente escolhido pelos Yanomamis juntamente com a CCPY, em área de mata virgem. O acesso é feito exclusivamente por via aérea ou em longas caminhadas pela mata.

## **AS ETAPAS DO PROJETO:**

### **Estudos preliminares:**

Orientado por um programa básico inicial e levantamento das áreas necessárias às diversas atividades a serem exercidas no local, foi elaborado um primeiro estudo, sucinto, para análise e estudo de viabilidade e levantamento prévio de custos.

### **Visita ao posto Toototobi:**

(entre 03 e 13 de dezembro de 1992)

Após a análise e discussão do primeiro estudo, tornou-se necessária uma visita ao local. O objetivo desta visita foi a análise técnica das condições naturais, o estudo das construções tradicionais Yanomami, a observação de um posto de saúde em funcionamento, o estudo da disponibilidade de materiais e a observação do relacionamento dos Yanomamis com os funcionários da CCPY. Visava-se a adequação do projeto às características humanas e ambientais próprias do posto a ser implantado.

A visita possibilitou o estabelecimento de um programa mais adequado e detalhado, segundo o qual foi elaborado o ante-projeto. Após novas análises e ponderações, foi desenvolvido e detalhado o projeto para execução.

### **Projeto definitivo:**

#### **O Partido Arquitetônico: o Shabono como modelo.**

Duas idéias básicas nortearam a adoção do Shabono (construção tradicional Yanomami) como modelo: a intenção de valorizar, preservar e respeitar a forma e o espaço tradicional deste povo, de maneira que se sentissem à vontade e bem acolhidos e a utilização de seus conhecimentos milenares da região, que resultaram numa arquitetura simples e eficiente em termos estéticos, construtivos, estruturais e principalmente ambientais.

A forma básica do Shabono mostrou-se perfeitamente adequada ao programa estabelecido para o posto. As condições adversas para construção, como dificuldade de acesso, de contratação de mão de obra especializada, as necessidades de redução de custo e prazo e de melhor aproveitamento dos materiais forçaram a simplificação da forma elíptica original. Foram mantidas as características essenciais da construção tradicional, como o sistema estrutural, as proporções gerais, a disposição de áreas comunitárias, privativas e de circulação, a cobertura, etc. Foi preservado também o sistema modular de construção.

### **Considerações importantes:**

Definidos o programa e o partido básicos, outras variáveis foram cuidadosamente examinadas pela CCPY e pela arquiteta para o desenvolvimento do projeto, entre elas:

- compatibilização de atividades diversas executadas num mesmo prédio,
- alojamento satisfatório de índios e funcionários permanentes e ocasionais,
- boas condições higiênicas, físicas e ambientais na ala médica em especial,
- locação e proteção de equipamentos,
- acabamentos diferenciados para áreas que exigem assepsia.

Aos índios, quis-se propiciar um ambiente conhecido, menos agressivo, mais aconchegante. A separação dos doentes de suas famílias é angustiante para ambos. Assim, há possibilidade da família manter contato constante com seu doente. Há também um espaço previsto para a atuação dos Xamãs.

Aos técnicos, funcionários e hóspedes ocasionais é reservado um espaço próprio e privativo, dentro de uma construção comunitária, além de procurar propiciar melhores condições de trabalho. A permanência no posto por três ou quatro meses força o convívio diário de um pequeno grupo, potencialmente gerando dificuldades de manter privacidade. Isto tem sido um problema recorrente em todos os postos visitados, onde a falta de uma vedação eficiente, a ausência de forros, a proximidade e, às vezes, o compartilhamento do mesmo dormitório tornam público o menor movimento. Um cuidado especial foi tomado na setorização do projeto.

### **Materiais adotados:**

Devido às já citadas dificuldades de acesso, mão de obra, transporte, etc., o ideal seria usar apenas materiais locais. Isto não foi totalmente possível.

Os Shabonos são abandonados de tempos em tempos e reconstruídos em outros locais. Por isso, os Yanomamis usam materiais que se deterioram relativamente rápido, como madeiras muito leves, palhas, esteiras, etc. O Shabono também não possui divisões físicas internas.

Ao contrário, o posto de saúde precisa ser perene, com mínimo de manutenção e é dividido internamente. Máquinas e equipamentos precisam de proteção.

O alto índice de deterioração de materiais na Amazônia obrigou-nos a escolhê-los cuidadosamente. Para a estrutura, vedações e pisos foi adotado o cedro amargo, não suscetível ao ataque de cupins e pragas. O madeirame é retirado nas redondezas, carregado manualmente e aparelhado no local. Para substituir parte do madeirame, diminuindo o serviço de carpintaria, foi aventada a hipótese de fabricação de tijolos e telhas. Um exame do barro local, porém, mostrou ser este inadequado para tal uso e para a taipa. Para a cobertura descartou-se a opção de usar palha e cavaco de madeira, materiais que são frágeis, infestáveis por insetos e pragas, permitem infiltração de água, não filtram poeira e ciscos e exigem muita manutenção. Adotou-se, por isso, uma telha industrializada vulcanizada, com isolamento térmico e sonoro, leve e de fácil manuseio e instalação. A ventilação constante propiciada pela cobertura de palha foi mantida com o uso de painéis de tela, abaixo da cobertura e acima do forro. A palha ainda será usada em estruturas mais leves, como brises e barraventos.

### **Energia:**

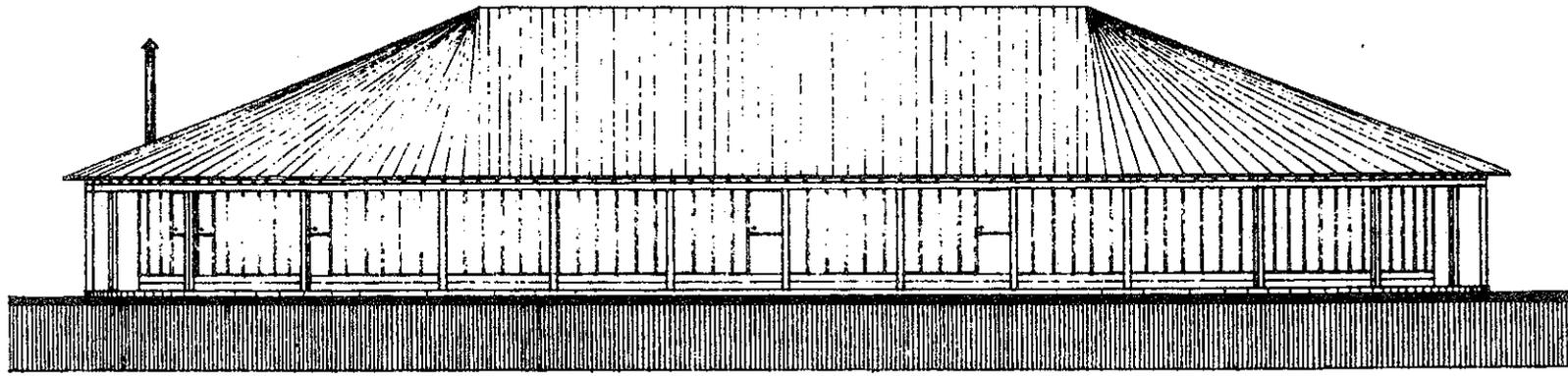
A energia solar é a mais viável, talvez a única possível para o local. Será adotada para o funcionamento de máquinas, equipamentos, bombeamento de água, iluminação, etc. A CCPY, a arquiteta e a GTZ estudam, no momento, a implantação do equipamento necessário.

### **CONCLUSÃO:**

A preocupação com fatores ambientais e climáticos, exigências de durabilidade, praticidade, economia e segurança sempre estiveram presentes na elaboração do projeto e, agora, na sua construção. Em especial foram considerados o bem estar físico e psicológico e o conforto dos usuários.

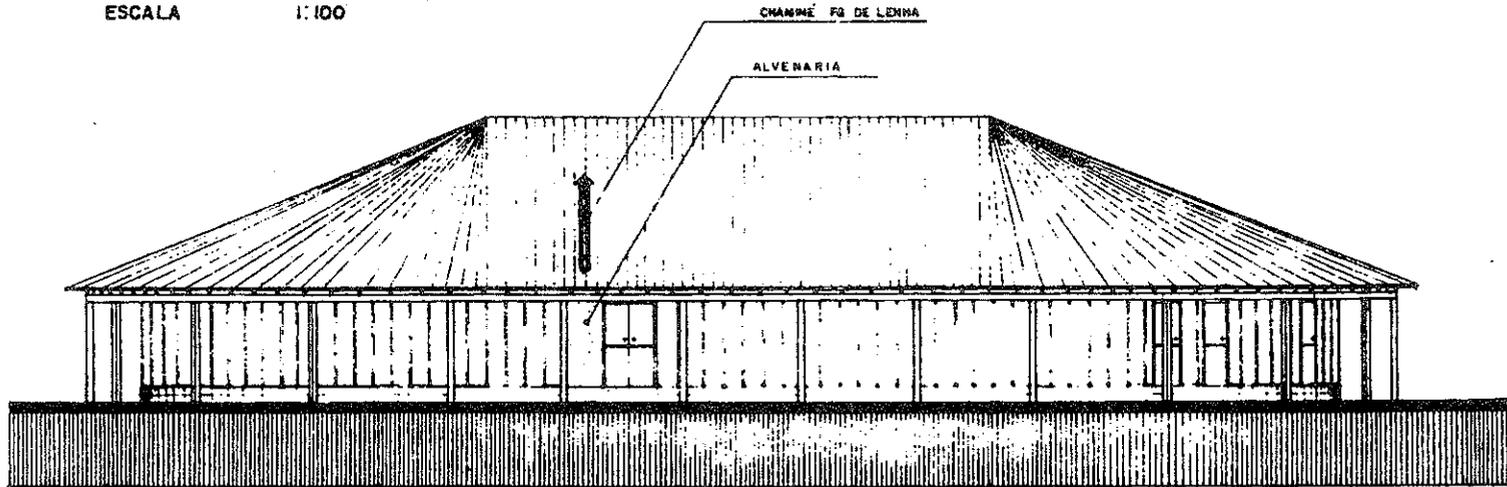
O projeto sempre buscou conjugar os conhecimentos dos índios e dos não índios, técnicos de várias áreas, para implantar uma construção adaptada às condições especiais da Floresta Amazônica, contando com o total respaldo de todos os que, de uma maneira ou outra, apoiam o projeto.

Belo Horizonte, 27 de dezembro de 1993



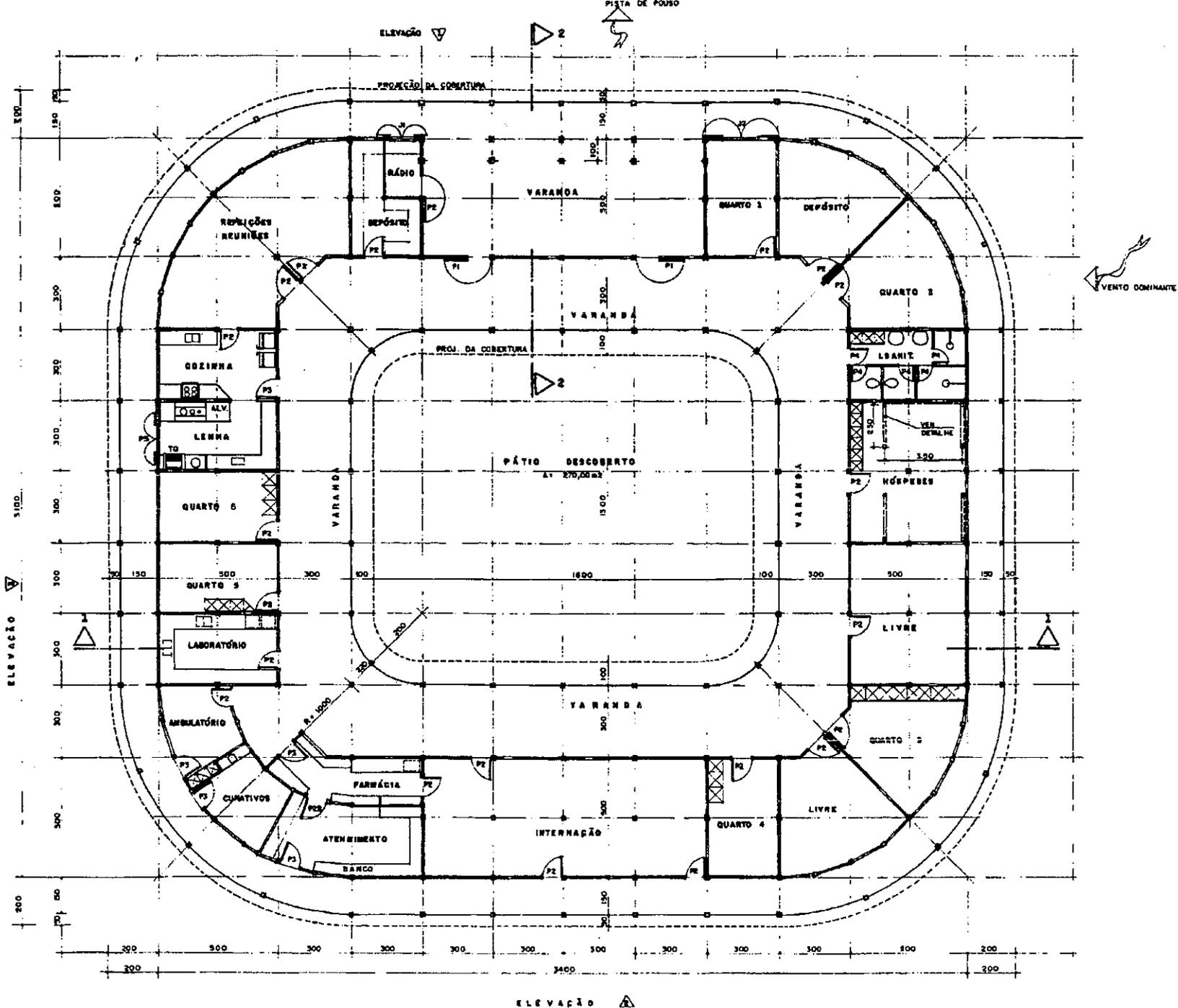
ELEVAÇÃO - 2

ESCALA 1:100



ELEVAÇÃO - 3

ESCALA 1:100



## PROCESSO DE INFORMATIZAÇÃO DA CCPY - BOA VISTA

### OBJETIVOS:

Proporcionar, através da utilização de ferramentas informatizadas, um melhor desempenho e controle das atividades desenvolvidas na área de atendimento às populações indígenas.

### ÁREAS DE ATUAÇÃO:

O projeto global de informatização abrange áreas distintas e se fará por etapas, de forma que ao final do processo possam se integrar eventuais áreas afins. As áreas básicas, assim divididas para efeito de estudo e projeto de sistemas compreendem:

#### 1. BANCO DE DADOS DE SAÚDE:

Esta parte do projeto se dedica à criação de um Banco de Dados Informatizado contendo informações de saúde, individuais e coletivas, das populações Yanomami atendidas pela CCPY. O projeto do assim chamado Banco de Dados visa principalmente a criação de metodologias de atendimento, coleta de informação, acompanhamento médico e geração de estatísticas que norteiem as atividades de campo (vide adiante modelos das fichas do Banco de Dados).

#### 2. ARQUIVO INFORMATIZADO DE DOCUMENTOS:

A informatização do acondicionamento e do acesso aos vários tipos de documentos e relatórios produzidos pelas atividades já foi realizada em São Paulo e, agora, o mesmo sistema passou a ser implantado em Boa Vista. O principal objetivo deste tipo de procedimento é facilitar a organização física dos arquivos e possibilitar o acesso indexado aos documentos armazenados, quando da necessidade de obter referências para algum tipo de trabalho.

#### 3. AUTOMATIZAÇÃO DOS RELATÓRIOS DE ENFERMAGEM:

São produzidos mensalmente alguns documentos que recebem a denominação de Relatórios de Enfermagem. Está-se trabalhando, no momento, em um sistema que permita a padronização do formato destes relatórios para que, uma vez informatizados, os dados destes relatórios possam ser cruzados com as informações individuais dos registros do BANCO DE DADOS DE SAÚDE, dando uma dimensão global dos efeitos das atividades de saúde desempenhadas pela CCPY na área Yanomami.

#### 4. CONTROLE DE ESTOQUE E DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS:

Este sistema, quando implantado, permitirá um melhor acompanhamento e distribuição dos medicamentos e materiais médicos em geral pelos vários postos da CCPY. A idéia é permitir controlar de maneira mais eficiente os estoques e compras de materiais, evitando o excesso ou falta de material em cada unidade, de acordo com uma estatística que determine qual a quantidade ideal de material que cada posto deve receber. A informatização do processo visa, principalmente, evitar desperdícios com a

deterioração de material através do acompanhamento e redistribuição dos itens pelos vários postos (vide mais adiante modelos das fichas utilizadas na área para alimentação do Banco de Dados).

## **5. SISTEMAS ADMINISTRATIVOS:**

Uma área que também será alvo de futura informatização é a área administrativa. Através do uso de softwares prontos (planilhas) e de software específico a ser desenvolvido, pretende-se otimizar a administração de pessoal e atividades em Boa Vista.

Este presente resumo tem como objetivo discriminar as várias atividades envolvidas no Projeto Global de Informatização de Boa Vista e evitar que se confundam as atividades, ou mesmo para que se refiram de maneira adequada a cada sistema particular. Desta forma, fica definida a seguinte terminologia:

## **SISTEMA DE INFORMATIZAÇÃO GLOBAL DE BOA VISTA:**

- BANCO DE DADOS DE SAÚDE
- ARQUIVO INFORMATIZADO DE DOCUMENTOS
- AUTOMATIZAÇÃO DOS RELATÓRIOS DE ENFERMAGEM
- CONTROLE DE ESTOQUE E DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS
- SISTEMAS ADMINISTRATIVOS

## **BANCO DE DADOS INFORMATIZADO**

### **INFORMAÇÕES ANTROPOLÓGICAS E MÉDICAS**

#### **Objetivos:**

- Implantação de um sistema informatizado de controle e captação de dados sobre os índios atendidos pelo projeto de saúde CCPY.
- Criação de uma metodologia padrão de procedimentos, tanto nas atividades de campo quanto na coleta de dados.
- Produção de estatísticas para acompanhamento dos trabalhos e do desempenho das atividades ligadas a saúde e prevenção de moléstias.

## CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

### Parte 1: Levantamento de Dados

(Realizada de setembro a dezembro de 1991)

- Levantamento da metodologia atual de trabalho, dos instrumentos de recolhimento de informações (questionários e relatórios) e da amplitude de abrangência do projeto.
- Criação de instrumentação piloto a partir do que já existe, incluindo algumas propostas de integração e racionalização.
- Dimensionamento inicial das bases de dados informatizados e determinação dos limites de informatização.
- Definição do anteprojeto e criação de um sistema piloto (Demo 1).

### Parte 2: Estudo de Viabilidade e Compatibilidade

(Realizada durante o ano de 1992 pelas várias partes envolvidas)

- Utilização dos instrumentos definidos.
- Verificação da adequação dos instrumentos à realidade de campo.
- Reavaliação dos instrumentos e propostas de alteração/implementação destes.
- Redefinição do anteprojeto e criação de um novo sistema piloto (Demo 2).

### Parte 3: Anteprojeto Físico

(Realizada ao longo do ano de 1993)

- Definição de novos instrumentos frente aos problemas encontrados nas fases anteriores.
- Integração das várias partes envolvidas no projeto global.
- Definição de atribuições e responsabilidades aos grupos de trabalho.
- Criação dos novos instrumentos de coleta de informação e dos procedimentos de campo para a implantação do banco de dados real.
- Utilização experimental dos instrumentos e propostas de alteração em vista das dificuldades enfrentadas.
- Definição final das bases de dados, dos layouts de arquivos e dos instrumentos de coleta de dados (formulários e questionários de campo).

## PRÓXIMAS ETAPAS (a partir de 1994)

### Parte 4: Projeto Físico Final

- Proposta de alterações nos instrumentos de campo e procedimentos visando a integração e melhora de performance frente à informatização.
- Definição final dos instrumentos de coleta, dos procedimentos informatizáveis e das saídas desejadas a partir do banco de dados.
- Criação dos arquivos de banco de dados e das rotinas de trabalho de alimentação e operação.
- Atribuição de responsabilidades às partes envolvidas, quanto às atividades operacionais e cumprimento das etapas de implantação.

### Parte 5: Projeto Lógico

- Definição e codificação dos programas componentes do sistema de banco de dados.
- Criação do protótipo do sistema (Demo 3).
- Apresentação do sistema às partes envolvidas.
- Definição dos requisitos operacionais (pessoal) e treinamento dos usuários.
- Teste do sistema (simulação) em tempo real.
- Alterações e implementações em função das ocorrências durante a simulação.
- Implantação final do sistema e reciclagem do pessoal operacional.







### CALAZAR

Numero identificador  Data de Lançamento

Nome

Maiorca

Posto

Suspeita  Confirmada

**ANAMNESE**

Início Sintomas  Anorexia/Náusea

Febre  Aum. Vol. Abdominal

Emagrecimento  Diarréia

Astenia  Tosse

Hemorragias

Outros

**EXAME FISICO**

Temperatura  C Limfadeno meg

Esplenomegalia  IH Desnutrição  0, I, II, III

Hepatomegalia  Cm do RCD Peso  Kg

Anemia  ++++ Edema

Outros

**EXAMES COMPLEMENTARES**

Aspirado de Medula  P  N  NP

Punção Esplênica  P  N  NR

Sorologia  P  N  NR  título

Outros

**DIAGNÓSTICO**

Data  Calazar

Outros

**TRATAMENTO**

Esquema  1  2 Data de início  Data de Término

Local

**EVOLUÇÃO**

Cura  Abandono  Resistência

**COMPLICAÇÕES/ACOMPANHAMENTO/OBSERVAÇÕES**

### TUBERCULOSE

Numero identificador  Data de Lançamento

Nome

Maiorca

Posto

Suspeita  Confirmada

**ANAMNESE**

Início Sintomas  Anorexia

Tosse mais 21 dias  Hemoptise

Expectoração  Tipo  BCG/Cic Vac

Dor Pleurítica  Contato

Condições de Vida/Outros

**EXAME FISICO**

Temperatura  C Desnutrição  0, I, II, III

Esplenomegalia  IH Peso  Kg

Hepatomegalia  Cm do RCD Limfadeno meg. General.

Anemia  ++++ Limfadeno meg. Localiz.

**Apar. Respirat**

**Outros**

Remoção  S  N Motivo

**EXAMES COMPLEMENTARES**

Tipo de	Data	Resultado
Exame		
Escarro 01		
Escarro 02		
Escarro 03		
PPD		
RX Tórax		

**Outros**

**DIAGNÓSTICO**

TB Pulmonar  TB Extra-Pulmonar  TB Disseminada

**TRATAMENTO**

Esquema  1  2  3 Data Inic  Data Term

**Local**

**EVOLUÇÃO**

Cura  Abandono  Resistência

**Esq. Alternativo**

**COMPLICAÇÕES/ACOMPANHAMENTO/OBSERVAÇÕES**



Apresentamos a seguir as fichas utilizadas na área para elaborar o relatório mensal de enfermagem e efetuar o controle do estoque de material de consumo (75 itens), de material permanente (54 itens) e de distribuição de medicamentos (100 itens), que são enviadas a Boa Vista para alimentação do Banco de Dados e reposição de material.

## INSTRUÇÕES PARA PREENCHER O RELATÓRIO MENSAL DE ENFERMAGEM

### 1. IDENTIFICAÇÃO:

- 1.1. Identificar o local, período e profissionais.

### 2. DOCUMENTAÇÃO MÉDICA COLETIVA:

Esta parte é composta por 4 quadros com informações gerais e números totais das malocas:

- 2.1. Quadro Nosológico Mensal  
2.2. Controle Mensal de Malária  
2.3. Boletim de Vacinação (só enviar para BV no caso de ter ocorrido a vacinação).

### 3. DOCUMENTAÇÃO MÉDICA INDIVIDUAL:

Esta parte é composta por 4 tipos de fichas diferentes, dependendo do caso:

#### 3.1. Fichas de Doenças Padronizadas:

Preencher estas fichas (uma ficha para cada paciente) quando ocorrer um caso de:

- 3.1.1. Malária  
3.1.2. Tuberculose  
3.1.3. Calazar  
3.1.4. Pneumonia  
3.1.5. Diarréia

#### 3.2. Resumo Clínico de Doenças Graves ou Preocupantes:

Preencher esta ficha nos casos mais complicados ou com evolução prolongada que mereçam um registro clínico mais completo.

#### 3.3. Ficha de Doenças Não Padronizadas: (Registro Simplificado).

Preencher esta ficha no caso de doenças não padronizadas e que não mereçam, pela sua simplicidade, um registro mais aprofundado.

#### 3.4. Exame Físico Semestral:

A cada 6 meses, previamente programados pelo médico de campo, será realizado um exame físico completo em cada yanomami. Somente quando ocorrer esta atividade, estas fichas serão preenchidas.

### 4. INFORMAÇÕES GERAIS:

- 4.1. 1. Relato de viagens - preencher uma folha para cada maloca visitada.  
4.2. 2. Atualização do censo - enviar junto com cada relatório / 3. Visitas de yanomami  
4.3. 4. Presença de outros não-yanomami na região / 5. Participação dos intérpretes e outros yanomami no projeto / 6. Condições do Posto  
4.4. 7. Condições gerais de trabalho / 8. Problemas e soluções propostas  
4.5. 9. Lista de material necessário / 10. Atividades Coletivas

### 5. CONTROLE DE ESTOQUES DA FARMÁCIA DO POSTO:

O controle da farmácia será feito pela anotação diária do consumo de cada item da lista padronizada (medicamento e material de consumo) e o encaminhamento mensal deste registro para BV. Não será preciso enviar para BV a lista dos medicamentos/material de consumo que precisam ser adquiridos. De acordo com a análise dos itens, periodicamente estes serão comprados e enviados para as farmácias dos postos.





3. DOCUMENTAÇÃO MÉDICA INDIVIDUAL  
3.1. Fichas de Doenças Padronizadas  
3.1.1. Malária

**MALÁRIA**

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Suspeita:  Confirmado:

Nome: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_ Idade: \_\_\_ N.º Cadastro: \_\_\_\_\_  
 Maloca: \_\_\_\_\_ Posto: \_\_\_\_\_  
 Resultado da lâmina: \_\_\_\_\_

**ANAMNESE**  
 Febre:  Início: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Calafrio:  Sintomas Digestivos:   
 Sudorese:  Cefaléia:   
 Mialgia:

OBS: \_\_\_\_\_

**EXAME FÍSICO**  
 Esplenomegalia: \_\_\_\_\_ IH Icterícia: \_\_\_\_\_  
 Hepatomegalia: \_\_\_\_\_ cm do RCD Peso: \_\_\_\_\_ kg  
 Anemia: \_\_\_\_\_ Febre: \_\_\_\_\_ C  
 Sinais Neurológicos: \_\_\_\_\_

OBS: \_\_\_\_\_

**TRATAMENTO**  
 Início: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Medicamento	Dose	N de dias
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**LAMINAS DE CONTEOLE**

Data	Dia	Resultado
___/___/___	3º	_____
___/___/___	7º	_____
___/___/___	14º	_____

**EXAMES COMPLEMENTARES**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

OBS: \_\_\_\_\_

3.1.2. Tuberculose

**TUBERCULOSE**

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Suspeita:  Confirmado:

**IDENTIFICAÇÃO**  
 Nome: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_ Idade: \_\_\_ N.º Cadastro: \_\_\_\_\_  
 Maloca: \_\_\_\_\_ Posto/região: \_\_\_\_\_

**ANAMNESE**  
 Início dos sintomas: \_\_\_\_\_  
 Tosse por mais de 21 dias: \_\_\_\_\_ Febre: \_\_\_\_\_  
 Emagrecimento:  Expectoração:  Tipo: \_\_\_\_\_  
 Dor Pleurítica:  Anorexia:  Hemoptise:   
 BCG/Cicatriz Vacinal:  Contato:   
 Condições de Vida: \_\_\_\_\_  
 Outros: \_\_\_\_\_

**EXAME FÍSICO**  
 Peso: \_\_\_\_\_ Kg Estado Nutricional: \_\_\_\_\_  
 Temperatura: \_\_\_\_\_ °C Esplenomegalia: \_\_\_\_\_ IH  
 Anemia: \_\_\_\_\_ Hepatomegalia: \_\_\_\_\_ cm RCD  
 Linfadenomegalia: Generalizada: \_\_\_\_\_  
 Localizada: \_\_\_\_\_

Ausculta Pulmonar: \_\_\_\_\_  
 Ausculta Cardíaca: \_\_\_\_\_  
 Outros: \_\_\_\_\_

**EXAMES COMPLEMENTARES**  
 Exame de escarro: 1- \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ \_\_\_\_\_  
 2- \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ \_\_\_\_\_  
 3- \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ \_\_\_\_\_  
 PPD: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ mm  
 RX Tórax: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Outros: \_\_\_\_\_

**DIAGNOSTICO**  
 TB pulmonar:  TB extra-pulmonar:  TB disseminada:

**TRATAMENTO**  
 Início: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Término: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

Esquema: ① ② ③

**EVOLUÇÃO**  
 Cura:  Abandono:  Resistência:   
 Esquema Alternativo: \_\_\_\_\_  
 OBS: \_\_\_\_\_

**ACOMPANHAMENTO**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

3.1.3. Calazar

**CALAZAR**

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Suspeita:  Confirmado:

Nome: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_ Idade: \_\_\_ N.º Cadastro: \_\_\_\_\_  
 Maloca: \_\_\_\_\_ Região/posto: \_\_\_\_\_

**ANAMNESE**  
 Início dos sintomas: \_\_\_\_\_  
 Febre:  Aumento de volume abdominal:   
 Emagrecimento:  Diarréia:   
 Astenia:  Tosse:   
 Anorexia/nôusea:  Hemorragias:   
 Outros: \_\_\_\_\_

**EXAME FÍSICO**  
 Temperatura: \_\_\_\_\_ °C Linfadenomegalia: \_\_\_\_\_  
 Esplenomegalia: \_\_\_\_\_ IH Desnutrição:      
 Hepatomegalia: \_\_\_\_\_ cm do RCD Peso: \_\_\_\_\_ kg  
 Anemia: \_\_\_\_\_ Edema: \_\_\_\_\_  
 Outros: \_\_\_\_\_

**EXAMES COMPLEMENTARES**  
 Aspirado de medula:     Função esplênica:     
 Sorologia:    (título)     
 Outros: \_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICO**  
 DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Calazar: \_\_\_\_\_ Outras: \_\_\_\_\_

**TRATAMENTO**  
 Esquema: ① ② Início \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Término \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Local \_\_\_\_\_

**EVOLUÇÃO**  
 Cura:  Abandono:  Resistência:   
 Complicações: \_\_\_\_\_

**ACOMPANHAMENTO**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**OBS:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

3.1.4. Pneumonia

**PNEUMONIA**

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_ Idade: \_\_\_ N.º Cadastro: \_\_\_\_\_  
 Maloca: \_\_\_\_\_ Região/posto: \_\_\_\_\_

**APRESENTAÇÃO**  
 Febre:  Tosse:  Expectoração:   
 Dispneia:  Tipo: mucosa:   
 Prostração:  purulenta:   
 Dor pleurítica:  sanguinolenta:   
 Outros: \_\_\_\_\_

**EXAME FÍSICO**  
 Temperatura \_\_\_\_\_ °C F.R. \_\_\_\_\_ irpm  
 Exame do aparelho respiratório \_\_\_\_\_  
 Outros: \_\_\_\_\_

**EXAMES COMPLEMENTARES**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**TRATAMENTO**  
 Antibiótico \_\_\_\_\_ N.º de dias \_\_\_\_\_  
 Outros \_\_\_\_\_

**EVOLUÇÃO**  
 Cura:  Abandono:  Remoção:  Óbito:   
 OBS: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

3.1.5. Diarréia

**DIARRÉIA**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ N.º Cadastro: \_\_\_\_

Maloca: \_\_\_\_\_ Região/posto \_\_\_\_\_

**APRESENTAÇÃO**

Duração: \_\_\_\_ (dias)                      Frequência: \_\_\_\_ (ao dia)

Líquidas:                       Líquido-pastosas:                       Pastosas:

Muco:                                       Pús:                                       Sangue:

Vômito:                                       Febre:                                       Cólica:

Desidratação:    ①    ②    ③

**EXAMES COMPLEMENTARES**

Sedimento das fezes: \_\_\_\_\_

Parasitológico: \_\_\_\_\_

Cultura: \_\_\_\_\_

**TRATAMENTO**

Hidratação oral: \_\_\_\_\_                      Hidratação venosa: \_\_\_\_\_

Outros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3.2. Resumo Clínico de Doenças Graves ou Preocupantes:

**DOCUMENTAÇÃO MÉDICA INDIVIDUAL**

**RESUMO CLÍNICO  
DE DOENÇAS GRAVES  
OU PRECUPANTES**

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE CADASTRO: \_\_\_\_\_

MALOCA: \_\_\_\_\_

REGIÃO/POSTO: \_\_\_\_\_





4 - PRESENÇA DE OUTROS NAO  
YANOMAMI NA REGIAO. MOTIVO

5 - PARTICIPAÇÃO DOS INTERPRETES E  
OUTROS YANOMAMI

6 - CONDIÇÕES DO POSTO

4.3.

7 - CONDIÇÕES GERAIS DE TRABALHO

8 - PROBLEMAS E SOLUÇÕES PROPOSTAS

4.4.

9 - LISTA DE MATERIAL NECESSARIO  
E/OU QUE NECESSITEM REPAROS

10 - ATIVIDADES COLETIVAS  
REALIZADAS - BUSCA ATIVA, TRATAMENTO DE VERMINOSE,  
VACINACAO









# TABELA TERAPÊUTICA DO DSY PARA TRATAMENTO DE MALÁRIA

Ministério da Saúde - Fundação Nacional de Saúde - Diretoria Regional de Roraima

TABELA I					TABELA II		
TTT RADICAL DA MALÁRIA P/ P. VIVAX C/ CLOROQUINA 3 DIAS E PRIMAQUINA 14 D					TTT RADICAL P/ P. FALCIPARUM MULTIRESISTENTE COM MEFLOQUINA - DOSE ÚNICA		
DROGAS	CLOROQUINA			PRIMAQUINA		MEFLOQUINA	Comprimidos
Idade	1ª D	2ª D	3ª D	Adulto	Inf.	Idade	
menor 6 meses	1/4	1/4	1/4	-	-	3 a 4 anos	1
6 a 11 meses	1/2	1/2	1/2	-	1/2	5 a 6 anos	1 1/4
1 a 2 anos	1	1/2	1/2	-	1/2	7 a 8 anos	1 1/2
3 a 6 anos	1 1/2	1	1	-	1	9 a 10 anos	2
7 a 11 anos	2	1 1/2	1 1/2	-	2	11 a 12 anos	2 1/2
12 a 14 anos	3	2	2	1	-	12 a 14 anos	3
15 mais anos	4	3	3	1	-	mais 15 anos	4

Observação: Seguir a ordem das tabelas com opção para tratamento do P. falciparum.

## DOSAGEM E INTERVALOS - Tabela com Dose Total Diária

CLOROQUINA - 10mg/kg peso no 1o. dia e 7,5mg/kg peso no 2o. e 3o. dia.

PRIMAQUINA - 0,25 mg/kg peso - uma tomada por 14 dias. Iniciar junto com a Cloroquina.  
Não usar em gestantes e crianças abaixo de 6 meses.

QUININO - 25 mg/kg peso dia dividido em 3 tomadas de 8 em 8 horas. Em 2 tomadas de 12 x 12 horas quando impossível em 3. Pode ser utilizado por 3 dias associado a CLINDAMICINA, quando necessário.

CLINDAMICINA (Dalacin C) - 20 mg/kg peso dia dividido em 2 tomadas de 12x12 horas.  
É opção para P. falciparum resistente, é única medicação segura para gestante.

TETRACICLINA - 20 a 30 mg/kg peso dividido em 3 tomadas de 8 x 8 horas. Não usar em gestantes e crianças.

MEFLOQUINA (Larimar ou Larian) - 16 a 20 mg/kg peso - dose única.  
Não usar em gestantes e crianças abaixo de 3 anos.

PALMAQUINA para gametócito de P. falciparum - 0,75 mg/kg peso - dose única - logo pela presença do gametócito ou no 7o. dia. É o triplo da dose do 1o. dia da tabela I. Não usar em gestantes e crianças abaixo de 6 meses.

## APRESENTAÇÃO

CLOROQUINA - AMODIAQUINA - comprimidos 150 mg

PRIMAQUINA - comprimidos para adultos com 15 mg e infantil com 9 mg

QUININO - comprimidos com 500mg e ampolas com 500 mg onde 1 ml = 150 mg.  
Diluir o Quinino injetável para infusão em 2 a 3 horas com 200 ml de S.G. 9%.

TETRACICLINA - comprimidos de 500 mg (cálculo da tabela = 150 mg), comprimidos de 300 mg e ampolas com 600 e 1200 mg.

MEFLOQUINA (Larimer, Larin) - comprimidos de 250 mg.

Para tratar P. falciparum use a Tabela II.