





CCPY Comissão Pró-Yanomami

R. Manoel da Nóbrega 111 -Cj. 32 04001-900 São Paulo SP Fone: (+55.11) 289.1200 Fax: 284.6997 ccpysp@uol.com.br

R. Capitão Bessa 272 69306-620 Boa Vista RR Fone: (+55.95) 224.7568 Fax: 224.3441 ccpy-rr@technet.com.br

Os direitos autorais das ilustrações Yanomami pertencem aos Watoriki teri pë (Comunidade do Demini)

Abril de 1997

Coordenação Editorial

Claudia Andujar

Redação

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

Gráficos e Tabelas

Deise Alves Francisco (participação de Antonio Oliveira Marques)

Design e Produção Gráfica

Roberto Strauss

Ilustrações da capa Ciça Fittipaldi

Ilustrações Yanomami

Dário Yanomami
Hyko Yanomami
Isligue Yanomami
Jair Yanomami
Joaquim Yanomami
José Yanomami
Joseca Yanomami
Mozaniel Yanomami
Pedrinho Yanomami
Poraco Yanomami
Roberto Yanomami
Sebastião Yanomami
Sergio Yanomami

Apoio ao Programa de Saúde da CCPY

Ministério da Saúde

Fundação Nacional de Saúde - FNS

Distrito Sanitário Yanomami -DSY

Apoio ao Projeto de Educação em Saúdeda CCPY

Fundação Nacional de Saúde - FNS

IWGIA

Apoio Institucional à CCPY







Dedicamos este relatório ao microcopista Jean Charlie Santos Magalhães, falecido em agosto de 1996 durante uma cirurgia para correção de traumatismos motivados por violência policial. Seu empenho no controle da malária pelo Programa de Saúde da CCPY foi de grande importância para a vida dos yanomami.

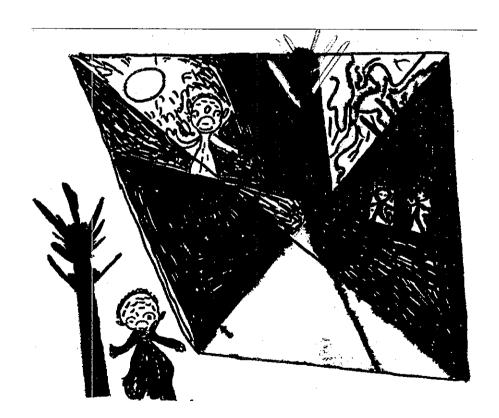




ÍNDICE

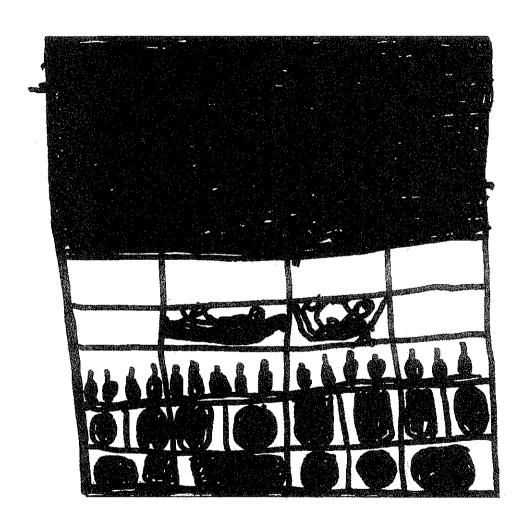
INSTITUTO SOCIDAMBIENTAL

I.	Apresentação	5
II.	População Assistida	7
III.	Operacionalização	9
IV.	Informações de Saúde	13
V.	Participação Indígena	29
VI.	Considerações Finais	31



Paisagem





Farmácia







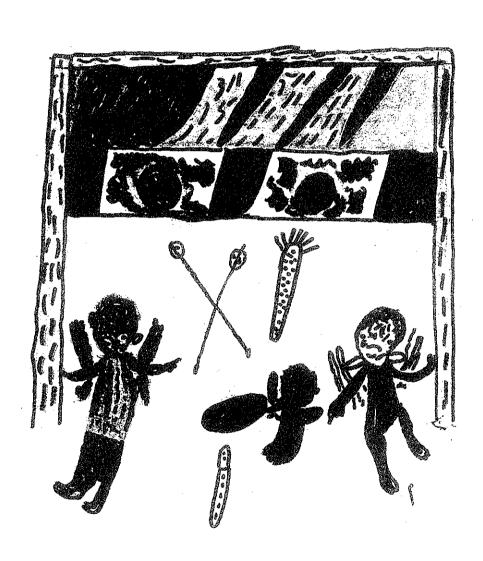
APRESENTAÇÃO

Este relatório abrange as atividades desenvolvidas e os resultados alcançados pelo Programa de Saúde da Comissão Pró-Yanomami (CCPY) durante o ano de 1996. A população beneficiada por este programa soma aproximadamente 1.100 yanomami moradores das áreas do Demini, Toototobi , Balawaú e regiões vizinhas. O financiamento das ações foi obtido através de convênio com a Fundação Nacional de Saúde (FNS), convênio este já no seu 3º ano de vigência e com prazo previsto para término em agosto de 1997. As atividades de controle das principais doenças obtiveram expressivos resultados em 1996: conseguimos reduzir a incidência de malária em 18,5 % em relação ao ano anterior, através da contínua busca ativa de casos, do tratamento completo dos doentes e de ações de controle do vetor transmissor; a cobertura vacinal atingiu 98% da população para todas as doenças imuno-preveníveis; demos continuidade ao 3º ciclo de tratamento da oncocercose, previsto para durar 12 anos; registramos uma significativa redução da taxa de mortalidade geral e um aumento considerável da taxa de natalidade geral. Em 1996 a taxa de mortalidade infantil foi zero. Estes dados demográficos indicam que a pronta assistência tem diminuído a letalidade das principais doenças. Nos últimos 4 anos o crescimento natural desta população totalizou 14%, determinando assim uma importante recuperação demográfica frente à alta mortalidade ocorrida nas últimas 2 décadas. No entanto, o contato recente com agentes infecciosos para os quais os yanomami apresentam baixa resistência natural (gripe, tuberculose, calazar, etc) e a contínua atividade garimpeira ilegal em suas terras, reintroduzindo doenças como a malária, principal causa de óbito nos últimos anos, tornam a situação de saúde dos yanomami particularmente vulnerável, permanecendo constantemente sob risco a sobrevivência deste povo.

Neste contexto, apesar dos importantes resultados alcançados pelo Programa de Saúde da CCPY, a continuidade das ações de controle das principais doenças ainda se faz necessária, bem como o investimento na capacitação dos próprios yanomami em agentes indígenas de saúde para que, no futuro, possam dispor dos meios necessários para a garantia de sua saúde.







A cura dos Xamãs



POPULAÇÃO ASSISTIDA



Em 1996, a partir dos 3 postos de saúde da CCPY, foram assistidas 16 comunidades de forma permanente e integral (687 yanomami das regiões do Demini, Toototobi, Balawaú). De forma eventual, outras comunidades vizinhas também receberem assistência através da busca espontânea pelo atendimento em nossos postos ou quando de suas visitas às comunidades das regiões assistidas pela CCPY (aproximadamente 400 yanomami). A seguir, o quadro populacional por regiões e comunidades assistidas:

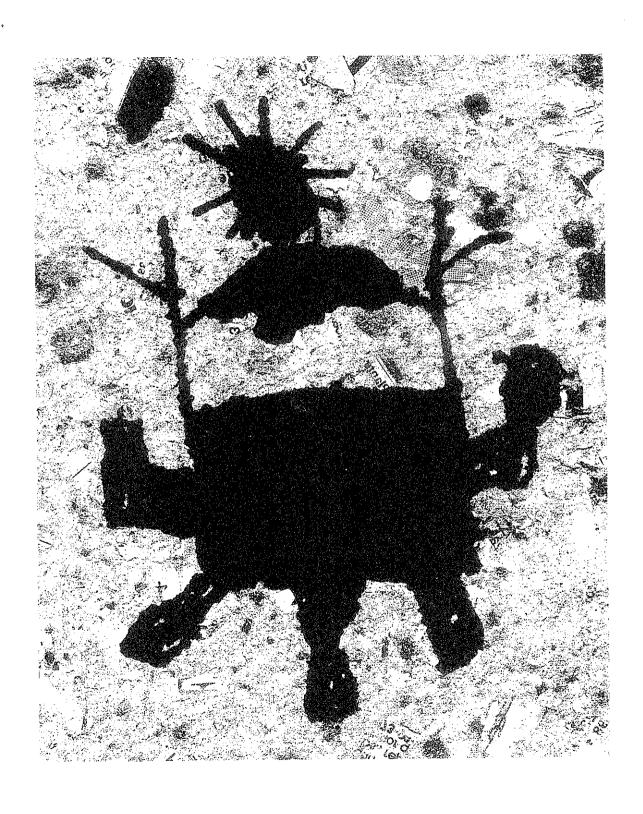
SUB-REGIÃO	POPULAÇÃO TOTAL	MALOCA	POPULAÇÃO MALOCA	DISTÂNCIA A PÉ DO POSTO
POSTO BALAWAÚ	259	Balawaú	24	6 horas
		Hwayasike	67	6 horas
		Korehebi	36	2 horas
		Raharabi	15	2 dias
		Wanabiú	25	frente posto
		Uxiximabiu	34	3 horas
		Xakibi	21	2 horas
		Xotokomabi	20	6 horas
		Eduardo	17	5 horas
OSTO DEMINI	103	Watorik	103	30 minutos
OSTO TOOTOTOBI	325	Abel	22	2 horas
		Fialho	10	30 minutos
		Hwaximeu	52	5 horas
		Makos	59	5 horas
		Toto	107	1 hora e 15min
		Kokoiú	7 5	5 horas
POSTOS	687	16 MALOCAS		

2 ATENDIMENTOS EVENTUAIS A OUTRAS COMUNIDADES						
SUB-REGIÃO	POP. TOTAL	N° DE MALOCAS	·			
NOVO DEMINI (MNTB)	120	2	-			
VENEZUELA	300	15				
4 SUB-REGIÕES	420	17 MALOCAS				

POPULAÇÃO TOTAL: 1.107 yanomami (33 malocas)



A Cervo



Epidemia



O P E R A C I O N A L I Z A Ç Ã O



1. Equipe de Profissionais

Em 1996, a equipe de saúde contou com 13 profissionais:

- 02 médicos
- 08 auxiliares enfermagem
- 02 microscopistas
- 01 guarda de endemias

Para o apoio logístico, a equipe foi formada por 5 profissionais:

- 01 auxiliar de serviços gerais (no campo)
- 01 assistente de administração
- 01 auxiliar de radiofonia/secretária
- 01 auxiliar de logística/motorista
- 01 operador de computador (meio expediente)

Outros:

- 01 coordenador dos trabalhos de manutenção da infra-estrutura e assessoria geral sobre a questão yanomami (voluntário)
- 01 odontóloga (eventual)
- assessorias antropológica e lingüística (eventuais)
- carpinteiro, pedreiro, eletricista, serrador e ajudantes (infra-estrutura)

2. Metodologia

O trabalho de campo baseia-se principalmente na visita regular, no mínimo mensal, às comunidades para a verificação in loco das condições gerais de saúde, diagnóstico individual e tratamento das doenças. O atendimento nos postos está reservado para os casos de internação ou cuidados especiais e para os yanomami que procuram espontaneamente a assistência. Procuramos adaptar a programação de visitas regulares ou intervenções sanitárias em massa (vacinação, atendimento odontológico, etc.) ao sistema tradicional de viagens coletivas para festas em outras aldeias, expedições de caça ou coleta de alimentos na floresta.

As distâncias às malocas podem variar de uma hora a dois dias de caminhada (média 6 horas) sendo que, no período das chuvas, ocorre o alagamento das regiões baixas formando pântanos e lamaçais que dificultam ainda mais os deslocamentos a pé nos locais onde não é possível realizar o trajeto com canoa.

O atendimento se dá de forma permanente, com a presença constante de pelo menos 1 profissional de saúde no Demini e no mínimo 2 profissionais nas regiões de Toototobi e de Balawaú. Estes profissionais trabalham em esquema de revezamento, alternando períodos de trabalho em área com licenças remuneradas na cidade.



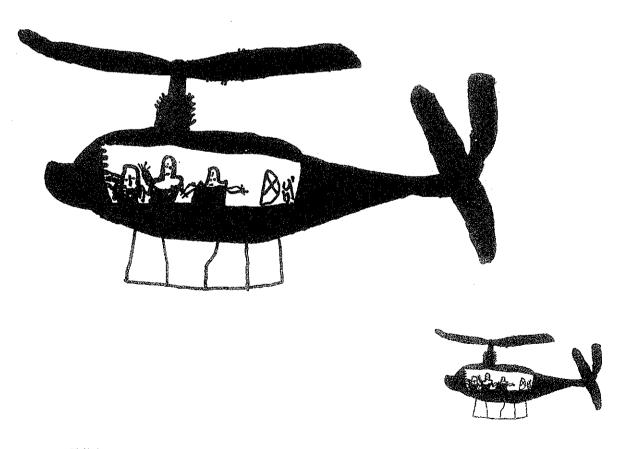
Acervo ISA

Todo o trabalho segue o princípio da valorização do modo de vida yanomami, desestimulando uma dependência excessiva de nossos remédios. Procuramos também orientar nossos profissionais quanto à importância da participação dos yanomami nos trabalhos cotidianos de saúde, como prática educativa em saúde ocidental e como forma de promover, a longo prazo, uma maior autonomia dos índios em relação à nossa presença.

3. Capacitação Profissional

Os profissionais de campo recebem periodicamente cursos de treinamento sobre as especificidades técnicas do controle das doenças que ocorrem na área, bem como noções etnográficas específicas da etnia yanomami. Estes treinamentos são ministrados por um médico e realizados na própria área yanomami, constando de aulas teóricas e práticas adaptadas à rotina do atendimento.

Distribuímos também para estes profissionais as publicações existentes sobre o aprendizado da língua, manuais de saúde e etno-linguísticos.



Helicóptero traz socorro





4. Infra-Estrutura

Desde 1992 a CCPY mantém 3 postos de saúde na área yanomami. Após as reformas realizadas nos últimos anos, cada posto possui atualmente espaços para atendimento ambulatorial e internação, laboratório, farmácia, cozinha, alojamento para profissionais, WC e depósito.

Além de equipamentos médico-hospitalares básicos, estes postos estão equipados com microscópio, radiofonia e cadeia de frio. Em 1996 recebemos da Embaixada da Alemanha a doação de sistemas fotovoltaicos para os 3 postos. Esta aquisição do sistema de energia solar garantiu considerável melhora da qualidade da assistência nos postos (conservação de vacinas, atendimentos noturnos, etc) e do conforto para os profissionais que residem na área.

5. Transporte

O transporte de Boa Vista para a área yanomami se dá através do fretamento de aviões do tipo monomotor, sendo que esse percurso aéreo dura em média 4 horas (ida e volta).

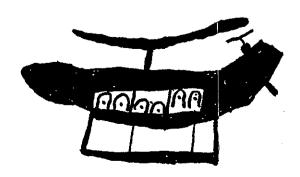
Mantivemos a rotina de um vôo a cada 15 dias para o transporte de profissionais, medicamentos, alimentos, equipamentos e materiais médicos. Para garantir as reformas nos postos foi realizado, em média, um vôo mensal em 1996.

No Toototobi, durante a época das chuvas, parte do transporte do posto de saúde para algumas comunidades da região é feito de barco com motor de popa. Todo o resto do trabalho é feito através do deslocamento a pé para as malocas.

6. Comunicação

Os dados de saúde, as informações sócio-demográficas, o relato das atividades desenvolvidas, bem como o controle dos estoques de medicamentos e materiais, são repassados mensalmente para a coordenação em Boa Vista através do preenchimento em campo de relatórios de enfermagem padronizados. Estes relatórios permitem o monitoramento epidemiológico mensal, orientando a coordenação em Boa Vista no planejamento do atendimento em área.

A radiofonia funciona diariamente, com plantões em fins de semana e feriados, permitindo a comunicação de orientações gerais sobre o trabalho bem como a discussão de casos clínicos.







Gripe



INFORMAÇÕES DE SAÚDE

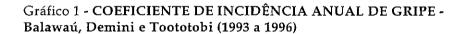
Realizamos em 1996 um total de 3.544 atendimentos.

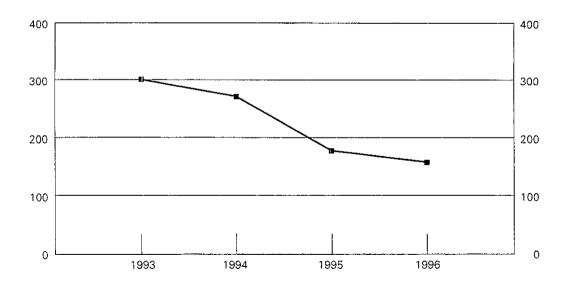
As principais ocorrências continuaram sendo as infecções respiratórias agudas (gripe e suas complicações secundárias) e malária que, somados, representaram quase a metade dos atendimentos (48,5%). Outras doenças como conjuntivite, diarréias, febres de causa desconhecida, afecções dermatológicas e infecções urinárias foram as principais causas dos demais atendimentos.

1. Infecções Respiratórias

A baixa resistência imunológica dos yanomami aos diversos vírus da gripe, motivada pelo contato relativamente recente com estes microorganismos, faz com que esta doença tenha grande importância clínica e represente uma séria ameaça à saúde destes índios. Cerca de 28% dos casos de gripe evoluíram com complicação bacteriana secundária (principalmente pneumonia), exigindo o uso de antibióticos.

No entanto, temos verificado ao longo dos últimos 4 anos uma redução progressiva na incidência de gripe nestas populações (Gráfico 1).





É possível supor que esteja se desenvolvendo uma imunidade adquirida nesta população, provocada pela frequente exposição aos agentes etiológicos.







Espíritos Xamânicos



INCIDÊNCIA DE DOENÇAS (DEMINI, TOOTOTOBI E BALAWAÚ) - 1996 3544 Atendimentos

Gráfico 2 - N°s ABSOLUTOS

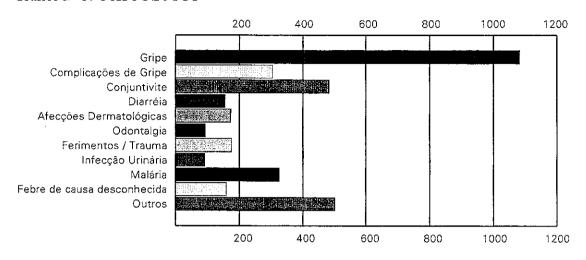
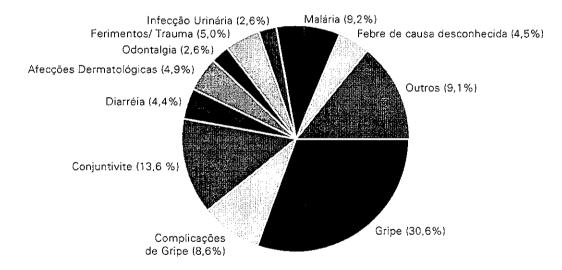
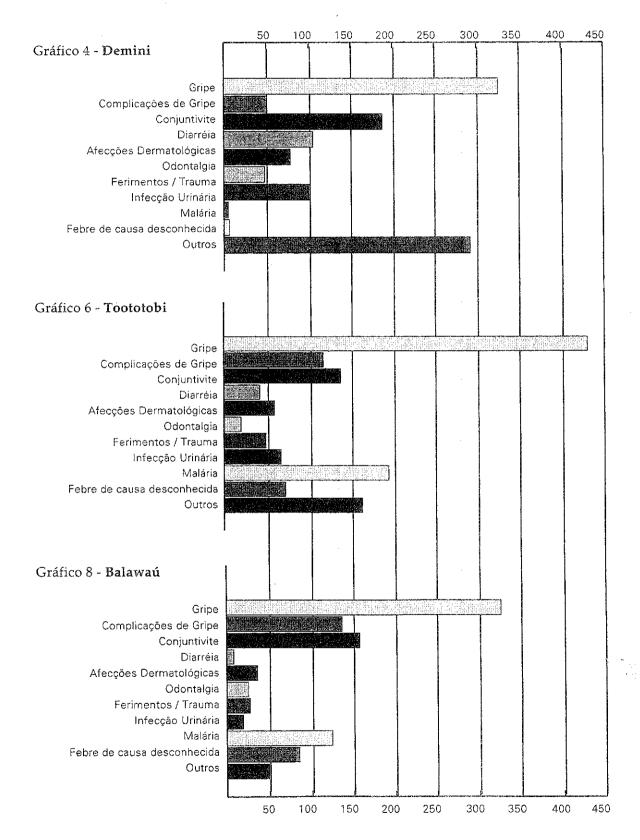


Gráfico 3 - EM PORCENTAGEM





INCIDÊNCIA DE DOENÇAS 1996 DEMINI (1199 atendimentos), TOOTOTOBI (1353) e BALAWAÚ (992) N°s ABSOLUTOS







INCIDÊNCIA DE DOENÇAS 1996 DEMINI (1199 atendimentos), TOOTOTOBI (1353) e BALAWAÚ (992) EM PORCENTAGEM

Gráfico 5 - Demini

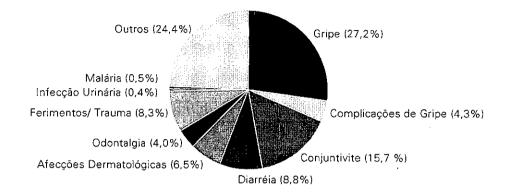


Gráfico 7 - Toototobi

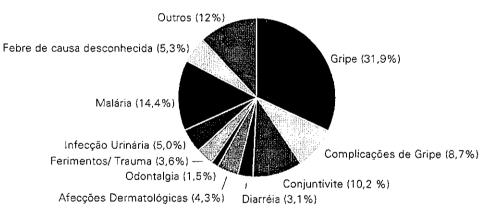
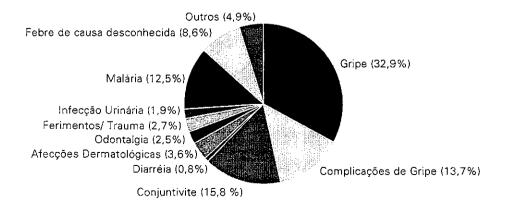


Gráfico 9 - Balawaú





2. Malária

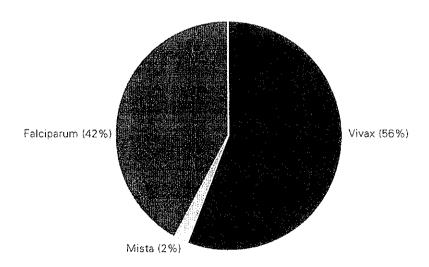
Continua sendo a doença de maior importância sanitária em toda a área yanomami, pela alta morbi-mortalidade e pela dificuldade de seu controle devido à sua permanente reintrodução por garimpeiros invasores.

A atividade garimpeira na área yanomami baseia-se no jateamento das margens de rios e igarapés para a extração do ouro de superfície. Esta técnica favorece a formação de grandes coleções de água, propícias para a reprodução do mosquito anofelino, transmissor da malária e endêmico na floresta amazônica. O ciclo de reintrodução da doença pelos garimpeiros doentes e do favorecimento de sua transmissão pela formação de criadouros do vetor, tornam frustradas as tentativas de controle da malária nas regiões próximas ao garimpo.

Em 1996, realizamos 7.189 lâminas de pesquisa de plasmodium (80.2 % em busca ativa mensal e 19.8% por demanda espontânea dos sintomáticos). Este número de lâminas realizadas representou um aumento de 12,4% em relação ao total de lâminas realizadas em 1995. Este número de lâminas corresponde a cerca de 1/4 do total de lâminas realizadas em todo o Distrito Sanitário Yanomami, sendo que foram realizadas numa população de aproximadamente 10% do total de yanomami no Brasil.

Identificamos 325 casos de malária em nossas áreas de atuação. A predominância de espécies verificada é de 1.4 malárias vivax para cada malária falciparum .

Gráfico 10 - PREDOMINÂNCIA DE ESPÉCIES DE PLASMODIUM (Balawaú, Demini e Toototobi) - 1996



7.189 lâminas examinadas, 325 lâminas positivas



Embora o total de casos de malária em 1996 represente uma diminuição de 18,5 % em relação ao ano anterior, o coeficiente de incidência anual (C.I.A.) de malária nesta população ainda foi elevado: 48,4%.

Quando analisamos separadamente as 3 regiões, que mantêm distâncias diferentes em relação ao garimpo, constata-se a influência que esta atividade tem na incidência de malária:

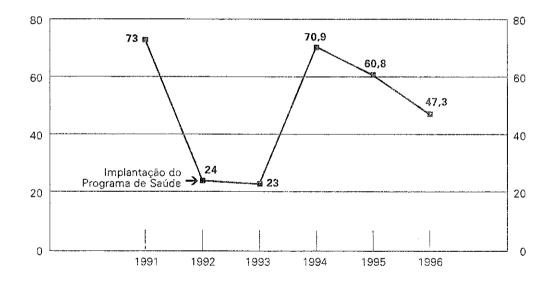
A população da região do Toototobi fica mais próxima ao garimpo (em atividade nas cabeceiras do rio Toototobi, Venezuela), e é a região de maior incidência de malária em que atuamos (C.I.A. malária Toototobi/96 = 67,7%). As visitas dos yanomami do Toototobi às comunidades da Venezuela acabam por reintroduzir a malária no Toototobi. Como a população desta região também realiza frequentes viagens ao Balawaú, a malária acaba se disseminando também para esta região (C.I.A. malária Balawaú/96 = 48,9%). No Demini, região onde não há garimpo próximo há vários anos e com contatos muito eventuais com as populações de Toototobi e Balawaú, este coeficiente foi de apenas 5,9% em 1996 (Tabela 1).

Tabela 1 - INCIDÊNCIA ANUAL DE MALÁRIA (1993 a 1996)

	NÚMERO DE CASOS	COEFICIENTE INCIDÊNCIA ANUAL (%)	VIVAX	FALCIPARUM	MISTA
1993	*** '				
тоототові	39	13,0	36	2	1
BALAWAÚ DEMINI	97 5	43,4 5,6	8 3	89 2	0
					
TOTAL	141	23,0	47	93	1
1994					
тоототові	353	108,9	209	141	3
BALAWAÚ	94	43,9	37	56	1
DEMINI	1	1,1	0	1	0
TOTAL	44 8	70,9	246	198	4
1995					
тоототові	268	87,3	174	93	1
BALAWAÚ	129	52,0	55	71	3
DEMINI	2	1,9	1	1	0
TOTAL	399	60,8	230	165	4
1996			· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		
ТООТОТОВІ	195	67,7	123	65	7
BALAWAÚ	124	48,9	60	64	0
DEMINI	6	5,9	0	6	0
TOTAL	325	48,4	183	135	7

A partir de agosto de 1993, com a instalação em Toototobi dos Hwaxemeutheli, sobreviventes do massacre cometido por garimpeiros na Venezuela, houve um incremento da introdução de malária nesta região. As constantes visitas da comunidade Hwaxemeu à Venezuela para participar das cerimônias fúnebres de seus parentes e para colher produtos das roças antigas naquele local, foram dramáticas a cada retorno: grande parte da comunidade apresentava malária e acabava por transmitir a doença às demais comunidades do Toototobi e Balawaú, como se pode verificar nos dados do ano de 1994 (Gráfico 11).

Gráfico 11 - COEFICIENTES DE INCIDÊNCIA ANUAL DE MALÁRIA - Balawaú, Demini e Toototobi (1991 a 1996)



De lá para cá precisamos intensificar nossos esforços para o controle da doença. Temos como meta permanente a realização de busca ativa mensal em toda a população e o tratamento completo de todos os casos positivos, assim como o diagnóstico e o tratamento da demanda espontânea que surge nas visitas às malocas para outros atendimentos, ou na procura de assistência nos postos, nos intervalos de nossas visitas. Nossas atividades incluem também o controle da incidência do mosquito, por nebulização intra e peri-domiciliar para a eliminação das formas adultas, e a erradicação de criadouros, quando possível.

Assim, comparando com o ano de 1991, quando o Programa de Assistência Permanente da CCPY ainda não havia sido implantado e portanto o número de casos registrados está provavelmente sub-notificado, conseguimos reduzir em 35,2 % a incidência de malária.

No entanto, sem a retirada definitiva de garimpeiros da área yanomami não há sistema local de saúde que possa reverter a alta incidência desta doença.





3. Doenças Imunopreveníveis

No ano de 1996 concluímos as campanhas de multivacinação para todas as doenças indicadas pelo Programa Nacional de Imunizações: sarampo, tuberculose, poliomielite, tétano, coqueluche, difteria, febre amarela e hepatite B.

O percentual de cobertura vacinal atingiu 98% das populações de Demini, Toototobi e Balawaú. Daqui para adiante, a continuidade da vacinação para os que nasceram após as campanhas, gestantes à época e demais não vacinados, será feita rotineiramente durante as visitas às comunidades.

4. Tuberculose

Até o momento não registramos nenhum caso de tuberculose em nossas áreas de atuação, embora esta doença esteja alcançando índices alarmantes no restante da área yanomami. Segundo os dados fornecidos pelo Distrito Sanitário Yanomami (DSY/FNS), em 1995 o coeficiente de incidência desta doença em outras regiões da área foi 593 (por 100.000 hab.). Este mesmo coeficiente para todo o Brasil tem sido de 56, no continente africano e na Índia gira em torno de 220, no Haiti 336, enquanto a média nos países desenvolvidos tem sido de 20 (OMS, dados 1995). A TB representa uma grande ameaça à população yanomami, já sendo considerada a sua incidência em nível epidêmico. Nas áreas sob nossa responsabilidade, temos mantido a vigilância epidemiológica com realização de exames de escarro de todos os clinicamente suspeitos.

5. Calazar

Registramos em 1993 um caso de calazar, na região do Balawaú. Esta criança foi tratada na própria comunidade e tem se mantido assintomática. A leishmaniose visceral representa importante problema de saúde para os yanomami, principalmente em áreas periféricas de maior contato, como o Baixo Mucajaí. Assim como para a tuberculose, estamos atentos para novos casos de calazar que possam vir a surgir em nossa área de atuação.

6. Oncocercose

As regiões do Balawaú e Toototobi são consideradas hiperendêmicas para esta doença, com exame positivo em 66% da população. À medida que avança a faixa etária esta prevalência aumenta, sendo que nos índios com mais de 50 anos esta positividade é de 100%. Em 1995 participamos do Plano Piloto de Controle da Oncocercose que visava estabelecer parâmetros básicos para o controle desta doença em toda a área yanomami. A partir desse momento iniciamos o tratamento da oncocercose, previsto para durar 12 anos. Em 1996 concluímos o terceiro ciclo deste tratamento em Toototobi e Balawaú.



Acervo Acervo

7. Parasitoses Intestinais

Sabemos que é alta a incidência de parasitose intestinal nos yanomami, através de inquéritos epidemiológicos já realizados. Em algumas regiões esta incidência é superior a 80%. Para tentar reduzir a incidência de verminoses, há 4 anos realizamos periodicamente o tratamento de toda a população.

8. Desnutrição

Com a melhoria das condições gerais de vida, não registramos após a implantação do Programa de Saúde, casos de desnutrição proteico-calórica na população assistida.

9. Cárie Dentária

A incidência desta doença está diretamente relacionada ao tempo de contato e ao uso da alimentação não-tradicional. Assim, na região do Demini onde houve contato prolongado com funcionários de um posto da Funai, a incidência é bastante elevada. No Toototobi, o contato com missionários evangélicos durante 30 anos também determinou uma incidência alta de cárie nesta população. Já no Balawaú, onde o contato com a sociedade envolvente foi bem menor, a cárie dentária apresenta incidência extremamente baixa (igualada aos países desenvolvidos). Mantemos a visita regular de dentista às regiões necessitadas bem como a prevenção periódica com flúor tópico.

10. Outras Doenças

Doenças como diarréias, afecções dermatológicas e conjuntivite, são responsáveis pelo restante dos atendimentos. Esperamos que no futuro, com a formação de agentes yanomami de saúde, possamos também reduzir a incidência destas doenças.



DADOS DEMOGRÁFICOS

Os resultados do programa de saúde da CCPY no controle das principais doenças, podem ser mais claramente visualizados quando se analisam os indicadores demográficos da população assistida.

1. Mortalidade

No ano anterior à assistência permanente as equipes enviadas pela CCPY às regiões de Demini, Toototobi e Balawaú registraram, num só ano (nov/90 a nov/91), um total de 36 óbitos. O número total de óbitos registrados depois da assistência permanente (1993 a 1996) foi também de 36 óbitos, ou seja, precisou 4 anos para se igualar o número de óbitos que ocorriam em apenas um ano sem assistência. As principais causas conhecidas dos óbitos registrados foram malária, seguida de pneumonia e câncer, conforme observamos na tabela abaixo:

Tabela 2 - CAUSA MORTIS POR REGIÃO E COMUNIDADE

N	1° DE ÓBIT	os
1993	9	
ТООТОТОВІ	3	1 Malária falciparum (Hwaximeu) 1 Câncer (Kokoiú) 1 Pneumonia (Makos)
BALAWAÚ	6	1 Pneumonia (Xotokomabi) 1 Câncer (Wanabiu) 4 Desconhecidas (2 Hwaya, 1 Raharabi e 1 Balawaú)
1994	14	
ТООТОТОВІ	11	6 Malárias (5 Hwaxemeu e 1 Fialho) 2 Peri-natal (1 Toto e 1 Fialho) 1 TCE (Makos) 2 Desconhecidas (Hwaxemeu)
BALAWAÚ	3	2 Desconhecidas (Xotokomabi e Hwayasike) 1 IRA (Uxiximabiu)
1995	7	
тоототові	5	2 Malárias (Hwaximeu) 1 Pneumonia (Kokoiú) 1 Desconhecida (Toto) 1 Câncer (Toto)
BALAWAÚ	1	1 Picada de cobra (Balawautheri)
DEMINI	1	1 TCE
1996	6	
тоототові	3	1 Malária + Pneumonia (Fialho) 1 Linfoma (Toto) 1 Desconhecida (Makos)
BALAWAÚ	1	1 Desconhecida (Xotokomabi)
DEMINI	2	2 Malárias



Acerve Acerve

O coeficiente de mortalidade geral (CMG) demonstra uma queda progressiva a cada ano. Antes da assistência permanente este coeficiente era de 58 e passou a ser:

1993 = 14,7

1994 = 23.7

1995 = 10.9

1996 = 8,7

Portanto, o CMG de 1996 foi quase 7 vezes inferior ao CMG anterior à implantação do programa de saúde. Em toda a área yanomami, o CMG de 1996 foi de 17,6, ou seja, praticamente o dobro.

O coeficiente de mortalidade infantil (C.M.I. = número de óbitos de crianças com menos de um ano de idade em 1000 nascidos vivos) tem demonstrado uma queda progressiva, sendo que no último ano este coeficiente foi igual a zero. Em toda a área yanomami a média do C.M.I. em 1996 foi de 100, no norte do Brasil este índice foi, no mesmo ano, de 40.

2. Natalidade:

Desde 1993 até o ano passado registramos um total de 127 nascimentos, determinando elevados coeficientes de natalidade geral a cada ano:

1993 = 49,0

1994 = 63,3

1995 = 38.8

1996 = 46,6

3. Relação Nascimentos X Óbitos

Taxa de Crescimento Natural da População





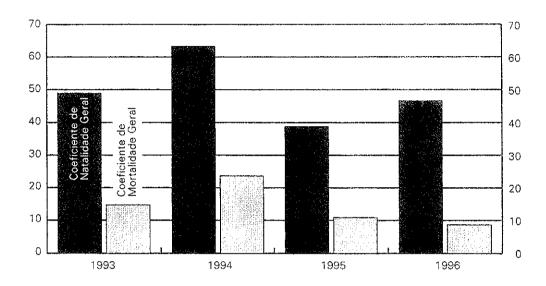
Tabela 3 - NASCIMENTOS / ÓBITOS*

REGIÃO Maloca	1993 Nasc. Ól	oitos	1994 Nasc. Ó	bitos	1995 Nasc. Ól	bitos	1996 Nasc. Ól	oitos	Total Nasc. Ó	bitos
DEMINI	6	0	3	0	4	1	4	2	17	3
Watorik	6	0	3	0	4	1	4	2	17	3
тоототові	11	3	24	11	11	5	14	3	60	22
Toto	5	0	7	1	4	2	3	1	19	4
Fialho	0	0	5	2	1	0	1	1	7	3
Paulino/Kokoiú	. 2	1	3	0	2	1	3	0	10	2
Makos	0	1	3	1	1	0	1	1	5	3
Hwaximeu	3	1	5	7	2	2	3	0	13	10
Abel	1	0	1	0	1	0	3	0	6	0
BALAWAÚ	13	6	13	3	10	1	14	1	50	11
Roberto	0 .	1	2	0	1 .	0	2	0	5	1
Hwayasike	5	2	1	1	3	0	4	0	13	3
Xakibi	2	0	2	0	0	0	1	0	5	0
Koherebi	1	0	4	0	1	0	2	0	8	0
Balawaú	1	1	0	0	2	1	2	0	5	2
Xotokomabi	1	1	1	1	0	0	0	1	2	3
Uxiximabiu	1	0	3	1	1	0	3	0	8	1
Eduardo	1	0	0	0	1	0	0	0	2	0
Raharabi	1	1	0	0	1	0	0	0	2	1
TOTAL	30	9	40	14	25	7	32	6	127	36

^{*} Estão excluídos os infanticídios nos dados de nascimentos e óbitos.

A relação entre os nascimentos e óbitos resultou num crescimento natural da população (excluídas as migrações) de aproximadamente 3,5% ao ano, ou seja, 14% a mais em apenas 4 anos, determinando assim uma importante recuperação demográfica frente à alta mortalidade ocorrida nas últimas 2 décadas (Gráfico 12).

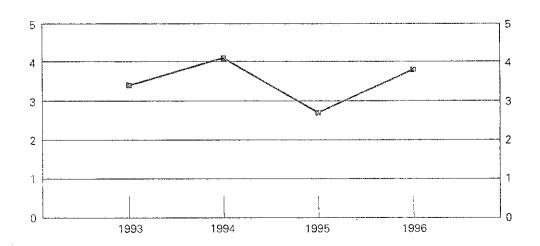
Gráfico 12 - INFORMAÇÕES DEMOGRÁFICAS - Balawaú, Demini e Toototobi (1993 a 1996)



COEFICIENTES

	1993	(1994)	(1995)	(1996)	
Natalidade Geral	49,0	63,3	38,8	46,6	
Mortalidade Geral	14,7	23,7	10,9	8,7	
Taxa de Crescimento Natural	3,4	4,1	2,7	3,8	

Gráfico 13 - TAXA DE CRESCIMENTO NATURAL ANUAL - Balawaú, Demini e Toototobi (1993 a 1996)





Remoções:

Em 1996 precisamos remover para Boa Vista 7 yanomami. As causas por região foram:

Demini: 1 politraumatismo

2 emergências odontológicas

Toototobi: 1 linfoma

1 dor abdominal a esclarecer

Balawaú: 1 prostatismo

1 cirurgia oftalmológica

Incidência Geral de Doenças:

A seguir, apresentamos o quadro dos coeficientes de incidência anual das principais doenças nos últimos 3 anos:

QUADRO 1 - COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA ANUAL DAS PRINCIPAIS DOENÇAS (1994 a 1996)

Base referencial da população = 100

C.I.A = número de casos x 100 população exposta

	1994		1995	1996		
Doença	Número de Casos	C.I.A	Número de Casos	C.I.A	Número de Casos	C.I.A
Gripe	1706	269,9	1154	175,9	1083	157,6
Complicação de gripe	172	27,2	239	36,4	304	44,2
Malária	448	70,9	399	60,8	325	47,3
Diarréia	79	12,5	114	17,4	155	22,6
Conjuntivite	313	49,5	251	38,3	483	70,3
Infecção Urinária	40	6,3	31	4,7	91	13,2



Acervo Acervo



Escovando os dentes

THE COUNTY OF TH



A WALL TO THE WALL TO THE WALL TO THE WALL TO THE WALL TH

PARTICIPAÇÃO INDÍGENA

No desenvolvimento das atividades do Programa de Saúde temos contado sempre com a participação ativa dos yanomami. Temos realizado conferências anuais de saúde para a avaliação de nossas atividades conjuntamente com os yanomami.

A partir de nossa apreensão em relação à continuidade do financiamento do programa de assistência à saúde, os yanomami, nos últimos 2 anos, têm demonstrado um interesse cada vez maior no aprendizado de nossa medicina, com a perspectiva de um dia virem a substituir os profissionais de saúde atuais.

Contudo, não observamos uma tendência ao abandono da medicina tradicional. Nossos tratamentos são realizados em conjunto com os xapuri (xamãs) que, segundo os yanomami, processam a cura etiológica ao passo que os nossos remédios atuam no alívio dos sintomas. As doenças que acometem muitas pessoas ao mesmo tempo (xawara = epidemia) são identificadas pelos yanomami como "doenças introduzidas pelos brancos" e, para essas doenças, não possuem tratamento na medicina tradicional. Por esse motivo, têm solicitado com bastante insistência que ensinemos aos jovens a "cura das epidemias".

Conforme descrito em relatórios anteriores, esse processo de educação em saúde ocidental já foi iniciado dentro da perspectiva de sua grande complexidade e longa duração. Informalmente esse aprendizado tem se dado através do convívio diário dos yanomami com as atividades do Programa de Saúde. Formalmente, através da escola do Demini (Programa de Educação-CCPY/Unicef, MEC, Earth Love Fund) foi dado o primeiro passo concreto para a formação mais específica dos yanomami em saúde ocidental: identificamos em assembléia com os índios (Toototobi, 1995) a necessidade do aprendizado prévio da escrita, de noções da língua portuguesa e de aritmética básica para que esse ensinamento possa se realizar. Alguns jovens do Toototobi e praticamente toda a comunidade do Demini já estão alfabetizados na língua materna. Em 1996 elaboramos 4 cartilhas bilíngües sobre as principais doenças (malária, gripe, pneumonia, cárie dentária) para serem utilizadas por toda a comunidade no processo didático da escola do Demini. Com isso, essa comunidade passou a ter uma idéia geral inicial da concepção ocidental das doenças (etiologia, patogenia, transmissão, prevenção, etc).

Aos yanomami que, a partir daí, demonstrarem interesse específico em aprender as práticas médicas não-yanomami no controle das epidemias, pretendemos oferecer cursos de treinamento em saúde ocidental para a formação de agentes indígenas de saúde. Com isso, visamos uma integração futura desses agentes yanomami às atividades do Programa de Saúde da CCPY e, mais a longo prazo, até mesmo a substituição dos atuais profissionais pelos próprios yanomami.

Com o apoio da organização IWGIA (International Workgroup for Indigenous Affairs) iniciamos, em abril de 1997, um treinamento em microscopia para malária para 3 yanomami já alfabetizados, escolhidos pelas comunidades. Este treinamento deverá se estender até setembro/97, quando então estes yanomami deverão realizar a prova final de avaliação na FNS de Roraima, orgão responsável pela expedição oficial dos certificados em microscopia para malária no estado.









Roça





CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os indicadores de saúde apresentados neste relatório demonstram que o Programa de Saúde da CCPY tem conseguido alcançar seu objetivo de reverter o grave quadro sanitário encontrado antes da implantação da assistência permanente.

Estes resultados reforçam a eficácia do modelo assistêncial de cooperação multiinstitucional para o atendimento à saúde indígena. Nesse sentido, além da participação junto ao Distrito Sanitário Yanomami e ao Núcleo Interinstitucional de Saúde Indígena de Roraima, a cooperação da CCPY com a Fundação Nacional de Saúde, através do atual convênio, é um exemplo de parceria que deu certo.

Ainda assim, conforme ressaltamos anteriormente, esses resultados não significam que conseguimos o controle definitivo da alta incidência de doenças e impedir a mortalidade dos yanomami por doenças infecto-contagiosas tratáveis. Face à contínua reintrodução de doenças por garimpeiros invasores e mesmo o contato inevitável com a nossa sociedade, tornam-se frágeis os resultados obtidos até o momento. Apenas para exemplificar, no último ano, durante a interrupção parcial de nossas atividades por apenas um mês, motivada por um atraso no repasse de verbas que prejudicou a operacionalização das atividades de rotina no campo, houve um considerável aumento de casos de malária em nossas áreas de atuação e um óbito acabou ocorrendo por falta de assistência.

Por esses motivos, consideramos ainda imprescindível a continuidade de nossas atividades, até o momento em que os próprios yanomami tenham condições de se defender das conseqüências do contato, das doenças e da desassistência.

Boa Vista, abril de 1997

Deise Alves Francisco Cláudio Esteves de Oliveira



