



FUNASA

Fundação Nacional de Saúde

Ministério da Saúde
Departamento de Saúde Indígena

Plano Distrital de Saúde Yanomami (II)

CAPACITAÇÃO - CONTROLE SOCIAL - INVESTIMENTOS

COORDENAÇÃO REGIONAL DE RORAIMA

DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA YANOMAMI



URIHI - Saúde Yanomami

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

Charles Handy

Plano Distrital de Saúde Yanomami (II)

Coordenação Regional de Roraima

Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami

URIHI - Saúde Yanomami

Período de vigência do Plano II : 01 de Maio de 2002 a 31 de Janeiro de 2003

APRESENTAÇÃO

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

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

Controle Social/ Aprovação do Plano

Titular	Nome	Assinatura
Presidente do Conselho	Ipojucan Carneiro da Costa	
Coordenador Regional	Ipojucan Carneiro da Costa	
Chefe do DSEI	Edgard Dias Magalhães	
Entidades participantes:		
URIHI – Saúde Yanomami	Cláudio Esteves de Oliveira	

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

CARACTERIZAÇÃO DO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA

Aspectos Sócio-Econômico-Culturais e Antropológicos

Nesse campo serão registradas informações sobre: povos indígenas sua, população, língua (s) e tronco lingüístico, aspectos culturais e de organização social e política, história do contato, situação da terra, movimentos migratórios, meios de subsistência; fatores de risco para a saúde e processo de locomoção.

Obs. As informações constantes deste anexo devem ser aperfeiçoadas e atualizadas anualmente.

1. Povos indígenas e população: Listar os povos indígenas existentes no âmbito do Distrito, relacionando-os a cada aldeia com sua respectiva população.

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

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

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

2. Línguas indígenas e tronco lingüístico: relacionar a (s) língua (s) falada (s) e o respectivo tronco lingüístico de cada um desses Povos.

Os Yanomami formam um grupo lingüístico isolado, não identificado com nenhuma outra família lingüística.

Estudos lingüísticos mais recentes (Ramirez 1994) indicam a existência de 4 línguas diferentes:

- 1) Língua S (sanima)
- 2) Língua Y (yanomami) – com 2 super-dialetos importantes (Yanomae e Yanõmami)
- 3) Língua N (ninan)
- 4) Língua A (Yawari)

Os Yekuana falam a língua Yekuana pertencente ao grupo lingüístico Caribe.

OBS: o sublinhado indica as diferentes línguas e dialetos das áreas assistidas pela URIHI

3. Comunicação em Português: informe o percentual, aproximado, de cada Povo listado no item 1, que se comunica em português.

Dependendo da história e do tempo de contato com a nossa sociedade verifica-se uma heterogeneidade entre as regiões da área yanomami em relação à comunicação em português.

As áreas assistidas pela URIHI, região Oeste, próximo à fronteira com a Venezuela, permaneceram praticamente isoladas até a década de 80 e, desta forma, são raros os Yanomami que falam, precariamente, a língua portuguesa (cerca de 0,3 % da população, todos do sexo masculino).

Entre os Yekuana aproximadamente 30 % da população fala a língua portuguesa e cerca de 20 % se encontram alfabetizados. À semelhança dos Yanomami, praticamente nenhuma mulher Yekuana fala português.

4. Aspectos culturais e de organização social: expor brevemente sobre os aspectos que caracterizam, em termos de cultura e formação social, o(s) Povo (s) indígena (s) do DSEI, destacando: hábitos alimentares, tipo de habitação, existência de especialistas tradicionais de cura, práticas de xamanismo, outros rituais, festas.

Os Yanomami formam uma sociedade de caçadores-agricultores que habitam uma região montanhosa de floresta equatorial densa, nas proximidades da fronteira entre o Brasil e a Venezuela e totalizam aproximadamente 22.000 pessoas (metade no Brasil). Cada comunidade considera-se econômica e politicamente autônoma mas mantém relações de troca matrimonial, cerimonial e econômica com grupos locais vizinhos. Desta maneira, forma-se uma complexa rede sócio-política que liga todas as comunidades de um lado ao outro do território indígena.

Os Yekuana são uma etnia que co-habita a Terra Indígena Yanomami e constituem um povo de viajadores-navegadores sedentários, com contato há mais de um século com a nossa sociedade.

5. História do contato: Descrever, de forma sintética, os fatos marcantes da história do contato de cada uma desses Povos. Incluir especialmente as questões que resultaram em prejuízo para a saúde.

Os primeiros contatos diretos dos Yanomami com representantes da sociedade nacional se deram de maneira esparsa entre 1910 e 1940. A partir da década de 40 até meados dos anos 60 estes contatos se intensificaram com a instalação permanente de missões religiosas e de alguns postos do Serviço de Proteção ao Índio. Data desta época a introdução de epidemias (especialmente sarampo, gripe e coqueluche) que resultaram em um grande número de óbitos entre os Yanomami. No entanto, foi a partir dos meados da década de 70, com a divulgação do levantamento do Projeto Radam, indicando a existência de ricas jazidas minerais (ouro e cassiterita) no sub-solo do seu território, que os Yanomami sofreram o seu maior impacto demográfico: a grande invasão garimpeira, ocorrida durante a década de 80, introduziu a malária em larga escala levando à morte quase 15 % da população. No início dos anos 90, com a demarcação da Terra Indígena Yanomami e o desenvolvimento da Operação Selva Livre (Funai) para a retirada dos garimpeiros, iniciou-se a implantação de um sistema de saúde diferenciado para os Yanomami, sob a coordenação da FUNASA/MS e com a colaboração de diversas outras instituições, principalmente ONGs e missões religiosas. Este novo sistema de saúde foi a primeira iniciativa no Brasil de funcionamento de um Distrito Sanitário Especial Indígena. No entanto, a contínua reinvasão do território por garimpeiros, a ausência de assistência no lado venezuelano e as dificuldades governamentais de garantir uma assistência básica a todas as comunidades acabaram por caracterizar a década de 90 com indicadores epidemiológicos extremamente preocupantes que indicavam o risco de sobrevivência desta etnia. No início do ano 2.000, através da implantação de uma nova política de descentralização e de criação de DSEI em todo o país, a FUNASA viabilizou diversas parcerias com ONGs para a assistência aos Yanomami. Esta nova política possibilitou finalmente o

início de uma recuperação das condições de saúde e de vida dos yanomami no último ano.

6. Situação da terra: Informar sobre a situação da terra, em relação ao processo de regularização fundiária (a identificar, em fase de identificação, identificada e aprovada, delimitada, reserva/homologada); extensão (em Km²); potencial da terra para agricultura alimentar, caça, pesca, coleta, extrativismo, etc; potencial da terra para exploração e/ou cultivo de produtos comercializáveis (ouro, madeira de lei, etc), que propicia pressão da sociedade envolvente; aspecto geográfico. Comentar sobre a existência de conflito de terra.

A etnia Yanomami ocupa uma região de floresta equatorial densa, o Maciço das Guianas, nas proximidades da fronteira entre o Brasil e a Venezuela, abrangendo uma área contínua de 9.419.108 hectares que foi demarcada em 1991 e homologada como Terra Indígena Yanomami em 1992.

A existência de ricas jazidas minerais (em especial ouro e cassiterita) foi amplamente divulgada em 1975, através do Projeto Radam, o que determinou, nos anos subseqüentes, várias invasões das terras yanomami. Apesar da demarcação, estas invasões persistem até os dias de hoje, com conseqüências desastrosas para a saúde dos yanomami (contínua reintrodução de doenças como malária, DST, gripe e alcoolismo e o fornecimento de munição) e para o meio ambiente.

7. Movimentos migratórios: Informar os processos migratórios internos e externos, sua periodicidade, fatores condicionantes e localidades envolvidas (origem e destino).

Os Yanomami caracterizam-se pelo semi-nomadismo, habitando tradicionalmente uma mesma região por cerca de 4-6 anos. A partir da instalação de missões e postos de saúde, observa-se uma tendência maior à sedentarização em algumas regiões, com permanência média de até 10 anos numa mesma região. Outros movimentos, como longas expedições de caça coletiva que podem durar até 30-40 dias, ocorrem em períodos mais ou menos previsíveis como também as expedições de coleta de frutos da floresta e a participação em festas de comunidades aliadas. Este padrão de mobilidade representa uma dificuldade em determinados momentos da assistência médica, no entanto, o pior fator relacionado a esta dificuldade é a ausência de assistência médica aos yanomami da Venezuela. Nas constantes visitas às comunidades aliadas do Brasil reintroduzem epidemias nas áreas visitadas e muitas vezes retornam às comunidades de origem sem completarem os tratamentos iniciados pelas equipes de saúde brasileiras. Da mesma maneira, ocorrem muitas vezes epidemias no retorno dos yanomami do Brasil quando visitam aliados na Venezuela ou mesmo outros aliados no Brasil mas cujo padrão de assistência à saúde é precário ou de baixa qualidade.

8. Meios de subsistência: Informar, por ordem de prioridade, os meios de subsistência. Salientar a situação de abastecimento de meios alimentares relacionando à situação de sua existência, constante ou periódica, ao longo do ano. Analisar a situação nutricional.

Os Yanomami são tradicionalmente caçadores e coletores de produtos da floresta, mas praticam também a agricultura (principalmente de banana, mandioca, milho) e a pesca. Como não possuem meios de conservação adequados, só pescam, colhem e caçam aquilo que podem consumir em 2-3 dias. Este fato tem uma grande importância sanitária uma vez que na vigência de epidemias, durante todo período em que praticamente toda a comunidade adocece, rapidamente há uma escassez de alimentos. Verifica-se assim que o maior número de crianças desnutridas ocorre nas regiões mais marcadas pelas grandes epidemias de malária nos últimos anos.

Atualmente os Yanomami possuem total dependência de nossa sociedade na aquisição de ferramentas agrícolas (machados, terçados, facas, cavadores, etc) e material de pesca.

A coleta de frutos da floresta segue o calendário sazonal e esta atividade, assim como a caça e a produtividade das roças, tendem à escassez, pelo esgotamento dos recursos naturais circunvizinhos, quanto maior for o período de sedentarização numa mesma região.

9. Organização política: Descrever os processos e os principais atores políticos internos de cada uma desses Povos (formas de lideranças, de organização, associações indígenas, etc), e como ocorrem os relacionamentos destes com as Instituições que atuam em seu território.

Yanomami: a comunidade é o centro das relações políticas com o mundo externo, não existindo uma estrutura hierárquica definida entre os indivíduos de uma mesma comunidade, embora os homens mais idosos, especialmente os xabori, exerçam uma liderança natural entre os demais. As comunidades aliadas ocupam um espaço territorial próximo à comunidade, com as quais em geral há relações de parentesco e com as quais se estabelecem novos casamentos, trocas cerimoniais, etc. Quanto mais distante desse círculo concêntrico, mais potencialmente se considera uma comunidade inimiga, contra a qual em geral existe desde uma suspeita ou acusação de feitiçaria até a ocorrência prévia de expedições guerreiras. Particularmente nas regiões de Surucucu, Parafuri, Aratháú e Homoxi observamos esse tipo de relação francamente inimiga nos dias atuais. As relações com os diversos setores não-yanomami são bastante diversificadas mas em geral, historicamente têm se caracterizado como um paradoxo de interesses e conflitos (garimpeiros, exército, Funai, equipes de saúde e de educação, missões religiosas, etc).

Yekuana: a estrutura hierárquica é bastante definida, através do Conselho dos Homens que se reúnem na Casa Central, quase que diariamente, à noite, quando se discutem os trabalhos comunitários a serem realizados como: derrubadas para roças, construção de casas, etc. Existem 2 escolas públicas mantidas pela Secretaria de Educação do Estado de RR, contando com 6 professores de nível de magistério e uma diretora da MEVA. Cerca de 25 jovens yekuana atualmente estudam em Boa Vista (onde permanecem por até 4 anos) em escolas públicas de 1º e 2º Graus.

10. Fatores de risco: Listar os principais fatores que representam risco para a saúde da população. Analisar as condições ambientais, modo de vida e hábitos da população que signifiquem fatores de risco à saúde.

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

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

Os pólos-base atendidos pela URIHI são alcançáveis unicamente por via aérea. Este transporte é feito através do fretamento de aeronaves mono-motor, em viagens que duram em média duas horas de voo a partir de Boa Vista. Os voos para cada região seguem uma rotina quinzenal, transportando equipes, medicamentos, alimentos, equipamentos, etc.

Ao chegar nos pólos-base as equipes de saúde se deslocam a pé para as comunidades em longas e difíceis caminhadas pelas emaranhadas trilhas da floresta (com duração média de 6 horas de marcha). Em algumas poucas regiões as viagens podem ser feitas de canoa e em outras regiões (onde vivem cerca de 1.500 yanomami) o único acesso possível às comunidades é através de helicóptero.

12. Controle Social: analisar o grau de controle social destacando os seguintes aspectos: o nível de representatividade dos conselheiros e sua legitimidade como representante de sua comunidade; o nível de compreensão dos conselheiros sobre seu papel como agente social e do seu entendimento da Política Nacional de Saúde Indígena; a qualidade das propostas, idéias e sugestões dadas pelos conselheiros.

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

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

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

AVALIAÇÃO GERAL

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

1. Atenção básica:

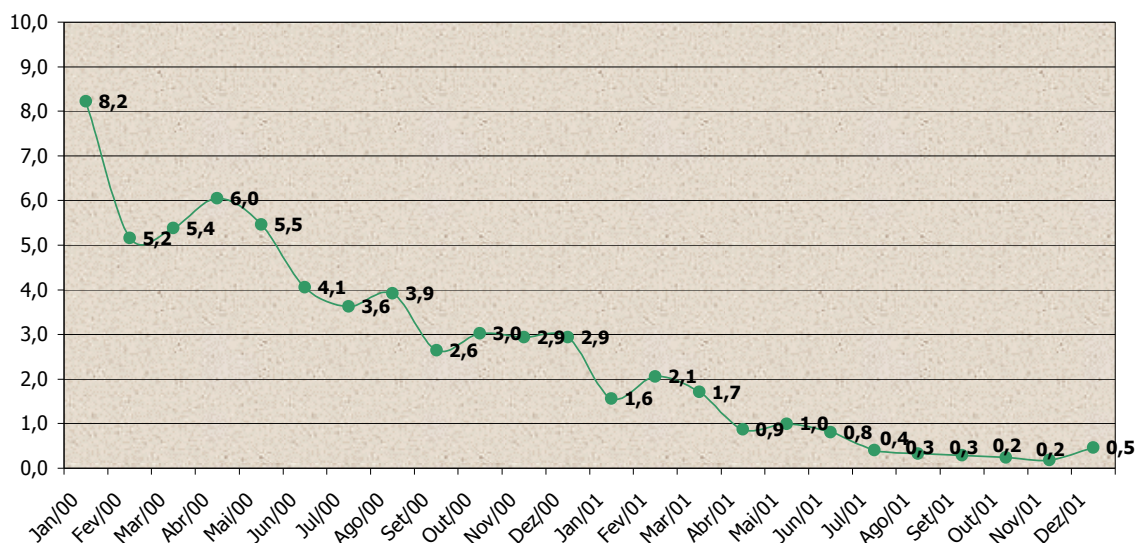
No atendimento às comunidades a URIHI desenvolve 11 programas específicos com metas e protocolos definidos para o desenvolvimento de cada atividade. Estes programas incluem a saúde materno-infantil (com ênfase no combate à desnutrição) e o controle das principais doenças infecto-parasitárias (malária/controle de vetores, tuberculose, infecções respiratórias, oncocercose, verminoses, DST, cárie dentária e imunizações).

A metodologia do atendimento se baseia no princípio da assistência permanente de equipes de saúde nos pólos-base (enfermeiros, médicos, profissionais de enfermagem de nível médio, etc) que se deslocam a pé para visitar, pelo menos uma vez a cada mês e sempre que necessário, todas as aldeias. Estas visitas têm a duração mínima de 3 dias podendo se estender por períodos mais longos dependendo do tipo de tratamento que está sendo realizado, uma vez que os Yanomami não estão ainda preparados para dar continuidade às prescrições, mesmo nos casos de tratamento por via oral.

2. Morbidade:

Durante toda a década de 90 a malária foi a doença de maior morbi-mortalidade entre os yanomami. Como podemos verificar nos gráficos abaixo, a partir do início dos trabalhos da URIHI (janeiro/01) houve uma redução de mais de 90% na incidência desta doença até os dias atuais. As infecções respiratórias agudas são responsáveis pela maioria dos casos de maior gravidade atualmente encontrados, com grande impacto na mortalidade infantil. Verificamos também neste período uma redução progressiva na incidência de tuberculose.

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



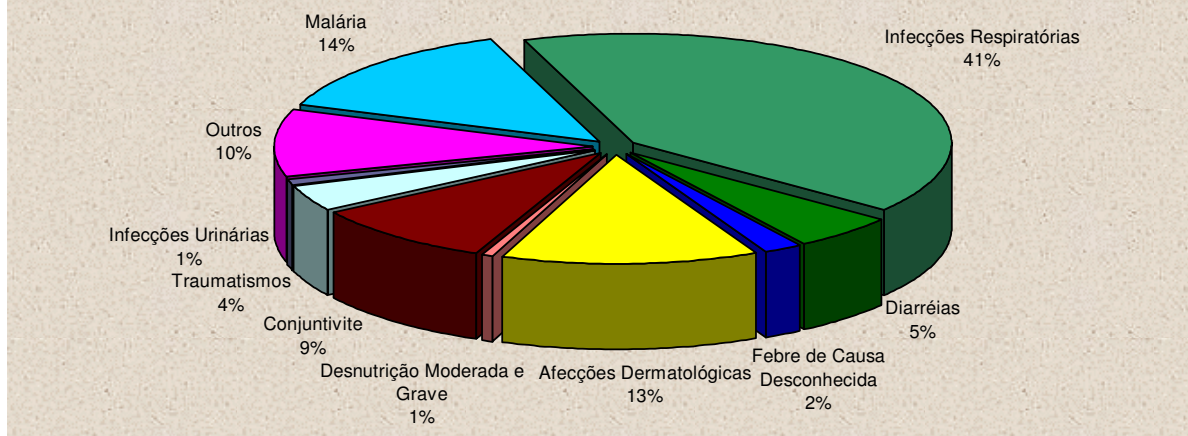
Fonte: Urihi

* Por 100

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

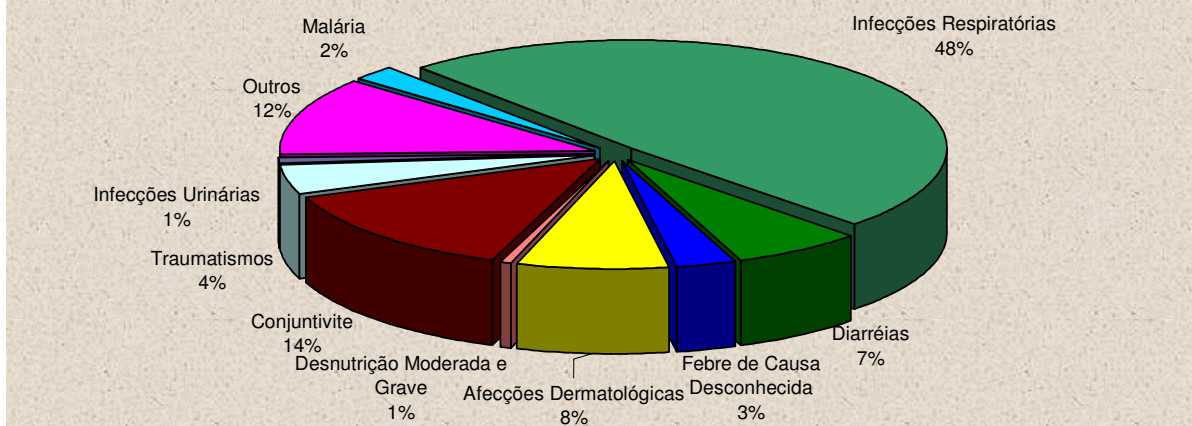
Incidência das Principais Doenças - Ano 2000

Área Yanomami assistida pela Urihi



Incidência das Principais Doenças - Ano 2001

Área Yanomami assistida pela Urihi



Casos de Tuberculose 1999 - 2000 - 2001

Região	Casos de TB			Quimioprofilaxia 2001
	1999	2000	2001	
Aratha-ú	3	2	10	26
Auaris	27	4	3	0
Balawaú	0	0	0	0
Demini	0	0	1	0
Hakoma	0	0	0	0
Homoxi	0	0	0	0
Parafuri	3	2	0	0
Surucucu	2	1	0	0
Toototobi	0	0	0	0
Total	35	9	14	26

3. Capacitação de Recursos Humanos:

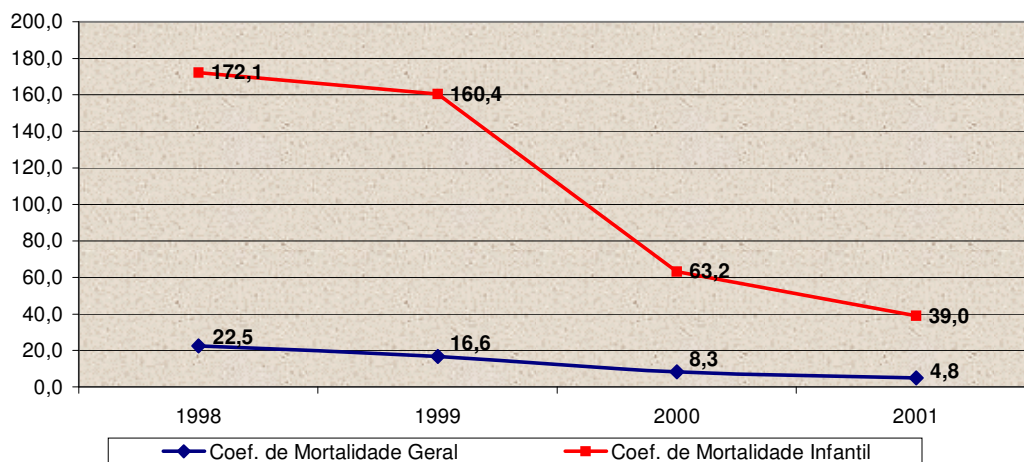
Ao serem contratados, os profissionais de saúde da URIHI recebem treinamento básico sobre as principais rotinas da assistência e sobre noções etnográficas específicas para o atendimento intercultural. No decorrer do exercício profissional são realizados treinamentos periódicos no campo pela equipe de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

4. Mortalidade:

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

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

Área Yanomami assistida pela URIHI



5. Referência e Contra Referência:

Os casos de maior complexidade ou de maior gravidade, que não podem ser resolvidos na área indígena, são removidos para a cidade de Boa Vista. Os casos mais graves são encaminhados do aeroporto diretamente para as unidades de pronto-atendimento (Hospital Infantil, Maternidade, Hospital Geral de Roraima, etc). Os casos que não são graves, mas exigem maior complexidade para o seu diagnóstico, são removidos para a Casa do Índio onde são assistidos ou encaminhados para outras unidades de referência para o atendimento especializado. A assistência na cidade não apresenta ainda um nível de qualidade nem o atendimento diferenciado minimamente razoáveis. Apesar do progresso indiscutível da Casa do Índio de Roraima, ainda existem problemas graves de infra-estrutura e de recursos humanos. O atendimento do SUS em geral ocorre de maneira lenta e com baixa qualificação técnica. Ao mesmo tempo, não há nenhuma adaptação do sistema que proporcione uma assistência diferenciada aos índios.

6. Sistema de Informação (coleta e análise):

Desde o início do seu trabalho em área, a URIHI adotou um sistema de fichas e formulários que são preenchidos pelos profissionais de campo e enviados mensalmente à coordenação em Boa Vista, sob a forma de um *Relatório de Saúde do Pólo-Base*. Na sede, estas informações de cada um dos nove pólos-base são digitadas e permitem o acompanhamento mensal da situação epidemiológica, vigilância sanitária, o acompanhamento das atividades dos programas, as atualizações censitárias, etc.

Já foi enviado para o DESAI por meio eletrônico (arquivo no formato DBF) o cadastro das famílias para serem inseridas no SIASI Local e estamos aguardando a sua implantação.

7. Intersetorialidade:

A URIHI participa do grupo técnico do Distrito e do Conselho Distrital do DSY. No interesse da saúde Yanomami, são permanentemente mantidas articulações com a coordenação regional da FUNASA, com o SUS e as Secretarias de Saúde, a Casa do Índio, as Forças Armadas, O Distrito Sanitário do Leste de Roraima, a Diocese de Roraima e com as demais instituições que compõem o Distrito Sanitário Yanomami.

QUADRO DEMONSTRATIVO DE PESSOAL DA URIHI VINCULADO DSEI
--

2001

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

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

Legenda:

- 1 - Listar todas as categorias profissionais (incluir os que não estão relacionados acima)
- 2 - Exclusivamente pessoal lotado na gerência do DSEI/FUNASA
- 3 - Exclusivamente pessoal lotado na gerência do convênio, com atividade meio (técnico-administrativa)
- 4 - Exclusivamente pessoal contratado PSF/PACS
- 5 - Pessoal próprio do Município
- 6 - Cedido
- 7 - Outros Órgãos cedido

OBS: NÍVEL ELEMENTAR (ATÉ 4ª. SÉRIE) 400,00

NÍVEL INTERMEDIÁRIO (8ª. SÉRIE)
SEM FORMAÇÃO AUXILIAR 600,00
AUXILIAR 900,00

NÍVEL MÉDIO (2º. GRAU)
SEM FORMAÇÃO TÉCNICA 800,00
TÉCNICO 1300,00

NÍVEL SUPERIOR (3º. GRAU)
SEM FORMAÇÃO ESPECÍFICA (CARGOS NÃO PRIVATIVOS) 2250,00
COM FORMAÇÃO ESPECÍFICA (CARGOS PRIVATIVOS) 3500,00
NÍVEL DE COORDENAÇÃO TÉCNICA 4000,00
NÍVEL DE RESPONSABILIDADE GERENCIAL 5000,00
ODONTÓLOGO 4000,00
MÉDICO 8000,00

VISUALIZAÇÃO DO DISTRITO SANITÁRIO YANOMAMI – Áreas Assistidas pela URIHI -

Anexar:

Um mapa do distrito, destacando os aspectos geográficos (rios com nomes, estradas, limites territoriais, etc); localização da sede do DSEI, dos pólos base (dando o nome dos pólos) e das aldeias (dando o nome das aldeias).

Quadro descritivo das distâncias entre a sede do DSEI e Pólos base e entre os Pólos base e as aldeias, estabelecendo as distâncias em tempo gasto, através do meio usual de transporte.

Ex: Deslocamento por carro = X horas com veículo diesel/gasolina

Deslocamento por barco = X horas com motor Y

Deslocamento de avião = X horas

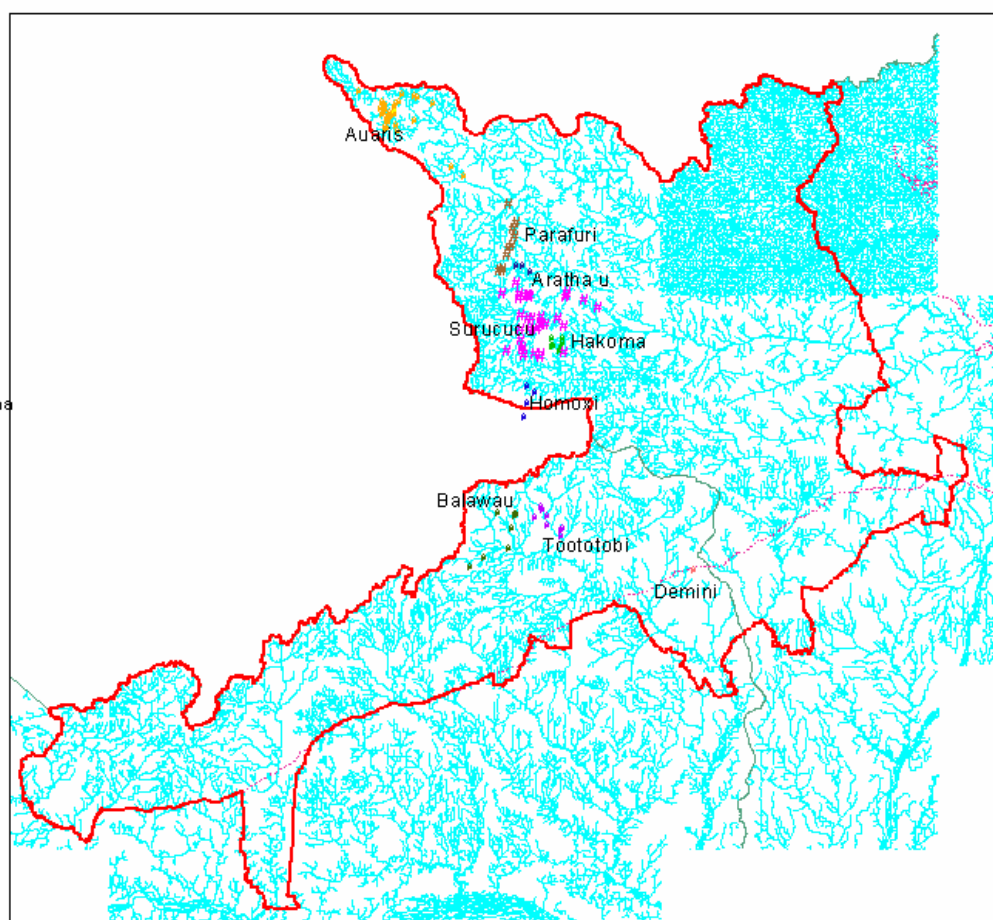
ÁREA INDÍGENA YANOMAMI

Pólos-base a serem assistidos pela URIHI em 2002

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

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

50 0 50 Km



INFORMAÇÕES OPERACIONAIS DE CAMPO

1- PÓLO BASE SURUCUCU

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

2- PÓLO BASE AUARIS

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

3- PÓLO BASE TOOTOTOBÍ

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

4- PÓLO BASE ARATHAÚ

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

5- PÓLO BASE BALAWAÚ

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

6- PÓLO BASE DEMINI

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

7- PÓLO BASE HAKOMA

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

8- PÓLO BASE HOMOXI

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

9- PÓLO BASE PARAFURI

REGIÃO COM UMA POPULAÇÃO DE 303 ÍNDIOS RESIDENTES EM 07 ALDEIAS. RELEVO BASTANTE ACIDENTADO COM MUITAS SERRAS E RIOS NAVEGÁVEL, O QUE FACILITA O DESLOCAMENTO DAS EQUIPES ÀS ALDEIAS, APESAR DA LONGA DISTÂNCIA ENTRE AS MALOCAS. O DESLOCAMENTO TERRESTRE SE FAZ ATRAVÉS DE MARCHA COM 02 HORAS (MALOCA WARAREU), SENDO ESTA A ÚNICA MALOCA DE ACESSO POR VIA TERRESTRE. AS VIAGENS A BARCO COM MOTOR DE PÔPA TÊM DURAÇÃO DE 45 MINUTOS (HOXEANATHERI) A 08 HORAS (MALOCA POALASAI). NESTE PÓLO BASE FICAM LOTADOS EQUIPES DE SAÚDE (4 AUX. ENFERMAGEM E 2 MICROSCOPISTAS) DISTRIBUÍDOS NAS ALDEIAS PRESTANDO ASSISTÊNCIA PERMANENTE E MANTENDO VIGILÂNCIA CONTÍNUA SOBRE A TUBERCULOSE, UMA VEZ QUE TRATA-SE DE UMA REGIÃO DE ALTA INCIDÊNCIA DESTE AGRAVO.

PLANO DE IMPLEMENTAÇÃO

1. Objetivo Geral:

DESENVOLVER AÇÕES VISANDO A CAPACITAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS E CONTROLE SOCIAL E OTIMIZAR A CAPACIDADE OPERACIONAL

2. Identificação de problemas, metas e operações para consecução do objetivo geral, conforme instruções abaixo:

Nº	PROBLEMA IDENTIFICADO	INDICADOR	META	PERÍODO	OPERAÇÃO (o que fazer)
1	DEFICIÊNCIA NA CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE NÍVEL MÉDIO E SUPERIOR	1. 40 % dos profissionais com menos de um ano de experiência de campo 2. 60 % de recursos humanos com dois ou mais treinamentos 3. 20 % dos profissionais de saúde de nível médio habilitados para o diagnóstico hematoscópico de malária	- 100% de recursos humanos com dois ou mais treinamentos por ano - 60% de profissionais de saúde habilitados para o diagnóstico hematocópico da malária	Maio/2002 a Janeiro/2003	OP.1. Realizar 2 cursos anuais para a capacitação técnica e etnográfica dos profissionais de saúde de nível médio OP.2. Habilitar 60 % dos profissionais de saúde de nível médio no diagnóstico hematoscópico da malária OP.3. Realizar 2 cursos anuais de capacitação técnica e etnográfica dos profissionais de enfermagem de nível superior OP.4. Participar dos treinamentos programados pela FUNASA
2	CONTROLE SOCIAL E PARTICIPAÇÃO INDÍGENA INSUFICIENTE	- Conselho Distrital não oficializado - 60 % dos Conselhos Locais implantados e funcionando: Demini Toototobi Balawaú Auaris Hakoma	- Implantar oficialmente o Conselho Distrital do DSY - 100% dos Conselhos Locais implantados e funcionando	Maio/2002 a Janeiro/2003	OP.1. Formalizar o Conselho Distrital OP.2. Promover a capacitação continuada dos conselheiros, sistematizar e divulgar informações para as comunidades OP.4. Possibilitar intercâmbio entre Conselheiros Indígenas de saúde e sua participação nas reuniões do conselho distrital OP.5. Realizar 2 reuniões do CD no ano OP.6. Realizar 4 reuniões dos conselhos locais OP.7. Apoiar a realização da assembléia anual yanomami

3	AUSÊNCIA DE AGENTES YANOMAMI DE SAÚDE	<p>- Poucos yanomami microscopistas</p> <p>- Nenhum agente de saúde nos 9 pólos-base</p>	<p>- Formar 15 novos microscopistas yanomami</p> <p>- Iniciar a formação de AIS para pelo menos 10 Yanomami já alfabetizados</p>	<p>Maio/2002 a Janeiro/2003</p>	<p>OP.1. Dar continuidade à formação de microscopistas indígenas nas áreas de alto e médio risco para malária</p> <p>OP.2. Implantar os curso de formação de AYS</p> <p>OP.3. Produzir material didático bilíngüe para a formação dos AYS e de educação em saúde geral para uso nas escolas existentes</p> <p>OP.4. Produzir material sobre educação em saúde comunitária para uso nas escolas existentes</p> <p>OP.5. Desenvolver atividades de educação comunitária e saúde preventiva</p>
4	DEFICIENTE CAPACIDADE OPERACIONAL NAS ATIVIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE, DE CAPACITAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS E DE CONTROLE SOCIAL	<p>- Capacidade operacional limitada pela insuficiência de equipamentos e materiais permanentes</p>	<p>- Otimizar a capacidade operacional</p>	<p>Maio/2002 a Junho/2002</p>	<p>OP.1. Equipar adequadamente os programas de atenção básica à saúde, de capacitação de recursos humanos e as atividades de controle social e gerência</p>

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

Nº	PROBLEMA IDENTIFICADO	OPERAÇÃO Nº	ETAPAS DE OPERACIONALIZAÇÃO (como fazer)	ESPECIFICAÇÃO	QUANTIDADE	PERÍODO
1	DEFICIÊNCIA NA CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE NÍVEL MÉDIO E SUPERIOR	OP. 1	<p>E.1.1 – Programar 2 cursos anuais para todos os profissionais de saúde de nível médio, com duração de 2 semanas, abordando a prevenção e assistência aos principais problemas de saúde do DSY e noções etnográficas básicas da sociedade yanomami. Cada um dos dois cursos será ministrado 2 vezes por ano e os profissionais serão divididos em 2 turmas, para permitir que todos possam participar de 2 treinamentos sem a interrupção das atividades de campo.</p> <p>E.1.2 – Educação continuada em serviço, para os profissionais de nível médio, ministrada no mínimo 4 vezes ao ano pelos enfermeiros e médicos de campo.</p> <p>E.1.3 – Curso de capacitação dos enfermeiros de campo ministrado pelos médicos da Urihi, 2 vezes ao ano.</p> <p>E.1.4 – Participação de profissionais de saúde, indicados pela coordenação da Urihi, nos treinamentos programados pela Funasa.</p>	<p>Profissionais de saúde de nível médio capacitados</p> <p>Profissionais de saúde de nível médio capacitados</p> <p>Enfermeiros capacitados</p>	<p>100%</p> <p>100%</p> <p>100%</p>	<p>Maio/2002 Junho/2002 e Outubro/2002 Novembro/2002</p> <p>Maio/2002 a Janeiro/2003</p> <p>Maio/2002 e Outubro/2002</p>

2	CONTROLE SOCIAL E PARTICIPAÇÃO INDÍGENA INSUFICIENTE	OP.1. Formalizar o Conselho Distrital	E.1.1 – Contatar instituições para formalização de sua representação no CD. E.1.2 - Elaborar o regimento interno do C.D. E.1.3 - Encaminhar para o DESAI a relação dos membros do C.D. p/ publicação no DOU	Lista de membros	01	
				Regimento	01	
				Lista encaminhada	01	
				Comissão criada e atuante		
						01
		OP.2. Promover a capacitação continuada dos conselheiros, sistematizar e divulgar informações para as comunidades	E.2.1 – Criação de uma comissão para acompanhamento/assessoramento de Conselheiros Indígenas nas reuniões locais			
		OP.3. Possibilitar intercâmbio entre Conselheiros Indígenas de saúde e sua participação nas reuniões do conselho distrital	E.3.2 -Dispor de horário em rádio p/ comunicação entre os conselhos locais e distritais E.3.2 – Elaborar calendário de reuniões dos conselhos locais e divulgar entre os conselheiros. E.3.2 – Disponibilizar gravadores, fitas e pilhas aos conselheiros para divulgação de informações	Rotina eficaz	01	
				Calendário eficaz	01	
				Gravadores	08	
				Equipamento	01	
				Reuniões CD	02	
		OP.4. Realizar 2 reuniões do CD no ano	E.4.1 – Colaborar com a chefia do distrito na aquisição ou manutenção de equipamento para tradução simultânea E.4.2 – Realizar duas reuniões anuais do CD	Reuniões locais	04 x/ano	
		OP.5. Realizar 4 reuniões dos conselhos locais	E.5.1 – Apoiar reuniões dos conselhos locais	Encontro região	01	
				Assembléia	01	
		OP.6. Apoiar a realização da assembléia anual yanomami	E.6.1 – Apoiar realização de 1 encontro regional E.6.2 – Apoiar realização de uma assembléia anual			

3	AUSÊNCIA DE AGENTES YANOMAMI DE SAÚDE	<p>OP.1. Dar continuidade à formação de microscopistas indígenas nas áreas de alto e médio risco para malária</p> <p>OP.2. Implantar os curso de formação de AYS</p> <p>OP.3. Produzir material didático bilíngüe para a formação dos AYS</p> <p>OP.4. Produzir material sobre educação em saúde comunitária para uso nas escolas existentes</p> <p>OP.5. Desenvolver atividades de educação comunitária em saúde preventiva</p>	<p>E.1.1 – Desenvolver cursos para formação de microscopistas em todas as comunidades das áreas de médio e alto risco</p> <p>E.1.2 – Realizar o acompanhamento e a educação continuada dos microscopistas já formados, integrando-os na rotina dos serviços de controle da malária</p> <p>E.2.1 – Dar continuidade à formação de 10 AYS, de acordo com as normas técnicas da FUNASA</p> <p>E. 3.1 – Elaborar material didático bilíngüe com o conteúdo técnico do curso de AYS</p> <p>E. 4.1 – Elaborar textos gerais sobre prevenção de doenças (em 4 línguas)</p> <p>E.5.1. – Promover reuniões com lideranças que falem português para se conversar sobre medidas preventivas às seguintes doenças: DST, diarreias e verminoses, gripe, importância da vacinação, controle de vetores, higiene ambiental (lixo, etc)</p>	<p>Microscopistas formados até dez/2002</p> <p>Enfermeiro capacitado</p> <p>Curso</p> <p>Cadernos de Saúde</p> <p>Textos</p> <p>reuniões locais</p>	<p>45</p> <p>01</p> <p>01</p> <p>10</p> <p>10</p> <p>02 em cada pólo-base</p>	
---	---------------------------------------	--	---	---	---	--

4	DEFICIENTE CAPACIDADE OPERACIONAL NAS ATIVIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE, DE CAPACITAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS E DE CONTROLE SOCIAL	OP. 1	E.1.1 - Aquisição dos equipamentos e materiais permanentes listados no anexo XII.	Equipamentos e materiais permanentes adquiridos	100%	Maio/2002 a Janeiro/2002
---	---	-------	---	---	------	--------------------------

OPERACIONALIZAÇÃO DAS AÇÕES

Descrever de forma clara como são operacionalizadas as ações do plano de saúde, detalhar questões relevantes como a micro-regionalização por intermédio dos pólos base, logística, tempo de permanência das equipes nas áreas, roteiro de supervisão e educação continuada. Referir as dificuldades geográficas e articulação para referências mais especializadas. O objetivo deste item é permitir uma visualização de como o plano de saúde será operacionalizado. A idéia básica é que esta descrição e o mapa, se possa ter, de fora, uma visão clara de como as ações acontecem no DSEI.

O atendimento de saúde da URIHI se baseia no princípio de que todas as comunidades devem ser visitadas pelo menos uma vez a cada mês, e sempre que necessário, para que os diversos programas (vacinação, busca ativa de malária, tratamento de verminoses, tratamento de oncocercose, controle de vetores nas áreas hiperendêmicas, etc) possam ser realizados e para que resultem em algum impacto na situação de saúde. Devido ao recente contato com a nossa sociedade e com as terapêuticas da nossa medicina, à dificuldade de comunicação e à falta de um sistema numérico para quantificar as doses e horários dos medicamentos, todos os tratamentos, mesmo aqueles que são administrados por via oral, precisam ser efetuados diretamente por um profissional de saúde. Para tanto, o número de profissionais de saúde deve ser o adequado para que se realizem as visitas de no mínimo 3 dias a todas as aldeias, prazo este que em geral se estende por um período maior devido à necessidade de se completar os tratamentos mais prolongados.

Os profissionais cumprem um período de 45 dias de trabalho na área por 15 dias de folga na cidade. A assistência em cada um dos pólos-base é permanente, ou seja, através de um sistema de escala de permanência/folga de cada profissional nunca há descontinuidade na assistência ao pólo-base. A troca de profissionais (e portanto os vãos que transportam medicamentos, alimentos, combustível, etc) segue uma rotina quinzenal para cada um dos 9 pólos-base.

Todos os pólos-base assistidos pela URIHI só são alcançáveis pela via aérea, transporte esse feito através do fretamento de aeronaves mono-motor, com um tempo médio de 2 Horas de voo a partir de Boa Vista. Ao chegar nos pólos-base as equipes se deslocam a pé para as comunidades em longas caminhadas (com duração média de 6 horas de marcha) pelas trilhas emaranhadas da floresta. Em algumas poucas regiões esse trajeto até às comunidades pode ser feito de canoa e em algumas outras regiões (cerca de 1.500 yanomami das áreas assistidas pela URIHI) o único acesso possível às comunidades é através do transporte das equipes por helicóptero. Para reduzir o custo de helicóptero e melhorar a qualidade da assistência, nestas regiões mais distantes a URIHI montou um novo esquema operacional, com a criação de "sub-pólos" nas regiões de Auaris (7 sub-pólos) e de Surucucus (4 sub-pólos).

Nos sub-pólos, onde existe uma infra-estrutura mínima (radiofonia + farmácia básica + equipe fixa) a equipe é levada para essas regiões através de helicóptero e lá permanece por 45 dias para o atendimento às comunidades locais (em geral 350 pessoas/sub-pólo) e para o desenvolvimento da programação pré-estabelecida. O helicóptero só então retorna para o resgate da equipe, após 45 dias.

Para o acompanhamento da situação de saúde e do desenvolvimento das atividades programadas, as equipes de saúde da URIHI preenchem relatórios padronizados de saúde por Pólo-base que são enviados mensalmente à coordenação em Boa Vista e encaminhados ao DSY. O aperfeiçoamento deste sistema de informações epidemiológicas deverá ocorrer a partir da implantação do SIASI no nível local. Todas as famílias yanomami assistidas pela URIHI já foram cadastradas neste novo sistema.

A seleção, treinamento e supervisão dos profissionais são feitos pela equipe de profissionais de nível superior (médicos e enfermeiros) da URIHI. Nas regiões onde há maior concentração populacional, problemas de saúde e complexidade logística (como a existência de sub-pólos) a URIHI mantém um enfermeiro ou médico fixo. Os médicos e os enfermeiros são responsáveis pelo treinamento continuado, em serviço, dos profissionais de nível médio e pelos cursos programados pela coordenação (vacinação, reciclagem das principais doenças, etc).

Além da complexidade logística, a URIHI enfrenta também uma grande dificuldade para o engajamento de profissionais de saúde em seu quadro. O principal motivo deve-se à escassez de profissionais no mercado de trabalho com a necessária vocação para trabalhar nas excepcionalmente difíceis condições da área Yanomami, particularmente nas áreas assistidas pela URIHI que são as mais isoladas, as com a maior dispersão populacional e as de mais difícil acesso de todo o território.

INFORMAÇÃO DE SANEAMENTO BÁSICO POR COMUNIDADE

Comunidade/Aldeia	Abast. Água tratada		Destino dos Dejetos				Destino do Lixo		
	Sim	Não(1)	Privada	Fossa Seca	Fossa Absorvente	Céu aberto	Queimado	Enterrado	Céu Aberto

Hospital Ref. I - (1)	1	Boa Vista-RR	Hospital Coronel Mota
Hospital Ref. II - (2)	3	Boa Vista-RR	Hospital Geral de Roraima / Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré / Hospital da Criança Santo Antonio
Hospital Ref. III - (3)	-	-	-
Centro de Saúde .	1	Boa Vista-RR	Centro de Saúde Silvio Botelho
Centro de Zoonoses	1	Boa Vista-RR	Centro de Zoonoses de Boa Vista
Posto de Saúde	-	-	-
Posto de Saúde Indígena	8	Amajari-RR e Alto Alegre-RR	Sigaima / Momoipu / Kadimani / Onkopi u / Saula / Koniu / Kumatha / Okomou
Casa de Saúde do Índio	1	Boa Vista-RR	Casa de Saúde do Índio - Boa Vista
Pólo-Base	9	Amajari-RR, Alto Alegre-RR, Iracema-RR e Barcelos-AM	Aratha-ú, Auaris, Balawaú, Demini, Hakoma, Homoxi, Parafuri, Surucucu e Toototobi
Outros (especificar)			

(1) – Baixa Complexidade com no máximo 4 clínicas básicas: clínica médica, clínica pediátrica, clínica obstétrica e clínica cirúrgica, laboratório com exames de análises clínicas;(típico hospital local de baixa complexidade e resolutividade)

(2) – Média complexidade: as 4 clínicas básicas, clínica ortopédica, serviço de odontologia, apoio diagnóstico e centro cirúrgico;(típico hosp. Regional)

(3) – Alta complexidade. Disponibilidade de quase todos os serviços especializados ou especificamente especializado em uma atividade (Ex.: doenças infecto-contagiosas), geralmente só encontrado em grandes centros/capitais.

MEIOS DE TRANSPORTES EXISTENTES NO DSEI YANOMAMI - Urihi:

Descreva a quantidade de veículos próprios da FUNASA, os adquiridos com recursos oriundos do Convênio e os veículos de outras instituições.

Tipo de Unidade	Ambulância		Veículo Utilitário		Barco / Lancha		Bicicleta		Caminhão		Motocicleta		Reboque /Carroça	
	Qtde.	T. uso	Qtde.	T. uso	Qtde.	T. uso	Qtde.	T. uso	Qtde.	T. uso	Qtde.	T. uso	Qtde.	T. uso
Pólo-base Balawaú					1	E								
Pólo-base Toototobi					1	E								
Pólo-base Auaris					4	E								
Pólo-base Parafuri					3	E								
Sub-Total dos Pólos					9	E								
Casa do Índio														
Gerência / Supervisão			4	E										
TOTAL			4	E	9	E								

Listar todos os pólos base por nome

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

MOTOR DE POPA

Tipo de Unidade	8 HP		15 HP		30 HP		40 HP		60 HP		60/100 HP		+ 100 HP	
	Qtde.	T. uso	Qtde.	T. uso	Qtde.	T. uso	Qtde.	T. uso	Qtde.	T. uso	Qtde.	T. uso	Qtde.	T. uso
Pólo-base Balawaú	1	E												
Pólo-base Toototobi	1	E												
Pólo-base Auaris	2	E	2	E										
Pólo-base Parafuri	1	E	2	E										
Pólo-base Surucucu	1	E												
Sub-Total dos Pólos	6	E	4	E										
Casa do Índio														
Gerência / Supervisão														
TOTAL	6	E	4	E										

Listar todos os pólos base por nome

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

2 - GERÊNCIA			
LOCALIZAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	VALOR TOTAL
SUB-TOTAL			

3 - CONTROLE SOCIAL			
LOCALIZAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	VALOR TOTAL
SUB-TOTAL			

4 - SUPERVISÃO			
LOCALIZAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	VALOR TOTAL
SUB-TOTAL			

TOTAL GERAL	QUANT.	VALOR TOTAL

OBRAS A SEREM EXECUTADAS DSY – Urihi

Tipo da Obra – Numerar de forma sequencial as obras previstas;

Obra a ser Executada – especificar a obra: Posto de Saúde, Pólo base, Casa de Saúde do Índio, Sistema de abastecimento de água, Melhorias sanitárias domiciliares, Destino de resíduos sólidos;

Local da Obra – especificar o local onde a obra será realizada;

Estágio da Obra – utilizar o número correspondente à legenda no rodapé da planilha;

Situação do Terreno – Idem

Ex: 1.1 – Posto de Saúde – Aldeia Capinzal – 40m² - 3 – C e E – 100,00

TIPO DE OBRA	OBRA A SER EXECUTADA	LOCAL DA OBRA (comunidade/aldeia)	ÁREA DA CONSTRUÇÃO M2	ESTÁGIO DA OBRA	SITUAÇÃO DO TERRENO	CUSTO
1. Construção						
2. Reforma						
3. Saneamento						

Legenda:

Estágio da obra

1 - em execução

2 - paralisada

3 - a ser construída

Situação do terreno

A - Federal

B - Estadual

C - Municipal

D - Outros (especificar)

- E com Luz elétrica

- F sem luz elétrica