

Ofício Secoya Nº 06/2022

Manaus, 18 de abril 2022

Ao Sr. Dr. Alisson Marugal

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL PROCURADORIA DA REPÚBLICA - RORAIMA

Assunto: Análise e considerações da Secoya relativas a documentação encaminhada pela SESAI e DSEI Yanomami para melhoria da assistência de saúde básica da população Yanomami e Ye'kuana.

Prezado Sr. Alisson Marugal,

Conforme acerto prévio, segue a análise da equipe da Secoya em relação aos documentos da SESAI – DSEI-YY encaminhados no sentido de subsidiar este Ministério e respaldar os debates envolvendo representantes Yanomami e membros da Secoya, inclusive para a reunião prevista para este dia 18 de abril 2022.

Introdução

Com base no documento RECOMENDAÇÕES 1/2012/MPF AM e RR, as próprias CONSIDERAÇÕES do MPF atestam de forma profunda, consistente e bem fundamentada a gravíssima situação de saúde e vida no DSEI Yanomami e Ye'kuana. Faz então urgente a tomada de medidas protetivas das instâncias competentes superiores relativa a obrigatória ação da SESAI quanto às providências cabíveis e necessárias para restabelecer a atenção básica e assistência à saúde dos indígenas no DSEI YY.

Desta forma, entendemos que as recomendações apontadas no documento se constituem em um enorme risco à população Yanomami frente ao quadro demonstrado nas próprias CONSIDERAÇÕES de forma clara e contundente.

Destacamos abaixo alguns pontos das recomendações, solicitando providências diretas e resolutivas e não intermediárias ou proteladoras dos problemas sob o risco iminente de perda considerável de pessoas que poderá ser caracterizado como genocídio. Principalmente no tocante ao item I a) a saber:

“I – reformular o plano de trabalho do DSEI Yanomami, observando-se à necessidade de:

a) elaborar diagnóstico mais preciso do território indígena e da população assistida, incorporando informações de perfil epidemiológico, dados de geografia mais detalhados (meios de transporte e tempo de deslocamento das EMSIs em regiões de difícil acesso) e aspectos socioculturais das regiões atendidas (locais de conflitos intercomunitários), assim como das suas necessidades operacionais e logísticas – em especial das áreas de difícil acesso, como a Serra de Surucucus –, não se atentando apenas a quantitativos populacionais.”

Consideramos esta recomendação importante no sentido do DSEI-YY apropriar-se de conhecimentos hoje insuficientes, parciais e desconectados em relação a realidade Yanomami em seus diversos aspectos epidemiológicos, socioculturais e ambientais. Porém, os dados existentes e apontados nas considerações por si já justificam ações imediatas de socorro frente a possibilidade de morte que estão acontecendo a cada dia por falta de assistência e cumprimento das obrigações do Governo Federal por meio dos órgãos competentes como a SESAI/DSEI, Funai e outros envolvidos. Nesse sentido, o diagnóstico deve representar uma ação estruturante e de médio prazo, no intuito de implementar os programas e suas ações de acordo com a realidade.

Em relação ao OFÍCIO Nº 563/2021/SESAI/NUJUR/SESAI/MS, consideramos ainda desrespeitosa a resposta por, além de tratar superficialmente a questão de alta relevância, se ateve em descrever informações gerais e básicas sobre o DSEI YY e em descrever ações que já foram realizadas mas que obviamente não corresponderam ao melhoramento das situações apontadas no pleito dirigido ao MPF, fugindo completamente das questões e apontamentos levantados e não respondendo objetivamente aos pontos cruciais que foram destacados como emergentes e gravíssimos.

No que diz respeito ao Plano emergencial apresentado pelo DSEI YY, sugerimos que sejam elaborados e divulgados relatórios sobre o cumprimento, acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações previstas e determinadas para o enfrentamento e solução dos problemas que motivaram a construção do Plano Emergencial.

Finalmente, conforme sinalizamos na reunião de 21 de março de 2022 com o Senhor Procurador da República Alisson Marugal, gostaríamos apresentar ainda as seguintes considerações relacionadas às afirmações emitidas pelo DSEI YY e que merecem aprofundamento.

Considerações sobre a pandemia de Covid 19 a saúde mental Yanomami

Os impactos da pandemia de Covid-19 que acometeu a população mundial desde o final de 2019 ainda têm sido mensurados em inquéritos e pesquisas de várias áreas de conhecimento. O que se sabe até agora é que os efeitos não são apenas fisiológicos, mas repercutem profundamente no campo da saúde mental, tanto em

função do isolamento social, dos óbitos e da desestruturação das relações sociais relacionadas ao medo, insegurança e sofrimento envolvidos no processo pandêmico. No caso dos povos indígenas, esta é uma questão ainda mais preocupante, em função dos inúmeros aspectos de vulnerabilidade destas populações e da sua maior complexidade no âmbito da saúde mental, que se articula com significados socioculturais diversos daquele da matriz ocidental.

O primeiro caso notificado de Covid-19 entre indígenas no Brasil foi o de uma jovem Kokama de 19 anos, residente em Santo Antônio do Içá, Amazonas, no final de março de 2020. Nos meses seguintes o novo vírus espalhou-se rapidamente em cidades e aldeias, causando medo, preocupação e desolação. Dados da APIB mostram que até março de 2022 foram 162 povos indígenas atingidos pelo Covid-19 em todo o Brasil, com 1.288 óbitos decorrentes da doença.

A pandemia chegou à área Yanomami ainda em 2020, causando preocupação e repercutindo em movimentos de proteção dos xapono geralmente reservados às situações de ameaças como o wayumi¹, uma estratégia de deslocamento espacial utilizada historicamente pelos Yanomami para resguardo em casos conflitos e epidemias. O wayumi chegou a ser estimulado pelo próprio DSEI, via radiofonia, na tentativa de evitar o avanço do vírus, e empreendida no Marauiá por pelo menos dois xapono: Balaio e Tomoropiwei, por volta de abril e maio de 2020, com pouca efetividade, já que as populações destes xapono retornaram em poucas semanas para o lugar de habitação, em pleno pico pandêmico em Santa Isabel. Estes retornos antes do previsto se deram por conta das notícias dos acidentes ofídicos durante o deslocamento na mata dos moradores de Tabuleiro, pelo esgotamento de alguns produtos essenciais como sal e tabaco e, finalmente e pelos rituais funerários reahu (que consiste na queima dos ossos e incorporação das cinzas em alimento para consumo coletivo ritualizado).

Óbitos, ausência de atenção à saúde durante a pandemia e falta de insumos básicos como medicamentos, tornaram a pandemia um evento profundamente impactante para a saúde mental da população Yanomami do Marauiá. Entretanto, pelo aspecto transcultural, é necessário comentar de a complexidade envolvida nesta questão.

Segundo o Ministério da Saúde, no documento ***Atenção psicossocial aos povos indígenas: tecendo redes para promoção do bem viver (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019)***, que propõe ações para a saúde mental nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas a partir do que preconiza a Portaria de consolidação Nº 2, de 28 de setembro de 2017, Anexo 3 do Anexo XIV, publicada originalmente em 2007 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017), é preciso levar em conta que não há um entendimento unívoco do que seja saúde mental em povos indígenas, optando-se por buscar noções que dialoguem com a diversidade cultural e seus processos sociais, daí originando-se a noção de **bem viver**:

¹ Wayumi: viagem de médio e longo prazo para dentro da floresta para acampamentos.

De maneira geral, compreende-se que a saúde mental ou psicossocial ou bem viver se referem a algo mais do que simplesmente a ausência de sofrimento ou doença, mas sim ao bem-estar ou bem viver individual, familiar e social/ comunitário (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019, p. 7).

Em campo, nos deparamos com casos de sofrimento agudo, como uma idosa do xapono do Balaio que havia perdido a filha e que chorava intensamente noites a fio. É fundamental entender os processos de luto dos indígenas e os impactos da pandemia neste âmbito, que tem um lastro enorme. Reforçamos este entendimento porque é preocupante que o DSEI aponte como única ação de abordagem da saúde mental entre os Yanomami a questão do alcoolismo. Existe uma gama de problemas como o suicídio e processos depressivos que não podem ser tratados de forma individual e isolada, não apenas para abordagem do que é apontado no documento de resposta do DSEI como e que o serviço de saúde possa oferecer apoio da forma mais conveniente e pactuada.

Esta perspectiva se mostra mais coerente do que a simples imposição de abordagens e metodologias que possam não se adequar a contextos sociais e culturais diversos, o que caminha junto com o que estabelece a Portaria nº 2.759/2007, diretriz da Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas: “apoiar e respeitar a capacidade das diversas etnias e das comunidades [...] para identificar problemas, mobilizar recursos e criar alternativas para a construção de soluções para os problemas da comunidade.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, art. 1º).

Uma orientação importante da Portaria de consolidação Nº 2 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017) é a importância dada à participação comunitária nos processos de enfrentamento ao sofrimento psíquico a partir do reconhecimento de que muitas sociedades indígenas já implementam estratégias de promoção do que chamamos de saúde mental. Esta postura preza pelos conhecimentos cotidianos da cosmologia, vida social e formas de ver o mundo que evita imposições e tratamentos invasivos, sendo para tal, fundamental levar em considerações as seguintes questões nas ações de saúde mental e bem viver:

1. A qualificação da EMSI para a abordagem do sofrimento mental: o trabalho de abordagem deste campo não pode ficar restrito ao psicólogo ou a outros profissionais como enfermeiros e assistentes sociais, contribuindo para o isolamento dos problemas de saúde mental e para a discriminação, eventualmente da própria EMSI, em relação ao doente e à questão da saúde mental. Aqui é importante a noção de cuidado compartilhado, que pressupõe a formação da equipe toda na abordagem de questões de saúde mental: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes indígenas de saúde, que com seu conhecimento sobre a comunidade são fundamentais neste processo. O apoio matricial como estratégia para a otimização da ação das EMSI em seu território, envolvendo não apenas os profissionais ligados ao DSEI mas também professores, lideranças comunitárias etc., é fundamental. No contexto do Covid-19 esta formação deveria ser construída

em bases que primassem pela multidisciplinaridade, envolvendo antropólogos e psicólogos na EMSI.

2. Como já foi dito, os problemas não devem ser tratados de maneira isolada, mas a partir de uma perspectiva comunitária e sempre buscando abordagens que mais se aproximem da realidade das pessoas. Consultas coletivas, grupos de bem viver, visitas domiciliares e rodas de conversas, por exemplo, são metodologias propostas para romper com a perspectiva individual e que podem acessar de forma muito mais rápida e suave as redes de sociabilidade dos Yanomami (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).
3. A utilização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é o terceiro ponto apresentado como fundamental na abordagem da saúde mental em área indígena: é preciso articular os atores da rede de assistência do SUS como CAPS (Centros de Apoio Psicossocial), universidades e outros parceiros para promover de fato uma integração da atenção básica nos DSEI's ao SUS.
4. Além disso, durante a construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS)² é de extrema importância que usuários, famílias, grupos envolvidos e cuidadores tradicionais participem das negociações sobre as decisões terapêuticas. Esta conduta favorece a inclusão da rede de suporte social comunitária nos processos de cuidado, agregando os processos terapêuticos próprios da comunidade aos quais os profissionais de saúde podem não ter acesso. Não há possibilidades de levar tais ações adiante sem a participação, nas EMSI, de psicólogos e antropólogos, de modo a combinar os conhecimentos das duas áreas na formulação de abordagens não invasivas e eficazes da questão da saúde mental no âmbito do DSEI-YY.

Considerações sobre a organização dos serviços no município de SIRN

Segundo a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), os polos-base são a primeira referência para os agentes indígenas de saúde que atuam nas aldeias. Podem estar localizados numa comunidade indígena ou num município de referência e, neste último caso, corresponderiam a uma unidade básica de saúde já existente na rede de serviços municipal. A maioria dos agravos à saúde deverão ser resolvidas nesse nível (BRASIL, 2002, p. 14 e 15).

Segundo a alínea III do Art. 2 da Portaria 1.317/2017, por “polo-base” entende-se as“(...) subdivisões territoriais do DSEI, sendo base para as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) organizarem técnica e administrativamente a atenção à saúde de uma população indígena adscrita”.

A mesma portaria ainda estabelece dois tipos de polo-base: o Tipo I, urbano, destinado exclusivamente a administração e organização dos serviços de atenção à

²Projeto Terapêutico Singular é uma tecnologia que contribui para a integralidade do cuidado nos serviços de saúde, a partir de uma construção de propostas de intervenção interdisciplinar pra um sujeito ou coletividade, levando em conta a singularidade de cada processo de adoecimento e qualificando as ações no âmbito da saúde (LIMA e ANDRADE, 2020).

saúde indígena e saneamento desenvolvida em área de abrangência do Polo Base, facilmente identificado, no caso do Marauíá, com a sede em Santa Isabel, e o Tipo II, “localizado na aldeia, destinado à administração e organização dos serviços de atenção à saúde indígena e saneamento, bem como à execução direta desses serviços em área de abrangência do Polo Base, definida dentro do território do DSEI”. Esta divisão não aparece nos documentos do DSEI-YY, que computa dois polos-base, sem explicar exatamente quais seriam.

No Plano de contingência distrital (DSEI-YY, 2020) apenas é citado como polo-base para o Marauíá uma única unidade, que supomos ser Komixiwë, apontado como a sede do PB. O restante das unidades estaria enquadrado no que a Portaria chama de UBSI (Unidades Básicas de Saúde Indígena), conhecidas como “posto de saúde”. Entretanto, no CNES (Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde) apenas um polo-base existiria como referência no Marauíá: O próprio PB Santa Isabel (Cadastro n. 7789394), de Tipo II, estando o restante na condição de UBSI, inclusive o de Missão Marauíá:

Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (CNES) em Santa Isabel do Rio Negro (AM) no âmbito do DSEI-YY

Unidades	Cadastro
UNIDADE BASICA DE SAUDE INDIGENA BALAIO	9681744
UNIDADE BASICA DE SAUDE INDIGENA BICHO ACU	9681671
UNIDADE BASICA DE SAUDE INDIGENA IXIMA	9681825
UNIDADE BASICA DE SAUDE INDIGENA JUTAI	9681728
UNIDADE BASICA DE SAUDE INDIGENA KONA CACHOEIRA	9682511
UNIDADE BASICA DE SAUDE INDIGENA KONA CENTRO	9682538
UNIDADE BASICA DE SAUDE INDIGENA MANACAPWEY	9681981
UNIDADE BASICA DE SAUDE INDIGENA MISSAO MARAUIA	9681760
UNIDADE BASICA DE SAUDE INDIGENA NOVA ESPERANCA	9682570
UNIDADE BASICA DE SAUDE INDIGENA POHOROA	9681779
UNIDADE BASICA DE SAUDE INDIGENA PUKIMA BEIRA	9681841
UNIDADE BASICA DE SAUDE INDIGENA RAITA	9681876
UNIDADE BASICA DE SAUDE INDIGENA SERRINHA	9681701
UNIDADE BASICA DE SAUDE INDIGENA TABULEIRO	9681736

UNIDADE BASICA DE SAUDE INDIGENA TOMOROPIWEI	9681892
UNIDADE BASICA DE SAUDE INDIGENA XAMAKORONA	9682546

Fonte: Base de dados do CNES/Datasus, agosto de 2021.

Segundo o site do Ministério da Saúde³ o Polo-Base Tipo I, além das atividades previstas para o Tipo II, também teria como atribuições:

Capacitação, reciclagem e supervisão dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e auxiliares de enfermagem; coleta de material para exame; esterilização; imunizações (quando se tratar de atividades de rotina); coleta e análise sistêmica de dados; investigação epidemiológica; informações de doenças; prevenção de câncer ginecológico (exame/coleta/consulta); e outras atividades compatíveis com o estabelecimento.

O que encontramos nos xapono que visitamos foi uma dispersão de algumas destas atribuições, como é o caso de coleta de exames, enquanto outras ficam restritas à sede de Santa Isabel, no PB Tipo I, como é o caso das análises epidemiológicas, atividades de capacitação. Este arranjo não é exclusivo do Marauiá, sendo comum em grande parte dos DSEI's Brasil a fora, fruto da rotina das unidades que estabelece determinada forma de organização dos serviços nas aldeias. Entretanto, a ausência de unidades com maior capacidade resolutiva (os PB Tipo II) dentro do território de saúde pode ser um dos aspectos que contribuem para os problemas de coordenação que durante a pandemia ficaram mais evidentes.

Em campo tomamos conhecimento, através da gerência regional do DSEI, que uma nova divisão entre as UBSI dos xapono estava sendo implementada. Neste formato, alguns “postos” (UBSI's) foram escolhidas como unidades de referência e outros postos seriam colocados sob sua adstrição, dependendo desta unidade de referência para acessar medicamentos e mesmo o AIS. Este desenho não conta, até onde sabemos, de nenhum respaldo técnico, não passou pela aprovação do Conselho Distrital Indígena de Saúde (CONDISI), a instância de controle social, e não deixa claro qual seria o papel destas UBSI de referência, se elas seriam transformadas em Polo-Base Tipo II ou em alguma outra formatação e que tipo de incremento em termos de estrutura, pessoal ou insumos elas receberiam para exercer este novo papel.

	UBSIs do Marauiá⁴	
1	Bicho-Açu	1
2	Apuí	2

³<https://antigo.saude.gov.br/noticias/685-institucional/secretarias/secretaria-especial-de-saude-indigena-sesai/46396-distrigos-sanitarios-especiais-indigenas-dseis>

⁴Os nomes em negrito significam que estas unidades servirão de referência para as demais, mas não conseguimos maiores informações sobre qual o novo status destas unidades.

3	Curuá	
4	Taracuá	
5	Serrinho	3
6	Jutaí	
7	Tabuleiro	
8	Balaio	4
9	Komixiwë (Missão)	5
10	Pohoroá	6
11	Ixima	7
12	Pukima Beira	
13	Raita	8
14	Tomoropiwei	
15	Pukima Cachoeira	
16	Manacapiwei	9
17	Kona Cachoeira	10
18	Kona Centro	
19	Xamakorona	
20	Lajinha	11
21	Nova Esperança	

Fonte: Listagem disponibilizada pelo DSEI-YY (Sub-distrito SIRN).

São 37 polos-base em todo o DSEI-YY e não há justificativa para que o Marauiá não conte com nenhum PB Tipo II em seu território, especialmente se olharmos para a questão das distâncias geográficas, das dificuldades de acesso aos trechos mais a montante do território (com corredeiras como Ira-Pajé e Tucumã) e dos problemas usuais de falhas na rede de comunicação do DSEI-YY, representada por constante indisposição de equipamentos da rede de radiofonia, condição vital para o bom funcionamento do sistema de saúde e atendimento eficaz de emergências.

Considerações sobre as ações de enfrentamento à desnutrição infantil

As temáticas da desnutrição infantil e da segurança alimentar foram longamente analisadas pelo programa de educação em saúde da Secoya entre os anos 2011 e 2019. Neste documento, queremos ressaltar que a desnutrição infantil raramente tem como causa principal a insegurança alimentar, mas decorre de um processo multifatorial onde as crianças adoecem de maneira repetitiva, levando ao longo do tempo em uma perda de peso significativa, até chegar a um estado de desnutrição grave (caracterizado pelo peso baixo e pela estatura) e/ou crônica (caracterizada pela baixa estatura pela idade). Esta conclusão fundamenta-se num amplo trabalho de campo realizado desde o ano 2013, ano durante o qual se iniciou um processo de capacitação sobre este tema com os AIS (Fontes: Relatório do programa de educação em saúde - Secoya 2013).

Diversos cursos foram dedicados à aprendizagem, por estes agentes, do preenchimento e interpretação das curvas de crescimento das crianças. Atualmente,

as curvas estão incluídas na caderneta de saúde da criança, ferramenta do Ministério da Saúde cuja atualização periódica de seu conteúdo é fundamental para um acompanhamento do desenvolvimento integral da criança, além de ser uma parte integrante da estratégia AIDPI (Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância).

Em 2013, a partir do preenchimento das curvas de crescimento nos xapono do Rio Marauíá, para cada criança identificada com perda de peso, foi realizada investigação para os possíveis fatores de emagrecimento, seja através dos prontuários ou a partir de inquéritos juntos aos pais. As causas majoritariamente identificadas foram as doenças diarreicas e parasitárias, as doenças respiratórias e a malária. Ao longo dos meses, a análise da dinâmica da curva de crescimento confirmou este processo que pode levar a um estado de desnutrição severa, se não houver uma atuação na fase inicial de perda de peso, conforme preconizado pela estratégia AIDPI.

O que se percebe, em função destes inquéritos e da experiência acumulada, é que apenas em raros casos o adoecimento é devido a uma situação de insegurança alimentar. Outras pesquisas em campo permitiram identificar que a alimentação das crianças Yanomami é de pouca variedade, especialmente em certo período do ano, principalmente baseada no consumo de carboidratos (porém em quantidades adequadas) e relativamente pobre em proteínas, podendo provocar carências em nutrientes e vitaminas. É importante entender a diferença entre carências específicas, também chamadas de “fome invisível” pelo fato de não necessariamente provocar uma perda de peso, e a desnutrição crônica (caracterizada pela baixa estatura pela idade, situação que se estabelece de maneira insidiosa ao longo dos anos) e a desnutrição aguda, onde o emagrecimento é nítido. Cada uma dessas problemáticas requer uma intervenção específica.

Assim, as **carências específicas** se previnem e são tratadas pela suplementação em ferro, vitamina A e outros micronutrientes, conforme recomendado pela Estratégia NutriSUS. A **desnutrição crônica** requer igualmente uma suplementação em micronutrientes, o aumento da variedade e quantidade de alimentos, além de uma vigilância específica, considerando a baixa imunidade e as frequentes sequelas cognitivas nas crianças, enquanto a **desnutrição severa**, na sua forma mais grave, que é o marasmo, representa uma situação emergencial, que necessita de um atendimento global, levando em consideração o enfraquecimento dos órgãos vitais, as infecções concomitantes, somado muitas vezes a um estado de desidratação. Nesses casos, o tratamento deve ser realizado numa unidade de alta complexidade. Mais uma vez, vale ressaltar que a desnutrição severa não se instala de um dia por outro, mas decorre de uma falha nas ações de acompanhamento do peso e de vigilância nutricional.

Conforme preconizado pela estratégia AIDPI, após preencher a curva de crescimento e tendo identificado uma perda de peso em relação à pesagem anterior (mesmo que a criança apresente no momento do exame um peso adequado), cabe aos profissionais realizar as ações de educação em saúde (conforme os princípios da

atenção básica) junto aos pais, orientando os pais ou a família sobre as bases de uma alimentação saudável e as medidas de higiene necessárias para evitar doenças infecciosas. Quando se identifica uma criança com baixo peso ou muito baixo peso, mas sem sinais de gravidade, o tratamento da desnutrição deve incluir a administração de uma suplementação alimentar, na forma de uma preparação pastosa, compostas por alimentos de cada grupo de nutrientes (carboidratos, proteínas e lipídios) em quantidade e valores nutricionais padronizados, administrada em 4 a 6 porções durante o dia. Essa ação, que compõe a atenção integral à saúde indígena, permite, na maioria dos casos, reverter o quadro de desnutrição aguda em poucas semanas.

Infelizmente, ao longo desses 10 últimos anos, a Secoya observou e denunciou de maneira repetitiva as graves falhas no acompanhamento da situação nutricional das crianças. Essas se devem tanto pela falta recorrente de material adequado (balança), o não preenchimento das curvas (no Marauíá podemos até falar da impossibilidade de preencher as curvas, já que as cadernetas das crianças estão sendo conservadas na sede de Santa Isabel do Rio Negro, impossibilitando a comparação entre as pesagens in loco), o desconhecimento dos profissionais sobre o diagnóstico, a prevenção e o tratamento da desnutrição infantil. Observou-se de maneira sistemática o não fornecimento de alimentos adequados para o preparo de suplementação alimentar, somado à sua preparação e administração fora da conformidade das recomendações.

Considerando o plano de ação apresentado pelo DSEI YY, podemos concluir que essas práticas permanecerão inalteradas, salientando que, tanto o processo de capacitação proposto, quanto o material e a alimentação prevista, não contemplam as reais necessidades que possam reverter processos de desnutrição que venham a ser identificados. Reiteramos a importância de incluir nutricionistas nas EMSI para assegurar a continuidade e a qualidade das ações de vigilância nutricionais em campo e reforçar a capacitação dos profissionais, incluídos os AIS.

Considerações sobre a estratégia AIDPI e o enfrentamento a mortalidade infantil

Conforme mencionado acima, uma aplicação adequada da estratégia AIDPI (Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância) permite prevenir e tratar a desnutrição infantil, reduzindo assim de maneira significativa a mortalidade infantil. Essa estratégia foi desenvolvida no início dos anos 90 pela OMS e a UNICEF, com o objetivo de reduzir a mortalidade e morbidade nas crianças dos “países do Sul”. A abordagem se concentra nas principais causas de morte em crianças e visa melhorar as competências dos agentes e profissionais de saúde na atenção primária, fortalecer o sistema de saúde e reforçar as práticas do cuidado ao nível familiar e comunitário.

A implantação da estratégia AIDPI no Brasil iniciou em 1997 em 04 Estados do Norte e Nordeste e alcançou a globalidade do país em 2001 (Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância, Módulo 1, Ministério da Saúde, 2002). No entanto, ainda 15 anos foram necessários para alcançar o DSEI YY.

A estratégia norteia-se numa metodologia que preconiza:

- 1) A avaliação da criança;

- 2) A classificação da doença;
- 3) A identificação do tratamento;
- 4) A aplicação do tratamento;
- 5) O aconselhamento a mãe ou o acompanhante;
- 6) O planejamento da consulta de retorno.

Deste modo, através da avaliação dos sinais - sintomas e a identificação dos “sinais gerais de perigo” é possível ponderar a gravidade da doença. Isto é fundamental para decidir em tempo oportuno da necessidade ou não de remoção, tomando em consideração os meios e tratamentos a disposição no posto de saúde.

Ao longo dos anos, as avaliações realizadas pela OMS confirmam a pertinência da estratégia, revelando uma diminuição da mortalidade infantil e da mortalidade das crianças menores de 05 anos.

“Instaurada corretamente, a estratégia (...) garante a avaliação completa das doenças graves comuns, do estado nutricional e da imunização, facilita intervenções rápidas e baratas, melhora a maneira como os pais são orientados e aconselhados no cuidado da criança, fortalece os serviços preventivos e apoia os agentes de saúde na implantação de diretrizes nacionais” (Tradução livre, Manuel sur la Prise en Charge intégrée des maladies de l’enfant, OMS/UNICEF, 2001).

Porém, se confirmou forte tendência em aumentar os números de remoção, considerando que os postos de saúde da atenção básica carecem regulamente de materiais, remédios e infraestrutura e profissionais para atender os casos graves. No contexto do DSEI YY, sabemos que a situação é parecida. No entanto, a parte significativa dos pacientes removidos para os serviços de média e alta complexidade de Boa Vista poderiam ser atendidos no território se houvesse polos bases de tipo II devidamente estruturados em cada região e com equipe multidisciplinar atuando.

No que diz respeito à aplicação do AIDPI em campo, a Secoya observa:

- O não reconhecimento dos sinais gerais de perigo pelos profissionais, tendo levado em alguns casos à morte de crianças (segundo relatos dos AIS);
- Profissionais usando as ferramentas do AIDPI apenas para identificar o tratamento e desconsiderando totalmente as ações de aconselhamento e educação em saúde;
- A ausência de avaliação do estado nutricional da criança a partir das curvas de crescimento;
- A falta de capacitação dos profissionais;
- A ausência de capacitação dos AIS sobre a estratégia.

Este último ponto merece aprofundamento. Nas versões originais, a OMS e a UNICEF enfatizam que:

*“A estratégia AIDPI pode ser realizada por médicos, enfermeiros e **outros agentes de saúde** que cuidam de recém-nascidos e de crianças doentes de uma semana até 05 anos de idade. Ela foi concebida para*

estabelecimentos de atenção primária, tais como postos de saúde (...) e serviços de tratamentos ambulatoriais nos hospitais” (Tradução livre, Manuel sur la Prise en Charge intégrée des maladies de l’enfant, OMS/UNICEF, 2001).

Já na versão do Ministério da Saúde brasileiro, foi retirado o termo “agente de saúde”, ficando a tradução deste parágrafo:

“A estratégia AIDPI pode ser utilizada por profissionais da saúde habilitados; médicos, enfermeiros que trabalham com lactentes e crianças desde o nascimento até 5 anos de idade. ”

Vale ressaltar que a estratégia original é fundamentada no indispensável alcance das localidades remotas e na capacitação e treinamento de todos os atores da saúde, principalmente aqueles em contato mais direto e contínuo com os pacientes, sendo os agentes de saúde. Perante a ausência de capacitação da AIDPI para os AIS, a Secoya se deparou com a seguinte argumentação do DSEI YY:

“Considerando que se trata de uma formação continuada reconhecida e certificada pelo MEC, os AIS cuja escolaridade muitas vezes não está concluída, não podem ter acesso a capacitação”.

No entanto, considerando os problemas de comunicação recorrentes da rede de radiofonia, a falta de profissionais em campo, situação que demandou uma reorganização dos serviços (como no Marauiá onde algumas UBSIs foram escolhidas como unidades de referência e outros postos colocados sob sua adstrição) e em consequência o atendimento médico e de enfermagem sendo realizado na forma de campanhas quinzenais, os AIS são regularmente confrontados com emergências médicas, tendo que tomar iniciativas sem orientação ou supervisão a fim de tentar salvar a vida da pessoa.

Este abandono leva os AIS a precisar assumir a distribuição de remédios e aplicação de injetáveis mesmo que a sua função não contempla essas atribuições. Esta situação foi ainda agravada desde o início da pandemia e alguns AIS demonstram atualmente claros sofrimentos quando evocam os longos períodos durante os quais se sentiram totalmente desamparados.

Diante dessas considerações, enfatizamos que para o enfrentamento a mortalidade infantil é imprescindível que o DSEI YY assegurasse a devida implantação da estratégia AIDPI, reforçando a formação continuada das EMSI, construindo polos bases de tipo II nas regiões descobertas, assegurando a rede de radiofonia e oferecendo uma capacitação adequada para os AIS.

Finalmente, considerando o andamento da PL 3514/2019 que regulamenta a profissão de Agente Indígena de Saúde e Agente Indígena de Saneamento, no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, considerando que a SESAI é parte integrante do Governo federal, com articulações e proximidade com o MEC,

sugerimos que a SESAI assuma a organização de um projeto de formação de AIS como supletivo ou EJA permitindo a devida qualificação dos agentes.

Considerações sobre a saúde materna e as ações de pré-natal

No que diz respeito ao coeficiente de mortalidade materno, a meta estabelecida pelo Governo no âmbito dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) visa “até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos” (Fontes: <https://odsbrasil.gov.br/objetivo3/indicador311>). Os dados apresentados pelo DSEI YY no “plano de ação emergencial” mencionam a ocorrência de 03 óbitos maternos em 2020 e 01 em 2021. Sabemos que as informações de 2021 estão incompletas, salientando que o óbito materno ocorrido na Missão Marauíá em outubro de 2021 não está contabilizado. Este documento não apresenta dados sobre nascidos vivos para conferir o coeficiente global. Além disso, está sendo apresentado um comparativo entre os anos 2020 e 2021, deixando supor uma melhoria (até o alcance da meta dos ODS) com um coeficiente de mortalidade materna de 37,79.

É preciso salientar que se trata de uma amostra populacional reduzida, este dado não é um justo reflexo da realidade no território Yanomami. Vale ressaltar que este coeficiente se calcula por 100.000 nascidos vivos e que a omissão de um só óbito, pode reduzir essa taxa pela metade.

Mas muito além desses dados, é importante referir-se às causas dos óbitos maternos. Ao longo desses últimos anos, a equipe da Secoya escuta relatos e presencia situações que demonstram a ineficiência das medidas de pré-natal, salientando que ocorre com regularidade casos de eclampsia, hemorragia do pós-parto, partos complicados com criança em posição atravessada (como o caso de morte materna ocorrido em 2021, durante a Assembleia da Kurikama). Essas situações podem ser prevenidas com um pré-natal de qualidade.

No plano de ação, a SESAI menciona a realização de capacitações e “consultas de pré-natal com oferta de testes rápidos preconizados”.

Na realidade atual, as ações de pré-natal observadas em campo contemplam:

- A pesagem da mulher gestante (porém muitas vezes falta balança) e o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC);
- A medição da altura uterina e o cálculo da data provável do parto;
- A medição dos sinais vitais da mãe e do ritmo cardíaco do feto;
- A verificação do posicionamento fetal;
- A oferta de suplementação em ferro e ácido fólico;
- A oferta de vacinas preconizadas na gestação.

No que tange aos exames de laboratório preconizados, apenas ocasionalmente observou-se a disponibilidade de testes rápidos para diagnóstico de Sífilis, Hepatite e AIDS, lembrando que o diagnóstico precoce permite a prevenção da transmissão vertical do HIV e da Sífilis. Não há tiras reagentes de urina, essenciais para diagnosticar infecções urinárias (causa de aborto e outras complicações) e para

confirmar uma pré-eclâmpsia, nem glicômetro para avaliar os riscos de diabetes gestacional. Nos postos, não há disponibilidade de Sulfato de Magnésio para prevenção das convulsões nas mulheres apresentando um quadro de pré-eclâmpsia.

Além da falta de materiais e testes, observa-se de maneira repetitiva ações sendo realizadas pelos técnicos de enfermagem, sem ter o domínio adequado para a identificação de sinais de complicação (como o fato de não acordar a devida importância de uma hipertensão na mulher gestante, sinal de pré-eclâmpsia). Este contexto está na base do número elevado de complicações de parto e óbitos maternos e infantis.

Considerações sobre as ações voltadas ao fornecimento de água potável

“Cada real investido em saneamento economiza 04 em gastos à saúde”

Organização Mundial da Saúde

Desde o início do programa de educação em saúde em 2011, considerando a solicitação dos Yanomami que vinham sofrendo de repetidas epidemias de diarreia e verminoses, a Secoya desenvolveu ações a procura de alternativas para melhorar a qualidade da água de consumo nos xapono. A primeira etapa deste trabalho foi dedicada à informação e sensibilização da população sobre o processo de contaminação da água, bem como a sua estreita relação com as doenças diarreicas e a desnutrição infantil.

De maneira concomitante, procurou-se implantar medidas domiciliares de purificação de água (fervura, filtração, cloração e método SODIS) e diversas ações e palestras foram realizadas abordando as temáticas da higiene e do saneamento.

Em 2015, uma parceria com o Instituto de Pesquisa na Amazônia – INPA deu início a um projeto visando à implantação de sistemas de purificação de água “Ecolágua”. Essa tecnologia funciona a partir dos princípios de filtração e radiação da água por raios ultravioletas e é composto de equipamentos movidos à energia solar, permitindo fornecer água potável a pequenas comunidades. Desde então, a questão da água e saneamento transformou-se num eixo predominante do programa, identificado como sendo de maior impacto (junto ao combate à malária) para a redução da desnutrição e, em consequência, da mortalidade infantil.

De maneira concomitante a instalação dos sistemas de purificação de água, para assegurar as devidas manutenções e as ações de educação em saúde, a Secoya desenvolveu cursos e oficinas para os Agentes Indígenas de Saneamento - AISAN. Em 2019, foi finalizado um primeiro ciclo, totalizando 06 módulos de capacitação, por uma carga horária de 500 horas. 35 Yanomami oriundos de 14 xapono do Rio Marauíá beneficiaram de um ou várias etapas de capacitação. Ao longo desse processo, a Secoya acompanhou igualmente a instalação pelo DSEI YY dos sistemas de purificação de água “Salta Z” e constatou sua eficácia, comunicando a respeito com os AISAN no intuito de valorizar esta iniciativa.

Forte dessas experiências e considerando o plano de ação proposto pelo DSEI YY, vimos compartilhar as seguintes observações:

- A implantação de qualquer sistema de água deve ser amplamente discutida com os habitantes do xapono, assegurando-se a plena anuência das lideranças e das mulheres, sendo geralmente elas que exercerão a função de avaliação do sistema e de fiscalização do desempenho do AISAN;
- A implantação de qualquer sistema de água, sendo ele comunitário (como o Salta Z) ou pensado para fornecer água apenas ao nível familiar (tais como os filtros de barro) requeira o acompanhamento do AISAN, garantindo assim o uso e a manutenção adequada;
- A portaria Nº 1.088, DE 04 DE JULHO DE 2005 que dispõe sobre a composição e organização das equipes multidisciplinares de atenção à saúde indígena garante a devida contratação dos AISAN nos xapono onde há sistema de purificação de água;
- Para pretender ter um impacto na saúde, o AISAN deve ser capacitado e treinado para poder exercer uma função ampliada, que não se resume apenas a fazer funcionar um sistema de água, mais sendo capaz de identificar problemas de saneamento nos xapono, elaborar plano de ações ao nível da comunidade, realizar ações de educação em saúde, além de produzir informações;
- Lembramos que para ter um impacto na taxa de doenças diarreicas é fundamental ter uma abordagem pluricausal e que o AISAN tem uma função essencial nesse processo. Pesquisas sobre a eficácia das medidas de prevenção indicam que o acesso à água potável reduz de 39% a incidência da diarreia. Outras medidas essenciais devem ser adotadas tais como a lavagem de mãos com sabão, que reduz essa incidência de mais 44% e o destino correto das matérias fecais com uma redução de mais 32% (*“Water, sanitation, and hygiene interventions to reduce diarrhea in less developed countries”*, Fewtrell et al.,2005);
- Os sistemas “Salta Z” garante uma água de qualidade, porém, para assegurar seu bom funcionamento, é imprescindível implantar um processo contínuo de capacitação, treinamento e supervisão dos AISAN;
- O AISAN e o AIS são atores fundamentais para garantir uma boa aceitação pelos habitantes da água oriundo dos sistemas (apesar do sabor clorado da água).

Considerações sobre as medidas de luta contra a malária

Conforme a Secoya já alertou, há anos que a malária no território Yanomami se mantém em elevados patamares de dispersão e manutenção da transmissão. As intervenções realizadas de modo pontual pelo DSEI YY nesses últimos anos não demonstraram resultados. A exemplo disso, considerando a área geográfica da região do Marauíá, bem como a ocupação do território no qual os Yanomami realizam

frequentes deslocamentos entre regiões e mantêm contatos com grupos familiares oriundos da Venezuela, uma ação global e sistemática deve ser planejada. Segundo informações discutidas com o Dr. Oneron de Abreu Pithan, responsável do setor da malária do DSEI YY, o controle da malária é possível do momento que sejam realizadas ações integrais de controle focadas e executadas concomitantemente a partir dos 6 grupos comunitários, de modo a proporcionar efetivo impacto na redução da transmissão.

Porém, os recursos humanos previstos pelo DSEI YY no plano de ação emergencial não correspondem à proposta de atuação elaborada pelo Dr. Pithan para qual pelo menos 04 equipes de 03 ACE são necessárias, além dos profissionais para garantir um serviço de campo contínuo.

Considerações a respeito do posicionamento da SESAI e DSEI-YY (OFÍCIO Nº 3251/2021/YANOMAMI/DSEI/SESAI/MS) quanto a abrangência da sua responsabilidade

A SESAI no **CONSIDERANDO 21** alega que:

« todo o demonstrativo acima citado é de conhecimento amplo da Secretaria e dos órgãos externos, e que além de tudo, o DSEI possui um sistema de atendimento BÁSICO, não sendo de sua competência exercer atividades quanto ao GARIMPO, SEGURANÇA ALIMENTAR, GARANTIA DE PROTEÇÃO AOS POVOS, INTRODUÇÃO DE NOVAS CULTURAS A UM POVO DE RECENTE CONTATO, TRÂNSITO NO TERRITÓRIO DE EXTERNOS, MEIO AMBIENTE PREJUDICADO, CORRUPÇÃO OU ALICIAMENTO DE PROFISSIONAIS, INTERFERÊNCIAS EXTERNAS DA IMPRENSA COMO FORMA A PREJUDICAR O QUE VEM SENDO EXECUTADO, CONFLITOS ARMADOS, CONFLITOS DE INDÍGENAS CONTRA FUNCIONÁRIOS, ASSÉDIO, PRECARIIDADE, ABANDONO DE OUTROS ENTES FRENTE A SUA FUNÇÃO, INVISIBILIDADE DA PROBLEMÁTICA, sob o risco de violação a sua atividade finalística descrita na legislação. Assim sendo, não se pode imputar a um só corpo uma série de problemas, uma vez que o DSEI/YY tem adotado as medidas cabíveis em seu âmbito »;

A implementação do subsistema de saúde indígena, a partir da lei Arouca, determina muito claramente as competências e responsabilidade dos Distritos na implementação de uma saúde básica que se quer diferenciada. Nesse sentido, é dever do DSEI-YY estruturar-se para implementar a política de saúde indígena a partir de uma organização de serviços que dê conta da complexidade da realidade Yanomami e de sua especificidade. É nessa perspectiva inadmissível alegar pela não responsabilidade da SESAI quanto a gestão dos recursos humanos, possíveis problemas de corrupção ou aliciamento de profissionais, conflitos entre indígenas e funcionários, assédio de qualquer tipo e precariedade da realidade de trabalho. O domínio e devida gestão e monitoria desses problemas dizem respeito às seguintes questões:

1. A observação atenta do trabalho desenvolvido em campo, a análise do Plano de trabalho e documentos do DSEI-YY revelam profundo desconhecimento da realidade e da vida do povo Yanomami e suas especificidades na qualidade de povo de recente contato. Sem esse domínio, a gestão se limita ao trato de aspectos técnicos da assistência, apresentando graves falhas como relatado acima, deixando margem para interpretação da realidade, permitindo que graves erros sejam cometidos, gerando insegurança dos profissionais em campo e insatisfação crescente dos Yanomami em relação a qualidade de atendimento ofertado;
2. A apropriação do devido conhecimento da realidade sociocultural e política específica da realidade Yanomami representa uma necessidade absoluta para definição de quaisquer estratégias de cunho epidemiológico, na organização dos serviços básicos de saúde incluindo-se o devido suporte operacional em campo. Tal conhecimento permite ainda avaliar e perceber com mais eficácia a dinâmica sócio-política Yanomami, as possíveis tensões ou problemas existentes e agir em consequência, oferecendo todo o apoio e a segurança para as equipes em campo;
3. O caminho das doenças acompanha a dinâmica da vida e das relações sociais de amizade ou de inimizade estabelecida entre os xapono (aldeia) Yanomami. Se a assistência não for promovida levando em conta essa realidade, os serviços de saúde ficam tributários de eventos alheios ao seu domínio, reduzindo significativamente a possibilidade de oferecer respostas qualitativas aos problemas de saúde que afetam repetidamente a população.
4. A organização dos serviços de saúde e a qualidade da assistência dependem fundamentalmente da qualificação, do compromisso dos profissionais bem como a sua compreensão do universo sociocultural Yanomami. Contudo, isto representa uma questão chave em relação a qual não está tendo resposta à altura das necessidades. Isto diz respeito a critérios mais claramente estabelecidos nos processos seletivos de contratação de profissionais, a sua capacitação técnica, a sua sensibilização antropológica para atuação num meio sociocultural tão distinto do seu, bem como a monitoria do trabalho desses profissionais em campo. Isto requer ainda maior sinergia entre a instituição que seleciona e contrata – A Kaiowa – e o DSEI-YY.

Em relação ao CONSIDERANDO 22:

« O funcionamento dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) como base do Subsistema (art. 19-G, § 1º, da Lei nº 8.080/90), subordinados à SESAI e consolidados em espaços territoriais, etnoculturais e populacionais onde vivem povos indígenas e são desenvolvidas ações de atenção básica de saúde indígena e

saneamento básico, respeitando os saberes e as práticas de saúde indígena tradicionais, a área de extensão deste DSEI abrange às áreas de BARCELOS (AM), SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA (AM), SANTA ISABEL (AM), MUCAJAI (RR), AMAJARI (RR) ALTO ALEGRE (RR), CARACARAÍ (RR) e IRACEMA (RR) além do próprio Estado de Roraima ».

O desenvolvimento das ações do DSEI-YY nessa enorme abrangência geográfica associado a especificidade cultural do povo Yanomami requereria sim um profundo respeito dos saberes e das práticas tradicionais de saúde. Como visto acima, exigiria ainda uma plena compreensão de como ocorrem os processos de saúde/doença na cultura Yanomami além de perceber os limites tanto quanto a complementaridade de cada orientação de saúde: a alopática, curativa e apenas emergencial ministrada pelo DSEI-YY: e a tradicional, envolvendo a fitoterapia, o cuidado e o xamanismo atuando num espectro totalmente desconhecido das equipes de saúde.

Infelizmente, somente a observação em campo permite afirmar o quanto os saberes indígenas tradicionais são desrespeitados. Isto se deve ao simples fato de que existe enorme ignorância além de uma enorme carga de preconceito das equipes multidisciplinares de saúde em relação às concepções e modos de tratar os pacientes, diretamente associado ao mundo dos espíritos e ao equilíbrio psicossomático de toda a população.

Em relação ao CONSIDERANDO 23

“O DSEI YY é o mais dispendioso do Brasil, apesar de ser apenas o décimo mais populoso, deve ser levado em consideração toda a estrutura ÉTNICA diferenciada, afinada e única do povo YANOMAMI de recente contato como foi explicitado, e que quando se trabalha com uma cultura diferenciada, em todo o seu contexto, logístico, territorial, étnico, cultural e social, é preciso ter um cuidado nas atividades que serão desenvolvidas, mas sempre com a garantia de cumprimento com o que é pactuado, para que não haja danos ao usuário receptor do serviço público, bem como é possível informar que realmente quando se sai do âmbito de atenção básica e se eleva o nível da assistência ao que legalmente não compete ao DSEI, a atenção fica prejudicada e está já em sufocamento em decorrência a fatores externos que colaboram para o que hoje é visível.”

O fato do DSEI-YY ser o mais oneroso do Brasil não pode ser justificado apenas pelas condições de recente contato do povo Yanomami ou das dificuldades geográficas ou ambientais existentes. Há imperiosa necessidade de se realizar uma avaliação da operacionalidade das ações em campo, verificando estratégias de transporte, sinergias de ações complementares, racionalidade e dinâmica entre o transporte aéreo e fluvial das equipes, pacientes e acompanhantes, insumos e materiais outros. A exemplo disso, o crescimento injustificado de horas voos quando há comprovada precarização da assistência.

Em relação ao CONSIDERANDO 27; 28; 30 e 35

“ 27. CONSIDERANDO o apontamento “rotineiro” de episódios de ingresso de 485 crianças Yanomami no Hospital da Criança, no ano de 2016 a julho de 2021, informa-se que é de conhecimento deste DSEI, uma vez que o próprio Distrito realizou as remoções. Todas as transferências foram realizadas com o objetivo de resguardar a saúde dos menores, inclusive, ressalta-se que maior parte delas transitam com suas famílias pelas fronteiras e quando ingressam no polo base já estão debilitadas. Por tais motivos há necessidade de removê-las para o hospital de referência para que possam receber o tratamento adequado, de acordo com o grau de complexidade;

28. CONSIDERANDO que este DSEI não compactua com a ausência de atendimentos em terra indígena como mencionado na Recomendação, informasse que dentro de suas atribuições legais, busca apoiar toda e qualquer causa que possa ir de encontro com a diminuição de agravos de saúde do povo de sua pactuação organizacional e orçamentária;

30. CONSIDERANDO que a Recomendação não associa os casos de malária ao garimpo, é preponderante ressaltar que os fatores fisiológicos e ambientais interferem diretamente nos agravos, provocando, assim, uma combinação perigosa para o aumento de casos nos indicadores de saúde;

35. CONSIDERANDO que o DSEI possui um Controle Social constituído de um indígena, bem como uma assessora indígena dos quais fazem parte, 3 assessores indígenas e um indigenista.”

O conceito de Controle Social inspirado na Lei Arouca, preconizando a existência e o funcionamento de várias instâncias de participação indígena, desde os Conselhos Locais, nos processos de organização dos serviços de saúde desapareceu da dinâmica do DSEI-YY na sua relação com os Yanomami. Não se faz mais reunião de Conselho Local, os xapono não são informados, as decisões são tomadas de modo unilateral. Os dirigentes do DSEI-YY não participam de assembleias, reuniões de conselho ou outros nos quais são convidados para discutir a realidade da saúde. Quando não, nomeiam funcionários subalternos para representá-los sem domínio da gestão central e sem qualquer poder de decisão.

Nas reuniões de Conselho Distrital é evidente a apresentação de dados parciais, incompreensíveis aos Yanomami, durante às quais não há sequer respeito para as palavras dos Conselheiros. Os planos de trabalho não são discutidos, são aprovados a toca de caixa. Na última reunião do Conselho em dezembro 2021, houve inclusive tentativa de aprovar a Portaria do Ministério da Saúde N 3.021 de 04 de novembro 2020, negando a participação das instituições sem fins lucrativos, confrontando diretamente o princípio colegiado da Lei AROUCA que define o formato e a participação dos usuários, prestadores de serviços e outras instituições que atuam em território indígena. O distanciamento, a falta de diálogo e o desrespeito

reiteradamente manifestado pelo DSEI-YY ao Fórum Yanomami e às Associações Yanomami que o compõem dizem muito sobre a incompreensão e a falta de vontade política de estabelecer uma relação mais aberta, transparente e de colaboração. Ter um Presidente de Conselho indígena Yanomami, nesse modelo de gestão, não representa nenhuma garantia da necessária articulação com agentes de contato Yanomami cujo papel de mediação e de acompanhamento das ações em campo é fundamental.

Considerações referentes a contratação de profissionais nos campos da antropologia, linguística e indigenismo: CONSIDERANDO 36; 37; 38; 41 E 56

“36. CONSIDERANDO que este DSEI não deve atuar sozinho em relação às questões culturais, étnicas e sociais, devendo ser inserido um profissional de antropologia da FUNAI para somar e apoiar as ações de saúde, do qual já foi requerido em reunião em que estiveram presentes outros atores, como é de conhecimento desse Órgão Ministerial;

37. CONSIDERANDO que a mediação antropológica deve ser também realizada por quem representa um conselho de saúde diferenciado, é necessário o envolvimento de outros órgãos para ajudar na diminuição dos conflitos sociais;

38. CONSIDERANDO que se reconhece que existam dificuldades logísticas e operacionais que limitam a assistência continuada de várias regiões do DSEI Yanomami, e que isto por sua vez interfere diretamente no alcance das metas dos planos distritais de saúde e dos planejamentos específicos para enfrentamentos dos principais agravos da TIY, informa-se que este DSEI não está inadimplente e que cumpre com todos os seus deveres legais e está referenciado um contrato emergencial de execução aérea;

41. CONSIDERANDO que a “falta de assistência básica em terra indígena gera mais remoções de pacientes” para atendimento de média e alta complexidade em hospitais dos centros urbanos, além de fragilizar as ações previstas de atenção primária, como visitas e vigilância, é possível informar que o DSEI, mesmo diante das adversidades e contextualização, busca meios juntamente com a SESAI para melhorar o atendimento de ponta, formalizando como demonstrativo de fortalecimento das missões o plano de enfrentamento que será encaminhado acostado aos autos deste procedimento informativo;

56. Por outro lado, no que concerne à contratação de antropólogo, este não está contemplado no quadro da Secretaria Especial de Saúde Indígena, nem do Distrito Sanitário Especial de Saúde Indígena, visto que a maior parte da Ofício 3251 (0024296574) SEI 25000.172839/2021-11 / pg. 10 Procedimento 1.32.000.000241/2022-11, Documento 6, Página 10 mão de obra dos DSEI é desenvolvida pelas entidades

conveniadas, as quais possuem a finalidade de promover a contratação de profissionais para o complemento das ações de saúde.”

A contratação de antropólogo pelas Conveniadas deve se dar a partir da definição e das orientações de cunho político da SESAI sendo que os Convênios devem incluir quaisquer profissionais cuja utilidade for reconhecida como fundamental para o bom desenvolvimento dos serviços de saúde na terra Yanomami. Portanto, cabe as conveniadas cumprir com o que for determinado para a contratação de antropólogos da mesma forma como o faz com outros profissionais. Inclusive, o DSEI-YY, em diversos momentos da sua história junto ao povo Yanomami, já contou com a contratação de antropólogos que fizeram enorme diferença na realização dos objetivos então postos.

O fato do DSEI-YY revelar relutância na contratação de um corpo de profissionais no campo da antropologia e do indigenismo é a causa primeira da incompreensão da própria natureza da maioria dos desafios, conflitos, situação de violência, insegurança e erros no exercício da enfermagem e dos cuidados ministrados à população Yanomami. Inclusive, isto tem uma relação direta com o excesso de remoções para as CASAI's, tamanha a insegurança e profundo desconhecimento dos profissionais em relação aquilo que acontece no xapono com o paciente, com seus familiares, com o pajé, com os espíritos e com a população toda.

Diante dessas considerações, sugerimos que seja dada prioridade absoluta na contratação de uma equipe de profissionais nos campos da antropologia, linguística e indigenismo que possa suprir as atuais e graves deficiências na condução do DSEI-YY.

Considerações em relação ao Subdistrito

A dinâmica de trabalho, as estruturas existentes no DSEI-YY e os meios colocados à disposição nas regiões de Santa Izabel, Barcelos e São Gabriel da Cachoeira, no Amazonas não correspondem sob hipótese algum, a estrutura requerida para a qualificação de um subdistrito. Nas atuais estruturas existentes, a atenção básica é tampouco garantida. O organização dos serviços continuam centralizados em Boa Vista-RR gerando custos de transporte e dificuldade de uma gestão mais próxima da realidade Yanomami do Amazonas. A argumentação apresentada pela SESAI não satisfaz, sendo necessária a realização de uma Consulta pública para o aprofundamento e análise das estratégias as mais adaptadas para o atendimento da especificidade Yanomami da região do Amazonas. Continuamos acreditando que estrutura mais autônoma em termos de organização de serviços e logística bem como uma readequação dos programas fortalecendo as EMSI's e a sua capacitação, incluindo os atores Yanomami (lideranças, AIS, AISAN, Conselheiros, parteiras tradicionais, etc.) principais interessados por vivenciarem os problemas e desconfortos pelo fato da sede do DSEI e referência dos serviços estarem situados no Estado de RR e Boa Vista.

Destacamos ainda a necessidade de dar visibilidade a essa problemática e as medidas que vem sendo tomadas com ciência do MPF, no sentido de alertar para a

gravidade da situação de saúde em que se encontra a população Yanomami e as sérias ameaças às suas vidas.

Manaus, 18 de abril de 2022



Sylvie Petter
Coord. Prog. Educação em Saúde
Secoya



Silvio Cavuscens
Coord. Geral
Secoya