



SCLN 210 bloco C salas 217/218
CEP 70862-530 Brasília (DF) Fone: 61 3497769
contato@trabalhoindigenista.org.br
www.trabalhoindigenista.org.br

A GRAVE SITUAÇÃO DAS HEPATITES B E D NO VALE DO JAVARI

*(...) o vírus da hepatite D está associado a **formas severas de hepatite fulminante** de transmissão intrafamiliar em áreas de floresta ribeirinhas na região do Acre, onde também se encontra com frequência casos de cirrose e carcinoma hepatocelular associado ao vírus da hepatite B e D.*

(Viana, 2003; Documento 01, em anexo)

Junho, 2004

1. Histórico da hepatite B na Terra Indígena Vale do Javari (sudoeste do Amazonas)

O capítulo *Assistência, Proteção e Saúde* do “Relatório de Identificação e Delimitação da Terra Indígena Vale do Javari” (GT FUNAI Portarias nº 174/95 e 158/96), coordenado pelo antropólogo Walter Coutinho, já em maio de 1998 faz uma extensa descrição sobre uma grave epidemia de hepatite B associada à malária, e alerta sobre o abandono em que viviam os índios do Vale do Javari. Neste relatório, cita o documento encaminhado à Presidência da Funai em 18.07.95, de autoria do bioquímico José Pereira Gondim, o qual menciona a presença de hepatite B entre as comunidades indígenas do Vale do Javari. O relatório do GT de identificação e delimitação (**Documento 02, em anexo**) cita ainda outro relatório, da lavra do então chefe do Departamento de Saúde da Funai, Dr. Rômulo C. S. Moura onde este relata:

Desde julho de 1993 têm sido divulgados óbitos por doença ictérica aguda no Vale do Javari, tendo sido atribuído à hepatite B pelos profissionais de saúde (...)

Após denúncia pela imprensa de surto de doença ictérica aguda com óbitos, uma equipe do CENEPI/MS realizou investigação epidemiológica na área e concluiu tratar-se de malária. Entretanto os testes sorológicos realizados demonstravam que a área era hiperendêmica para o vírus da hepatite B e Delta. Apenas 18,4 % da população estava imunizada pela vacina, 21 % era portador do vírus da hepatite B, 66,5 % apresentava imunidade adquirida pelo contato com o vírus B e 32 % com o vírus D. Portanto é bastante provável que desde esta época venha ocorrendo microsurtos de hepatite fulminante em meio a uma alta incidência de malária.

O mesmo relatório do GT da FUNAI continua informando que

Desde 1992/93 já se tinham notícias sobre a hepatite B entre os índios do Vale do Javari, mas o grande contágio ocorreu em 1995 quando a Unidade de Saúde de Atalaia do Norte comunica a SESAU a ocorrência de 23 casos de hepatite B. Tendo a FUNAI registros oficiais da morte de 07 indígenas, sendo 06 Mayoruna e 01 Kanamari entre março e maio de 1995. Mas relatos dos índios e funcionários locais da ADR/ATN confirmam dezenas de óbito nesse período entre os Mayoruna do Lameirão, São Raimundo e Paraíso e entre os Kanamari da aldeia São Luis e Irari.

Este relatório faz nova menção ao relatório do Dr. Rômulo C. S. Moura, chamando a atenção para o fato de que foram realizadas campanhas de vacinação contra hepatite B em novembro de 1994 e abril de 1995, sendo a cobertura da época bastante ampla. **Contudo, alertava para o fato de nenhuma pessoa ter recebido as doses de vacina com o período de tempo mais adequado**, ou seja, a segunda dose 30 dias após a primeira e a terceira dose seis meses após a mesma, podendo estar comprometendo o desenvolvimento de níveis protetores de anticorpos e a eficácia da vacina.

Em 17/08/94 o então coordenador do Conselho Indígena do Vale do Javari (CIVAJA), Darcy Duarte Comapa, redigiu uma nota para a imprensa denunciando o péssimo atendimento de saúde no Vale do Javari e a morte de 12 índios com menos de

10 anos devido à hepatite B e malária em julho e agosto de 1994 (**Documento 03**). Nove meses depois, em 15.05.95, novamente o CIVAJA divulgaria uma nota para a imprensa denunciando a morte de mais um Mayoruna com suspeita de hepatite B, a quarta morte num período de quinze dias. A nota denunciava ainda a presença de 28 indígenas em estado grave (malária e hepatites A e B) na Casa do Índio de Atalaia do Norte, além de três indígenas hospitalizados em estado de coma.

O artigo “*A questão da saúde no Vale do Javari*” publicado no volume “Povos Indígenas no Brasil 1991/95” pelo Instituto Socioambiental (ISA), também afirma que, entre outras moléstias, a hepatite foi uma das principais doenças que atingiram os povos da região, com vários óbitos e criando uma situação desesperadora para a população da região:

(...) em junho de 1993 uma equipe conjunta da FNS e da Postoral Indigenista realizou uma viagem à área com o intuito de fazer uma investigação epidemiológica devido às denúncias de um surto de hepatite viral na área do Javari (...) encontrando relato de um óbito na aldeia Mayoruna do Trinta e Um, em novembro de 1992. Observa-se que se trata de área endêmica para o vírus das hepatites A, B e D. Em maio de 1995 houve um surto de hepatite B e D na aldeia do Lameirão habitado pelo Mayoruna causando a morte de seis índios. Segundo informações dos técnicos da FNS pelo menos outros dez Mayoruna já estão condenados por serem portadores do vírus. Técnicos já manifestaram a preocupação de que a não administração da 3ª dose da vacina nos membros da aldeia Lameirão pode ser a causa dessas mortes.

O caso da hepatite B é revelador da incompetência e desinteresse das autoridades sanitárias. (Documento 03)

2. A Situação recente

Em junho de 2001 se inicia um novo surto de mortes por hepatite B e síndrome febril íctero-hemorrágica aguda (SFIHA), com a morte de três mulheres (duas irmãs e uma filha) na aldeia Rio Novo (do povo Marubo) em menos de um mês, numa população de então 120 pessoas. Devido à indefinição das causas destes óbitos, foi solicitado à Fundação de Medicina Tropical do Amazonas que enviasse uma equipe de pesquisadores à área. No atendimento a esta solicitação, o Dr. Marcus Vinícius Guimarães de Lacerda, médico pesquisador da Gerência de Malária da Fundação de Medicina Tropical do Amazonas, foi enviado para avaliar o acontecido. A equipe não teve condições de determinar a causa do óbito por insuficiência de dados, mas trouxe amostras de soro de 64 habitantes daquela aldeia marubo a fim de se fazer a sorologia para febre amarela e hepatite B, já que “*(...) apenas estas duas doenças são, ao mesmo tempo, causadora de síndrome febril íctero-hemorrágica e passíveis de prevenção específica com vacina de alta eficácia*” (**Documento 04**). Os resultados da análise sorológica das amostras coletadas foram:

1. a sorologia para febre amarela foi negativa em cinco pacientes (...).

2. a sorologia para hepatite B foi positiva na maioria dos pacientes (anti-HBc total positivo, com 10 deles apresentando também HbsAg positivo (indicativo de portador crônico do vírus da

hepatite B), associado à sorologia positiva para vírus da hepatite D (anti-HD total).

Apesar da vacinação universal (de acordo com Mapa de Vacinação do PNI da área indígena), muito indígenas ainda apresentam-se sem títulos protetores de anticorpos contra o vírus amarelado. Questiona-se aqui o transporte da rede de frios e a própria imunidade do indígena, contribuindo para a ausência de soroconversão. Os mesmos devem ser re-vacinados, tendo em vista habitarem em área com possibilidade de febre amarela silvestre.

E em que pese todo o histórico da presença de hepatite B no Vale do Javari, surpreendentemente o relatório afirma que

Quanto à alta positividade para hepatite B e delta, não se tem notícia do município de Atalaia do Norte como área de alta endemicidade para estes dois vírus, especialmente em indígenas.

Após os resultados dessa sorologia, o relatório volta a discutir a causa mortis dos óbitos das três mulheres do Rio Novo, afirmando:

A chance de que (estes óbitos) tenham ocorrido por hepatite fulminante por superinfecção pelo vírus delta é alta, considerando a prevalência da infecção nos contactantes. Os mecanismos de transmissão desta doença de comportamento altamente agressivo ainda são desconhecidos e a única medida de controle constitui-se na vacinação contra a hepatite B, já que a hepatite delta só se desenvolve na presença da infecção pelo vírus B

E sugere:

A partir do exposto, sugerimos vacinação maciça da população do Vale do Javari e seguimento dos pacientes sabidamente infectados, pois têm grande chance de desenvolverem hepatite crônica.

Cabe ressaltar que os resultados destes exames sorológicos somente foram fornecidos no dia 17/07/2002, um ano após a coleta. Essa grande demora sendo justificada da seguinte forma: “*Sentimos pela demora na liberação dos resultados, mas temos grande demanda de exames em nosso Laboratório de Virologia*”.

Um mês após a liberação dos resultados dessa sorologia, a comunidade marubo do Rio Novo sofreria mais uma morte, a do garoto Amadeus, de nove anos de idade **(Documento 05)**. Era a quarta morte nessa mesma comunidade com apenas 84 pessoas **em um período de pouco mais de um ano. Os resultados sorológicos coletados há um ano já apresentavam o menino Amadeus como portador de hepatite B.**

No dia 02 de setembro de 2002, o Centro de Trabalho Indigenista – CTI comunicava à Coordenação de Saúde da Funai, representada na pessoa da Sra. Ana Costa, as quatro mortes ocorridas entre os Marubo da aldeia do Rio Novo, solicitando:

Que a Coordenação de Saúde da FUNAI se inteirasse da situação na área e se possível que fizesse ingerências junto a FUNASA-Brasília - Vigilância Sanitária para que fossem tomadas providências, com a maior brevidade possível, no sentido de conter a propagação da doença a outras aldeia e etnias.

(...) seria de especial importância se pudéssemos ter uma reunião, em caráter de urgência em Brasília envolvendo essa Coordenação, o DEII, o CTI e a FUNASA, para discutir a questão de um cinturão sanitário na região e, quais as providências imediatas que poderão ser tomadas, para evitar a contaminação de outros índios e realizar um tratamento adequado dos casos constatados nas aldeias (...). **(Documento 06)**

No dia 02 de outubro de 2002 realizou-se uma reunião da FUNASA/DSEI Vale do Javari para esclarecimento dos casos de óbito com síndrome febril-ictero-hemorrágica- aguda ocorridos na aldeia do Rio Novo. Durante essa reunião o Dr. Marcus Vinicius Guimarães de Lacerda, responsável pela coleta das amostras de sangue naquela aldeia em julho de 2002, declara (segundo consta no relatório da servidora da FUNAI em Tabatinga, Idnilda Obando) que

A hepatite B começou a surgir no Amazonas no ano de 1989, na cidade de Lábrea, onde ficou conhecida popularmente como febre negra. Não havendo na área de Atalaia do Norte nenhuma notificação da doença e que a partir desta data todos os casos de doença ictérica, com ou sem resultado de laboratório, deverá ser feito notificação preenchendo a ficha de investigação epidemiológica e encaminhar ao LACEN.

A aldeia Rio Novo recebe a cobertura de vacina de hepatite B desde o ano de 1994, embora se questiona a eficácia das mesmas, devido à logística nos transportes (fluvial) podendo ter sido transportada de modo não apropriado para segurança da imunização adequada. Partindo-se daí a primeira providência efetiva será a intensificação de vacinação de toda população do Vale do Javari (...). **(Documento 07)**

Outras atitudes previstas pelo mesmo médico foram:

- 1. intensificar a vacinação em toda a área de Atalaia do Norte,*
- 2. estudo minucioso dos fatores de risco na aldeia,*
- 3. treinar os agentes indígenas de saúde e demais profissionais para reconhecimento das manifestações da doença,*
- 4. criar sentinela em todo município,*
- 5. toda grávida deverá ser submetida a exame de sorologia para hepatite B e em caso de resultado positivo (onde a mãe poderá transmitir o vírus através da placenta) a criança receberá soro de hemoglobulina ao nascer.*

Estas primeiras providências operacionalizarão as ações de fluxo das atividades para funcionar adequadamente o controle da hepatite B.

Novamente foram coletadas novas amostras de sangue no Rio Novo e os mesmos procedimentos deverão ser estendido ao Alto Ituí e Maronal.

Nesse momento a servidora da FUNAI citada chama a atenção para a necessidade de se considerar a coleta de amostras também na aldeia do povo Matis, por se localizar muito próximo à aldeia Rio Novo e por haver um histórico de relações sexuais interétnicas no passado entre membros destas aldeias. Informa também que o Diretor do Hospital de Guarnição de Tabatinga colocou à disposição o uso e realização das sorologias, desde que fossem fornecidos os kits necessários, já que se havia considerado a necessidade de aguardar para não sobrecarregar o LACEN. Entretanto esta alternativa não foi acatada por nenhuma das instâncias governamentais responsáveis. Idnilda Obando, funcionária da FUNAI, reproduz a decisão de encaminhamento final acordado nessa reunião:

Os resultados das ações deverão ser acompanhados por todos órgãos, levando sempre ao conhecimento do DSEI Vale do Javari qualquer informação e este fica no dever de receber e repassar informações, analisando e operacionalizando, cujo resultado positivo espera-se para médio prazo de tempo.

No final de março de 2003 mais um menino do Rio Novo veio a óbito por hepatite B fulminante, o jovem Cézar Marubo, de 16 anos. Este era irmão e tio das três mulheres que haviam morrido em 2001, e seu nome era mais um da lista negra de soropositivos para hepatite, segundo os últimos exames dos moradores do Rio Novo.

Após esse período, a situação epidemiológica que vinha sendo tratada como uma “situação pontual”, restrita à aldeia marubo do Rio Novo, se espalha. Várias mortes ocorrem entre os Mayoruna do rio Javari e os Marubo dos rios Curuçá e Ituí, tornando-se comum notícias, propagadas pelo sistema de radiofonia do Vale do Javari, de indígenas vomitando sangue e entrando em coma terminal. Em 24 de outubro de 2003 os indígenas Matis têm sua primeira morte confirmada por hepatite B, sendo a vítima um rapaz de 15 anos, Bëux Awaranubu Matis.

Entre os dias 03 a 07 de novembro de 2003 ocorre mais uma das inúmeras reuniões em Atalaia do Norte, esta agora intitulada “*Reunião de Avaliação das Ações de Vigilância Epidemiológica, Educação em Saúde, Comunicação, Saneamento e Imunização do DSEI Javari*”, que teve a participação de técnicos dos DSEIs Vale do Javari e Alto Solimões, do Programa Nacional de Imunização, da Secretaria Municipal de Saúde, do DESAI/FUNASA-Brasília e de representantes da FUNAI, do Conselho Indígena do Vale do Javari, da Frente de Proteção Vale do Javari/FUNAI, do Hospital de Guarnição de Tabatinga e do Centro de Trabalho Indigenista – CTI. Durante essa reunião foi apresentado o Plano de Ação Para a Vigilância e Controle das Hepatites Virais no Vale do Javari, elaborado após uma reunião recente em Brasília. Segundo este documento (**Documentos 08 e 09**) estavam previstos, entre outras coisas:

1. *Aquisição de refrigeradores e freezer (– 20⁰ C) até dezembro de 2003. Responsável: DENSP (FUNASA),*
2. *Coleta de amostras para inquérito e envio para o LACEN, no período de 2004/2005.*
3. *Garantir insumos para a realização de HbsAg para gestantes (120 kits), até dezembro de 2003. Responsável: CGLAB/LACEN-AM.*
4. *Estabelecer linhas de pesquisa de prevalência de base populacional, biologia molecular e medicina tradicional, sem prazo definido. Responsáveis: FMT, HEMOAM, FIOCRUZ-AM, Centro de Biotecnologia e FUNASA.*

Nesta reunião a enfermeira sanitaria do CGPNI/SVS/MS, Marília Ferraro Rocha, chamou a atenção para os seguintes aspectos:

- 1. Importância de se vacinar as populações indígenas e não indígenas do entorno, pois as crianças indígenas podem se contaminar antes de atingir a idade para receberem as vacinas. Se a população não indígena do entorno não está vacinada pode entrar doenças na área. O município de Atalaia do Norte não está conseguindo vacinar sua população rural,*
- 2. Segundo dados acumulados até o ano de 2002 somente 3 % das crianças menores de um ano receberam as três doses necessárias para conferir imunidade contra o vírus da hepatite B.*
- 3. Necessidade de periodicidade regular de vacinação;*
- 4. A recomendação para esquema de vacinação em áreas de difícil acesso (somente atingida por helicópteros) é de quatro vacinações por ano.*

Cabe ressaltar ainda que:

1) o Vale do Javari teve apenas uma vacinação no ano de 2003 (algumas aldeias chegaram a ter duas, como Aurélio, do povo Matis, e Rio Novo, do povo Marubo); a aldeia Pentiaquinho (Marubo) teve somente uma vacinação;

2) até o presente momento os Pólos-Base e comunidades do Vale do Javari se encontram sem a presença em campo de auxiliares de enfermagem, mesmo diante da situação da área; que o DSEI Vale do Javari ainda não possui a sorologia de todas as grávidas e mulheres em idade reprodutiva; e que os Pólos-Base não possuem equipamentos de refrigeração, apesar dos prazos estipulados já terem vencido há cinco meses do determinado pelo Plano de Ação já apresentado.

Com a morte em três dias (entre os primeiros sintomas e o óbito) de Antônio Zacharia Marubo (microscopista, habitante da aldeia Maronal) em novembro de 2003, no hospital de Cruzeiro do Sul, por síndrome febril íctero hemorrágica aguda; e com um surto de síndrome febril íctero-hemorrágica com 19 doentes, foi fretado um avião e uma equipe do instituto de Medicina Tropical se deslocou para a área, coletando cerca de 240 amostras de sangue para exames sorológicos. Até a presente data, já passados 06 meses, os resultados dos exames ainda não foram disponibilizados para o DSEI Vale do Javari em Atalaia do Norte. E no dia 30 de junho de 2004 irão vencer 250 doses para hepatite A da atual campanha de vacinação da aldeia Maronal.

Em 20 de janeiro de 2004, passados exatos dez anos após a primeira denúncia lançada na imprensa pelo CIVAJA – e após quase três anos do reinício do surto de hepatite B recente no Vale do Javari, com as mortes das três mulheres marubo –, aquela organização indígena vem novamente chamar a atenção das instituições públicas responsáveis, pedindo uma solução ao problema que se alastra por mais de uma década sem controle, lançando a nota “*Povos Indígenas do Vale do Javari ameaçados de extinção por epidemia de hepatite: queremos medidas urgentes para conter essa calamidade*” (**Documento 10**), cujos pontos principais destacamos:

Os casos de hepatite na região vêm de muito tempo, há quase três décadas, causando várias mortes de indígenas por ano.

No ano de 2003, a situação agravou-se progressivamente, causando a morte de 15 indígenas de diferentes povos. Em todos os casos foi diagnosticada síndrome febril ictero hemorrágica aguda. Somente duas das vítimas tinham feito sorologia, com resultados positivos, as outras 13 fizeram a coleta de sangue para sorologia, mas até hoje ninguém sabe dos resultados, enquanto que outros doentes nem fizeram coleta de sangue.

A situação é de calamidade pública. Toda semana acontece a remoção via aérea e fluvial de pacientes das comunidades dos rios Itacoáí, Javari, Ituí, Jaquirana e Curuçá, dos povos Kanamari, Kulina, Matis, Mayoruna e Marubo. Se continuar assim, calcula-se que em menos de 20 anos serão extintos os povos que habitam o Vale do Javari, de uma população de aproximadamente 3.500 pessoas.

(...) as ações são poucas e não respondem ao tamanho do problema instalado no Vale do Javari. O orçamento não prevê recursos para o atendimento de epidemias, situações tão graves como a que está acontecendo atualmente no Vale do Javari. Certamente problemas desta natureza requerem mais recursos financeiros e do envolvimento de outras instituições e programas de prevenção e cura (...)

Por tudo isso, o CIVAJA convoca o Ministério da Saúde, a Funai, outros órgãos governamentais, instituições particulares, ongs, igrejas, exército, marinha, prefeitura e outras entidades para que se mobilizem urgentemente a fim de controlar a epidemia de hepatite que flagela e ameaça a vida dos povos indígenas do Vale do Javari, pois não podemos nos conformar apenas em assistir as mortes dos nossos parentes de braços cruzados.

Relatório da Funai do ano de 1982 revela a existência de hepatite na área indígena desde aquela época, no entanto, até hoje as autoridades competentes não tomaram as providências necessárias. O que está sendo esperado? Que morram mais índios? Quer-se a extinção dos povos indígenas do Vale do Javari?

Pedimos a todos (...) que denunciem esta situação e exijam do governo e órgãos competentes medidas emergenciais para atender as vítimas da hepatite no Vale do Javari e controlar o avanço desta epidemia que ameaça acabar com os povos.

Como resultado desta nota, o jornal “A Crítica” de Manaus deu no dia 20/01/04 notícia de página inteira destacando a denúncia do CIVAJA. Consultada pela equipe do jornal, a então responsável pela Coordenação Regional da FUNASA no Amazonas, Lucia Antony, admitiu a gravidade da situação do Vale do Javari afirmando que “(...) iremos mapear aquele local para verificarmos qual a real situação dos povos indígenas” (**Documento 11**).

Na mesma reportagem, o diretor da Fundação de Medicina Tropical (que realiza trabalhos junto com a FUNASA no Vale do Javari), José Carlos Ferraz, explica que

Quem é portador da hepatite B e contrai a hepatite Delta tem 90% de chance do quadro se agravado para a hepatite crônica,

podendo ser outras complicações a hepatite fulminante, seguido de morte ou evolução para cirrose hepática. Nessa situação, os riscos de morte são altíssimos. Para prevenir contra a doença a vacinação é uma grande aliada tendo 98 % de qualidade em crianças e de 80 a 90 % de alcance em adultos.

Apesar de toda a situação já descrita, a FUNASA lança uma nota na imprensa no dia 14 de maio de 2004, afirmando

(...) que realiza investigações epidemiológicas sobre a incidência de vários tipos de hepatite e outras doenças virais na região desde 1993. Inquéritos sorológicos detalhados sobre o assunto foram realizados em 1995 e em 2001, proporcionando um diagnóstico etiológico dos casos de síndrome febril íctero hemorrágica aguda (SFIHA).

Em função dos resultados dessas investigações, foram desenvolvidas diversas etapas vacinais, priorizando-se esquemas de imunização diferenciados para a população indígena da região com o propósito de reduzir a vulnerabilidade a hepatites.

Dentre as ações propostas foram incluídas o diagnóstico do estado vacinal, monitoramento dos índios sabidamente infectados, remoção dos casos sintomáticos e das gestantes HbsAg + para atendimento hospitalar, tratamento adequado aos recém-nascidos (imunização com menos de 12 horas e aplicação de gamaglobulina), ações educativas nas aldeias atingidas, com enfoque na cadeia de transmissão, identificação dos contactantes e incremento da infraestrutura da rede de serviços para melhorar as condições de imunização, diagnóstico e tratamento da população local.

(Documento 12)

Recentemente (no dia 29/05/2004), a situação real do Vale do Javari era bem diferente do teor desta nota:

- a campanha de vacinação que estava prevista para ser desencadeada em 05 de abril, conforme o plano, está há 02 meses aguardando a burocracia, sendo no momento realizada somente no rio Jaquirana, ficando sem vacinação os rios Ituí, Itaquai, Curuçá e Javari, devido ao estado precário dos barcos enviados para tal pela FUNASA, além da falta gasolina – situação esta que se tornou lugar comum nos últimos anos no Vale do Javari;
- somente dois auxiliares se encontram atuando na Terra Indígena Vale do Javari, ou seja, a maioria das comunidades indígenas encontra-se há meses totalmente sem assistência em campo.

Tabela 1: Número de campanhas de vacinação na aldeia Aurélio desde o ano de 1991.

Ano	Número de campanhas de vacinação	Período
1991	02	Julho – setembro
1992	01	Dezembro
1993	02	Agosto – setembro
1994	01	?
1995	02	Maio – outubro
1996	03	Maio – setembro - outubro
1997	02	Agosto – outubro
1998	01	Maio
1999	01	Junho
2000	01	Agosto
2001	01	Agosto
2002	02	Agosto – outubro
2003	02	Março – setembro
2004	01*	Janeiro

** No momento da elaboração deste documento, a equipe local do DSEI Vale do Javari enfrenta inúmeras dificuldades para a realização da segunda campanha em 2004.*

De acordo com a tabela do número de campanhas de vacinação da aldeia Aurélio (Matis), desde 2001 as campanhas de vacinação vêm se mostrando como campanhas irregulares, com falta de padronização e grandes intervalos (vários meses) entre as doses, não se respeitando a periodicidade necessária para a imunização contra o vírus da hepatite B. Além disso, desde 1991 a aldeia Aurélio recebeu no máximo duas campanhas vacinais por ano, com exceção do ano de 1996, quando foram realizadas três campanhas. Esta realidade pode ser extrapolada para todo o Vale do Javari, onde todas as aldeias têm aproximadamente o mesmo número de campanhas vacinais.

Tabela 2. Esquema vacinal para hepatite B do indígena Bëux Awaranubu Matis

Dose	Período
1ª dose	Outubro de 1994
2ª dose	Maio de 1995
3ª dose	Outubro de 1995

Analisando especificamente o esquema vacinal do rapaz da etnia Matis, Bêux Awaranubu, de 15 anos de idade (Tabela 2) – que teve óbito confirmado laboratorialmente por hepatite B no dia 24/10/03 – percebe-se claramente que não se respeitou o intervalo entre as doses, dado que entre a 1ª e a 2ª doses houve um intervalo de sete meses, quando o recomendado é um mês. Mesmo que esse óbito tenha ocorrido por uma hepatite contraída antes dessas campanhas, esse exemplo demonstra – juntamente com a tabela do número de campanhas de vacinação de toda a aldeia Aurélio – que o esquema de vacinação no Vale do Javari apresenta graves falhas há pelo menos treze anos. Mesmo após o relatório do Dr. Marcus Vinicius Guimarães, da Fundação de Medicina Tropical, sugerir a vacinação em massa da população do Vale do Javari em julho de 2002, como forma de se conter o surto recente de hepatite que tinha se iniciado, percebe-se que nos anos de 2002 e 2003 foram realizadas apenas duas campanhas de vacinação; e que na presente data (02/06/04) a segunda campanha de vacinação do ano de 2004 ainda não se concretizou por falta de barcos, mesmo com as vacinas estando à disposição há dois meses e correndo-se o risco destas doses passarem do prazo de validade.

Diante da precária assistência de saúde que se vive há anos, a situação na área é no momento tensa, e o clima de revolta vem se alastrando entre as comunidades indígenas.

No dia 18 de maio último, a equipe de saúde da FUNASA do DSEI Vale do Javari expressou sua discordância em relação à estratégia de atendimento emergencial na região proposta pela CORE-AM (Coordenação Regional do Amazonas), enfatizando que

Nós como equipe de profissionais de área estamos preocupados devido a longa permanência na cidade e as comunidades sem assistência de saúde. Finalmente nós que enfrentamos as reuniões nas comunidades somos duramente cobrados, parecendo que depende de nós toda esta burocracia. Assumimos a responsabilidade de nossas opiniões e atos e assinamos abaixo. (Documento 13).

A colocação definitiva do Coordenador Geral do CIVAJA diante dessa situação foi:

Que o prazo para atender nossas demandas para essas ações deverá acontecer até sexta-feira 21 de maio de 2004, do contrário todos os indígenas deste DSEI estarão novamente acionando o MINISTÉRIO PÚBLICO.

Cabe ressaltar aqui que o Ministério Público Federal do Amazonas moveu uma ação civil pública (2003.32.00.004691-0) contra a FUNASA no ano de 2003, atendendo denúncias do CIVAJA.

Além da situação dramática representada pelo elevado número de mortes (ver *cronologia abaixo*), as suas conseqüências para a geopolítica da região são enormes, com famílias se separando e se deslocando para outras áreas; aldeias sobrecarregando outras e criando situações de insegurança alimentar devido a mudanças bruscas, sem esperar o início da produção das novas roças; abandono de comunidades e o êxodo para a cidade. Além disso, detectamos o aumento da tensão interna entre os povos indígenas do Vale do Javari devido a acusações de feitiçaria como a causa das constantes mortes.

Os dados aqui apresentados caracterizam uma situação gravíssima que perdura há 13 anos sem que a autoridade sanitária do país a enfrente com o rigor. Como vimos, suas origens remontam aos primeiros anos da década de 1990, na aldeia Lameirão, do povo Mayoruna (Matsés). Como vem ocorrendo neste momento, os primeiros óbitos naquela aldeia causaram pânico entre seus habitantes, que se dispersaram, fundando novas aldeias em outras localidades na esperança de “fugir da doença”. Estes Mayoruna (junto com os Kulina Pano, seus vizinhos) formaram então as aldeias Terrinha, Fruta Pão, Flores, Três José e Pedro Lopes. Mas, como podemos verificar na tabela abaixo, quatro óbitos ocorreram recentemente em apenas cinco meses na aldeia Fruta Pão (com uma população de 71 pessoas), causados pela mesma moléstia da qual supostamente fugiam.

As mortes promovem dor, medo e tristeza, que abalam a vida emocional dos indígenas e geram reflexos quase imediatos na organização dos mesmos: a mais característica e mais definitiva é a separação de um grupo, seja porque este foge do *feitiço* ou porque o outro o repele. E mesmo quando o *feitiço* não é a explicação – e isto porque já aceitam em alguma medida a *idéia* da doença – recaem sobre os doentes acusações de promiscuidade, o que sempre causará aos acusados dificuldades extras no arranjo matrimonial. Hoje as dores de estômago, rim, cólicas menstruais e intestinais são traduzidas pelos indígenas como dores no fígado e isso lhes traz cotidianamente a lembrança dos últimos acontecimentos, ascende a discórdias e os coloca diariamente sob tensão.

Enquanto a FUNASA permanece nas suas disputas internas, o medo e a quase certeza da morte, se tornaram sentimento comum entre todos os indígenas habitantes do Vale do Javari. Nas conversas por rádio entre os Marubo, os parentes substituíram o tradicional *mia roaserá?* (“você esta bem?”) pelo *mia isintenemará?* (“você não está doente?”). A morte tornou-se um destino do qual devem escapar: se antes eles solicitavam ao visitante que “voltasse logo” (*raya karãtso*), pois iriam ficar com saudade e chorariam muito, agora o fazem alertando-o sobre o risco de uma morte prematura.

Brasília, 3 de junho de 2004

Cronologia das mortes

Número de óbitos por hepatite e síndrome febril íctero-hemorrágica aguda na Terra Indígena Vale do Javari desde junho de 2001

Data	Nome	Etnia	Sexo	Idade	Aldeia	Localização	Causa de morte	Local de óbito
?/06/01	Maria Marques Cruz	Marubo	F	24	Rio Novo	Médio Itui	Síndrome febril íctero hemorrágica aguda	Aldeia
?/06/01	Helena	Marubo	F	17	Rio Novo	Médio Itui	Síndrome febril íctero hemorrágica aguda	Hospital Atalaia do Norte
?06/01	Zilda Marques Cruz	Marubo	F	34	Rio Novo	Médio Itui	Síndrome febril íctero hemorrágica aguda	Aldeia
13/08/02	Amadeus Dionízio Cruz	Marubo	M	6	Rio Novo	Médio Itui	Hepatite B	Aldeia
20/02/03	Liliane	Mayoruna	F	2	Fruta Pão	Médio Curuçá	Hepatite B ¹ aguda	Hospital de Guarnição de Tabatinga
18/04/03	Pedro Kulina	Kulina	M	63	Pedro Lopes	Médio Curuçá	Síndrome febril íctero hemorrágica aguda	Aldeia
20/04/03	Cezar Marques Marubo	Marubo	M	16	Rio Novo	Médio Itui	Hepatite B ¹ fulminante	Hospital de Atalaia do Norte
06/05/03	Diana Dionízio Marubo	Marubo	F	25	Vida Nova	Alto Itui	Síndrome febril íctero hemorrágica aguda	Hospital de Atalaia do Norte
?/06/03	Bona Mayoruna	Mayoruna	F	8 meses	Fruta Pão	Médio Curuçá	Síndrome febril íctero hemorrágica aguda	Aldeia
05/06/03	Silvio Mayoruna	Mayoruna	M	12	Fruta Pão	Médio Curuçá	Síndrome febril íctero hemorrágica aguda e cirrose hepática	Hospital de Guarnição de Tabatinga
22/07/03	Zita Mayoruna	Mayoruna	F	6	Fruta Pão	Médio Curuçá	Síndrome febril íctero hemorrágica aguda	Aldeia

16/08/03	Maria de Fátima Nascimento Cruz	Marubo	F	32	São Sebastião	Médio Curuçá	Síndrome febril íctero hemorrágica aguda	Aldeia
?/Jul/ago/03	Manoel Marubo (marido da Diana Dionízio)	Marubo	M	?	Vida Nova	Alto Ituí	Síndrome febril íctero hemorrágica aguda	Aldeia
26/08/03	Marcos Cruz Nascimento	Marubo	M	32	Vida Nova	Alto Ituí	Síndrome febril íctero hemorrágica aguda	Aldeia
03/10/03	Valdina Barbosa	Marubo	F	18	São Sebastião	Médio Curuçá	Síndrome febril íctero hemorrágica aguda	Aldeia
06/10/03	Amarildo Doles Duarte	Marubo	M	10	São Sebastião	Médio Curuçá	Síndrome febril íctero hemorrágica aguda	Aldeia
24/10/03	Bëux Awaranubu	Matis	M	15	Aurélío	Médio Itui	Hepatite B ¹	Aldeia
08/11/03	Antonio Zacharias Marubo	Marubo	M	25	Maronal	Alto Curuçá	Síndrome febril íctero hemorrágica aguda	Hospital de Cruzeiro do Sul
15/11/03	Nélío Barbosa Duarte	Marubo	M	6	São Sebastião	Médio Curuçá	Hepatite B ¹	Hospital de Guarnição de Tabatinga
22/11/03	Fátima Nascimento Reis	Marubo	F	38	São Sebastião	Médio Curuçá	Síndrome febril íctero hemorrágica aguda	Aldeia
30/12/03	Albertino Kanamari	Kanamari	M	19	Massapé	Alto Itacoai	Síndrome febril íctero hemorrágica aguda	Aldeia São Luís
?/01/04	Juliana	Marubo	F	15	São Sebastião	Médio Curuçá	Síndrome febril íctero hemorrágica aguda	Aldeia

¹ Confirmado laboratorialmente por sorologia e/ou biopsias.

² Não confirmado laboratorialmente, mas com todos os sintomas clínicos de síndrome febril íctero-hemorrágica aguda.

Anexos

Documento 01 – *Estudos Soroepidemiológico das Hepatites B e Delta na População de Doze Municípios do Estado do Acre, Brasil*. Tese de doutorado defendida por Sebastião Viana na Universidade de Brasília. 2003.

Documento 02 – Assistência, Proteção e Saúde, capítulo do *Relatório de Identificação e Delimitação da Terra Indígena Vale do Javari*. GT Portarias nº 174/95 e 158/96, Brasília, maio de 1998.

Documento 03 – Seleção de artigos extraídos de “*Povos Indígenas no Brasil 1991/95*” Instituto Socioambiental, sobre a ocorrência de hepatite B no Vale do Javari.

Documento 04 – *Investigação de três casos de óbito por síndrome febril íctero-hemorrágica aguda em Atalaia do Norte (AM) em 2001*. Fundação de Medicina Tropical do Amazonas. Marcus Vinícius Guimarães de Lacerda.

Documento 05 – *Breve relato sobre mais uma morte na aldeia do Rio Novo*. Centro de Trabalho Indigenista. Elena M. Welper e Hilton S. Nascimento.

Documento 06 – Carta da Coordenação do Centro de Trabalho Indigenista – CTI enviada a Coordenadoria de Saúde da Diretoria de Assistência no dia 2 de setembro de 2002.

Documento 07 – Reunião FUNASA – DSEI Vale do Javari, Atalaia do Norte em: 01/10/2002 – memória redigida por Idnilda Obando de Oliveira.

Documento 08 – Memória da “Reunião de Avaliação das Ações de Vigilância Epidemiológica, Educação em Saúde, Comunicação, Saneamento e Imunização do DSEI Javari” (3 – 7 novembro de 2003) – redigida por Hilton Nascimento.

Documento 09 – Plano de Ação para a Vigilância e Controle das Hepatites Virais no Vale do Javari – FUNASA

Documento 10 – *Povos indígenas do Vale do Javari ameaçados de extinção por epidemia de hepatite*. Nota lançada por Jorge Oliveira Duarte, Coordenador Geral do CIVAJA. Acessado no site www.amazonia.org.br dia 20/01/2004.

Documento 11 - “Hepatite mata índios no Javari: doença já vitimou 15 indígenas nos últimos meses”. A Crítica, Manaus, 20 de janeiro de 2004.

Documento 12 - Nota técnica da FUNASA: Situação epidemiológica do Vale do Javari. Acessado no site www.amazonia.org.br dia 05/05/2004.

Documento 13 – Ata de Reunião da equipe técnica de saúde da FUNASA do DSEI Vale do Javari e Coordenação do CIVAJA no dia 18/05/04.

Documento 01

Estudos Soroepidemiológico das Hepatites B e Delta na População de Doze Municípios do Estado do Acre, Brasil.
Resumo da Tese de doutorado defendida por Sebastião Viana na Universidade de Brasília. 2003.

RESUMO

O estudo de soroprevalência das hepatites B e Delta foi realizado no Estado do Acre, Amazônia Ocidental brasileira, onde o VHD está associado a formas severas de hepatite fulminante de transmissão intrafamiliar em áreas de florestas ribeirinhas. A ocorrência desses casos está restrita a algumas áreas do Estado do Acre, onde também se encontram, com frequência, casos de cirrose e carcinoma hepatocelular associado ao VHB e VHD.

Objetivos: investigar a infecção pelo VHB e VHD em amostra representativa da população do Estado, incluindo residentes da área rural.

Metodologia: com base nessas observações, realizou-se estudo seccional, com a coleta de amostras de soro após o preenchimento de questionário epidemiológico. Os marcadores sorológicos foram realizados pela técnica ELISA, e a genotipagem do VHB foi realizada pelo seqüenciamento da região S.

Resultados: das 2.695 pessoas estudadas, 89 (3,3%) foram positivas para o AgHBs, enquanto 1.628 (60,4%) foram positivas para o anti-HBc. Em 61 pacientes, os resultados sorológicos não foram conclusivos. Do total da amostra, 47 (1,7%) foram positivas para o anti-VHD total. A presença do anti-VHD esteve associada a: 1) maior faixa etária; 2) sexo masculino; 3) menor grau de escolaridade; 4) passado de malária; 5) história pregressa de hepatite aguda; 6) tatuagem; 7) etnia ameríndia. Os genótipos do VHB mais encontrados foram o A e o F com os subtipos adw2 e adw4.

Conclusão: o estudo demonstra que há elevada prevalência da infecção pelo VHB e VHD na Amazônia Ocidental, onde predominam os genótipos A e F do VHB. Estudos futuros devem ser dirigidos para melhor identificar os aspectos epidemiológicos e virológicos e propor estratégias de prevenção para o VHB e o VHD na área hiperendêmica, principalmente no tocante à população ameríndia.

Palavras-chave: 1. vírus da hepatite Delta (VHD); 2. vírus da hepatite B (VHB); 3. Acre; 4. Amazônia; 5. estudo soropidemiológico.

Documento 02

Assistência, Proteção e Saúde, capítulo do *Relatório de Identificação e Delimitação da Terra Indígena Vale do Javari*.
GT Portarias nº 174/95 e 158/96, Brasília, maio de 1998.



Fundação Nacional do Índio
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

proferidos pela população envolvente, que nesses conflitos, os seringueiros e madeireiros revidam, atirando com arma de fogo nos indígenas"¹³.

V.3. Assistência, Proteção e Saúde

O grande isolamento geográfico e a descontinuidade na assistência por parte dos órgãos responsáveis refletem-se no desamparo em que têm vivido os povos indígenas do Vale do Javari. Isto se evidenciou durante as viagens de levantamento realizadas por este GT, verificando-se então a falta de assistência e apoio que atinge de modo geral quase todas as aldeias dessa área. Os únicos locais onde a FUNAI manteve uma presença permanente, ainda que momentânea, foram o PIN Lobo e aldeia Trinta e Um, com três servidores e duas enfermeiras, e os PINs Curuçá e Maronal, com três auxiliares-índios. Um funcionário e uma professora da ADR que encontramos praticamente recém-chegados ao PIN Massapê, desceram logo depois de nossa passagem, permanecendo na cidade de Atalaia do Norte. No PIN Ituí, o único funcionário responsável era um índio Marúbo da aldeia Rio Novo de Cima; um índio Karajá auxiliar de enfermagem, com quem chegamos conjuntamente na aldeia Matís, retornou à Atalaia do Norte pouco depois de nossa saída daquela área. Nas aldeias Irari, dos Kanamarí, Campina, dos Kulína (Pano), e ainda Lameirão e São Raimundo, dos Mayorúna, notava-se a ausência de qualquer pessoa além dos membros das próprias comunidades indígenas. Na aldeia São Luiz, dos Kanamarí, havia apenas um professor municipal pago pela Prefeitura de Atalaia do Norte. Nessa época, uma dura epidemia de hepatite associada com malária abatia-se sobre os índios do baixo Javari, ressentindo-se eles, evidentemente, dessa falta de auxílio. Na aldeia Vida Nova, os Marúbo continuam a ser assistidos unicamente pelos membros da Missão Novas Tribos do Brasil. Os Kanamarí da aldeia Queimado, que anteriormente contavam com alguma assistência por parte dos membros da OPAN, já há muitos anos estavam abandonados à seus próprios recursos.

O desaparecimento da FUNAI no Vale do Javari é imenso. No PIN Ituí, o rádio do posto escutava mas não transmitia; um motor de centro da comunidade indígena tinha sido levado pelos funcionários da ADR, para conserto; um motor de popa estava sem uso devido à perda da palheta; o motor de luz não era ligado por falta de combustível. A escola do Posto, grande e bem feita, construída pelos Matís, não tinha professor. Em suas necessidades, eram os índios obrigados a descer o rio "pegando passagem" com madeireiros e regatões. Nos PINs Curuçá e Maronal, os respectivos rádios estavam sem uso, com defeito. A implantação neste último Posto de uma outra base da MNTB, no início de 1995, proporcionou ao Maronal comunicação radiofônica regular, ensino escolar bilíngüe e

¹³ Costa, Santos & Coelho, *op. cit.*

*Relatório de Identificação e delimitação da Terra
Índígena Vale do Javari.*

GT Portarias nº 174/95 e 158/96

Brasil, maio de 1998



Fundação Nacional do Índio
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

algum atendimento à saúde. Ainda assim, deve-se constatar que a FUNAI é o agente de contato responsável pela introdução do maior número de mudanças sócio-culturais entre os povos indígenas do Vale do Javari. O longo convívio que os servidores do órgão têm com os índios, ainda que intermitente, facilita essa absorção de inovações, que são, o mais das vezes, claramente estimuladas pelos funcionários da ADR/ATN.

A crônica falta de apoio sentida pelos índios do Javari é responsável pela preocupação expressa por alguns deles com a intenção da FUNAI de, após a demarcação da terra indígena, "fechar o rio" aos ocupantes não índios. Esses regionais são a quem, na omissão do órgão indigenista, têm os índios por vezes recorrido para obtenção de artigos industrializados e escoamento de sua produção econômica. De fato, na ausência do atendimento às necessidades básicas de comunicação, comércio e transporte dos Postos Indígenas, o que se tem assistido é o estímulo à frequência com que os índios são obrigados a descer dos altos rios para as cidades de Atalaia do Norte e Benjamin Constant.

A efetiva proteção às comunidades indígenas do Javari deve começar pelo resguardo da integridade física tanto dos grupos arredios quanto dos grupos em contato, que se vêem em meio às coações, conflitos e violências comuns, de certa forma, nas situações de contato interétnico¹⁴. Implica também no amparo dessas populações com um atendimento médico permanente e especializado.

No que diz respeito à saúde, deve-se uma consideração especial à situação dos grupos arredios e recém-contatados. Continuamos demonstrando quase nenhuma atenção às características dos sistemas imunológicos e à fragilidade dessas populações nativas às doenças que lhes são transmitidas pelo contato. Todo o processo de localização, atração e contato com os grupos isolados permanece sendo realizado sem uma articulação definida com as considerações de ordem sanitária (ou seja, quais as estratégias e condutas capazes de evitar ou minorar as perdas demográficas decorrentes do processo de atração e contato). Além disso, a assistência à saúde dos grupos recém-contatados continua sendo realizada em conjunto e quase sem distinção com a dos demais grupos, quando deve justificadamente receber uma atenção especial por parte dos órgãos de assistência.

Quanto aos grupos em contato, a discussão diz respeito ao atendimento básico e ao controle de moléstias, tanto as de cunho endêmico quanto epidemiológico. O relatório encaminhado à Presidência da FUNAI em 18.07.95 pelo farmacêutico-bioquímico José Pereira Gondim mencionava a presença de "verminoses, infecção intestinal e urinária, tuberculose, hanseníase, oncocercose, leishmaniose, gonorréia, filariose, anemia, hepatite-B e muitas outras nosologias" que agrediam as comunidades da área do Vale do Javari¹⁵. Dos 178 exames realizados por este farmacêutico entre março e maio de 1995, 103 revelaram-se positivos com respeito a filariose, o que fez que o mesmo observasse:

¹⁴ Os Kanamari da aldeia Queimado, por exemplo, tiveram sucessivamente em 1995 alterações com ribeirinhos vizinhos por conta da localização da "Placa" indicativa dos limites da área interdita; com funcionários da SUCAM, por conta da indevida coleta de bichos de casco e pesca do pirarucu promovida por estes no alto Jutai; e finalmente com madeireiros que participavam de uma festa na aldeia, tendo sido esfaqueado um não índio presente. Cerca de um ano e meio antes de nossa passagem pelo PIN Massapé, um Kanamari dessa aldeia que trabalhava com regionais e madeireiros no rio das Pedras foi assassinado pelos trabalhadores de sua turma no local de trabalho. De acordo com o Memo nº 002/SAI/ADR/ATN/97, em 16.03.97 a Casa do Índio de Atalaia do Norte foi invadida por um morador da cidade, sendo estuprada na ocasião uma índia Matis que ali se encontrava em tratamento de saúde.

¹⁵ Gondim, 1995.



Fundação Nacional do Índio
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

"O grande número de portadores de filariose (62% na Comunidade Massapê), observado em todas as aldeias, onde os pacientes apresentam um quadro clínico semelhante ao da malária, deixa bem claro a necessidade de reciclagem dos microscopistas e redimensionar as atividades, pois nem toda febre, apesar de acontecerem em área endêmica, pode ou deve estar, obrigatoriamente, ligada a malária"¹⁶.

Sobre a incidência de hepatite B e malária entre os índios do Javari há um relatório de autoria do então Chefe do Departamento de Saúde da FUNAI, Dr. Rômulo C. S. Moura, que afirma:

"Desde julho de 1993 tem sido divulgada a ocorrência de óbitos por doença icterica aguda no Vale do Javari acometendo, principalmente, as populações indígenas. Tais óbitos têm sido atribuídos à hepatite B pelos profissionais de saúde e população locais, e à malária pelas equipes que realizaram as investigações epidemiológicas na área.

Após denúncia pela imprensa de surto de doença icterica aguda com óbitos atribuídos à hepatite entre indígenas do Vale do Javari, uma equipe do CENEPI/MS realizou investigação epidemiológica na área e concluiu tratar-se de malária.

Entretanto, os testes sorológicos realizados demonstravam que a área era hiperendêmica para o vírus da hepatite B e Delta. Apenas 18,4% da população estava imunizada pela vacina, 21% é portadora do vírus da hepatite B, 66,5% apresentavam imunidade adquirida pelo contato com o vírus B e 32% com o vírus D. Portanto, é bastante provável que desde esta época venha ocorrendo microsurto de hepatite fulminante em meio a uma alta incidência de malária.

A área indígena do Vale do Javari é endêmica de malária há várias décadas. Entretanto, há mais de 10 anos a doença estava controlada na área. A sua ocorrência restringia-se apenas a poucos casos de malária vivax por ano. A introdução do P. falciparum e a exacerbação da endemicidade da malária passou a ocorrer a partir de 1992. Este agravamento do problema tem sido atribuído à intensificação da atividade madeireira na área indígena, e ao incremento da população ribeirinha peruana nas margens do rio Javari.

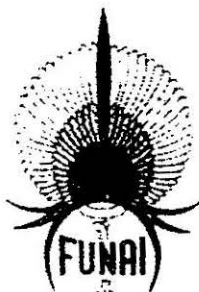
No segundo semestre de 1994 houve um grande surto de malária com predomínio do P. Falciparum que resultou em centenas de casos e 19 óbitos"¹⁷.

Embora houvessem notícias sobre a incidência de hepatite entre os índios do Javari desde 1992/93¹⁸, o grande contágio ocorreu em 1995, quando a Unidade de Saúde de Atalaia do Norte comunica à SESAU a ocorrência de 23 casos de pacientes com hepatite B. Os registros oficialmente aceitos pela FUNAI comprovam sete óbitos, ocorridos em 23 de fevereiro, 09, 10, 13 e 24 de março, e 07 e 11 de maio de 1995, dos quais seis foram índios Mayorúna e um Kanamarí. Mas, de acordo com o relato dos índios e dos funcionários locais da ADR/ATN, contaram-se às dezenas os casos de óbitos

¹⁶ Ibidem.

¹⁷ Moura, 1995:1-2.

¹⁸ Castilho & Moraes (1993).



Fundação Nacional do Índio
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

nesse período, que ocorreram principalmente entre os Mayorúna das aldeias Lameirão, São Raimundo e Paraíso, e entre os Kanamarí das aldeias São Luiz e Irari.

Quanto as ações desenvolvidas e sua eficácia final, também é ilustrativo o seguinte trecho do relatório já citado:

"Dentre os óbitos sugestivos de hepatite, apenas 1 não tinha registro de vacinação anti-hepatite B prévia e 1 recebeu apenas uma dose 6 meses antes do óbito. Os 3 demais haviam recebido pelo menos 2 doses de vacina, entretanto com intervalo superior a 10 meses entre as doses. Um deles, o Teixeira, recebeu a segunda dose da vacina 1 mês antes de falecer.

Foram realizadas campanhas de vacinação contra hepatite B e febre amarela em novembro/94 e abril/95. A cobertura atual é bastante ampla, 90,1% da população geral já tomou um ou mais doses da vacina anti-hepatite B. 40,0% tem as 3 doses. Apenas as aldeias Todos os Santos, Rio Novo e Massapê apresentam cobertura vacinal inferior a 80%.

Entretanto, nenhuma pessoa recebeu as doses de vacina com o período de tempo mais adequado, ou seja, a 2ª dose 30 dias após a 1ª e a 3ª, 6 meses após a mesma. Por questões operacionais, as doses da vacina anti-hepatite B na Amazônia tem sido administradas com periodicidade anual, na ocasião das campanhas nacionais. Isto pode estar comprometendo o desenvolvimento de níveis protetores de anticorpos e a eficácia da vacina"¹⁹.

Deixa muito a desejar, igualmente, o atendimento básico à saúde indígena realizado nas aldeias do Vale do Javari. Frequentemente, por simples desleixo em relação às regras básicas de higiene do material em que são administrados os medicamentos, a própria farmácia do Posto Indígena passa a estimular o contágio interpessoal. Por outro lado, há uma transposição para os remédios alopáticos de atitudes culturais desenvolvidas pelas comunidades mais propriamente para seus próprios remédios nativos. Sintomas como gripe, tosse e febre são tratados como se fossem a própria enfermidade, para a qual sempre se espera algum alívio imediato pela ingestão de substâncias alopáticas. A administração maciça e/ou inadequada de antibióticos que muitas vezes se constata acaba ao final por enfraquecer o sistema imunológico indígena, criando resistência contra as moléstias que deveria combater.

Assistência adequada e contínua à saúde é uma das principais necessidades, quando não a principal reivindicação atual, além da demarcação da área, das comunidades indígenas do Vale do Javari.

¹⁹ Moura, *op. cit.*:4.

Documento 03

Seleção de artigos extraídos de “*Povos Indígenas no Brasil 1991/95*” Instituto Socioambiental, sobre a ocorrência de hepatite B no Vale do Javari.

Seleção de artigos sobre ocorrência de hepatite B no Vale do Javari

POVOS INDÍGENAS NO BRASIL 1991/95 - INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL

EXTRAÇÃO DE MADEIRA AGRAVA SURTO DE EPIDEMIAS

O coordenador do Civaça redigiu uma nota para a imprensa, assinada no dia 17/08/94, denunciando o péssimo atendimento de saúde oferecido aos índios do vale do Javari. Segundo a nota, entre julho e agosto de 1994 a ocorrência de malária e hepatite B matou 12 índios entre a faixa de 0 a 10 anos. O grave é que as mortes ocorreram nos hospitais de Atalaia do Norte e Tabatinga. "No momento temos 52 índios com malária na Casa do Índio de Atalaia do Norte, das tribos Marubo, Matsé, Kanamari e Kulina. Também a Casa do Índio se encontra com falta de alimentação e limpeza constante, da parte dos responsáveis. Gostaríamos que a Coiab e o Cimi conseguissem remédios para nós do vale do Javari, enviasse rapidamente aqui. As pessoas não agüentam e o falciparum que vem atacando nesses últimos 30 dias causa uma morte rápida.

Queremos uma equipe realmente completa. A consequência dessas doenças dá-se com o fato de ter muita madeira cortada, e ingente (sic) que apodreceu toda as suas folhas causando assim uma sujeira muito grande para a produção de mais mosquitos causadores das doenças."

Atalaia do Norte, 17/08/94. (Nota para Imprensa, assinada por Darcy Duarte Comapa, coordenador do Civaça)

ÍNDIOS OCUPAM POSTO DA FUNAI EM ATALAIA DO NORTE

Cem Marubos armados de flechas e pintados para a guerra ocuparam as instalações da Funai, em Atalaia do Norte (AM), na fronteira com o Peru, e expulsaram o administrador interino do órgão, Ricardo Gaspar Resk. A ação dos índios, que começou na última sexta-feira, foi um protesto pelo afastamento do ex-administrador Orlando Melgueiros Baré, também índio, determinado semana passada pela Presidência da Funai, em Brasília. Os Marubo prometeram desocupar hoje o prédio da Funai, com a chegada do novo administrador interino, João Melo Farias.

Segundo o administrador do órgão em Manaus, Raimundo Catarino Serejo, Orlando Melgueiros Baré foi envolvido por uma disputa interna entre servidores de Atalaia do Norte. "Ele priorizou o trabalho de campo junto do Javari e se desgastou com os funcionários de Atalaia do Norte", revelou Serejo, informando que a disputa resultou numa sindicância e afastamento temporário do administrador. Há um ano no cargo, Baré concentrou seus esforços em tentar erradicar seguidos surtos de malária e hepatite entre os índios. A tarefa de campo rendeu ao próprio ex-administrador uma hepatite e três malárias. (JB, 19/06/95)

CIVAÇA DENUNCIA SITUAÇÃO PRECÁRIA DE SAÚDE

O Conselho Indígena do Vale do Javari divulgou uma nota para a imprensa, em 15/05/95, denunciando a morte de mais um Matsé, com suspeita de hepatite B. Esta seria a quarta pessoa que morre num período de quinze dias. Segundo a nota, 28 índios estão em estado grave (malária e hepatite A e B) na Casa do Índio de Atalaia do Norte, três índios hospitalizados em estado de coma terminal, um na Casa do Índio de Manaus e dois em tratamento médico em São Paulo. "...a Funai de Atalaia do Norte apenas assiste passivamente as mortes dos nossos parentes e tem se omitido a comprar medicamentos necessários para os devidos tratamentos, mesmo sabendo que o Departamento de Saúde em Brasília tem liberado recursos para a compra desses medicamentos...", diz a nota. (PIB/CEDI a partir da Nota do Civaça, enviada por Alternex em 18/05/95).

A QUESTÃO DA SAÚDE NO VALE DO JAVARI

A análise do quadro epidemiológico encontrado nas comunidades indígenas do vale do Javari, nos últimos cinco anos, revela que o índice de doenças infecciosas e respiratórias agudas tem aumentado. As principais doenças que atingiram os povos do Javari foram a malária, leishmaniose, hepatite, tuberculose, coqueluche e cólera. A verminose é comum em todas as aldeias. Foi notificado o caso de uma criança com sete tipos distintos de vermes. E observada uma recrudescência da malária, com a agravante constatação da presença de malária do tipo *falsiparum* que não existia na região anteriormente.

As aldeias que mais foram assoladas são aquelas localizadas na beira dos rios Javari e Curuçá, mais precisamente, as aldeias do Lameirão, São Raimundo, São Luís, Iari e a aldeia do Posto Velho, então localizada no rio Curuçá, acima da boca do rio Pardo.

Faz-se necessário aqui revelar detalhadamente os problemas de saúde que afetaram os povos do Javari, matando vários índios, homens, mulheres e crianças, e criando em determinados momentos, uma situação desesperadora para a população da região:

Cólera - Em 1991, a cólera se manifestou na região do alto Solimões atingindo inicialmente várias pessoas das cidades de Tabatinga e Benjamin Constant. Em setembro de 91, três Matsigenka morreram de cólera e 12 outros foram contaminados nas proximidades da vila militar de Estirão do Equador. No sentido de evitar o alastramento do cólera no vale do Javari, foi feito um trabalho preventivo com o apoio da organização Médicos Sem Fronteira Internacional, em todos os rios do vale do Javari.

Coqueluche - No mês de agosto de 91, uma epidemia de coqueluche assolou a aldeia do PLA-Curuçá, onde 420 Matsigenka contraíram a doença, sendo que sete crianças vieram a falecer.

Malária - Um novo surto de malária tomou conta do vale do Javari em 94. Nos meses de janeiro e setembro, foram constatados 1.615 casos, sendo 1.008 de *plasmodium vivax* e 607 de *falsiparum*, provocando a morte de 19 índios, principalmente das etnias Matsigenka, Kanamari e Marubo. Pela primeira vez pôde ser constatada a presença de malária do tipo *falsiparum* na região.

Devido ao surto de malária que afetou a região, no município de Atalaia do Norte foi decretado estado de calamidade pública, pois o hospital já não mais comportava doentes, além de não possuir recursos para atender a situação.

Foram necessárias diversas denúncias e uma ampla divulgação na imprensa para que as autoridades sanitárias se mobilizassem e estruturassem um plano emergencial de controle da malária, através de uma missão aérea com a duração de 21 dias, entre os meses de setembro e outubro de 94.

Acreditamos que a malária está se tornando epidêmica no vale do Javari por causa da penetração dos madeireiros nas terras indígenas, que circulam pelos diversos rios do vale e, principalmente, pela paralisação praticamente completa da borrifação, até então realizada pela extinta Sucam. Além disso, há falta de medicamentos específicos para o tratamento da malária, bem como para outras doenças.

Em função deste surto, o Civaia e a Coiab se mobilizaram conjuntamente com a equipe de Pastoral Indigenista no sentido de estruturar um projeto emergencial para o atendimento da malária. Desta primeira iniciativa, surgiu um projeto de formação a mais longo prazo, em parceria com a entidade Médicos Sem Fronteira da Holanda, visando a formação de microscopistas indígenas. Isto proporcionar

ará uma garantia adicional para o diagnóstico apropriado da malária e seu tratamento precoce, evitando casos graves e o aumento da mortalidade entre a população. O mesmo projeto já em fase de implantação prevê ainda um apoio estrutural nos pontos estratégicos e de referência localizados próximos à área. Prevê-se neste sentido a reforma da Casa do Índio em Atalaia do Norte e o reparo do barco da Diocese que fornece assistência na área.



Índios do Javari no Curso de Prevenção e Tratamento do Cólera, em Benjamin Constant.

Hepatite - Entre os dias 14 e 25 de junho de 93, uma equipe conjunta da FNS e da Pastoral Indigenista realizou uma viagem na área com o intuito de fazer uma investigação epidemiológica, em função de uma denúncia de surto de hepatite viral em comunidades indígenas desta região do Javari. Como conclusão deste trabalho, pode-se dizer que do ponto de vista epidemiológico, está havendo problemas nas aldeias indígenas envolvidas com malária. Quanto à hipótese de estar havendo hepatite por vírus, com óbitos, encontrou-se relato apenas na aldeia Trinta e Um, ocorrido em novembro de 92. Nota-se que as populações apresentam pelo menos duas doses de vacina contra o vírus da hepatite tipo B. Observa-se que se trata de área endêmica para os vírus das hepatites tipo A, B e D, observação esta que certamente deverá ser confirmada com o estudo sorológico dos espécimes de sangue coletados nas diversas populações avaliadas.

Em maio de 95, essa constatação revelou-se verdadeira com a manifestação de um surto de hepatite B e D na aldeia do Lameirão em que vivem os Malsé, no baixo rio Javari, provocando a morte de seis índios. Segundo informações repassadas por técnicos da FNS, pelo menos outros dez Malsé já estão condenados por serem portadores do vírus.

Técnicos já manifestaram a preocupação de que a não administração da terceira dose da vacina nos membros da aldeia Lameirão pode ser a causa dessas mortes.

Atuação no campo da saúde

A maior presença nesse campo, se deu através da parceria interinstitucional entre a Pastoral Indigenista, da Diocese do Alto Solimões e a FNS e, a partir de 94, com a Médicos Sem Fronteira.

As principais atividades foram no sentido de realizar a vacinação dos índios, a formação e supervisão dos agentes de saúde indígenas, e com a MSF, a formação dos agentes microscopistas.

O maior problema se deve de fato à descontinuidade das ações governamentais no campo da saúde, que concentram os esforços de vacinação e atendimento apenas quando se manifestam situações graves. O caso da hepatite B é revelador da incompetência e desinteresse das autoridades sanitárias.

Entre os dias 22 e 23 de junho de 93, aconteceu um encontro que contou com a participação de diversas instituições da saúde, no intuito de estabelecer as bases de um Distrito Sanitário no vale do Javari que funcionaria a partir das seguintes disposições:

- o hospital de Benjamin Constant serviria como ponto de referência do Distrito Sanitário;

- seriam estruturados postos de vigilância para proteger as áreas dos diversos grupos indígenas isolados da região;

- seriam ainda instalados cinco postos sanitários ambulatoriais em pontos estratégicos no vale do Javari;

- haveria uma infra-estrutura adequada com barcos, canoas com motores de popa de 15 HP etc...

Infelizmente, tal proposta, oriunda das decisões estabelecidas nas Conferências Nacionais de Saúde e nos Conselhos Regionais de Saúde em 91/92, ficou nas intenções, uma vez que o governo, através do Decreto 1141, modificou as responsabilidades no campo da saúde e as atribuições da FNS ficaram restritas à vacinação e ao trato das doenças epidemiológicas.

Formação de agentes de saúde indígena

A formação de agentes de saúde indígena se deu inicialmente em 91 na tentativa de combater o cólera no Javari, sendo proporcionada pela FNS. Vários índios de diversas etnias foram treinados para a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença.

Em junho de 93, um primeiro treinamento foi ministrado na aldeia do Lameirão pela FNS, em que participaram doze índios das etnias Marubo, Malsé e Kanamari, favorecendo e fortalecendo sua autonomia como promotores da saúde, buscando valorizar o sistema de saúde tradicional indígena e complementando-o com procedimentos da medicina do branco, respeitando a diversidade étnica. Os assuntos estudados foram: o papel e as funções do Agente Indígena de Saúde - AIS; alimentação e cuidados com o meio ambiente; doenças diarreicas e parasitárias; doenças respiratórias e infecto-contagiosas. A parte prática do curso consistiu no aprimoramento de dosagem de medicamentos, preparação de remédios tradicionais e os procedimentos para com as vítimas da malária.

Em abril de 94, aconteceu o II Treinamento para os Agentes Indígenas de Saúde do vale do Javari no Centro Universitário em Benjamin Constant. Participaram desta vez 14 índios das etnias Marubo, Malsé, Kanamari e Kulina e ainda oito atendentes de enfermagem da Funai. A principal finalidade do curso foi de dar continuidade ao processo dos agentes e treinar os atendentes da Funai em coleta e leitura de lâminas, bem como no tratamento da malária.

Diante da difícil situação de saúde no vale do Javari devido à malária, em 94, como foi visto, iniciou-se o programa de formação de agentes indígenas como microscopistas. Entre os meses de maio a junho de 95, doze índios realizaram esse curso no Campus Universitário da cidade de Benjamin Constant que foi ministrado por um médico e uma laboratorista do MSF com o apoio da Pastoral Indigenista.

Documento 04

Investigação de três casos de óbito por síndrome febril ictero-hemorrágica aguda em Atalaia do Norte (AM) em 2001.
Fundação de Medicina Tropical do Amazonas. Marcus Vinícius
Guimarães de Lacerda.



Para: FUNASA/Manaus

De: FMT/MT-AM

Cc: SUSAM

Data: 17/7/2002

Ref: Investigação de três casos de óbito por síndrome febril íctero-hemorrágica aguda em Atalaia do Norte (AM) em 2001

Em julho de 2001, fui solicitado a investigar três casos de óbito ocorridos na Aldeia Rio Novo (Nação Marubo), no município de Atalaia do Norte. Lá chegando, pude apenas constatar que três indígenas do sexo feminino haviam falecido com Síndrome Febril Íctero-Hemorrágica Aguda (SFIHA), segundo relatos colhidos dos familiares e contactantes. Não tínhamos qualquer material biológico das pacientes que foram a óbito e, portanto, trouxemos daquela aldeia amostras de soro de 64 habitantes, a fim de se fazer a sorologia para febre amarela (IgG) e hepatite B, já que apenas estas duas doenças são, ao mesmo tempo, causadoras de SFIHA e passíveis de prevenção específica com vacina de alta eficácia.

A conclusão final foi de causa de óbito indeterminada, por insuficiência de dados. Sugeriu-se, em relatório provisório, entregue à FUNASA/Manaus naquele mesmo mês, possível causa exógena (envenenamento), tendo em vista a ocorrência dos casos dentro de uma mesma família e a conturbada relação com aldeias próximas.

Recentemente, recebemos os resultados da análise sorológica das amostras coletadas, com as seguintes conclusões (*nas listas de Resultados*

Resultados das análises de IgG das amostras para Febre Amarela dos pacientes da Área Indig

AMOSTRAS	Captura	IHA	EIA
1 A1	Positivo	1/20	Positivo
1 A3	Positivo	1/20	Negativo
1 A4	Positivo	1/20	Positivo
1 B1	Positivo	< 10	Positivo
1 B3	Positivo	1/80	Negativo
1 B4	Positivo	1/20	Positivo
1 C1	Negativo	< 10	Negativo
1 D1	Negativo	1/10	Positivo
1 D2	Negativo	1/20	Positivo
1 E1	Positivo	1/40	Positivo
1 E2	Positivo	1/10	Negativo
1 E3	Positivo	1/10	Positivo
1 F1	Positivo	1/80	Positivo
1 F3	Positivo	< 10	Negativo
1 G1	Positivo	1/40	Positivo
1 G3	Positivo	1/10	Negativo
1 G4	Positivo	1/10	Positivo
1 G5	Positivo	1/20	Negativo
1 H1	Positivo	1/10	Positivo
1 I1	Positivo	1/160	Positivo
1 I2	Positivo	1/10	Negativo
1 J1	Positivo	1/10	Negativo
1 J2	Negativo	< 10	Negativo
1 J3	Negativo	< 10	Negativo
4 A1	Negativo	1/80	Positivo
4 A2	Positivo	1/20	Positivo
4 A3	Positivo	1/10	Positivo
4 A4	Positivo	< 10	Positivo
4 A5	Positivo	< 10	Negativo
4 B3	Positivo	1/80	Positivo
4 B4	Positivo	1/10	Positivo
4 B5	Positivo	1/20	Positivo
4 B6	Positivo	1/10	Positivo
4 B2	Positivo	1/80	Positivo
4 C1	Positivo	1/20	Positivo
4 C2	Positivo	1/10	Negativo
2 A1	Positivo	1/20	Positivo
2 A2	Positivo	1/160	Positivo
2 A4	Negativo	1/10	Positivo
2 A5	Negativo	1/80	Positivo
2 A6	Positivo	1/10	Negativo
2 B1	Positivo	1/160	Positivo
2 B2	Positivo	1/160	Positivo
2 B4	Positivo	< 10	Negativo
2 C1	Positivo	1/40	Positivo
2 C2	Positivo	1/10	Negativo
2 D1	Positivo	1/40	Positivo
2 D2	Positivo	1/80	Positivo
2 E1	Positivo	1/40	Positivo

2 E2	Positivo	< 10	Positivo
2 E4	Positivo	1/10	Negativo
2 F1	Positivo	1/40	Positivo
2 F2	Positivo	1/40	Positivo
2 G1	Positivo	1/10	Positivo
2 G2	Negativo	1/10	Positivo
2 G3	Negativo	1/10	Negativo
2 G4	Negativo	< 10	Positivo
2 G5	Negativo	< 10	Negativo
2 H1	Positivo	1/40	Negativo
2 H2	Positivo	< 10	Negativo
2 I1	Positivo	1/20	Positivo
2 I2	Positivo	1/10	Positivo
2 I4	Positivo	1/10	Negativo
2 I5	Positivo	1/10	Negativo

IHA = Inibição da Hemaglutinação

EIA = ELISA de Inibição

Obs: em IHA considera-se negativo soros com diluição inferior a 1/10 e, em Captura e EIA considera-se negativo soros com diluição inferior 1/20

Sorológicos, os códigos se referem ao número da maloca, família e indivíduo, nesta ordem, de acordo com cadastro familiar da Aldeia Rio Novo de 19.06.01):

1. A sorologia para febre amarela (IgG) foi negativa em cinco pacientes, utilizando-se três técnicas sorológicas distintas (ELISA de captura, Inibição da hemaglutinação e ELISA de inibição) que, no seu conjunto, proporcionam grande sensibilidade e especificidade;
2. A sorologia para hepatite B foi positiva na maioria dos pacientes (*anti-HBc total* positivo), com dez deles apresentando também *HBsAg* positivo (indicativo de portador crônico do vírus da hepatite B), associado à sorologia positiva para vírus da hepatite D (*anti-HD total*).

Apesar de virtual vacinação universal (de acordo com Mapa de Vacinação do PNI da área indígena), muitos indígenas ainda apresentam-se sem títulos protetores de anticorpos contra o vírus amarelíco. Questiona-se aqui o transporte da rede de frios e a própria imunidade do indígena, contribuindo para a ausência de soroconversão. Os mesmos devem ser re-vacinados, tendo em vista habitarem em área com possibilidade de febre amarela silvestre.

Quanto à alta positividade para hepatite B e delta, não se tem notícia do município de Atalaia do Norte como área de alta endemicidade para estes dois vírus, especialmente em indígenas. Tendo em vista este novo achado, questionamos a *causa mortis* dos óbitos investigados naquele município como exógena. A chance de que tenham ocorrido por hepatite fulminante por super-infecção pelo vírus delta é alta, considerando a prevalência da infecção nos contactantes. Os mecanismos de transmissão desta doença de comportamento altamente agressivo ainda são desconhecidos e a única medida de controle constitui-se na vacinação contra a hepatite B, já que a hepatite delta só se desenvolve na presença da infecção pelo vírus B.

A partir do exposto, sugerimos vacinação maciça da população do vale do Rio Javari e seguimento dos pacientes sabidamente infectados, pois têm grande chance de desenvolver hepatite crônica.

Colocamo-nos à inteira disposição para quaisquer esclarecimentos e planejamento de medidas de controle. Sentimos pela demora na liberação dos resultados, mas temos grande demanda de exames em nosso Laboratório de Virologia.

Atenciosamente,



Marcus Vinícius Guimarães da Lacerda

Médico-Pesquisador da Gerência de Malária da Fundação de Medicina Tropical
do Amazonas

CADASTRO FAMILIAR DA ALDEIA RIO NOVO
Em 19.06.01

1. Maloca do Mário (AIS Daniel)

família A	1 - Mario Fco. Cruz (Kanimpa)	M	marido	66
	2 - Neuze Sadi da Silva (Paniud)	F	2ª esposa	37
	3 - Adilson Mario da Silva (Malampa)	M	filho	21
	4 - Henrique Mario da Silva (Uani)	M	filho	16

família B	1 - Alzira Sadi da Silva (Vinlua)	F	1ª esposa	60
	2 - Guimar Mario da Silva (Sói)	M	filho	15
	3 - Tiago Mario da Silva (Mäke)	M	filho	09

família C	1 - Luzia Mario da Silva (Mala)	F	mãe	17
	2 - Aline Estefani (Rami)	F	filha	07

família D	1 - Renaldo Mario da Silva (Vinampa)	M	marido	20
	2 - Marta Dionísio Cruz (Shitá)	F	esposa	19

família E	1 - Daniel Mario da Silva (Vimi)	M	marido	33
	2 - Marilda Domingos do Stos. (Tamäua)	F	esposa	28
	3 - Raquel Domingos da Silva	F	filha	09
	4 - Daniela Domingos da Silva (Wika)	F	filha	05
	5 - Angelica Domingos da Silva (Käma)	F	filha	02

família F	1 - Aldenel Mario da Silva (Vimpa)	M	marido	27
	2 - Maria Marques da Silva (Machi)	F	esposa	24
	3 - Edson Marques da Silva (Sindá)	M	filho	06

família G	1 - Maria Amélio da Silva (Rave)	F	mãe	64
	2 - Nonato Sadi da Silva (Maninpapá)	M	filho	44
	3 - Fernando Cruz da Silva (Mani)	M	filho	14
	4 - Valdecir Cruz da Silva (Shama)	M	filho	11
	5 - Gardene Cruz da Silva (Cóa)	M	filho	10

família H	1 - Liliã Cruz da Silva (Peko)	F	mãe	17
	2 - Liliã Cruz da Silva (wana)	F	filha	2m

família I	1 - Samuel Domingos Doles (Vutempa)	M	marido	32
	2 - Angela Dionísio (Mala)	F	2ª esposa	16
	3 - Nadlene Dionísio (Vore)	F	filha	9m

Família J	1 - Marizete Dionísio da Silva (Vâne)	F	1ª esposa	23
	2 - Sivério Dionísio Cruz (Pei)	M	filho	09
	3 - Amadeus Dionísio Cruz (Uani)	M	filho	06

Família L	1 - Francisco Cruz (Nashimpa)	M	marido	28
	2 - Juliana (peko)	F	esposa	?
	3 - Adriana (Marshé)	F	filha	6m

2. Maloca do Joaquim (AIS Samuel)

Família A	1 - Joaquim Francisco Cruz (Mainpapa)	M	marido	73
	2 - Maria Magico Cruz (Kinvaia)	F	esposa	60
	3 - Manoel Joaquim Cruz (Mai)	M	filho	17
	4 - Fátima Joaquim Cruz (Metoniua)	F	filha	20
	5 - Josemar Joaquim Cruz (Mantsha)	M	filho	10
	6 - Mônica Pisango (Meto)	F	filha	05

Família B	1 - Mildi Magico Cruz (Kamãlua)	F	mãe	60
	2 - Luciano Nascimento Cruz (Tempa)	M	filho	20
	3 - Alexandre Nascimento Cruz (Wimi)	M	filho	09
	4 - Rosaneia Pisango (Iove)	F	filho	07

Família C	1 - Alice Nascimento Cruz (Vô)	F	mãe	19
	2 - Renato Nascimento Cruz (Tshano)	M	filho	03

Família D	1 - Paulo Magico Cruz (Kanchupapa)	M	marido	80
	2 - Miquelina Cruz (Kanchueua)	F	esposa	70
	3 - André Magico Cruz (Acumpa)	M	filho	32

Família E	1 - Manoel Magico Cruz (Naquimpa)	M	pai	38
	2 - Alzimar Cruz dos Santos (Tshana)	F	filha	12
	3 - Joel Cruz dos Santos (Karo)	M	filho	10
	4 - Gracilene Cruz dos Santos (Nanke)	F	filha	09

Família F	1 - Roberto Joaquim Cruz (Wikampa)	M	marido	23
	2 - Diana Brasil (Menma)	F	esposa	22
	3 - Kelly Brasil Cruz (Tamazei)	F	filha	02
	4 - Sérgio Brasil Cruz (Pina)	M	filho	8m

- FAMÍLIA G
- 1 - Maria Magico Cruz (Iskaniua)
 - 2 - Evandro Pisango (Itxha)
 - 3 - Osquilde Pisango (mew)
 - 4 - Adão Pisango
 - 5 - Márcia Pisango (Marshe)

F	mãe	40
M	filho	15
M	filha	10
M	filho	05
F	filha	09

FAMÍLIA H

- 1 - Anita Nascimento Cruz (Vane)
- 2 - Leandro Brasil (Kãne)

F	mãe	18
M	filho	03

FAMÍLIA I

- 1 - Roberto Magico Cruz (Mêrempa)
- 2 - Sônia Nascimento Cruz (Shitan eua)
- 3 - Márcio Nascimento Cruz (Mani)
- 4 - Fco. Nascimento Cruz (Kuchi)
- 5 - Roseli Nascimento Cruz (Marshe)
- 6 - Mariana Nascimento Cruz (Uano)

M	marido	44
F	esposa	38
M	filho	12
M	filho	06
F	filha	09
F	filha	02

3. Maloca do João (AIS Daniel)

FAMÍLIA A

- 1 - João Marques (Saimpapá)
- 2 - Luiza Fco. Cruz (Sainuá)
- 3 - Severo Marques (Naquempa)
- 4 - Paulo Marques Cruz (Machempa)
- 5 - César Marques Cruz (Karo)
- 6 - Jonas Marques Cruz (Tai)

M	marido	64
F	esposa	64
M	filho	20
M	filho	17
M	filho	13
M	filho	11

FAMÍLIA B

- 1 - Agenor Marques Cruz (Mainipa)
- 2 - Luiza Joaquim Cruz (Maiãrhua)
- 3 - Elisângela Marques Cruz (Maia)
- 4 - Silvana Marques Cruz (Rami)
- 5 - Francisca Marques Cruz (Kená)
- 6 - Antônio Marques Cruz (Canjó)
- 7 - Vanderlei Marques Cruz (Tiunq)
- 8 - Janete Marques Cruz (Voncê)

M	marido	31
F	esposa	24
F	filha	13
F	filha	09
F	filha	08
F	filha	05
M	filho	03
F	filha	5m

FAMÍLIA C

- 1 - Arnildo Marques Cruz (Nomanáua)
- 2 - Marisa Sebastiana Paiva (Ivã luá)
- 3 - Ivete Marque Paiva (Iovô)
- 4 - Raimunda Marques Paiva (Shetá)
- 5 - Josenildo Marques Paiva (Mai)

M	marido	30
F	esposa	23
F	filha	10
F	filha	09
M	filho	03

Família
D

1 - Aldelino Manoel Dolis (Pecumpa)	M	marido	27
2 - Rosa Domingos Santos (Marchii)	F	esposa	24
3 - Sandra Domingos dos Santos (Vâni)	F	filha	06
4 - Pêku	F	filha	5m

Família
E

1 - José Anastácio (Viná)	M	marido	38
2 - Teresa Marques Cruz (Pêko)	F	esposa	28
3 - Gracilina Marques Cruz (Rami)	F	filha	13
4 - Darci Marques Cruz (Fôki)	M	filho	08
5 - Rosângela Marques Cruz (Tiocó)	F	filha	05
6 - Zildo Marques Cruz (Vimi)	M	filho	04

Família
F

1 - Pedro Mariano Marubo (Tshokimpa)	M	marido	68
2 - Zilda Marques Cruz (Alaia)	F	esposa	35
3 - Deizimar Marques Cruz (Uithá)	M	filho	03
4 - Jackson Marques Cruz (Pinô)	M	filho	01

4. Maloca do Arnaldo (AIS Samuel)

Família
A

1 - Arnaldo Domingo dos Santos (Machempa)	M	marido	60
2 - Luzia Joaquim Cruz (Uasiua)	F	2-esposa	29
3 - Céila Domingos Cruz (Uací)	F	filha	12
4 - Orlando Domingos Cruz (Mapi)	M	filho	10
5 - Neiri Domingos Cruz (Tai)	M	filho	05

Família
B

1 - Abete Anastácio (Keneua)	F	1-esposa	49
2 - Francinei Domingos dos Santos (Kâne)	M	filho	29
3 - Alcino Domingos dos Santos (Tapupá)	M	filho	22
4 - Clete Domingos dos Santos (Kâna)	F	filha	13
5 - Pedro Domingos dos Santos (Shamá)	M	filho	16
6 - Nilo Domingos dos Santos (Mâne)	M	filho	06

Família
C

1 - Carlos Marubo (Kanimpa)	M	marido	24
2 - Valderezo Domingos dos Santos (Maia)	F	esposa	18

Resultados Sorológicos

No. da Amostra	HBsAg	Anti-HBc T	Anti-HD T
1A2	não reativo	reativo	reativo
1A3	não reativo	reativo	não reativo
1A4	reativo	reativo	reativo
1B1	não reativo	reativo	não reativo
1B3	não reativo	reativo	reativo
1C1	não reativo	reativo	não reativo
1D1	não reativo	reativo	reativo
1D2	não reativo	reativo	não reativo
1E1	não reativo	reativo	não reativo
1E2	não reativo	reativo	não reativo
1E3	hemolisado		
1F1	não reativo	reativo	não reativo
1F3	não reativo	não reativo	
1G1	não reativo	reativo	não reativo
1G3	não reativo	reativo	reativo
1G4	não reativo	reativo	reativo
1G5	não reativo	reativo	reativo
1H1	não reativo	reativo	não reativo
1H2	reativo	reativo	reativo
1I2	reativo	reativo	reativo
1J1	não reativo	reativo	não reativo
1J2	reativo	reativo	reativo
1J3	reativo	reativo	não reativo
2A1	não reativo	reativo	não reativo
2A2	hemolisado		
2A4	não reativo	reativo	não reativo
2A5	não reativo	reativo	não reativo
2A6	não reativo	não reativo	
2B1	não reativo	reativo	não reativo
2B2	não reativo	reativo	não reativo
2B4	não reativo	não reativo	
2C1	não reativo	reativo	não reativo
2C2	não reativo	não reativo	
2D1	não reativo	não reativo	
2D2	não reativo	reativo	não reativo
2E1	não reativo	reativo	não reativo
2E2	reativo	reativo	não reativo

2E4	não reativo	reativo	não reativo
2F1	não reativo	reativo	não reativo
2F2	não reativo	reativo	não reativo
2G1	não reativo	reativo	não reativo
2G2	reativo	reativo	não reativo
2G3	não reativo	reativo	não reativo
2G4	não reativo	reativo	não reativo
2G5	não reativo	não reativo	
2H1	reativo	reativo	reativo
2H2	não reativo	reativo	reativo
2I1	não reativo	reativo	reativo
2I2	não reativo	reativo	reativo
2I4	não reativo	não reativo	
2I5	não reativo	não reativo	
4A1	não reativo	reativo	não reativo
4A2	não reativo	reativo	não reativo
4A3	reativo	reativo	reativo
4A4	não reativo	reativo	reativo
4A5	não reativo	reativo	não reativo
4B1	não reativo	reativo	não reativo
4B2	não reativo	reativo	reativo
4B3	não reativo	reativo	reativo
4B4	reativo	reativo	reativo
4B5	não reativo	reativo	não reativo
4B6	não reativo	não reativo	
4C1	não reativo	reativo	não reativo
4C2	reativo	reativo	reativo

Documento 05

Breve relato sobre mais uma morte na aldeia do Rio Novo.
Centro de Trabalho Indigenista. Elena M. Welper e Hilton S.
Nascimento.

CENTRO DE TRABALHO INDIGENISTA



Breve relato sobre mais uma morte na aldeia do Rio Novo

Tabatinga, 03 de setembro de 2002

Há pouco menos de um mês atrás, na noite de 13 de agosto, a comunidade Marubo do Rio Novo sofreu a quarta perda por morte fulminante e misteriosa ocorrida em pouco mais de um ano. A diferença foi o perfil da vítima, em vez de mulheres em idade fértil, um menino de 9 anos que até o dia anterior de sua morte apresentava simples sintomas de verminoses: diarreia e vômitos.

As 12 horas finais de agonia do pequeno Amadeus foram assistidas pela aldeia inteira e acompanhadas por rádio pelos médicos e enfermeiros que tentavam remediar o irremediável.

Três dias após a morte ainda misteriosa da criança, a aldeia recebeu a visita da Doutora Deise (médica do Distrito Sanitário Especial Indígena Vale do Javari) que chegava com a incumbência de investigar a causa da morte. Amadeus já havia sido enterrado e nenhuma amostra de sangue havia sido colhida, e a hemorragia criava a suspeita não só de hepatite B mas também de outras febres hemorrágicas. A doutora colheu ainda o sangue de pessoas relacionadas as vítimas e retornou para Atalaia do Norte. Quatro dias depois a aldeia recebia o resultado das análises feitas no sangue coletado na aldeia Rio Novo há mais de um ano atrás (junho 2001): 17 casos confirmados de Hepatite B e outros de Hepatite "delta". O nome de Amadeus estava neste segundo grupo.

No dia 26 de agosto veio a vacinação da FUNASA e junto com ela uma auxiliar de enfermagem que ficaria na aldeia para monitorar os casos mais graves, no caso, os de hepatite delta. Tal iniciativa, entretanto, apesar de válida, nem de longe é suficiente para que se possa controlar uma futura epidemia e isto por algumas razões:

1. Considerando que o resultado dos exames de sangue referem-se ao sangue coletado há mais de um ano atrás, é grande a possibilidade de terem havido novas contaminações dentro deste período.
2. Dentro deste mesmo período, muitas pessoas desta aldeia mudaram-se para outras comunidades, como Alegria, Vida Nova e Atalaia do Norte.
3. Além destas causas disseminadoras, existe ainda a intensa relação interétnica: uma mulher Marubo do rio Novo casada com Kanamari de Massapé e rapazes Marubo mantendo relações sexuais esporádicas com mulheres Matis.

Por todas essas razões é preciso que novas providências sejam tomadas.

- É preciso repetir a coleta e o exame de sangue naquelas pessoas que em junho do ano passado não estavam contaminadas.
- É preciso também mapear o movimento das pessoas que saíram de Rio Novo no último ano e realizar outras coletas de sangue nas comunidades para onde essas pessoas se mudaram.

- É extremamente importante testar a imunidade daqueles que já receberam a vacina contra a hepatite B.
- Acima disso tudo, existe a necessidade da consulta a um infectologista especializado em Hepatite que possa orientar a todos os que são responsáveis pela saúde das populações indígenas do Vale do Javari sobre as especificidades dessa "hepatite delta".

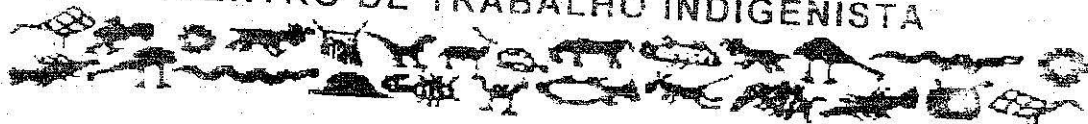
Elena Monteiro Welper (educadora-CTI)

Hilton Silva do Nascimento (educador – CTI)

Documento 06

Carta da Coordenação do Centro de Trabalho Indigenista – CTI enviada a Coordenadoria de Saúde da Diretoria de Assistência no dia 2 de setembro de 2002.

CENTRO DE TRABALHO INDIGENISTA



Brasília, 2 de setembro de 2002.

Prezada Ana,

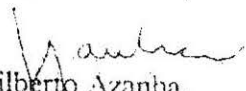
Em 26 de agosto de 2002, recebemos a informação da morte de uma criança Marubo de nove anos na aldeia do rio Novo - T.I. Vale do Javari - vítima, provavelmente, por Hepatite B e/ou D. No ano passado morreram duas mulheres e o resultado da sorologia realizada no hospital Tropical de Manaus constatou a contaminação por hepatite B. No início desse ano faleceu mais uma jovem mulher sem causa definida e que não pode ser enterrada na aldeia por recomendação da FUNASA/DSI.

De acordo com as informações prestadas pelos professores Hilton e Elena - que se encontram na aldeia Matis e Marubo do rio Novo pelo CTI, através do Projeto Etno Ambiental do Vale do Javari, coordenado pelo CTI, em conjunto com o DEII/FUNAI - há outros indígenas contaminados. Apesar da equipe de saúde do Distrito Sanitário Indígena do Javari ter se deslocado para a aldeia para promover a vacinação das crianças e, já estar acompanhando a questão, gostaríamos que a Coordenação de Saúde da FUNAI se inteirasse da situação na área e, se possível, fizesse ingerências junto a FUNASA-Brasília - Vigilância Sanitária - para que fossem tomadas providências, com a maior brevidade possível, no sentido de conter a propagação da doença a outras aldeias e etnias.

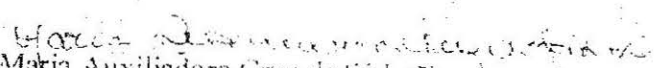
Ilma Sra.
Ana Costa
Coordenadora de Saúde da Diretoria de Assistência
FUNAI

Lembramos, que na Terra Indígena Vale do Javari há grupos indígenas isolados, um grupo Korubo - recém contatado - em contato direto com os Matis e Marubo do rio Novo. Nesse sentido, seria de especial importância se pudessemos ter uma reunião, em caráter de urgência em Brasília, envolvendo essa Coordenação, o DEIL, o CTI e a FUNASA, para discutirmos a questão de um cinturão sanitário da região e, quais as providências imediatas que poderão ser tomadas, para evitar a contaminação de outros índios e realizar um tratamento adequado dos casos constatados nas aldeias. Fomos informados da existência de uma relação dos índios contaminados, que seria de vital importância para qualquer medida preventiva e curativa na área.

Atenciosamente.


Gilberto Azanha.

Coordenador Geral de Projetos do CTI


Maria Auxiliadora Cruz de Sá Leão

Coord. do Projeto Etno Ambiental do Vale do Javari - CTI

Documento 07

**Reunião FUNASA – DSEI Vale do Javari, Atalaia do Norte em:
01/10/2002 – memória redigida por Idnilda Obando de Oliveira.**



Ministério da Justiça
Fundação Nacional do Índio
Departamento de Índios Isolados
Frente de Proteção Etno-ambiental Vale do Javari

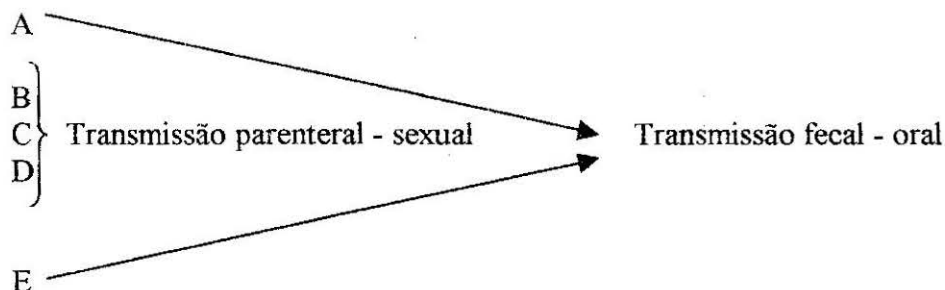
REUNIÃO FUNASA – DSEI VALEI DO JAVARI
ATALAIA DO NORTE EM: 01/10/2002

Referida reunião deu-se na presença das pessoas relacionadas no anexo, e que cuja finalidade foi de esclarecimento dos casos de óbito com Síndrome Febril-Ictero-Hemorrágica Aguda (SFIHA) ocorridos na aldeia Rio Novo – Pólo Base Médio Ituí.

Com a palavra o Dr. Marcus Vinicius Guimarães de Lacerda – Médico Infectologista da Fundação de Medicina Tropical do Amazonas, que deu esclarecimento sobre a situação da aldeia Rio Novo e quais medidas que deverão ser tomadas em toda área do Vale do Javari.

Primeiramente colocou sua ida a aldeia Rio Novo no ano passado, após óbito de três mulheres adultas, que cuja causa mortis pensou-se em intoxicação por alimento (envenenamento) não havendo condições de coleta de material de nenhuma vítima. Tomaram a providência de coletar sangue de uma parte da população da aldeia, levando um total de 64 amostras, cujo resultado não foi efetivo para febre amarela, que seria a segunda opção para causa dos óbitos, levando então em pedir sorologia para hepatite b. E que estas não entraram como um caso isolado e sim na rotina do laboratório, ocasionando com isto e outros mais imprevistos o retardo dos resultados e conseqüentemente das ações que já poderiam ter sido feitas, uma vez que referido resultado foi positiva na maioria das amostras. Explicou-nos tipos de hepatite e seus modos de transmissão, assim classificados:

VIRUS:



E que a hepatite b começou a surgir no Amazonas no ano de 1989, na cidade de Lábrea, onde ficou conhecida popularmente como febre negra. Não havendo na área de Atalaia do Norte nenhuma notificação da doença e que a partir desta data todos os casos de doença icterica, com ou sem resultado de laboratório, deverá ser feito notificação preenchendo a ficha de investigação epidemiológica, e encaminhar ao LACEN.

A aldeia Rio Novo recebe a cobertura de vacina de hepatite b desde o ano de 1994, embora questiona-se a eficácia das mesmas, devido a logística nos transporte (fluvial)

Handwritten signature

podendo ter sido transportada de modo não apropriado para segurança da imunização adequada. Partindo-se daí a primeira providência efetiva será a intensificação de vacinação de toda população do Vale do Javari, havendo a aldeia Rio Novo recebido nesta semana, com a visita da equipe onde o referido médico participou novamente, a revacinação de toda população; analisando ainda o comportamento dos marubos na aldeia, onde referido médico constatou que quando da picada do pium (mosquito) onde fica uma lesão na pele (pequena bolha de sangue) há uma tradição de um estourar do outro (exemplo de filhos com mãe), onde é possível que haja transmissão do vírus, caso haja algum ferimento nas mãos, pois há contato sangue com sangue.

As atitudes previstas para a situação atual serão:

- Intensificar vacinação em toda área de Atalaia do Norte;
- Estudo mais minucioso dos fatores de riscos na aldeia, programando-se primeiramente a ida ainda este mês de uma equipe para pesquisa de inseto (entomologia) para ver se há alguma espécie que possa transmitir o vírus;
- Treinar os agentes indígenas de saúde e demais profissionais para reconhecimento da manifestação, principalmente da gravidade, como: sangramento, alteração de comportamento (delírio ou qualquer confusão mental tido como anormal na pessoa) e aumento da tansaminase (em caso de exame bioquímico);
- Criar sentinela em todo município;
- Toda grávida deverá ser submetida a exame de sorologia para hepatite b, em caso de resultado positivo (onde a mãe poderá transmitir o vírus através da placenta) a criança receberá soro de hemoglobulina ao nascer.

Estas primeiras providências operacionalizarão as ações de fluxo das atividades para funcionar adequadamente o controle da hepatite b.

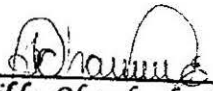
Com a ida da equipe para aldeia Rio Novo, novamente foi coletada a sorologia para atualização dos dados (total de 70 amostras), e que os mesmos cuidados deverão se estendido ao Alto Ituí e aldeia Maronal. Por não citar as ações que seriam feitas na aldeia matis do igarapé Aurélio, chamei atenção dos mesmos para o fato da ocorrência de relações sexuais esporádicas entre os jovens dessa aldeia com jovens marubo do Rio Novo, questionando que é de importância a coleta da sorologia também nesta aldeia. O referido médico solicitou que aguardássemos o novo resultado da aldeia Rio Novo, pois procuraria de que maneira seriam feitas os exames das amostras para não sobrecarregar o LACEN, e informei ainda que já tínhamos procurado o diretor Hospital de Guarnição de Tabatinga e este se colocou a disposição para efetuar os exames, desde que fornecêssemos os kits para exame.

A orientação nas aldeias, sem causar pânico, deverá ser transmitido de forma educacional, principalmente em jovens adultos, onde há frequência maior de contágio das doenças, para medidas de prevenção de doenças sexualmente transmitida (DST), onde levei ao conhecimento de todos da reunião do retorno da professora Elena Welper para aldeia Rio Novo, a mesma levou certa quantia de preventivo (camisinha), adquirido na Vigilância Sanitária do Município de Tabatinga, cuja finalidade é conscientizar os indígenas que saem da aldeia para cidade, pois sabemos que há grandes possibilidades dos mesmos ter relações sexuais sem nenhuma segurança. Da mesma maneira o professor Hilton do Nascimento da aldeia Aurélio também orientará os jovens quando de suas saídas da aldeia. Evitando-se assim além do contágio da hepatite b, de outras doenças contraídas sexualmente.

Handwritten signature

Os resultados das ações deverá ser acompanhadas por todos órgãos, levando sempre ao conhecimento do DSEI Vale do Javari qualquer informação e este fica no dever de receber e repassar informações, analisando e operacionalizando, cujo resultado positivo espera-se para médio prazo de tempo.

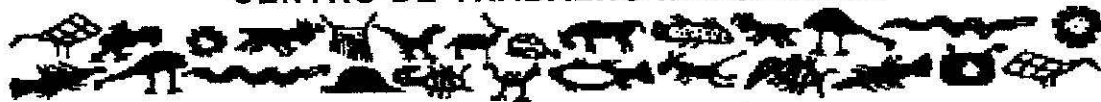
Tabatinga-AM, 02 de outubro de 2002.


Idanilda Obando de Oliveira
Assistente Administrativo A III
FUNAI / FPEVJ

Documento 08

Memória da “Reunião de Avaliação das Ações de Vigilância Epidemiológica, Educação em Saúde, Comunicação, Saneamento e Imunização do DSEI Javari” (3 – 7 novembro de 2003) – redigida por Hilton Nascimento.

CENTRO DE TRABALHO INDIGENISTA



SCLN 210 Bloco C sala 217/218
CEP:70862-530 Brasília/ DF/ Brasil
Tel.: (61) 349-7769
Tel./Fax.: (11)347-5559
Email: ctibsb@terra.com.br

**Reunião de Avaliação das Ações de Vigilância Epidemiológica, Educação
em Saúde, Comunicação, Saneamento e Imunização do DSEI Javari.**

(3 a 7 de novembro de 2003)

Hilton S. Nascimento
Educador do CTI

Novembro
2003

Objetivo: discutir as propostas encaminhadas para o controle das hepatites virais na área indígena do DSEI Javari.

Período: 3 a 7 de novembro de 2003

Local: Auditório da Câmara Municipal de Atalaia do Norte/AM

Participantes:

- Técnicos do Departamento de Saúde Indígena – DESAI/FUNASA,
- Técnicos da Coordenação Regional do Amazonas – CORE-AM/FUNASA
- Técnicos do PNI Nacional e do Amazonas,
- Técnicos das Secretarias Estadual e Municipal,
- Técnicos do LACEN-AM, (**ausente**)
- Técnicos do Instituto de Medicina Tropical do Amazonas, (**ausente**)
- Técnicos dos DSEIs Javari e Alto Solimões,
- Representante da Organização Indígena CIVAJA,
- Representante da FUNAI,
- Representante da Frente de Proteção Etno-Ambiental do Vale do Javari,
- Representante do Hospital de Guarnição de Tabatinga,
- Representante do Centro de trabalho Indigenista.

03/11/03 1ª dia

início: 9:30

Apresentação dos participantes.

Apresentação sobre a situação das hepatites B no Vale do Javari.

Palestrante: Liliane, odontóloga ex-gerente técnica, atual consultora da Unesco.

Tópicos apresentados:

- Julho 2001 primeiro óbito no Rio Novo,
- Todas as mortes foram por síndrome ictero-febril-hemorrágica
- Ida de equipe do Hospital Tropical,
- 64 amostras encaminhadas ao laboratório Lacen,
- resultados das amostras = grande prevalência de hepatite B
- início da vacinação em 1992,
- 2002 óbito do menino Amadeus
- Dsai Brasília fez uma capacitação em hepatite para os profissionais
- 2003 retorno dos profissionais Vilma, Hildo e Gracinete, esta última do Lacen. Retornaram para a área para apresentar os resultados.
- Encaminhamento desses profissionais: intensificar a vacinação
- Dificuldade de intensificar a vacinação com o quadro técnico com poucos profissionais.
- Encaminhamento: grávidas positivas devem ter os filhos no hospital para o recém nascido ser vacinado dentro do tempo hábil.

- Atualmente existe um Programa Nacional de Hepatites Virais do Ministério da Saúde. Responsável: João Pereira.

Nesse momento a Dr. Liliane apresenta o Plano de Ação para a Vigilância e Controle das hepatites Virais no Vale do Javari, elaborado após uma reunião recente em Brasília. (cópia esta em anexo)

e-mail dseiam.javari@funasa.gov.br

Colocações:

Deyce (médica do distrito):

- Histórico antigo de hepatite nos Mayoruna, as hepatites não começaram agora,
- Demora de um ano para o Hospital Tropical disponibilizar os resultados.
- Amadeus foi um óbito confirmado de hepatite B.
- Outro óbito de uma criança de 1 ano e 6 meses por hepatite B confirmado na comunidade Mayoruna de Fruta Pão, rio Curuçá.
- Casos de hepatite B no Flores e Três José.
- Essas 3 comunidades são as comunidades formadas após a desintegração da comunidade Mayoruna do Lameirão que se separou após um histórico de muitas mortes por hepatite B a vários anos atrás.
- Alta prevalência de hepatite B nos Mayoruna.
- Óbito de criança de 12 anos confirmada por hepatite B.
- Tantos anos se passaram. Quem vai fazer alguma coisa? Quando? Já se passou muito tempo e até agora nada.
- Depois disso houve uma outra coleta de amostras de sangue na casa do índio, o que se tratou de uma amostragem bem diversificada de todo o Vale do Javari. Foram encontrados pessoas contaminadas das comunidades do 31, Lobo, Cruzeirinho. Ou seja a hepatite B é um problema macro no Vale do Javari.
- Mais de 1 ano se passou desde a `descoberta` da hepatite B e ainda temos muitas mortes, muitos casos crônicos. Os planos precisam sair do papel.

Clóvis (liderança Marubo e antigo coordenador do Civa):

- Em 1992 iniciou-se as mortes por coqueluche, malária, cólera, etc. nessa época também se iniciou a atuação dos Médicos sem Fronteiras.
- Médicos que faziam atendimentos na fronteira a tempos atrás (não eram da Funasa) já notificavam hepatite B no rio Javari.
- 1992 – 1993 houve um encontro de saúde do Alto Solimões com países das três fronteiras. Nesse encontro foi notificado 7 mortes na comunidade Mayoruna do Lameirão com 7 mortes.
- Acusou Ezequiel que trabalha na Funai (indígena?) de ter levado hepatite para o Lameirão e Rio Novo.
- Todas as comunidades estão muito assustadas com a hepatite.
- Precisam passar as informações para as comunidades não devem esconder.
- Cuidar melhor da vacinação e envolver as lideranças indígenas, não somente os técnicos.

Kiko (educador do Centro de Trabalho Indigenista):

- Não tivemos acesso a lista de pessoas contaminadas do Rio Novo. Somos sempre nós (eu e a Elena) que permanecemos longos períodos na área inclusive durante as longas ausências dos auxiliares que estavam sem receber. Temos condições de acompanhar todas as pessoas no seu dia a dia e mesmo assim a lista foi negada.
- A um ano atrás eu já alertava a todos das relações sexuais dos Marubo com os Matis e da provável ocorrência da hepatite entre eles. Inclusive alertei da possibilidade da hepatite ter chegado até os Korubo. Não deram importância.
- Nos colocamos a disposição para ajudar a informar a comunidade sobre os cuidados para não se contaminarem com hepatite B, inclusive porque sempre perguntam para nós sobre os problemas que estão enfrentando.

Armando (Chefe da Frente de Proteção Etno-Ambiental Vale do Javari):

- Quero datas precisas e antecipadas das ações para poder ter tempo de ter as conversas preparatórias com os Korubo.
- Solução para os problemas de malária dos Korubo.
- Quando iram fazer a vacinação de uma criança Korubo recém nascida que ainda não foi vacinada.
- Agendou para o dia seguinte uma reunião sobre as ações de controle da malária nos Korubo.

Clóvis fez uma complementação.

Pudim (representante da Sucam):

- Falou sobre a malária nos Korubo e o medo dos profissionais irem lá.

Neuza (consultora da Unesco):

- Necessidade de uso do hipoclorito para não pegarem hepatite A.

Beto (membro da Frente de Proteção Etno Ambiental Vale do Javari):

- Falou sobre a relação de trabalho com os Korubo.

Armando:

- Comentou do medo dos profissionais da malária de atuarem na área dos Korubo. Reafirmou que não precisam ter medo.
- 180 % dos Korubo com malária. Em 4 meses mais de 30 casos de malária numa população de 22 pessoas. Inclusive com uma criança de 5 anos com malária cerebral.
- Cadê a termonebulização ?

Nesse momento houve a chegada de mais 4 pessoas. Total de 29 pessoas, mas sem ninguém do Lacer, do Hospital Tropical e nenhum especialista em hepatite B. Somente 2 pessoas da Funasa de Brasília.

Deyce:

- A vacinação dos recém nascidos de mães positivas para hepatite B será feito como? Quando será feita a sorologia das grávidas? Quanto tempo irá demorar para termos os resultados desses exames?

Resposta: amanhã isso será planejado e discutido.

11:30 final.

Existe novos profissionais no distrito do Javari: atualmente existe uma enfermeira de nível superior responsável por cada rio, ficando um período de 45 dias na área e 15 fora. Também existe 3 consultoras da Unesco.

14: 30 início.

Ações de Imunização

Palestrante: Marília Ferraro Rocha, enfermeira sanitária CGPNI / SVS / MS

PNI = Programa Nacional de Imunização

SVS = Secretaria de Vigilância em Saúde

Objetivos:

- Apresentar o programa nacional de imunização e sua evolução
- Apresentar como foi e é uma importante medida de controle das doenças que podem ser evitadas por vacinas.
- Apresentar o calendário de vacinas.
- Apresentar as coberturas vacinais no município de Atalaia do Norte no ano de 2002.

Tópicos comentados:

- Dificuldade para conseguir um esquema de vacinação diferenciada em Brasília,
- Meta é sempre vacinar 100 % das pessoas que podem receber a vacina.
- Apresentar as propostas elaboradas na reunião em Brasília do dia 14/11/03,
- Número e porcentagem da população indígena por nível de cobertura vacinal.
- População indígena recebe uma vacinação diferenciada da população branca com vacinas consideradas especiais, como a hepatite B que não é aplicada como rotina na população não índia. Isso é devido a maior vulnerabilidade das populações indígenas.
- Importante vacinar populações indígenas e não indígenas do entorno, pois as crianças indígenas podem se contaminar antes de atingir a idade para receberem as vacinas. Se a população não indígena do entorno não está vacinada pode entrar doenças na área. O município de Atalaia do Norte não está conseguindo vacinar sua população rural.
- Somente 3 % das crianças indígenas menores de 1 ano receberam as 3 doses necessárias para conferir imunidade contra o vírus da hepatite B!! Assim não tem jeito a doença vai se perpetuar.

Nesse momento chama a atenção do distrito por não estar cumprindo o calendário vacinal.

Recomendações para áreas indígenas:

- Vacinar toda população contra hepatite B.

- Cobrança da periodicidade regular da vacinação.
- A recomendação para esquema de vacinação em área de difícil acesso (somente atingida por helicóptero) é de 4 vacinações por ano. Áreas de fácil acesso de 2 em 2 meses.
- O Vale do Javari teve 1 vacinação esse ano, algumas aldeias chegaram a ter 2 como o Aurélio e Rio Novo! Pentiaquinho que é foco de hepatite B somente teve uma vacinação.
- Vacinação de crianças de 1 a 4 anos é indicador vacinal. Somente 3 % das crianças com menos de 4 anos receberam as 3 doses de vacina para hepatite B no Vale do Javari.

Propostas para ações de imunização:

- a) 2 etapas de vacinação com todas as vacinas do calendário indígena (+ a vacina contra hepatite A) nas 38 aldeias, no período de novembro a dezembro de 2003.
- b) Análise das coberturas vacinais segundo o nível de cobertura por aldeia e por vacina, agendado para os dias 3 e 4 de novembro de 2003.
- c) Vacinação de todas as crianças menores de 1 ano de acordo com o preconizado pelo PNI. Atenção: não pode ter intervalos muito grandes entre as doses de vacinas.
- d) concluir os Pólos Base e equipa-los para trabalhar a vacinação como rotina, previsto para o final de 2004.
- e) Instalar os equipamentos de energia solar nos Pólos Base do Jaquirana, Alto Curuçá, Alto Ituí, Itaquai e Aurélio até o final de 2004.
- f) Garantir assistência continuada incluindo imunização por meio dos postos de saúde móvel (barcos adaptados), a partir de novembro de 2003.

Nota: a 2ª dose da vacina contra hepatite A deverá ser realizada em abril de 2004 por ocasião da vacinação contra influenza.

marilia.rocha@funasa.gov.br

cgpni@funasa.gov.br

www.funasa.gov.br

PNI – trabalha com meta de crianças até 1 ano. Tem que vacinar o mais precoce possível. Esta sendo difícil cumprir isso nas áreas indígenas.

Obs: Forneceu cópias do esquema básico de vacinação para povos indígenas para o ano de 2002 e o número e percentual de aldeias do Vale do Javari por nível de cobertura para as vacinas: pólio, DTP, VCHB, Hib, VAS BCG, FA, SCR, Pneumo e Dupla Viral em crianças de 1 a 4 anos, dados acumulados até o ano de 2002. Essas tabelas se encontram em anexo.

Sessão de perguntas:

Kiko:

Qual a possibilidade dessas vacinas devido as distâncias chegarem com a qualidade comprometidas nas áreas?

Resposta: vacinas virais (como a da hepatite B) são muito termoinstáveis, se estragam muito facilmente. Por isso os profissionais que realizam a vacinação devem ser muito bem capacitados para lidarem com as vacinas.

Nesse momento surgiu a conversa sobre a impossibilidade da compra de soro antiofídico liofilizado da Colômbia. A Funasa não disponibiliza a compra em outro país devido ao problema com as notas.

Eu falei que iria morrer índios picados por cobra ou vai ter índio aleijado. Quem se responsabilizará? Uma das enfermeiras novas citou o caso de um mayoruna que foi mordido e corre o risco de perder seu membro por não ter sido socorrido com soro antiofídico liofilizado. (não tenho certeza se é Mayoruna ou Marubo).

Waldimeire Azevedo (Meire)
Coordenadora de Operações – Desai - Brasília

Início 17:10 início

- Armando apresentou a situação da malária nos Korubo.
- Waldimeire comentou que em 2000 houve muitos erros de interpretação de lâminas de malária pelos agentes microscopistas. Tratamento de casos de malária, sem ser malária.
- Incidência alta de hepatite e erros graves de interpretação de malárias. Isso junto se constitui um sério problema.
- Deve-se intensificar o treinamento em área dos microscopistas indígenas. A dificuldade é devido a distância das áreas.
- Malaria falciparum se for esperar a remoção ocorre o óbito.

Clóvis:

- Cadê o treinamento dos microscopistas indígenas?

Flávia (consultora da Unesco):

- A 3 anos não se investe nos agentes microscopistas
- Não tem remédios nas áreas.
- Não tem manutenção dos microscópios.
- Antigamente quando existia os Médicos sem Fronteiras existia treinamento em campo dos microscopistas. Por que mudou?

Waldimeire:

- 602 lâminas discordantes. Essas pessoas tomaram remédio sem terem malária.
- Agentes indígenas microscopistas na cidade tem 100 % de acerto. Na aldeia erram muito.
- Não se pode esperar a lâmina chegar na cidade de Atalaia para diagnosticar e depois tratar. Assim irá ocorrer óbito. Precisa ter o diagnóstico na área.
- Repensar a logística.
- Entre diagnóstico e início do tratamento deve passar no máximo 24 horas.
- Se demorar muito vai se infectando mais mosquitos.
- Responsabilidade de atendimento básico (o que inclui malária) e do distrito.

Adilson (conselheiro Kanamari):

- Falta reciclagem dos agentes indígenas microscopistas na aldeia como era feito pelos Médicos Sem Fronteiras.

Deyce:

- Muitas comunidade que não tem rádio, gasolina, medicamentos.
- Já é de conhecimento o perfil epidemiológico do Vale do Javari: médio Curuçá, médio Javari e Korubo tem alta incidência de malária. A 3 anos é a mesma coisa. Quem é o responsável pelas ações?

Waldimeire:

- A responsabilidade é da Funasa.
- Perdemos em 8 meses um trabalho de 2 anos onde diminuiu muito a malária. Voltamos para trás. Se não cuidar vai piorar.
- Não se terá dinheiro em janeiro, fevereiro e março.
- Corre o risco de se perder o controle da malária na área.
- Necessidade de aumentar os cursos de atualização dos microscopistas para pelo menos 2 semanas e não 5 como previsto.

Neuza:

- Propôs treinar os profissionais (enfermeiros e médicos) para lerem lâminas além de treinar os agentes microscopistas.
- Implantação de pequenos laboratórios para a análise básica nos Pólos Base de acordo com o perfil epidemiológico da área.

Waldimeire:

- Contratar um bioquímico para circular pela área e fazer vários exames em cada área durante sua passagem.
- Verificar vida útil das lentes objetivas dos microscópios do Vale do Javari.

Major (representante do Hospital de Guarnição de Tabatinga)

- Treinamento e ter remédio para tratar é o básico.

04/11/03

2ª dia

8:40 início.

Vamos decidir tudo. Quando e quantas vezes fazer até de tarde.
Sugestão de trabalhar em grupos divididos por calhas de rio.

Waldimeire:

- Pessoal do distrito desunido.
- Propostas estão abertas não existe nada vindo fechado de Brasília.
- Discussão sobre vários aspectos mais práticos, datas, etc para realização das ações.
- Fazer a programação
- Fazer treinamento do AIS ou vacinação primeiro? Condições de logística.

- Eu junto com o conselheiro Matis, Ivã Wiku pedimos data certa para a volta do motor 25 do Pólo Base Aurélio para ficar lotado nessa comunidade e com gasolina suficiente para uma remoção de urgência.

12:00 final

Fui solicitado junto com a Elena a participar da adaptação do questionário sobre hepatite B para ser aplicado na área.

14:20 início.

- Houve a formação de grupos de pessoas, conselheiros e profissionais por calha de rio:
 - Ituí
 - Curuçá
 - Itaquaí
 - Javari – Jaquirana
- Houve o planejamento da vacinação a ser iniciada no começo de dezembro de 2003 mediante chegada dos barcos com motores de centro de Manaus.
- Preparei junto com os Matis da casa do índio uma lista com 11 casos de acidentes ofídicos que ocorreram desde que cheguei no Vale do Javari. Além de 4 casos de Matis sobreviventes mas com seqüelas e 3 casos de mortes por acidentes ofídicos antes da implantação dos distritos.
- Houve a apresentação do cronograma de vacinação para dezembro de 2003 e problemas sentido. Apresentação por grupos separados por calhas.
- Apresentação do Pólo Base Aurélio (feito em conjunto comigo e outros representantes do Ituí e apresentado pela enfermeira Mávia):
 - apresentação do cronograma de vacinação,
 - necessidade de equipamentos de atendimento básico,
 - Necessidade de remédios,
 - soro antiofídico. Nesse momento foi falado sobre os casos de acidentes ofídicos entre os Matis nos últimos 3 anos,
 - necessidade de passar contra-referência dos pacientes encaminhados para a casa do índio, bem como os resultados da investigação, exames e diagnósticos desses pacientes.
 - Passar a sorologia de hepatite B dos Matis e do Rio Novo,
 - Conscientização da urgência da hepatite B na área.
- Na seqüência houve a apresentação do cronograma de vacinação e problemas dos outros Pólo Base.

Waldimeire:

- Cadê os dentistas?

Resposta Liliane (odontóloga, ex-gerente técnica do distrito, atual consultora da Unesco e casada com um odontólogo ex-administrador do distrito, atual odontólogo do distrito):

- Tem 2 dentistas, um de contratação recente, mas somente uma cadeira esta funcionando e então estão trabalhando juntos.

Veronika (Chefe do distrito do Alto Solimões):

- No Alto Solimões tem 11 dentistas. Por que no Vale do Javari só tem 2 e não pelo menos 1 para cada rio? Não tem dinheiro para a contratação?
- Houve uma apresentação rápida sobre o saneamento feita pelo engenheiro Henrique que falou sobre as construções do Pólo Base e da necessidade da contratação de 2 técnicos de edificações.
- Falei que o sistema de abastecimento de água do Aurélio não funciona.

Resposta: houve mudança da aldeia e os funcionários mudaram a idéia original, precisa ser revisto.

- Considerações finais, já que a Waldimeire e a Marília ambas da Funasa Brasília iriam ter que sair na manhã seguinte

20:00 final

05/11/03 3ª dia

10:20 inicio

- Necessidade de se elaborar um material específico sobre hepatite B para o Vale do Javari.
- Necessidade de se fazer um questionário e aplicá-lo para depois de 6 meses aplicá-lo novamente e ver se houve assimilação das informações sobre hepatite B.
- Houve a proposta de se adaptar um questionário sobre malária, mas a idéia foi recusada por todos.
- Foi levantado o fato de não termos noção sobre a representação deles sobre a hepatite.
- Proposta de realização de uma oficina por Pólo Base e separado por etnias, sempre que possível, para a partir dessa oficina se elaborar um instrumento para trabalhar educação e saúde com a comunidade.
- Como falar com a comunidade dos soropositivos sem que eles tenham discriminação?

14: 20 inicio

- Nessa parte dessa reunião sobre educação e saúde houve a presença dos representantes indígenas.
- Ficou decidido o roteiro da oficina:
 - público alvo: a principio toda a comunidade devido a curiosidade inicial, depois se trabalharia mais com os professores e em outro dia somente com as mulheres.
 - Período: cerca de 10 dias:
 - **Transmissão:**
 - Por que essas pessoas morreram? O que a comunidade esta pensando?
 - Como se pega essa doença (não dizer o nome hepatite)
 - **Prevenção:**
 - Como essa doença atua no corpo?
 - Onde fica o fígado e para que serve?

- Fazer desenho dos órgãos do corpo. Para que serve esses órgãos?
- Se uma outra pessoa da sua comunidade tivesse essa doença o que você faria?
- E se você tivesse essa doença o que você faria?
- O que podemos fazer para parar com essa doença?
- Essa doença tem diferença entre homens e mulheres?

Antônio Rufino (chefe de posto Marubo)

- Necessidade dos agentes indígenas de saúde e pajés trabalharem em conjunto.
- Hoje estão deixando todos os remédios tradicionais e só procuram comprimidos.

Flávia:

- Proposta de que nos cursos de treinamento dos agentes indígenas de saúde seja trabalhada a visão de outras medicinas como medicina chinesa, etc, que possuem outro conceito de cura doença, etc.

06/11/03

4ª dia

8:30 início

Saneamento e Construção dos Pólos Base

Palestrante Henrique, engenheiro contratado pela Funasa.

- Levantou algumas questões que precisam ser pensadas como a mobilidade da aldeia e manutenção do sistema de abastecimento.
- A Funasa quer em 4 anos atingir 100 % das aldeias com sistema de saneamento. Isso é inviável.
- Foi questionado pelos participantes o que era esse saneamento, o por que etc.
- Apresentação dos avanços e problemas dos Pólos Base.
- Pólo Base São Luis: esta condenado por uma erosão de uma encosta. A erosão esta a 8 metros do Pólo Base. Situação critica. A estrutura esta acabada, mas falta todos os acabamentos finais. Precisa conter a erosão.
- Pólo Base Vida Nova: praticamente acabado, mas falta o acabamento final da construção.
- Pólo Base Aurélio: a idéia inicial era uma roda d'água, mas a aldeia se mudou e aproveitaram uma fonte de encosta, fazendo uma cacimba aberta com uma pequena represa. Necessita trocar o atual motor a diesel por uma bomba a energia solar. Coloquei as questões das brigas internas e necessidade de discutirem direito com a comunidade se realmente iram se separar pois isso não parece muito claro.
- Pólo Base Maronal: estrutura comprometida.
- Pólo Base Massapê e 31: falta avaliar.

Conseguimos persuadir que o Pólo Base Aurélio que ainda não esta acabado deveria ser feito de madeira com telhado de cavaco (telha de madeira) para que fosse uma construção mais fresca, ecológica e arquitetonicamente mais bonita. O engenheiro Henrique se mostrou preocupado em atender ao nosso pedido.

ESQUEMA BÁSICO DE VACINAÇÃO PARA POVOS INDÍGENAS. BRASIL, ANO 2002.

PRODUTO VACINAL	IDADE	DOSES	ESQUEMA	DOENÇAS EVITADAS	OBSERVAÇÕES
BCG-ID *	todos sem cicatriz vacinal	uma dose	ao nascer	formas graves da tuberculose	As vacinas devem ser aplicadas o mais precocemente possível, logo após o nascimento.
Vacina contra hepatite B *	todos ainda não vacinados	três doses	0 - 1m - 6m	hepatite B	As vacinas devem ser aplicadas o mais precocemente possível, logo após o nascimento.
Vacina oral contra poliomielite	menores de 5 anos de idade	três doses + uma de reforço	2m - 4m - 6m - 15m	poliomielite ou paralisia infantil	Em caso de atraso no esquema vacinal, o intervalo ideal entre as doses é de 60 dias . Quando estritamente necessário, considerar um mínimo de trinta dias.
Vacina tríplice bacteriana (DTP)	menores de 7 anos de idade	três doses + uma de reforço	2m - 4m - 6m - 15m	difteria, tétano e coqueluche	
Vacina contra <i>Haemophilus influenzae</i> b	menores de 1 ano de idade	três doses	2m - 4m - 6m	meningites e outras infecções pelo <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b	Em caso de atraso no esquema vacinal, o intervalo ideal entre as doses é de 60 dias . Caso a criança chegue aos 12 meses de idade sem receber as três doses, administrar uma única dose, o mais precoce possível.
	1 a 4 anos de idade	uma dose	-----		
Vacina tetravalente (DTP+Hib)	menores de 1 ano de idade	três doses	2m - 4m - 6m	difteria, tétano, coqueluche, meningites e outras infecções pelo <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b	Esta vacina substitui a DTP e Hib, devendo ser utilizada apenas pelas crianças menores de 1 ano de idade que estejam iniciando o esquema, a partir dos 2 meses de idade. Estas, receberão aos 15 meses uma dose de reforço com DTP .
Vacina contra febre amarela	a partir de 6 ou 9 meses de idade	uma dose	reforço a cada 10 anos	febre amarela	Aos residentes ou com viagem aos estados endêmicos (AC, AM, AP, RR, RO, TO, PA, MA, DF, MS e MT), vacinar todos , a partir dos 6 meses de idade. Aos residentes ou com viagem aos estados da chamada " área de transição " (alguns municípios do PI, BA, MG, SP, PR, SC e RS), vacina-se todos a partir dos 9 meses , antecipando para a partir de 6 meses em caso de surto. A vacina requer uma dose de reforço a cada 10 anos e garante proteção 10 dias após a 1ª dose e proteção imediata após doses de reforço. Nas demais áreas onde não há circulação viral, a vacina não está indicada.
Vacina tríplice viral (SCR) *	de 1 a 11 anos	uma dose	-----	sarampo, caxumba e rubéola	Caso haja disponibilidade desta vacina no Estado, estender para toda a população. Não sendo possível, priorizar o uso da Tríplice Viral para os menores de 12 anos e a dupla viral para a população a partir dos 12 anos.
Vacina dupla viral *	a partir de 12 anos de idade	uma dose	-----	sarampo e rubéola	
Vacina dupla bacteriana tipo adulto (dT) *	a partir de 7 anos	três doses	reforço a cada 10 anos	difteria e tétano	A vacina substitui a DTP a partir dos 7 anos de idade, servindo para complementação de esquema contra difteria e tétano e para as doses de reforço, indicadas a cada 10 anos após a última dose do esquema básico. A dose de reforço deve ser antecipada para 5 anos, em caso de ferimento grave ou gravidez. Varia conforme laboratório produtor.
Vacina contra influenza *	a partir de 6 meses de idade	uma dose	dose única a cada ano	influenza ou gripe	Crianças de 6 meses a 5 anos de idade receberão duas doses caso estejam sendo vacinadas pela 1ª vez. Nos anos subsequentes receberão apenas uma dose de 0,25 ml ou 0,5 ml de acordo com a faixa correspondente (6m a 2 anos = 0,25 ml e 3 a 8 anos = 0,5 ml).
Vacina contra pneumococos *	a partir de 2 anos de idade	uma dose	-----	pneumonias e outras infecções	
Vacina contra varicela *	a partir de 1 ano de idade, toda a população		-----	varicela ou catapora	

NOTA : * Estas vacinas têm indicações diferenciadas com relação às faixas etárias do esquema básico para a população não indígena.

Vacina contra varicela: foi recomendada para integrar o esquema de vacinação devido as constantes epidemias e a sua gravidade com elevada ocorrência de óbitos na população indígena.

É recomendável que as mulheres em idade fértil não engravidem durante 1 (um) mês após receberem vacinas virais.

Se mulheres grávidas foram vacinadas inadvertidamente com vacinas virais, deverá haver um acompanhamento específico das mesmas durante toda a gestação.

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE/CGPNI/DEVEP/MS

Número e percentual de aldeias por nível de cobertura com as vacinas Polio, DTP, VCHB, Hib, VAS BCG, FA, SCR, Pneumo e Dupla Viral em crianças de 1 a 4 anos, dados acumulados até o ano de 2002

Nº	ALDEIAS	População geral	população 1- 4 anos	POLIO % de C.V.	DTP % de C.V.	HB % de C.V.	BCG % de C.V.	FA % de C.V.	VARICELA % de C.V.	INFLUENZA % de C.V.	SARAMPO % de C.V.	DUPLA VIRAL % de C.V.	TRIPLICE VIRAL % de C.V.
1	31	399	68	91,17	91,17	76,47	98,52	91,17	83,82	79,41	36,76	83,82	NR
2	Três Jose	73	11	100	100,0	45,45	100,0	10,0	100,0	100,0	27,27	90,90	NR
3	Terrinha	48	8	75	75,0	25,0	100,0	75,0	75,0	62,50	12,50	62,5	NR
4	Soco Maia	24	1	100	100,0	0	100,0	0	0	0	100,0	100,0	NR
5	Shôa	12	2	50	50,0	0	100,0	100,0	100,0	50,0	50,0	50,0	NR
6	São Vicente	24	3	33,33	33,33	33,33	100,0	100,0	100,0	33,33	66,66	100,0	NR
7	S. Sebastião	144	26	42,30	42,30	38,46	92,30	84,6	84,6	69,23	34,60	80,76	NR
8	S. Luis	94	12	75,0	75,0	50,0	91,66	100,0	100,0	75,0	33,33	91,66	NR
9	Rio Novo	94	10	90,0	90,0	100,0	100,0	100,0	100,0	70,0	20,0	80,0	NR
10	Remancinho	60	9	55,55	55,55	33,33	100,0	100,0	100,0	44,44	44,44	33,33	NR
11	Prainha	27	4	75,00	75,0	0	100,0	100,0	100,0	100,0	50,0	25,0	NR
12	Praia	26	1	100,0	100,0	0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	NR
13	Pentiaquino	34	4	50,0	50,0	75,0	100,0	50,0	50,0	50,0	50,0	75,0	NR
14	Pedro Lopes	32	5	100,0	100,0	60,0	80,0	100,0	100,0	80,0	0	80,0	NR
15	Pedra	25	5	40,0	40,0	60,0	100,0	100,0	100,0	100,0	20,0	60,0	NR
16	Paraná	83	16	68,75	62,50	43,75	93,75	87,50	56,25	68,75	56,25	43,75	NR
17	Novo Unido	16	2	100,0	100,0	50,0	100,0	50,0	50,0	NR	0	50,0	NR
18	Massapé	123	20	85,0	85,0	60,0	100,0	90,0	80,0	50,0	40,0	80,0	NR
19	Maronal	265	36	61,11	61,11	55,55	94,44	77,77	72,22	66,66	38,88	77,77	NR
20	Maloca do Paulinho	38	3	66,66	66,66	66,66	100,0	66,66	66,66	100,0	66,66	66,66	NR
21	Lobo	267	45	88,88	88,22	88,88	100,0	95,55	84,44	86,66	51,11	88,88	NR
22	Liberdade	52	4	25,0	25,0	25,0	100,0	50,0	25,0	25,0	0	25,0	NR
23	Kumarú	59	10	90,0	90,0	40,0	60,0	100,0	90,0	50,0	50,0	80,0	NR
24	Korubos	20	5	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	20,0	80,0	80,0
25	Irari	65	11	72,72	72,72	45,45	100,0	72,72	72,72	63,63	45,45	72,72	NR
26	Fruta Pão	69	11	90,90	90,90	54,54	90,90	100,0	81,81	63,62	54,54	63,63	NR
27	Flores	36	5	100,0	100,0	20,0	100,0	100,0	80,0	80,0	20,0	60,0	NR
28	Cruzeirinho	55	3	66,66	33,33	0	33,33	66,66	0	0	0	0	33,33
29	Cordeiro	24	3	100,0	100,0	66,66	100,0	100,0	100,0	66,66	66,66	100,0	NR
30	Catingueiro	45	6	66,66	50,0	50,0	100,0	100,0	83,33	83,33	50,0	100,0	NR
31	Campinas	77	15	66,66	53,33	13,33	100,0	73,33	53,33	53,33	13,33	66,66	NR
32	Bananeira	41	4	75,0	75,0	0	100,0	100,0	50,0	75,0	0	75,0	NR
33	Auréli(Matis)	259	46	100,0	97,82	82,60	100,0	100,0	82,60	86,95	82,60	60,86	19,56
34	Alzira	22	1	100,0	100,0	NR	100,0	100,0	100,0	NR	NR	100,0	NR
35	Alegria	80	14	92,85	85,71	57,14	100,0	100,0	78,57	100,0	57,14	78,57	NR
36	Água Branca	27	6	83,33	66,66	33,33	100,0	83,33	83,33	83,33	33,33	83,33	NR
37	Vida Nova	145	16	81,55	68,75	37,50	100,0	100,0	87,50	93,75	37,50	93,75	NR
		2984	451										
	Total 95% e +			10	14	2	34	20	13	7	2	6	
	total existente			37	37	37	37	37	37	37	37	37	37
	Homogeneidade			27,03	37,84	5,41	91,89	54,05	35,14	18,92	5,41	16,22	0,00

NOTA: As vacinas TETRA, Hib e PNEUMO, não foram aplicadas. Triplice Viral, só em duas aldeias.

FONTE: DISEI VALE JAVARI

Documento 09

**Plano de Ação para a Vigilância e Controle das Hepatites Virais
no Vale do Javari – FUNASA**

PLANO DE AÇÃO PARA A VIGILÂNCIA E CONTROLE DAS HEPATITES VIRAIS NO VALE DO JAVARI

EIXOS	AÇÃO	ESTRATÉGIA	ATIVIDADE	PERÍODO	RESPONSÁVEIS
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	Implantar vigilância epidemiológica nas aldeias.	-Capacitar o Agente Indígena de Saúde -AIS e AISAN. *	1. Treinamento específico para Hepatites Virais. 2. Adequar material já existente para capacitação (Caderno do monitor/Treinando – SVS/MS).	2004/2005	DSEI, CORE e DESAI ASCOM/IEC/FUNAI/ Sec. Est. de Educação
	Estruturar o Pólo Base.	-Aquisição de equipamento. -Contratação de Recurso Humano.	1. Aquisição de 2 refrigeradores e 1 freezer – 20°C. 2. Equipe composta de 1 médico, 1 dentista 1 enfermeiro e 2 auxiliares de enfermagem.	Até dez/2003	DENSP (FUNASA) DSEI
	Implantar vigilância Epidemiológica nos Pólos Base.	-Capacitação da equipe multidisciplinar.	1. Treinamento para Vigilância Epidemiológica. 2. Abordagem por Síndrome Febril Íctero-Hemorrágica. 3. Sorologia dos comunicantes dos casos confirmados de Hepatites Virais.	Até junho/2004	DSEI/CORE/DESAI/ FMT/ LACEN-AM
ATENÇÃO AO PACIENTE	Articular junto a SES e SMS o fortalecimento da atenção básica do Município de Atalaia do Norte para a Saúde Indígena.	-Sensibilização dos gestores Municipais e Estaduais para o problema das Hepatites Virais.	1. Reunião com SMS e SES para o fortalecer a atenção básica em Atalaia do Norte e definição de fluxo de informação para os casos de Hepatite Viral e acompanhamento dos portadores. 2. Implantação/Implementação do Pré-Natal. 3. Realização dos exames clínicos em Atalaia do Norte. 4. Capacitação da atenção básica para Hepatites Virais e abordagem por Síndrome Febril Íctero-Hemorrágica, inclusive profissionais da VE-SMS. 5. Coleta de amostras para inquérito e envio para o LACEN.	Até dez/2003 2004/2005	DSEI/CORE/SMS/SE S/DESAI e LACEN

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL	Fortalecer o LACEN do Amazonas.	-Garantir a disponibilidade de Kits.	1.CGLAB garantir os Kits para os marcadores virais, principalmente HBsAg e Anti-HBs. 2.CGLAB juntamente com o LACEN/AM, estabelecer um fluxo de retorno de resultados com agilidade para a Unidade de Saúde de Atalaia do Norte. 3.Garantir insumos para a realização de HBsAg para gestantes (120 Kits).	Até dez/2003	CGLAB/LACEN-AM
TRATAMENTO	Garantir o tratamento dos portadores crônicos.	-Estabelecer a referência da FMT junto a SES. -"Legalizar" e organizar a dispensação de medicamentos para a Saúde Indígena.	1.Promover reunião entre FMT e SES. 2.Promover reunião com a Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), FUNAI, INSS e FUNASA/DESAI, (consultar a SCTIE). 3.Genotipagem- definir a referência para este serviço.	Até março/2004	PNHV e FMT DESAI e PNHV PNHV e CGLAB
PESQUISA	Estabelecer linhas de pesquisa.	-Estudo de prevalência de base populacional. -Biologia Molecular. -Medicina Tradicional.	1.Estabelecer as três linhas de pesquisa e identificar os recursos.		FMT, HEMOAM, FIOCRUZ-AM, Centro de Biotecnologia e FUNASA.

Documento 10

Povos indígenas do Vale do Javari ameaçados de extinção por epidemia de hepatite. Nota lançada por Jorge Oliveira Duarte, Coordenador Geral do CIVAJA. Acessado no site www.amazonia.org.br dia 20/01/2004.

Povos Indígenas do Vale do Javari ameaçados de extinção por epidemia de hepatite - 20/01/2004

Local: Manaus - AM

Fonte: COIAB - Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia Brasileira

Link:

Povos Indígenas do Vale do Javari ameaçados de extinção por epidemia de hepatite. Queremos medidas urgentes para conter esta calamidade

Às Organizações Indígenas

Às entidades parceiras

Ao Governo Federal e órgãos governamentais envolvidos com a saúde e demais direitos dos povos indígenas

O Conselho Indígena do Vale do Javari (CIVAJA), vem através desta manifestar a sua preocupação diante da Epidemia de Hepatite que está atacando a todas as comunidades da área indígena do Vale do Javari. Os casos de Hepatite na região vêm de muito tempo, há quase três décadas, causando várias mortes de indígenas por ano.

No ano de 2003, a situação agravou-se progressivamente, causando a morte de 15 indígenas de diferentes povos. Em todos os casos foi diagnosticado Síndrome Febril Ictero Hemorrágica Aguda. Somente duas das vítimas tinham feito sorologia, com resultados positivos, as outras 13 fizeram a coleta de sangue para sorologia, mas até hoje ninguém sabe dos resultados, enquanto que outros doentes nem fizeram coleta de sangue.

A situação é de Calamidade Pública. Toda semana acontece a remoção via aérea e fluvial de pacientes das comunidades dos rios Itacoai, Javari, Itui, Jaquirana e Curuçá, dos povos Kanamari, Kulina, Matis, Mayuruna e Marubo. Se continuar assim, calcula-se que em menos de 20 anos serão extintos os povos que habitam o Vale do Javari, de uma população de aproximadamente 3.500 pessoas.

Algumas pessoas de órgãos públicos tem tentado debitar esta situação ao CIVAJA. Diante essas afirmações tendenciosas, o CIVAJA esclarece que assinou com a FUNASA o Convênio de Saúde em Outubro de 1999, para realizar as Ações Básicas de Saúde Indígena no Vale do Javari. Em decorrência de problemas administrativos identificados em 2003, o CIVAJA, por força de um Termo de Ajustamento de Conduta proposto pelo Ministério Público Federal no Estado do Amazonas, formalizou com a FUNASA uma parceria de co-gestão, visando melhorias no atendimento da saúde indígena na região. A co-gestão evidentemente não exime o Governo Federal de ser o primeiro responsável em garantir a proteção dos direitos indígenas como o da saúde diferenciada.

No entanto, temos feito todos os esforços para garantir o atendimento emergencial às comunidades. Desde finais de 2003 conseguimos promover uma campanha de vacinação em todo o Vale do Javari; uma equipe do Hospital Tropical, de Manaus, fez trabalho de sorologia no início de dezembro, nas comunidades mais atingidas; outra equipe de saúde está desde a segunda semana de janeiro visitando comunidades, para fazer levantamento, coleta de sangue, prevenção de malária, consultas e serviço de atendimento básico.

Contudo, essas ações são poucas e não respondem ao tamanho do problema instalado no Vale do Javari. O nosso orçamento é limitado. Cada rubrica orçamentária já tem uma destinação. Os recursos para remoções aéreas e fluviais já ultrapassaram os limites. O orçamento não prevê recursos para o atendimento de epidemias, situações tão graves como a que está acontecendo atualmente no Vale do Javari. Certamente problemas desta natureza requerem mais recursos financeiros e do envolvimento de outras instituições e programas de prevenção e cura.

Como se não bastasse, desde o dia 26 de dezembro a cidade de Atalaia do Norte está sem

telefone, deixando a população sem comunicação com a capital do Estado e outras cidades, dificultando a implementação de ações de atendimento, como o acompanhamento do estado da saúde de alguns pacientes que foram deslocados para Manaus.

Por tudo isso, o CIVAJA convoca o Ministério da Saúde, a Funai, outros órgãos governamentais, instituições particulares, ONG's, Igrejas, Exército, Marinha, Prefeitura e outras entidades para que se mobilizem urgentemente a fim de controlar a epidemia de hepatite que flagela e ameaça a vida dos povos indígenas do Vale do Javari, pois não podemos nos conformar apenas em assistir as mortes dos nossos parentes de braços cruzados.

Relatório da FUNAI do ano de 1982 revela a existência de hepatite na área indígena desde aquela época, no entanto, até hoje as autoridades competentes não tomaram as providências necessárias. O que está sendo esperado?, Que morram mais índios? Quer-se a extinção dos povos indígenas do Vale do Javari?

Pedimos a todas as organizações indígenas do país e instituições parceiras dos povos indígenas que denunciem esta situação e exijam do governo e órgãos competentes medidas emergenciais para atender às vítimas da hepatite no Vale do Javari e controlar o avanço desta epidemia que ameaça acabar com os nossos povos.

Atalaia do Norte, 16 de janeiro 2004.
Jorge Oliveira Duarte
Coordenador Geral do CIVAJA

Documento 11

“Hepatite mata índios no Javari: doença já vitimou 15 indígenas nos últimos meses”. A Crítica, Manaus, 20 de janeiro de 2004.

Fonte: <http://ti.socioambiental.org/#!/noticia/34949> (acesso em 17/04/2013)

Notícias

A Crítica, Cidades, p.C1 20/01/2004

Hepatite mata índios no Javari

Hepatite mata índios no Javari

Doença já vitimou 15 indígenas nos últimos meses

Equipes da Funasa e da Fundação de Medicina Tropical de Manaus estão na região

Carlos Branco e Cristiane Silveira

A hepatite, doença virótica que se caracteriza pela inflamação do fígado, matou, em 2003, 15 índios das etnias Culina, Canamari, Corubo, Maiuruna e Marubo, que vivem no Vale do Javari, região do Alto Solimões, no Município de Atalaia do Norte (a 1.138 quilômetros de Manaus). "Em todos os casos foi diagnosticado síndrome febril ictero hemorrágica aguda. Somente duas vítimas foram submetidas à sorologia, com resultados positivos, as outras 13 fizeram a coleta de sangue, mas os resultados ainda não foram conhecidos", afirmou o coordenador da organização Governamental (ONG) Conselho Indígena do Vale do Javari (Civaja), Jorge Duarte Oliveira.

Segundo ele, a situação é de calamidade pública e, se nada for feito para conter o avanço da doença; ele estima que em 20 anos os 3.500 indígenas que ali vivem terão desaparecido. "Toda semana acontece remoção, via aérea e fluvial, de pacientes das comunidades dos rios Itacoai, Javari, Jaquirana, Ituí e Curuá", diz. Essa, inclusive, é a principal preocupação do Civaja em carta distribuída à imprensa de Manaus, para chamar a atenção do poder público, entidades não-governamentais, Exército, Marinha, Ministério da Saúde e da Fundação Nacional do Índio (Funai) para o problema. Ele explicou que o Civaja resolveu adotar uma postura atuante e denunciou o abandono em que se encontram os indígenas do Vale do Javari, porque a entidade vinha sendo acusada por pessoas de órgãos públicos (não citou nomes) como culpada pelo agravamento do problema ali enfrentado pelos índios. Duarte Oliveira admite que o Civaja firmou convênio com a Fundação Nacional de Saúde (Funasa) em 1999, mas que em decorrência de problemas administrativos teve que formalizar uma parceria de co-gestão com este órgão, em 2003, na qual ambos têm responsabilidade com a saúde indígena na região.

Na avaliação de Duarte Oliveira, a co-gestão não exime o Governo Federal de ser o primeiro responsável em garantir a proteção dos direitos indígenas como o da saúde diferenciada. Ele informou, no entanto, que no final de 2003 uma equipe da Fundação de Medicina Tropical de Manaus (FMTM) fez um trabalho de sorologia no Vale do Javari e uma outra equipe ainda está na área desde a segunda semana de janeiro, visitando comunidades para fazer levantamento, coleta de sangue, prevenção de malária, consultas e serviço de atendimento básico.

Problema é muito sério

A presidente regional da Fundação Nacional de Saúde (Funasa/AM), Lúcia Antony, admitiu que é sério o problema da hepatite entre os indígenas do Vale do Javari, no Município de Atalaia do Norte, mas que a doença está sendo tratada com responsabilidade pelo órgão. "Vale do Javari está recebendo auxílio da Funasa. Ano passado, realizamos coleta de sangue em algumas comunidades e a ainda este faremos cobertura vacinal em toda a área", disse Lúcia.

Segundo ela, desde 1999 foi assinado um convênio entre o Conselho Indígena do Vale do Javari

(Civaja) e a Funasa, em que caberia à ONG gerenciar as políticas de saúde entre os indígenas daquela região. Na opinião de Lúcia, este convênio não foi tão feliz, já que o gerenciamento dos recursos seria feito somente pelo Civaja, população usuária do serviço.

"Esse assunto está sendo discutido entre os órgãos competentes. Mas acredito que o governo estadual poderia injetar recursos no auxílio à saúde indígena no Estado", afirma a presidente da Funasa, acrescentando que a privatização da saúde indígena foi implementada no Governo Fernando Henrique Cardoso, época em que o órgão federal não disponibilizava de recursos humanos para gerenciar a saúde dessa população.

Sem recursos

Ano passado, devido a falta de prestação de contas com a fundação, o Civaja ficou sem receber recursos por alguns meses por intervenção do Ministério Público Estadual (MPE), que solicitava à Funasa o retomo do gerenciamento das políticas em saúde. Para o órgão contratar funcionários, só seria possível por meio de concurso público ou por seleção de títulos, o que segundo Lúcia, levaria alguns meses. "Nós ainda estamos carentes de recursos humanos. Por isso, nós e o MPE assinamos Termo de Ajuste de Conduta para que o Civaja retomasse às atividades com a co-gestão da Funasa, esclareceu, comentando ainda que há dificuldade do órgão em auxiliar nessas políticas, já que o Civaja insiste em não descentralizar as atividades.

Conforme Lúcia, a Funasa se reunirá hoje com alguns órgãos ligados à saúde para tratar sobre aplicação de vacinas para prevenção e controle da hepatite naquela área. "Iremos mapear aquele local para verificarmos qual a real situação dos povos indígenas".

Vacinação

Salvação para as etnias da região

A Fundação de Medicina Tropical de Manaus (FMTM) realiza trabalho em conjunto com a Fundação Nacional de Saúde (Funasa) no Vale do Javari. Conforme o diretor da FMT, José Carlos Ferraz, a Síndrome Febril Ictero Hemorrágica Aguda, que está acometendo os indígenas da região, pode ser ocasionada por vários vírus, entre eles o da hepatite B e Delta.

Ele explicou que estudo feito em 2001 naquelas áreas detectou que 20% dos indígenas eram portadores da hepatite B e somente 10% da hepatite Delta. 'Não podemos afirmar que todas essas mortes estão relacionadas à hepatite. Somente um laudo histopatológico, que retira fragmentos do fígado, poderá confirmar os óbitos', informou ele, ressaltando que um exame desse tipo foi feito este ano numa indígena, mas ainda não se sabe o resultado. Quem é portador da hepatite B, doença que tem 90% de cura, e contrair a tipo Delta tem outros 90% de chance do quadro ser agravado para a hepatite crônica. Outras complicações podem ser hepatite fulminante, seguido de morte ou evolução para cirrose hepática. 'Nessa situação, os riscos de morte são altíssimos', disse. Para prevenir contra a doença, a vacinação é uma grande aliada. Ela tem 98% de qualidade em crianças e de 80 a 90% de alcance em adultos. Outras formas para prevenção seriam a não utilização de seringas e agulhas não descartáveis, uso de camisinha nas relações sexuais, principais meios de contágio da hepatite B e Delta.

A Crítica, 20/01/2004, p. C1

Documento 12

Nota técnica da FUNASA: Situação epidemiológica do Vale do Javari. Acessado no *site* www.amazonia.org.br dia 05/05/2004.

Nota técnica da Funasa: Situação epidemiológica do Vale do Javari

Data: 05/05/2004

Fonte: FUNASA

Local: Brasília - DF

Link: <http://www.funasa.gov.br>

No que diz respeito à situação epidemiológica do Vale do Javari, a Fundação Nacional de Saúde esclarece que realiza investigações epidemiológicas sobre a incidência de vários tipos de hepatite e outras doenças virais na região desde 1993. Inquéritos sorológicos detalhados sobre o assunto foram realizados em 1995 e em 2001, proporcionando um diagnóstico etiológico dos casos de Síndrome Febril Íctero-Hemorrágica Aguda (SFIHA).

Em função dos resultados dessas investigações, foram desenvolvidas diversas etapas vacinais, priorizando-se esquemas de imunização diferenciados para na população indígena da região com o propósito de reduzir a vulnerabilidade a hepatites. Em 2002, foi definida uma estratégia de intervenção a partir da análise do risco populacional com base no número de casos, na região e no deslocamento dos indígenas. Dentre as ações propostas foram incluídas o diagnóstico do estado vacinal, monitoramento dos índios sabidamente infectados, remoção dos casos sintomáticos e das gestantes HBsAg + para atendimento hospitalar, tratamento adequado aos recém-nascidos (imunização com menos de 12 horas e aplicação de gamaglobulina), ações educativas nas aldeias atingidas, com enfoque na cadeia de transmissão, identificação dos contactantes e incremento da infraestrutura da rede de serviços para melhorar as condições de imunização, diagnóstico e tratamento da população local.

Apesar de todos esses esforços, e de uma missão aérea e fluvial levada a efeito em setembro de 2003 nas aldeias localizadas no alto Javari, médio Curuçá, alto Curuçá, médio Ituí, alto Ituí e alto Itaquai para impedir a circulação do vírus da hepatite A e interromper a cadeia de transmissão da hepatite B, um novo surto de óbitos por SFIHA ocorreu em novembro daquele ano. Antes mesmo do surto, o Programa Nacional das Hepatites Virais do Ministério da Saúde, em parceria com o Departamento de Saúde Indígena da Funasa, com o Programa Nacional de Imunizações, a Gerência Técnica de Doenças Emergentes e Reemergentes e a Coordenação Geral de Laboratórios, todos da Secretaria de Vigilância em Saúde (MS), bem como a Fundação de Medicina Tropical do Amazonas e Secretaria de Saúde daquele Estado elaboraram um "Plano de Ações para Vigilância e Controle das Hepatites no Vale do Javari".

O problema das hepatites virais no Vale do Javari está sendo abordado de modo interinstitucional, incluindo a participação dos Pelotões de Fronteira do Exército e do Hospital de Guarnição de Tabatinga (AM), estando em fase de estruturação a rede de laboratório com definição de fluxos e fornecimento de kits diagnósticos. A estratégia de vigilância epidemiológica com a abordagem sindrômica está sendo implementada com o objetivo de aumentar a sensibilidade do sistema e a oportunidade para a adoção de medidas de prevenção e controle adequado, de acordo com orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Deste modo, inquéritos, feitos por instituições de pesquisas ou pelo próprio Ministério da Saúde, determinaram o perfil sorológico das hepatites virais na região do vale do Javari. O problema central não está propriamente na ausência de ações diagnósticas, mas na necessidade de elucidação de outros fatores e agentes etiológicos e ambientais intervenientes que criam um quadro de enfermidade de tal gravidade levando aos óbitos.

Copyright © 2001 Amigos da Terra - Amazônia Brasileira. - Todos os direitos reservados.

Documento 13

**Ata de Reunião da equipe técnica de saúde da FUNASA do DSEI
Vale do Javari e Coordenação do CIVAJA no dia 18/05/04.**

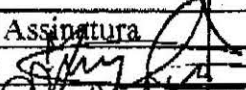
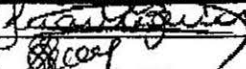
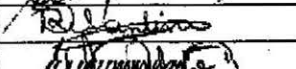
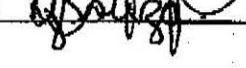
ATA DE REUNIÃO

Às dezessete horas do dia dezoito de maio de dois mil e quatro, reunidos (Coordenador Geral do CIVAJA, chefe do DSEI, coordenadora técnica, equipe de profissionais, consultora) na sede da FUNASA de Atalaia do Norte, fomos informados pela Chefe do DSEI Vale do Javari, Cleide Ana Rodrigues Brotas, que o Sr. Luis Belém (CORE-AM), informou que nos _____ de recursos financeiros para fretar 4 barcos de motor de centro para realiza _____ de atendimento a saúde básica (programas, imunização e controle de malária) para os povos indígenas do vale do Javari, foi recusada, colocando como solução que autorizava fretar só um barco e que o preço não ultrapassasse de 8.000,00 reais, de acordo com o processo utilizado no suprimento de fundos da FUNASA, para fretar os 04 barcos o processo deveria ser licitatório o que demoraria 3 semanas. Este único barco seria usado só para dar cobertura para uma calha de rio ("pólos base" Médio Javari, Médio Curuçá, Alto curuçá) e as outras calhas de rios ficariam descobertas (rio Itacoai, rio Itui) nas atividades de atendimento integral, enfermagem-odontologia.

A CORE-AM, propôs fazer outro planejamento para realizar uma missão aérea nestas áreas, este planejamento também tomaria muito tempo para ser aprovado e de repente correr o risco de ser desaprovado quase na hora de ser executado, como foi no caso dos barcos, sem tomar em consideração que para fazer uma missão aérea temos que ter condições e tempo para dar suporte logístico ao deslocamento de todos os insumos necessários (gasolina, medicamentos, gelo em bloco, rancho e outros materiais) para que os profissionais que vão nesses vôos tenham condições de desenvolver essas ações, mesmo assim, tem algumas áreas de difícil acesso sem condições de pouso, que ficariam sem vacina nem atendimento, como foi o caso do ano passado (missão aérea de setembro-outubro 2003). Nos não aceitamos, essa posição da CORE-AM, já que nosso planejamento foi feito com antecedência e todas as equipes se organizaram baseadas nesse planejamento que foi aceito por essa chefia (Sr. Luis Belém) no momento do exercício da Chefe substituta deste DSEI, enfermeira Verônica Maria Vasconcelos de Almeida.

A colocação definitiva do Coordenador Geral do CIVAJA, diante deste fato foi: que o prazo para atender nossas demandas para essas ações deverá acontecer até sexta feira 21 de maio de 2004, ao contrário todos os indígenas deste DSEI estarão novamente acionando o MINISTÉRIO PÚBLICO.

Nos como equipe de profissionais de área estamos preocupados devido à longa permanência na cidade e as comunidades sem assistência a saúde. Finalmente nós que enfrentamos as reuniões nas comunidades somos duramente cobrados, parecendo que depende de nós toda esta burocracia. Assumimos a responsabilidade de nossas opiniões e atos e assinamos abaixo.

Nome	Função	Assinatura
Jorge Oliveira Duarte	Coordenador Geral CivaJa	
Cleide Ana Rodrigues Brotas	Chefe do DSEI Javari	
Deyce Cueva Paredes	Coordenadora Técnica	
Liliane Cristina B. Kussaba	Consultora FUNASA	
Sergio Takashi Kussaba	Cirurgião Dentista	
Rosemeire Ap. Santine	Enfermeira	
Luciana Cristina Grisoto	Cirurgiã Dentista	
Robinson Lemes Júnior	Técnico de Enfermagem	
Dulcilene Gomes de Souza	Técnica de Enfermagem	