

Temí Totiki

Yalomatam

Ruki Rihewë

Yalomatami

Temö Toitka

Salöma

Tem kiki kuo we

Nitam

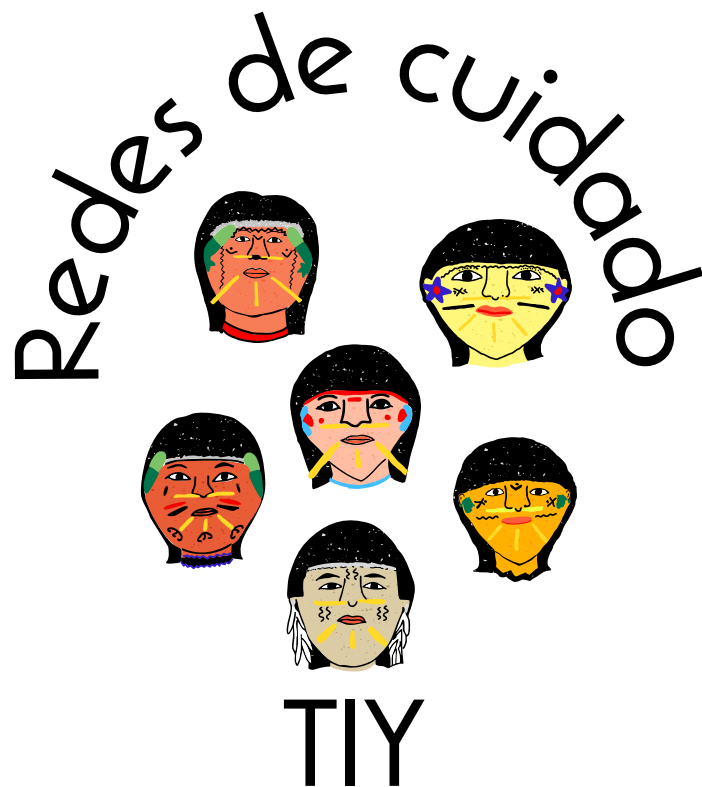
Äwiiskicha Wenikhä

Ye'kwana

Guia de Atenção ao Pré-Natal
na Terra Indígena Yalomatami

Redes
de cuidado





Redes de Cuidado na Terra Indígena Yanomami é um projeto que busca fortalecer o cuidado à saúde de mulheres e crianças na floresta, com foco no pré-natal, parto e pós-parto. Por meio de ações de extensão, integra saberes e práticas Yanomami e Ye'kwana na saúde pública, promovendo um cuidado respeitoso e de qualidade.

Projeto da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG e vinculado ao Programa de Extensão em Direitos Humanos, Educação e Saúde na Terra Indígena Yanomami. Iniciativa financiada pela Fundação Nacional dos Povos Indígenas – Funai – e pelo Ministério dos Povos Indígenas – MPI.

Guia de Atenção ao Pré-Natal na Terra Indígena Yanomami

Elaboração, distribuição e informações: Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG; Ministério da Saúde – MS; Secretaria de Saúde Indígena – Sesai; Ministério dos Povos Indígenas – MPI; Fundação Nacional dos Povos Indígenas – Funai; Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami e Ye'kwana – DSEI-YY

Realização: Escola de Enfermagem / Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG; Departamento de Atenção Primária em Saúde – DAPSI / Secretaria de Saúde Indígena – Sesai; Ministério da Saúde – MS; DEPIR / SEDAT / Ministério dos Povos Indígenas – MPI; COASI / CGPDS / Fundação Nacional dos Povos Indígenas – Funai; Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami e Ye'kwana – DSEI-YY/Associação das Mulheres Yanomami Kumiroyoma - AMYK, Associação Wanasseduume Ye'kwana - Seduume, Hutukara Associação Yanomami - HAY

Apoio: Hospital Sofia Feldman, Projeto Xingu – Unifesp, Instituto Socioambiental - ISA, Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz e Universidade Federal de Roraima - UFRR

Organização: Projeto Redes de Cuidado na Terra Indígena Yanomami, UFMG – Érica Dumont e Maria Christina Barra

Coordenação Editorial: Paula Lobato e Felipe Carnevalli - Cosmopolíticas Editoriais

Autores(as) principais: Alessandra Aguiar, Ana Maria Machado, Carla Guanabens, Edson Borges, Ehuana Yaira Yanomami, Érica Dumont, Karenina Andrade, Marciane Rocha Ye'kwana, Maria Christina Barra, Mayara Calixto, Nágela Santos, Paulo Basta, Rafaela Schreck, Tuyra Kopenawa Yanomami, Unaí Tupinambás

Autores colaboradores: Amanda Ferreira Monteiro das Mercês, Ana Paula Pina Borges, Ana Caroline Marques, Elaine Florêncio, Estevão Senra, Felipe Cerni, Fernanda Penido Matozinhos, Júlia Lopes Garrafa, Letícia Araújo da Motta, Luciana Viana, Manuela Otero, Marcelo Moura, Mariana Queiroz, Thales Philipe Rodrigues da Silva, Yasmin de Oliveira Aguiar

Revisão técnica: Daniele Simim (Ministério da Saúde); Putira Sacuena, Alaine Arruda, Julia de Almeida Serafin, Rosilene Menezes (Sesai); Beatriz Matos, Clarisse Jabur (MPI); Andrea Prado, Rachel Corrêa, Nikolas Mendes (FUNAI)

Revisão textual em português: Rachel Murta – Trema

Revisão Yanomami: Ana Maria Machado, Ehuana Yaira Yanomami

Revisão Ye'kwana: Karenina Andrade, Marciane Rocha Ye'kwana

Projeto gráfico e diagramação: Felipe Carnevalli, Paula Lobato e Bianca Perdigão - Cosmopolíticas Editoriais

Desenhos: Os desenhos que integram este guia foram realizados pela artista Ehuana Yanomami, cuja obra registra modos próprios de viver e de cuidar, especialmente entre as mulheres, revelando suas expressões, vínculos e formas de se relacionar com a natureza. Alguns outros, presentes principalmente nos diagramas, foram elaborados digitalmente pela equipe de design e comunicação do projeto Redes de Cuidado na TIY, com base também nas ilustrações de Ehuana – expandindo as confluências visuais que estruturam a linguagem gráfica do projeto.

Os quadros e figuras constantes na obra, quando não indicadas as fontes externas, são de autoria própria.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Guia de atenção ao pré-natal na terra indígena Yanomami / organização Érica Dumont e Maria Christina Barra. -- Belo Horizonte, MG : Ed. dos Autores, 2025.

Vários colaboradores.
Bibliografia.
ISBN 978-65-01-51483-3

1. Cuidado pré-natal 2. Mulheres indígenas 3. Parto (Obstetrícia) 4. Saúde da mulher 5. Povos indígenas (Yanomami) I. Dumont, Érica. II. Barra, Maria Christina.

25-277593

CDD-618.24
NLM-WQ-175

Índices para catálogo sistemático:

1. Pré-natal : Cuidados : Obstetrícia 618.24
Eliane de Freitas Leite - Bibliotecária - CRB 8/8415

Versão do Guia atualizada em novembro de 2025

Índice

1. Introdução	09	5. Cuidados em situações especiais na gestação	65
1.1 Apresentação da região e os desafios da atenção à saúde na Terra Indígena Yanomami – TIY	10	5.1 Anemia na gestação	66
1.2 Construindo o cuidado sensível e adequado	14	5.2 Malária na gestação	71
1.3 Entendendo o corpo e a visão de mundo Yanomami e Ye'kwana	16	5.3 Infecções do trato urinário	81
1.4 Conhecendo os direitos das mulheres Yanomami e Ye'kwana na atenção ao pré-natal, ao parto e ao nascimento e modos de tomar decisão na Terra Indígena Yanomami – TIY	20	5.4 Ganho de peso insuficiente ou excessivo na gestação	87
2. Cuidados na gestação na Terra Indígena Yanomami – TIY	23	5.5 Doenças diarreicas agudas e verminoses	93
2.1 Diagnóstico da gestação, cálculo da Idade Gestacional – IG – e Data Provável do Parto – DPP	27	5.6 Infecções Sexualmente Transmissíveis – ISTs: abordagem sindrômica	102
2.2 Anamnese	30	5.6.1 Úlceras genitais: sífilis e herpes	103
2.3 Exame físico geral e específico [gineco-obstétrico]		5.6.2 Corrimentos vaginais	108
2.3.1 Técnica para mensuração da altura uterina com fita métrica	40	5.6.3 Doença Inflamatória Pélvica – DIP	112
2.3.2 Técnica de ausculta cardíofetal	41	5.7 Infecções Sexualmente Transmissíveis – ISTs: abordagem por Testes Rápidos – TR – de HIV, Hepatite B e Hepatite C	116
2.4 Exames laboratoriais	42	5.8 Contaminação por mercúrio	119
2.5 Suplementação e medicação preventiva	47	5.9 Síndromes hipertensivas na gestação	124
2.6 Etapas de uma consulta de pré-natal	48	5.10 Diabetes Mellitus na gravidez e Diabetes Mellitus Gestacional – DMG	131
3. Estratificação de risco e cuidados no contexto da Terra Indígena Yanomami – TIY	49	5.11 Avaliação do crescimento fetal	140
3.1 Estratificação de risco (baixo, médio e alto) conforme o nível de atenção mais apropriado para o manejo	52	5.12 Doenças respiratórias	145
3.2 Cuidados para uma remoção qualificada e segura	60	5.13 Doenças exantemáticas febris na gravidez	153
4. Imunizações recomendadas	61	5.14 Acidentes por animais peçonhentos	161
		6. Cuidados com a dor na gestação	167
		7. Violência	171
		8. O parto na Terra Indígena Yanomami – TIY	177
		9. Cuidados no puerpério	183
		10. Cuidados no abortamento	189
		Referências bibliográficas	193

1. Introdução



Quando nós, mulheres, estamos grávidas, alguns bebês não estão crescendo saudáveis durante a gestação. Queremos melhorar o pré-natal nas nossas comunidades, para nossos filhos nascerem bem e com saúde!
(Carta das mulheres lideranças Yanomami – XV Encontro de Mulheres – 2024)

Essa é a terra para que nós possamos morar com saúde.
(Ata final do XIII Encontro das Mulheres – 2022)

1.1. Apresentação da região e os desafios da atenção à saúde na Terra Indígena Yanomami – TIY

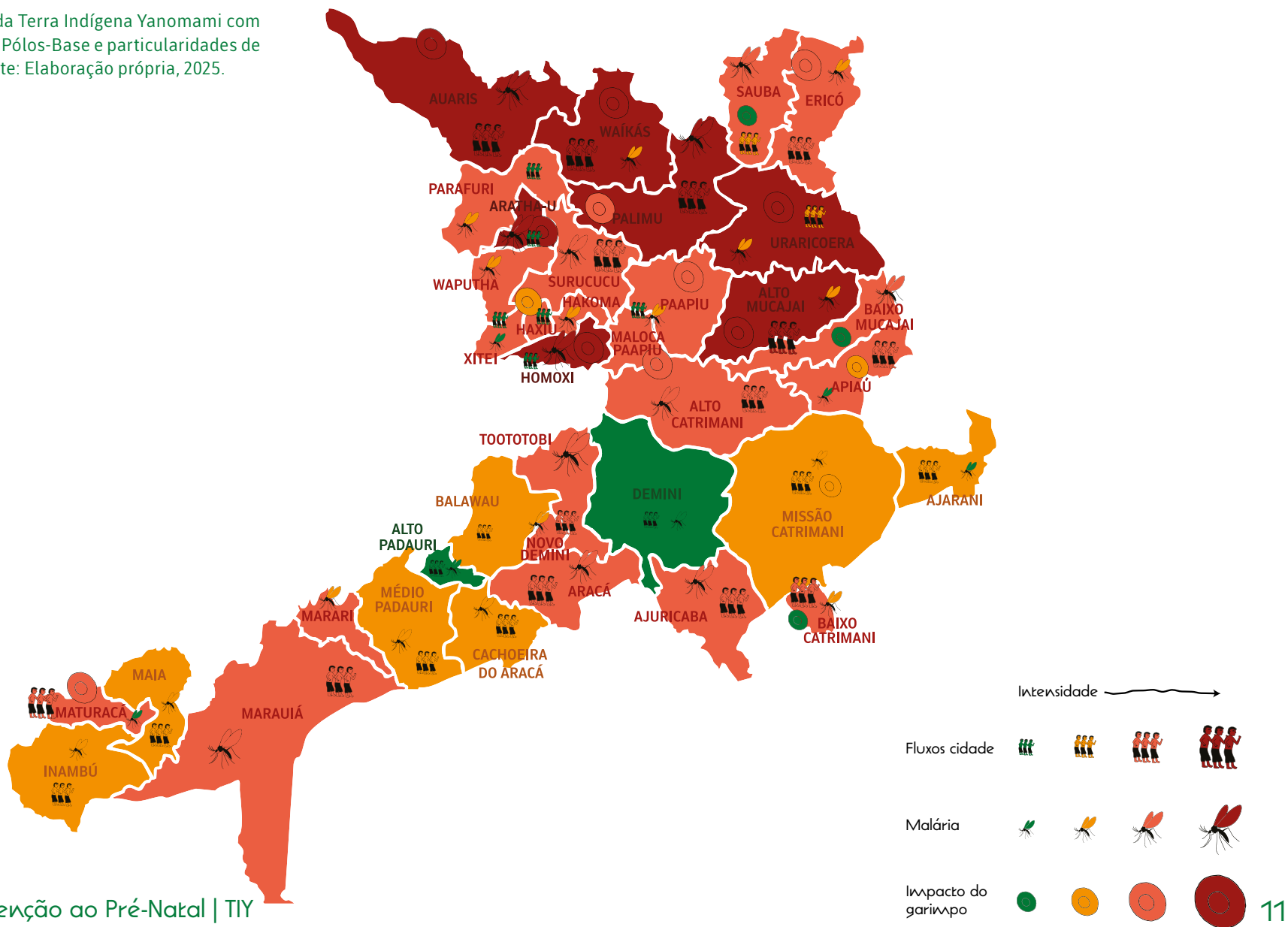
O tema da saúde da mulher Yanomami e Ye'kwana tem sido recorrente nos Encontros de Mulheres que vêm acontecendo na Terra Indígena Yanomami desde 2008. A gestação, o parto e o nascimento foram especialmente discutidos no XIV Encontro de Mulheres Yanomami (2023) e no XV Encontro de Mulheres Yanomami e Primeiro Encontro de Mulheres Ye'kwana (2024), quando as mulheres, preocupadas com a saúde de seus filhos e as mortes maternas, demandaram a melhoria da qualidade do pré-natal em todo o território. O guia de atenção pré-natal na Terra Indígena Yanomami –TIY – é uma iniciativa que surge como resposta à reivindicação de melhoria da atenção ao pré-natal, incluída na Carta das Mulheres Indígenas que resulta desse encontro.

Por seu caráter emergencial, este guia foi elaborado de forma ágil, baseado em evidências científicas de saúde, em diálogo com os modos de vida e dinâmicas de cuidado em saúde na TIY, sendo, assim, passível de atualizações e aprofundamentos. Apresenta diretrizes para a qualificação da atenção ao pré-natal a partir do reconhecimento da complexidade dos contextos locais e da necessidade de construir uma atenção diferenciada e que respondam às condições de vulnerabilidade da TIY e que sejam sensíveis às potentes práticas de autoatenção das mulheres Yanomami e Ye'kwana, com destaque para aquelas no contexto da gestação, do parto, do nascimento e do pós-parto.

A Terra Indígena Yanomami abriga a maior população indígena do Brasil, com 27.152 habitantes – o que corresponde a 4,36% da população indígena residente em terras indígenas no país (IBGE, 2024). O território é composto por diversos subgrupos linguísticos Yanomami, como Yanomam, Yanomami, Sanöma, Yaroamë, Ninam, Yãnoma, além do povo Ye'kwana (Ferreira; Machado; Senra, 2019). Embora sejam grupos diversos, guardam muitos elementos comuns aos seus modos de vida, sendo um deles a relação com a floresta. Para esses grupos, a floresta é uma entidade viva, inserida numa complexa dinâmica cosmológica de intercâmbios entre humanos e não humanos.

O Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami Ye'kwana – DSEI-YY – organiza a divisão do cuidado em saúde na Terra Indígena Yanomami em 37 polos-base dispostos conforme a Figura 1. É importante salientar que as comunidades atendidas pelos polos-base podem variar conforme modos de vida e, também, contextos de menor ou maior contato com populações não indígenas, sendo que, em geral, esse contato intensifica a exposição à violência e a demais elementos que podem gerar agravos à saúde e alterar o perfil de doenças. Comunidades com maior fluxo para os centros urbanos tendem a ser mais acometidas pelas Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNTs – e violências, bem como podem acessar com mais rapidez a atenção secundária e terciária à saúde. Outros polos-base se encontram próximos às áreas de invasões garimpeiras, o que contribui significativamente para fragilizar a situação sanitária. E há ainda aqueles menos afetados pela presença dos não indígenas, mas que estão em áreas de difícil acesso, cuja remoção precisa ser cuidadosamente avaliada. Compreender essa distribuição dos polos-base e suas particularidades é importante para a construção de um cuidado adequado e que atenda às necessidades reais dos povos indígenas.

Figura 1: Mapa da Terra Indígena Yanomami com distribuição dos Pólos-Base e particularidades de cada região. Fonte: Elaboração própria, 2025.





Segundo dados do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena – Siasi – analisados pelo projeto “Redes de Cuidado” (no prelo, 2025), entre 2020 e 2023, 95% dos recém-nascidos Yanomami nasceram em casa ou na comunidade, e apenas 5% nasceram em embarcação ou hospital de referência. Desses partos, 99,3% foram vaginais. Os dados preliminares de 2024 apontam uma taxa de mortalidade materna 22,6 vezes superior à média entre mulheres não indígenas. A maioria dessas mortes está associada à ausência de acompanhamento pós-parto e à fragilidade do pré-natal, e não ao parto domiciliar em si. Entre 2020 e 2024, a maioria das gestantes realizou de uma a três consultas de pré-natal (52% a 57%). O percentual de gestantes sem consultas ou sem registros caiu de 40,1% (2020) para 18,4% (2024), apesar de um pico de 42,3% em 2022. Já o grupo com quatro a cinco consultas aumentou 7,2%.

Esses dados evidenciam avanços pontuais no acompanhamento pré-natal, mas também revelam limites persistentes e estruturais no cuidado com as gestantes na TIY. A seguir, elencam-se os principais desafios para a qualificação da atenção ao pré-natal nesse território:

- Desafios relacionados a protocolos adequados:
 - Necessidade de adequação das condutas e recomendações diante das condições socioambientais e especificidades dos modos de vida;
- Desafios relacionados a dinâmicas profissionais:
 - Alta rotatividade profissional, períodos sem profissionais para atendimento em todos os polos-base;
 - Comunicação: poucos profissionais que falam as línguas Yanomami, necessitando de tradução na maioria das vezes;
 - Pouca integração com Agentes Indígenas de Saúde e Agentes Indígenas de Saneamento;

- Desafios relacionados à estrutura dos polos-base:
 - Dificuldades para a realização de exames laboratoriais, na TIY, que poderiam ser acessados via Point of Care – PoCT;
 - Dificuldades para acesso a testes rápidos como o do diagnóstico da gravidez;
 - Necessidade de formação continuada sobre pré-natal sensível e adequado às mulheres e famílias da TIY;
- Desafios relacionados a dinâmicas das comunidades:
 - Distâncias e transporte;
 - Insegurança alimentar e desnutrição;
 - Perfis variados de doença e cuidado;
 - Elevada prevalência de doenças infecciosas como malária;
 - Contaminação ambiental por mercúrio, impactando gestantes e recém-nascidos;
 - Vulnerabilidade socioeconômica e riscos relacionados à violência e à exploração sexual;
 - Desafios na definição dos critérios e da logística das situações de remoção;

Diante desses desafios, torna-se fundamental orientar práticas que qualifiquem o cuidado, respeitando as especificidades culturais e sociais da TIY. Serão apresentados, ao longo do guia, exemplos dos saberes, das práticas e dos modos de cuidado Yanomami e Ye'kwana, que variam entre regiões e comunidades. Os exemplos aqui apresentados não pretendem esgotar a diversidade dos modos de viver na TIY. Trata-se de uma aproximação, que busca apoiar o trabalho dos profissionais de saúde para que ele aconteça de forma mais sensível e contextualizada. Do *Hwërimamotima thë pë ã oni*, Manual dos remédios tradicionais Yanomami produzido por pesquisadores yanomami (2014), foram elencadas plantas que são utilizadas pelos indígenas em suas práticas de cuidado e que podem contribuir nos cuidados na gestação a partir da ação conjunta entre os especialistas indígenas e não indígenas na complementaridade entre os diferentes conhecimentos.



1.2 Construindo o cuidado sensível e adequado

No passado, quando os brancos não tinham chegado até aqui, nós não éramos ignorantes. Nossos xamãs sabiam nos curar. Quando não havia remédios dos brancos, os xamãs faziam seu trabalho e apenas poucas pessoas morriam. Mas agora que os brancos chegaram dentro da nossa floresta, nós temos medo da malária e da tuberculose, nós temos medo das epidemias-xawara que eles deixaram atrás. Esses são males que vêm de longe, que os xamãs não conhecem. Os espíritos dos nossos xamãs só sabem destruir as doenças que nós conhecemos. Quando eles tentam lutar contra a xawara sozinhos, ela pode matá-los também. Para afastar estas doenças agora é só juntando com os remédios dos brancos.

(Davi Kopenawa - Watoriki - Posto Indígena Demini In: Saúde Yanomami - Um manual etnolinguístico)

Para a construção do cuidado sensível e adequado, é necessário que o profissional de saúde reconheça a existência de diferentes modos de conhecimento que fundamentam o cuidado na gestação, no parto e no nascimento. As concepções Yanomami e Ye'kwana de corpo, saúde e doença diferem do modelo biomédico e não se restringem apenas ao aspecto físico e biológico do corpo. O cenário atual das condições de saúde das mulheres na TIY requer a construção de ações sensíveis que considerem essas diferentes concepções de corpo, saúde e doença e promovam a interação entre os saberes e práticas Yanomami e Ye'kwana e as evidências científicas produzidas por especialistas indígenas e não indígenas.

É necessário compreender que os saberes e práticas Yanomami e Ye'kwana no cuidado da gestação, do parto e do nascimento não se referem a apenas esses momentos da vida. São saberes e práticas de cuidados construídos coletivamente e específicos aos diferentes tempos de vida de uma pessoa, entendidos como círculos de cuidado ou de proteção. Desde o nascimento, são realizados resguardos, prescrições alimentares e rituais de passagem, como nos momentos da primeira menstruação para as meninas. São práticas e condutas de proteção e fortalecimento da pessoa dentro de uma rede ampliada de relações familiares e com os diversos seres que compõem o mundo na TIY.

Os Yanomami e os Ye'kwana diferenciam as doenças indígenas das doenças que chegaram com a maior proximidade com o mundo não indígena (o mundo dos *napëpë*, para os Yanomami, e *yadanaawi*, para os Ye'kwana) e sabem que as ações de saúde, hoje, devem ser complementares. A ação do profissional de saúde no cuidado das doenças trazidas pelos *napëpë* e *yadanaawi* se faz cada dia mais necessária, assim como a continuidade da ação do xamã contra os seres causadores das doenças entre os Yanomami e Ye'kwana. Compreender toda a dinâmica de condutas e práticas nessa rede de relações mais ampliada é condição de base para a construção de um cuidado intercultural sensível e adequado e para realização de ações de saúde mais eficazes.

A seguir, são apresentadas diretrizes para a construção de um cuidado sensível, adequado e tecnicamente qualificado para as mulheres Yanomami e Ye'kwana:



Diretrizes para a construção do cuidado sensível e adequado:

- Melhora na comunicação a partir do esforço do(a) profissional de saúde em aprender palavras e frases em algumas das sete línguas diferentes faladas na Terra Indígena Yanomami;
- Adequação da linguagem com escolha de palavras simples e elaboração de perguntas e orientações mais acessíveis às mulheres Yanomami e Ye'kwana e seus familiares, com auxílio de tradução, quando necessário;
- Reconhecimento das especificidades culturais, buscando conhecer o modo de viver Yanomami e Ye'kwana e as diferentes formas de pensar e conceber o corpo e a gestação, de modo a respeitar as diferenças;
- Conhecimento das condições locais a partir das estratificações das vulnerabilidades e das especificidades de cada comunidade para encaminhamento de condutas terapêuticas científica e culturalmente adequadas;
- Fortalecimento das ações conjuntas com Agentes Indígenas de Saúde – AIS –, valorizando seu pertencimento à equipe de saúde e à comunidade e suas potencialidades para a construção de um cuidado mais adequado às mulheres indígenas;
- Formação de vínculo com a população local, aceitando convites, participando de atividades e conversas ao final da tarde, visitando as comunidades com regularidade e dormindo nas comunidades, quando possível;
- Compreensão das dificuldades referentes a busca e adesão aos tratamentos, principalmente relacionadas ao gênero do profissional (mulheres sendo atendidas por homens) e dificuldades de comunicação – solicitação da participação da técnica ou da enfermeira mulher, quando o AIS for homem;



- Reconhecimento da importância de realização das visitas domiciliares e da busca ativa pela equipe de saúde a partir de condutas mais sensíveis e discretas na abordagem às mulheres, compreendendo a necessidade de conversas com companheiros e familiares;
- Cuidado em não gerar medos e preocupações desnecessárias em relação às intercorrências na gestação, no parto e no nascimento;
- Cuidado com as intervenções desnecessárias, tais como o uso excessivo de medicação e/ou medicação contraindicada no período da gestação e, ainda, intervenções em momentos e práticas de cuidado comunitário.

1.3 Entendendo o corpo e imagens na visão de mundo Yanomami e Ye'kwana

Nós mulheres indígenas queremos viver felizes trabalhando, cuidando dos nossos filhos, ensinando-os sobre nossas culturas para que eles não esqueçam.

(Livro da Oficina de formação em Direitos Humanos para mulheres Yanomami e Ye'kwana – 2024)

Para os Yanomami e Ye'kwana, o corpo não é compreendido apenas como um conjunto de órgãos ou estruturas visíveis. Ele é formado por elementos materiais e imateriais, visíveis e invisíveis, que se articulam com a vida, o pensamento, os afetos e o mundo humano e não humano. A saúde e a doença estão profundamente ligadas a essas dimensões, exigindo formas de cuidado que vão além do físico e envolvem relações com os espíritos, com os sonhos, com o sopro vital e com os cantos e plantas da floresta. Entender e, sobretudo, respeitar essas concepções é fundamental para o diálogo intercultural e para a construção de um cuidado adequado e sensível.

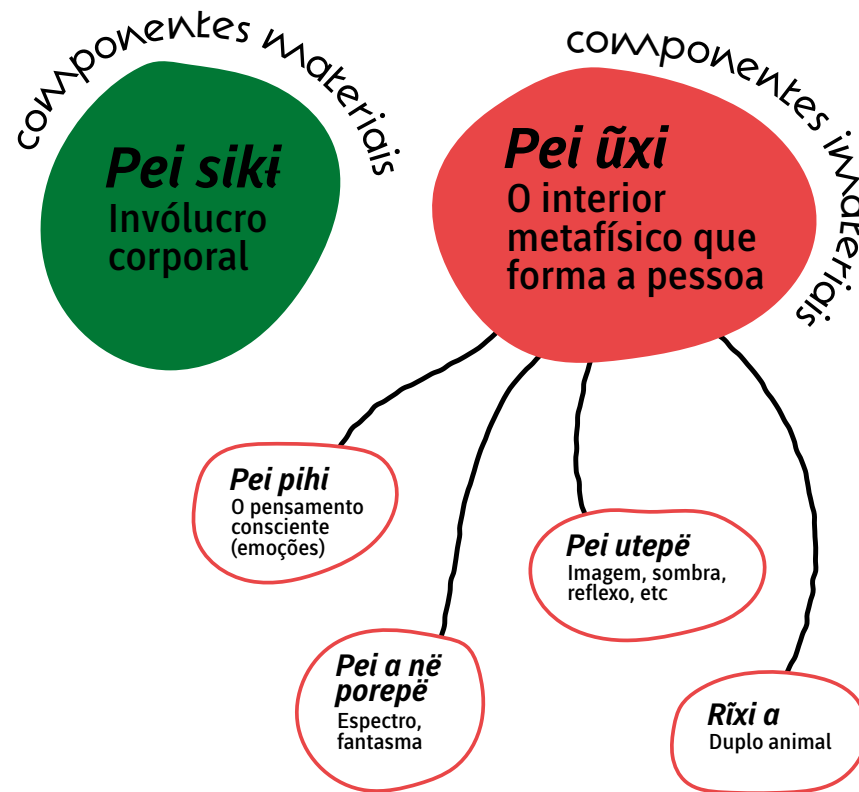


A concepção de corpo **Yanomami**, seus componentes materiais e imateriais (invisíveis):

- Componente material:
 - **Envelope corporal - *pei siki***: a pele ou aquilo que envolve o corpo e que se diferencia de *pei ũxi*, que seria o meio ou o interior do corpo.
- Componentes imateriais:
 - **Pensamento consciente - *pei pihi***: onde se alocam as vontades, origem da orientação do comportamento social e dos sentimentos;
 - **Imagem essencial ou energia vital - *utupë* ou *noremë***: está ligada ao sopro de vida (*wixiã*) e ao sangue (*iyë*) e é a imagem captada na fotografia, no reflexo ou na sombra;
 - **Pensamento inconsciente - *pore***: parte do corpo associada aos sonhos e aos estados alterados de consciência e que se desprende do corpo no momento da morte;
 - **Duplo animal - *rîxi***: cada pessoa que nasce tem associado a si um animal que vive em uma terra distante, de forma que jamais se encontram, e possuem – a pessoa e seu duplo animal – o mesmo destino.

Na alteração do estado de saúde, a imagem essencial, *utupë*, é afetada a partir de uma agressão por espíritos da floresta ou por um ataque do duplo animal, *rîxi*. As doenças que produzem alterações das percepções e das sensações normais, sinais de que a imagem essencial – *utupë* ou *noremë* – foi afetada, são tratadas por curas xamânicas. Uma vez realizada a cura xamânica, os sintomas são tratados com plantas medicinais em bebidas, banhos, inalações, entre outros.

Figura 2: Componentes da pessoa Yanomami. Fonte: elaboração própria.

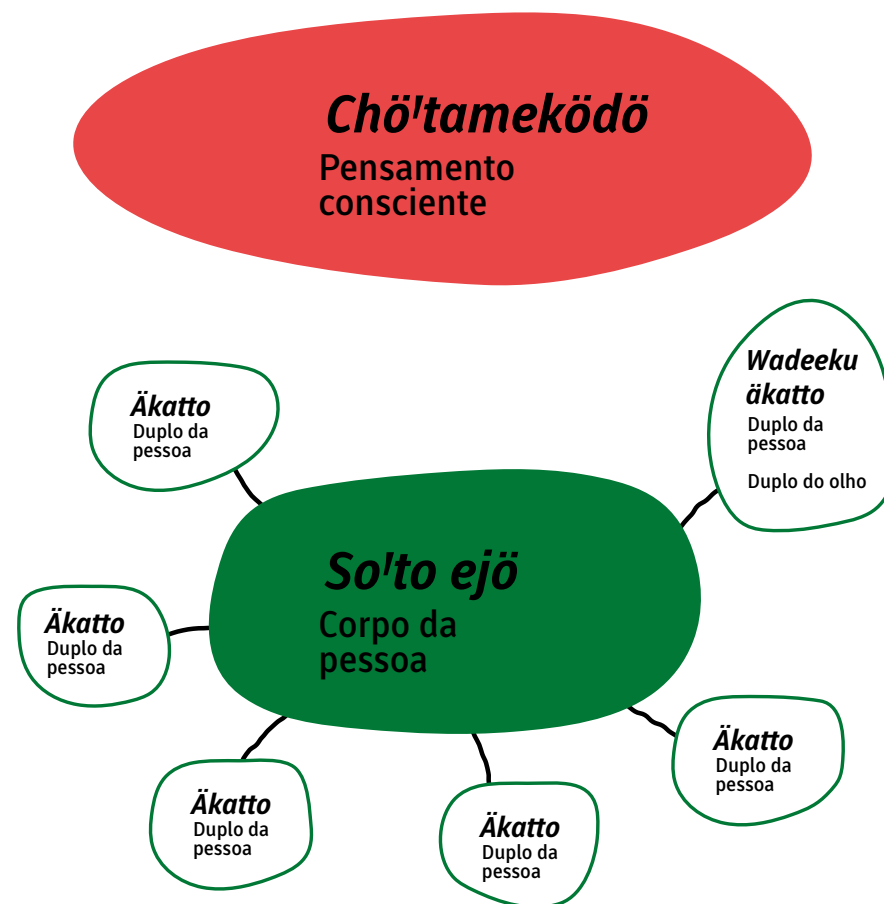


A concepção de corpo **Ye'kwana**:

- **Corpo (da pessoa) - *so'to ejö***: termo que designa o corpo na sua totalidade/todos os componentes tangíveis, órgãos internos e externo
- **Pensamento consciente - *chö'tameködö***
- **Os seis duplos da pessoa/componentes internos e invisíveis - *äkatto***
- **Fio do duplo – *wadeeku ekaato***: fio que liga o duplo do olho (*äkatto*) ao corpo da pessoa. A ligação entre o fio do duplo e o corpo é o que garante a saúde da pessoa. Essa ligação só será rompida com a morte. O duplo sempre vai à frente da pessoa, abrindo o caminho.

Entre os Ye'kwana, são os *odo'shankomo*, entre outros, os seres que causam doenças. Os processos de cura são realizados pelos xamãs e também, em alguns casos, por homens (*inchonkomo*: homem maduro/sábio, pl) e mulheres (*nosankomo*: mulher madura/sábia, pl.) que conhecem as plantas medicinais e os cantos de cura e proteção.

Figura 3: Componentes da pessoa Ye'kwana. Fonte: elaboração própria.



Imagens e registros fotográficos

Entre os Yanomami e os Ye'kwana, imagens e registros audiovisuais não são simples representações, mas extensões da pessoa. Fotografar, filmar ou guardar imagens de alguém pode significar, em certos contextos, capturar parte de sua energia vital. Após a morte, essas imagens devem ser apagadas ou destruídas, junto aos objetos e ao nome da pessoa. É necessário, portanto, um cuidado profundo ao produzir ou compartilhar imagens, respeitando os tempos de luto, os momentos rituais e as fases de maior vulnerabilidade da vida. **Mesmo com usos mais flexíveis em algumas regiões, toda produção de imagens deve ser dialogada e consentida, sempre com atenção à escuta e ao contexto.**

- Para os **Yanomami**, o registro de alguém em imagens é uma extensão da pessoa. Após a morte, tudo que está ligado à pessoa que faleceu deverá ser destruído ou esquecido: seu nome não poderá mais ser pronunciado, todos os seus objetos devem ser destruídos, suas pegadas devem ser apagadas, assim como todas as suas imagens devem ser queimadas ou deletadas. Pronunciar o nome de alguém que tenha morrido ou mostrar fotos antigas poderá causar grande tristeza e consternação nas pessoas.
- Para os **Ye'kwana**, o registro audiovisual de alguém é a captura de um aspecto importante da pessoa, de um de seus duplos (*äkatto*). É um roubo de princípios vitais. Como entre os Yanomami, o registro é compreendido como extensão da pessoa. Os momentos de realização de um ritual ou de um canto devem ser respeitados, assim como os momentos de maior vulnerabilidade das diferentes fases da vida, as pessoas idosas e os recém-nascidos ou bebês.

Nas regiões onde a relação com os *napëpë* e *yadanaawi* (não indígenas) é mais intensa e/ou mais antiga, esse cuidado com as imagens tende a ser mais flexível. Alguns indígenas produzem, hoje, muitas imagens com o celular e é permitido seu uso na realização de filmes, com o objetivo de registro, educação e fortalecimento das culturas Yanomami e Ye'kwana.



1.4 Conhecendo os direitos das mulheres Yanomami e Ye'kwana na atenção ao pré-natal, ao parto e ao nascimento e os modos de tomar decisão na Terra Indígena Yanomami – TIY

Assim, reunimos nossas palavras e nossas preocupações sobre nosso direito de viver bem, nosso direito de viver com segurança, sem sofrer violência, também nosso direito de cuidar de nossa gravidez e de nossos filhos da forma como sempre fizemos, com os conhecimentos da nossa cultura. (Livro da Oficina de formação em Direitos Humanos para mulheres Yanomami e Ye'kwana – 2024)

A atenção à saúde das mulheres Yanomami e Ye'kwana deve respeitar seus modos de vida, saberes e formas próprias de cuidar. Mulheres e lideranças indígenas têm afirmado, em diferentes espaços, que o cuidado à gestação, ao parto e ao pós-parto deve acontecer de forma segura, livre de violência e com base nos conhecimentos próprios, nas decisões coletivas e no papel central das mulheres mais velhas. Esses direitos estão descritos em documentos de Estado, como a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas – PNASPI –, e em documentos próprios, como registros de encontros e cartas produzidos pelas mulheres na TIY, conforme destaques a seguir:

- **Direito à atenção diferenciada (Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas – PNASPI)** - Portaria GM/MS nº 254/2002), princípio que considera as especificidades de cada população, como a diversidade cultural, epidemiológica e logística, e garante às mulheres indígenas o recebimento de informações, a partir de uma linguagem culturalmente sensível, sobre condições de saúde, exames e condutas a serem realizados;

- **Documento final da marcha das mulheres indígenas Território: nosso corpo, nosso espírito** – Brasília (2019) –, destacando a garantia ao direito irrestrito ao atendimento diferenciado à saúde dos povos indígenas e à qualificação da PNASPI com participação, na gestão da Secretaria Especial de Saúde Indígena – Sesai –, de profissionais que reúnam qualificações técnicas e políticas na compreensão das especificidades envolvidas na prestação dos serviços de saúde dos povos indígenas e no respeito às práticas indígenas de promoção à saúde, tais como as medicinas indígenas, a realização de partos naturais e a atuação das parteiras e lideranças espirituais;
- **Carta das mulheres lideranças Yanomami ao presidente eleito – XIII Encontro de Mulheres (2022)**, reivindicando que os profissionais de saúde da Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena – EMSI – sejam pessoas que tenham compromisso com os Yanomami, que busquem conhecer os problemas e saibam cuidar bem da saúde dos Yanomami, e que a coordenação do DSEI-YY seja tecnicamente sensível à realidade da TIY;
- **Ofício Hutukara Associação Yanomami – HAY – Carta do XIV Encontro da Mulheres Yanomami (2023)**: as mulheres Yanomami lamentam as dificuldades que enfrentam quando elas ou seus filhos precisam de tratamentos médicos na cidade, por isso decidiram, juntas, reivindicar seu direito a uma saúde pública pautada pelos princípios de Universalização, Integralidade e Equidade, bem como recomendar a adoção de medidas para um atendimento hospitalar adequado às especificidades culturais do povo Yanomami.
- **Relatório XIV Encontro da Mulheres Yanomami (2023)**, destacando o encontro, no sentido mais profundo do termo, como o solo fértil de onde brotaram sementes plantadas para reconstruir caminhos em uma terra arrasada, um futuro para aquelas que sonham “viver bem e com saúde” na floresta onde nasceram e que as novas políticas para reerguer o bem-viver na Terra Indígena Yanomami precisam ser feitas com e pelas mulheres e na mediação entre o sistema de conhecimento *napëpë* e Yanomami.

- **Carta das mulheres lideranças Yanomami – XV Encontro de Mulheres – Watoriki, Demini, TI Yanomami (2024)**, destacando as reivindicações de melhoria da atenção à saúde das mulheres no pré-natal; na busca ativa das Infecções Sexualmente Transmissíveis – ISTs; na formação de Agentes Indígenas de Saúde – AIS – para mulheres; na garantia das especificidades culturais na atenção ao parto e ao nascimento, quando encaminhadas para os centros de referência.
- **Relatório da primeira oficina com as mulheres Ye'kwana Fuduwaadunnha - Auaris (2024)**, destacando a importância das *nosankomo*, mulheres respeitadas por seu conhecimento e sua experiência de vida, que ensinam os cuidados durante a gestação (*wemöi*) e a necessidade de adequação dos cuidados realizados na maternidade de Boa Vista, reivindicando uma alimentação diferenciada, outra destinação à placenta (possibilidade de entrega para a mulher) e o cuidado na remoção da mulher e do bebê no período anterior à queda do coto umbilical; solicitando o desenvolvimento de um projeto para falar sobre as doenças e a medicina Ye'kwana.
- Participação das mulheres no **Conselho de Saúde do Distrito Sanitário Yanomami e Ye'kwana – CONDISI-YY** –, instância de participação social do **Subsistema de Atenção à Saúde Indígena – SasiSUS** – desde 2010. Atualmente, o Conselho é formado por 71 conselheiros e suplentes Yanomami e Ye'kwana, sendo que 6 são mulheres, compondo 8% das vagas.
- **Relatório XV Encontro das Mulheres Yanomami (2024)**, destacando o tema do encaminhamento das mulheres para a maternidade: “querem que os bebês continuem nascendo nas comunidades; não querem que os profissionais de saúde se aproximem das gestantes na hora do parto; não aceitam que a equipe de saúde as obrigue a ficar com filhos que tenham deficiência e dificilmente irão sobreviver na floresta; depois que o bebê nascer, a equipe de saúde pode ser avisada pela radiofonia e podem ir até a comunidade para que os bebês sejam pesados, medidos e vacinados; solicitam a adequação da Casa de

Apoio à Saúde Indígena – Casai – para ter uma sala de parto com um esteio para ajudá-las na hora do parto, respeito às posições de parto de cócoras, alimentação adequada, espaços com rede para acolhê-las e presença de acompanhantes e intérpretes nas maternidades.

- **Plano de Gestão Territorial e Ambiental – PGTA – Terra Indígena Yanomami**, que apresenta o protocolo de consulta Yanomami e Ye'kwana, destacando a importância da conciliação do trabalho dos xamãs e do conhecimento sobre os remédios da floresta, com os conhecimentos e os modos de cuidar da saúde não indígena e da necessidade de fortalecimento do sistema de saúde que respeite cada vez mais os saberes Yanomami e Ye'kwana e a realidade da TIY. Apresenta as seguintes diretrizes em saúde: promover autonomia na decisão e na gestão participativa na saúde; garantir a qualidade dos atendimentos nas comunidades com menos remoção; garantir um quadro de profissionais com formação adequada; fortalecer as práticas de cuidado Yanomami e Ye'kwana com a saúde; melhorar a infraestrutura e o atendimento nas comunidades; cuidar dos ambientes e das vidas dos Yanomami e Ye'kwana.

Mais do que acesso a serviços, o direito à saúde envolve o reconhecimento das formas indígenas de pensar, decidir e agir sobre o corpo e a vida. Por isso, o cuidado no pré-natal e no nascimento na Terra Indígena Yanomami precisa ser construído com escuta, diálogo intercultural e respeito às lideranças comunitárias, às práticas de cura locais e aos protocolos próprios de consulta e decisão.



Modos de tomar decisão na TIY

Yanomami

Cada um dos povos que vivem na Terra Indígena Yanomami tem as próprias formas de tomar decisões.

Entre os Yanomami, as comunidades não possuem um só líder. As decisões são tomadas, na maioria das vezes, de forma coletiva, quando algumas lideranças (*pata thëpë*) se destacam pelas qualidades de generosidade, coragem e capacidade de mobilizar a comunidade em seus discursos. Tradicionalmente, as mulheres mais velhas são referidas como as que curavam e tratavam com os remédios da floresta: “coletavam folhas, raspas de árvores *mahere mahi*, colhiam também folhas de árvores, *pirima ahu thotho*. Tratavam, esfregavam...”. É importante buscar conversar com as mulheres e os homens mais velhos para saber como esses cuidados são realizados hoje.

Ye'kwana

Entre os Ye'kwana, os homens adultos (*inchonkomo*) se reúnem à noite para conversar. Esse é um bom momento para dar início às discussões sobre assuntos de ordem coletiva. As mulheres mais velhas (*nosankomo*) são conhecedoras das regras de cuidado a serem observadas pelas gestantes Ye'kwana, além de terem experiência no parto e no pós-parto. São elas que conhecem os cantos e as plantas utilizadas nos cuidados com a gestação, o parto e o puerpério, e, frequentemente, são consultadas por mulheres mais jovens, ou mesmo convidadas a ajudar gestantes e parturientes.



2. Cuidados na gestação na TIY

Eu comecei a perguntar às mais velhas como elas faziam quando as mulheres ficavam grávidas. Elas me disseram que o diagnóstico era feito observando o corpo e os sinais das mulheres. Essa era a nossa maneira de cuidar das mães.
(Ehuana Yanomami – Missão Catrimani)





2025
Ehuana yaira yanomani

Gestação Yanomami

Os Yanomami, da região do Demini e de outras regiões da TIY, compreendem a formação do bebê durante a gestação como sendo a condensação do esperma acumulado ao longo de diversas relações sexuais. Esse esperma vai grudando continuamente, formando o feto. Como a concepção de corpo Yanomami difere da concepção de corpo físico e biológico, a compreensão da gestação abarca outros componentes corporais e outras formas de relação na formação do bebê. Um bebê não é formado por meio de uma única relação sexual, podendo assim ser feito por diferentes pais. Na formação do feto, primeiramente surge a coluna vertebral, depois os olhos, depois os braços e depois os pés. Em seguida, o buraco do útero por onde cai o esperma se fecha e, a partir disso, o bebê irá apenas crescer e engordar até o momento do parto. No início da gestação, com o aumento dos fluidos do corpo (sangue, sêmen), as mulheres apresentam o corpo mole, ficam preguiçosas e devem seguir todos os cuidados durante a gestação para adquirir um corpo forte e saudável, levar a gravidez até o fim e chegar até o momento do parto.



Gestação Ye'kwana

Para as mulheres Ye'kwana, a gestação implica uma série de regras de cuidado a serem seguidas pela mãe e pelo pai da criança. O processo de produção de um corpo propriamente humano, forte e saudável não está restrito aos nove meses de gestação e nem mesmo aos primeiros anos de vida. Durante toda a vida, uma pessoa deverá construir a saúde de seu corpo através do respeito às regras de restrição alimentar (adequadas a cada etapa da vida), da ornamentação corporal (pintura, uso de miçangas) e dos cuidados cotidianos (banhos, participação em rituais etc.). Esse processo de fabricação corporal não é apenas individual, mas coletivo. Isso é especialmente mais forte no caso de pessoas que são parentes e pessoas que vivem juntas, estando ligadas entre si pelo compartilhamento de substâncias corporais: ligadas por sangue, por relações sexuais ou por compartilharem alimentos. Em outras palavras, isso significa que o que afeta o corpo de uma pessoa afeta igualmente os corpos daquelas pessoas a quem ela está vinculada por esses laços de substância.

Durante a gestação, a fabricação do bebê compete não apenas à gestante, mas também ao pai da criança e, por isso, as regras e restrições devem ser seguidas por ambos. Tais regras dizem respeito à alimentação, com restrição a alguns alimentos que devem ser evitados, ao uso de certas medicações e também às atividades cotidianas. Desse modo, não apenas a gestante, mas também o pai da criança está implicado diretamente nos cuidados pré-natais. O respeito a tais regras é parte do trabalho de gestação de um bebê saudável, bem como de um parto seguro.

Os cuidados com a mulher grávida são chamados de *wemöi*. Existem dois tipos de *wemöi*: um para a gestação; outro para fazer a criança nascer rápido. Quando uma mulher engravida, principalmente na primeira gravidez, é a mãe que vai cuidar dela. A mãe da gestante vai atrás das folhas certas para usar, que são *dejooko* e *mada*. Isso deve ser feito em todas as gestações, não só na primeira. Quando a mulher está grávida, ela corre muitos riscos e pode morrer no parto. Existem



os *acchudi* (cantos) de *wemöi* que são usados no início da gestação e próximo ao parto. As mulheres só param suas atividades cotidianas de trabalho quando começam as contrações. Se a mulher parar de trabalhar antes, seu parto será demorado.

2.1 Diagnóstico da gestação, Cálculo da Idade Gestacional (IG) e Data Provável do Parto (DPP)

Nós mantemos a gravidez em segredo até termos certeza de que tudo está bem. É importante proteger a mãe e o bebê de qualquer problema que possa surgir, especialmente daqueles que vêm de fora.

(Luíza, Associação Texoli, Baixo Mucajá, Ninam)

Conduta na Atenção Primária de Saúde - APS	Especificidades na TIY	
<p>Identificação da gestação:</p> <p>Identificar atraso menstrual (Data da Última Menstruação – DUM): solicitar tradução para um AIS (AIS mulher, caso tenha) ou parentes acompanhantes para Ye'kwana ou Yanomami: qual foi a data da sua última menstruação? Há quantas luas você está sem menstruar? (1 lua = 1 mês).</p> <p>Já sente algum movimento do bebê? Perguntar em caso de perceber a gestação avançada por volta da 16ª semana (4 luas ou 4 meses). Perguntar antes pode deixar a mulher preocupada.</p>	<p>Muitas vezes, a identificação da gestação acontece em conversas com a comunidade, os companheiros, mulheres mais velhas e não necessariamente com a própria gestante.</p> <p>A identificação precoce da gravidez de uma mulher pode acontecer também nesses momentos de conversas com os parentes. Daí a importância das visitas domiciliares e de uma abordagem cuidadosa, permitindo maior proximidade e vínculo com a gestante e seus parentes.</p>	
	Perguntas possíveis em Yanomam:	Tradução
	<p><i>Winaha kure poripa wa na iyë hawai makema tha?</i></p>	<p>“Há quantas luas você está sem menstruar?”</p>
	<p><i>Mori poripa a</i></p>	<p>“Uma lua”</p>
	<p><i>Awei kiakiamou tha?</i></p>	<p>“O bebezinho está mexendo?”</p>
	<p><i>Awei, a kiakiamou</i></p>	<p>“Sim, mexe.”</p>
<p><i>Ma! kiaaimi</i></p>	<p>“Não, não está mexendo.”</p>	

Conduta na Atenção Primária de Saúde - APS

Especificidades na TIY

Identificação da gestação:

Observe os modos Yanomami de identificar uma gestação

Yanomami

A gestação das mulheres Yanomami muitas vezes passa despercebida pelas pessoas da comunidade e pela equipe de saúde durante os primeiros meses. As mulheres, ao perceberem os sinais da gestação (fim da menstruação, dor e inchaço nos seios, mamilos mais escuros, náusea ao sentir determinados sabores ou odores, barriga crescendo), não avisam às outras pessoas da comunidade ou do serviço de saúde sobre sua gestação – elas apenas notam a gestação, ao perceber as mudanças no corpo da mulher.

As mulheres do Demini contam a gestação orientando-se pela lua que estava no céu quando menstruaram pela última vez, e quantas luas se passaram desde então. Muitas vezes, a gestação é relatada, aos profissionais de saúde, por mulheres mais velhas que percebem que a mulher está grávida ou pelos próprios maridos.

Identificação da gestação:

Observe os modos Ye'kwana de identificar uma gestação

Ye'kwana

A gestação das mulheres Ye'kwana é percebida com a interrupção da menstruação. O mais comum é que a mulher, ao parar de menstruar, conte primeiro às irmãs e/ou à sua mãe, com as quais ela mora, considerando o padrão de residência pós-matrimônio, em que o marido muda-se para a casa do sogro. Quando tiver certeza, por volta do final do segundo mês, ela dará a notícia ao marido, se for casada. Muitas vezes, a mãe de uma jovem pode perceber ou desconfiar da gestação ao observar o escurecimento dos mamilos, os enjoos ou a recusa por comer alimentos que, antes, a mulher apreciava. Ainda no primeiro trimestre, as mulheres costumam procurar a Unidade Básica de Saúde – UBS – para iniciar o pré-natal. Suplementações e vitaminas são bem aceitas por elas, que costumam seguir o tratamento de acordo com o prescrito.

Geralmente, as mulheres Ye'kwana sabem precisar o tempo da gestação, o qual é contado nos dedos, de acordo com cada mês (4 fases da lua). Se passarem nove meses e a criança não tiver nascido, as mulheres ficam preocupadas e avisam à equipe de saúde.

Conduta na Atenção Primária de Saúde - APS

Especificidades na TIY

Confirmação da gravidez:

Realizar β HCG urinário, teste rápido em casos de suspeita de gravidez (atraso menstrual);

Palpação e ausculta dos Batimentos Cardíacos Fetais – BCF – nos casos em que a gravidez é diagnosticada a partir da 13ª semana de gestação.

Em caso da ausência de β HCG, a identificação da própria mulher como alguém que está gestante pode ser critério para iniciar o pré-natal. Nesse caso, explorar sintomas de gestação na anamnese e descartar amenorreia por outras causas, como amamentação e outras.

Cálculo da Idade Gestacional – IG – e Data Provável do Parto – DPP

IG pela DUM: contar os dias desde o 1º dia da última menstruação e dividir por 7 (se ciclos forem regulares);

DPP (Regra de Naegele): somar 7 dias e 9 meses à DUM (ex.: 03/01/2025 – 10/10/2025);

IG pela Altura Uterina (Regra de McDonald): $IG = AFU \times 8 / 7$

2.2 Anamnese

A anamnese é um momento importante para conhecimento das condições de saúde e bem-viver das mulheres Yanomami e Ye'kwana. As perguntas da anamnese devem ser conduzidas como uma conversa e não como um interrogatório e entendidas como norteadoras dessa conversa, no posto

ou na maloca, mas também de conversas outras que podem acontecer em momentos junto à comunidade, em rodas de mulheres e nas visitas domiciliares. Muitas vezes, as respostas às perguntas da anamnese acontecem em conversas com a comunidade, os companheiros, mulheres mais velhas e não necessariamente com a própria gestante.

Primeira consulta		
Conduta na Atenção Primária de Saúde - APS	Especificidades na TIY	
<p>Gestação atual, bem-estar e queixas ou possíveis alterações:</p> <p>Sente-se bem?</p> <p>É sua primeira gravidez? Quantas gestações anteriores você já teve? Já perdeu algum bebê ainda na barriga ou depois que nasceu?</p> <p>Teve algum problema nessa gravidez?</p> <p>Remédios e plantas:</p> <p>Faz uso de plantas medicinais e tratamento com o xamã por causa da gestação? Se sim, por qual motivo?</p> <p>Faz uso de algum remédio?</p>	<p>Para as Yanomami é possível perguntar: Você tem outro filho que é <i>thotixipë</i>? (termo em Yanomam que se refere a uma criança que ainda estava sendo amamentada quando a mãe engravidou. Essa criança pode ficar muito magra e vulnerável).</p>	
	Perguntas possíveis em Yanomam:	Tradução
	<i>Wiinaha wa kuaai tha?</i>	“Como você está se sentindo?”
	<i>Wa temi totihi tha?</i>	“Você se sente bem de saúde?”
	<i>Hapa wa ximinapë hikioma tha?</i>	“Você já ficou grávida antes?”
	<i>Winaha kure wa ximinapëo hikirayoma tha?</i>	“Quantas gestações anteriores você já teve?”
	<i>Hapa pusi ha ihuru a nomai hikirayoma tha?</i>	“Já perdeu algum bebê ainda na barriga?”
	<i>Hapa wa ximinapë o tēhë, a nē aipeama tha? wa pairiki utitioma?</i>	“Já teve algum problema na gravidez?”
	<i>Hwei tēhë wa ximinapë yaro haroari kikinë wa hirimamu hikioma tha? Xapiri tēha wa toto hikioma tha?</i>	“Faz uso de plantas medicinais e tratamento com o xamã por causa da gestação?”
	<i>Witi thë noaha tha?</i>	“Se sim, por qual motivo?”

Primeira consulta

Conduta na Atenção Primária de Saúde - APS

Especificidades na TIY

Condições de moradia e de trabalho, exposições ambientais e história nutricional:

Tem alimentos na sua região? Quais são? Macaxeira, caça, peixe, castanhas, banana, aipim? Produtos locais ou comidas da cidade?

Faz roça?

Mora em regiões próximas ao garimpo?

Vai muito para a cidade? Trabalha ou já trabalhou no garimpo?

Alguém da família trabalha no garimpo?

Toma água, xibé, caxiri ou outros líquidos?

Histórico familiar:

Alguma doença na família?

Tem gêmeos na família?

A sua mãe já teve algum problema de gravidez?

Primeira consulta

Conduta na Atenção Primária de Saúde - APS

Especificidades na TIY

	Perguntas possíveis em Yanomam:	Tradução
<p>Antecedentes ginecológicos e de aleitamento materno:</p> <p>Quando você menstruou pela primeira vez, você ficou em reclusão? Você menstrua em toda lua?</p> <p>Como aconteceu seu parto? (Foi na aldeia? Na maternidade? Sozinha? Acompanhada de mulheres mais velhas?)</p> <p>Teve algum problema na gestação anterior (prematuridade, hemorragia, pré-eclâmpsia, diabetes)?</p> <p>Você amamentou bem?</p> <p>Infecções, IST e dores na gestação:</p> <p>Tem algum desconforto/dor/ardência para fazer xixi?</p> <p>Tem feito muito/mais xixi?</p> <p>Tem algum corrimento vaginal? Tem alguma verruga na vagina?</p> <p>Sente dor em alguma parte do corpo?</p> <p>Tem ou teve febre nos últimos dias?</p>	<p><i>Hapa wa na iyë prario tëhë, wa hìkōrōma tha?</i></p>	<p>“Quando você menstruou pela primeira vez, você ficou em reclusão?”</p>
	<p><i>Wa na iyëpru xiwāri tha?</i></p>	<p>“Você menstrua em toda lua?”</p>
	<p><i>Hwei poripa tëhë wa na iyë parioma tha? ai poripa tëhë wa na iyë kōparioma tha?</i></p>	<p>“Onde aconteceu seu parto?”</p>
	<p><i>Urihiha ya keprarema</i></p>	<p>“Tive meu parto da floresta”.</p>
	<p><i>Napë urihi ha ya keprarema</i></p>	<p>“Tive meu parto na cidade”.</p>
	<p><i>Hapa wa ximinapë o tëhë, ihuru wa këprari tëhe, wa iyë hoximaama tha? ihuawei a wapisipë hwapema tha? wa ūxi xawarapëo hathōma?</i></p>	<p>“Teve algum problema na gestação anterior (hemorragia, pré-maturidade)”?</p>
	<p><i>Ihuru anë suhuupë xaari koama tha?</i></p>	<p>“Seu bebê amamentou bem?”</p>
	<p><i>Wa nini Tha?</i></p>	<p>“Você tem/sente dor?”</p>
	<p><i>Awei, ya nini.</i></p>	<p>“Sim, estou sentindo dor.”</p>
	<p><i>Ma, ya niniimi</i></p>	<p>“Não, não estou sentindo dor.”</p>
	<p><i>Witiha wa nini tha?</i></p>	<p>“Onde você está sentindo dor?”</p>

Primeira consulta

Conduta na Atenção Primária de Saúde - APS

Especificidades na TIY

Perguntas possíveis em Yanomam:	Tradução
<i>Hweiha thë nini kua.</i>	"Estou com dor aqui."
<i>Wa nasi keyou tha?</i>	"Você está urinando (normalmente)?"
<i>Awei, ya nasi keyu hiki</i>	"Sim, estou."
<i>Ma, ya nasi keyoimi.</i>	Não, não estou."
<i>Wa nasi ihe xi warihi tha?</i>	"Você tem vontade de urinar muito frequentemente?"
<i>Awei, ya nasi ihe xĩ wari.</i>	"Sim, tenho sempre."
<i>Ma, ya nasi ihe xi xĩ wari imi.</i>	"Não, não tenho."
<i>Wa enasi keyu tēhë wa nasi nini tha?</i>	Você está com dor ao urinar?
<i>Wa yopi tha?</i>	"Você tem febre?"
<i>Awei, ya yopi.</i>	"Sim, estou quente."
<i>Ma, ya yopi imi</i>	"Não, não estou com febre."
<i>Yutuha wa yopi xooa kupere?</i>	"Tem febre há muito tempo?"
<i>Awei, yutuha ya yopi xooa kupere.</i>	"Sim, faz muito tempo que estou com febre."
<i>Ma, hwei tēhë ya yopirayoma</i>	"Não, fiquei com febre agora."

Consultas subsequentes

Conduta na Atenção Primária de Saúde - APS	Especificidades na TIY	
<p>Gestação atual, bem-estar e queixas ou possíveis alterações: Sente-se bem? Está com algum problema? Está tomando os comprimidos (suplementação)? Tem alguma dor? Faz uso de plantas medicinais e tratamento com o xamã por causa da gestação? Se sim, por qual motivo? Está fazendo resguardo? A partir da 16ª semana: Já sente algum movimento do bebê?</p>	Perguntas possíveis em Yanomam:	Tradução:
	<i>Wa temi totihi tha?</i>	“Você se sente bem de saúde?”
	<i>Hwei tëhë wa ximinapë yaro haroari kikinë wa hirimamu hikioma tha? Xapiri tëha wa toto hikioma tha?</i>	“Faz uso de plantas medicinais e tratamento com o xamã por causa da gestação?”
	<i>Witi tëhë noaha tha?</i>	“Se sim, por qual motivo?”
	<i>Wa nini Tha?</i>	“Você tem/sente dor?”
	<i>Awei, ya nini.</i>	“Sim, estou sentindo dor.”
	<i>Ma, ya niniimi</i>	“Não, não estou sentindo dor.”
	<i>Awei kiakiamou tha?</i>	“O bebezinho está mexendo?”
	<i>Awei, a kiakiamou</i>	“Sim, mexe.”
	<i>Ma! kiaaimi</i>	“Não, não está mexendo.”

2.3 Exame físico geral e específico [gineco-obstétrico]

Exame físico geral		
Quando fazer: em todas as consultas		
Conduta na Atenção Primária de Saúde - APS	Especificidades na TIY	
<p>Explicar o exame físico, solicitar a presença de uma acompanhante mulher, sempre que possível, e garantir privacidade.</p>	Frases auxiliares possíveis em Yanomam:	Tradução
	<i>Hoyame wa huimai!</i>	“(Por favor) Venha cá!”
	<i>Wa upraa aheteki!</i>	“(Por favor) Aproxime-se de mim!”
	<i>Hweha wa praki!</i>	“(Por favor) Deite-se (aqui, no chão)!”
	<i>Hweha wa piriki!</i>	“(Por favor) Deite-se (aqui, na rede)!”
	<i>Hweha cama kiki ha wa araki!</i>	“(Por favor) Deite-se (aqui, num jirau de paxiuba ou na cama)!”
	<i>Hweha wa tipëki!</i>	“(Por favor) Sente-se (aqui, na rede)!”
	<i>Hweha wa tēkëki!</i>	“(Por favor) Sente-se (aqui, num tronco ou num pedaço de lenha)!”

Exame físico geral

Quando fazer: em todas as consultas

Conduta na Atenção Primária de Saúde - APS

Especificidades na TIY

Sinais vitais – FC, FR e PA

Parâmetros adequados:

FC: 60 a 100bpm

FR: até 20irpm

PA: **(PA sistólica) \leq 140 mmHg e/ou (PA diastólica) \leq 90 mmHg.**

Atenção para as alterações da pressão arterial!

Peso e altura, cálculo do IMC:

Adequado: $\geq 18,5$ e $< 24,9\text{kg/m}^2$

Exames físicos realizados em caso de queixas ou suspeitas: realizar inspeção de pele e mucosas, ausculta pulmonar, respiratória, cardíaca, palpação abdominal e outras, conforme demanda.

Exame Físico específico [gineco-obstétrico]

Quando fazer: observe as datas sinalizadas no quadro

Conduta na Atenção Primária de Saúde - APS	Especificidades na TIY
<p>Inspeção das mamas</p> <p>Quando fazer: na consulta inicial e ao longo do pré-natal, ajudar a mulher a observar se há alguma alteração não fisiológica.</p> <p>Avaliar aumento do volume, vascularização, presença de nódulos, alterações na pele, assimetria e descarga papilar. Não é necessário fazer a palpação das mamas em todas as consultas, podendo ser realizada apenas na primeira consulta, seguida de inspeção.</p>	<p>A presença de uma mulher indígena de confiança pode favorecer para que o exame seja mais leve. Você pode fazer inspeção enquanto conversa e observa.</p>
<p>PCCU, exame da vagina, colo do útero</p> <p>Quando fazer: a coleta do PCCU pode ser realizada de forma oportuna no pré-natal.</p> <p>Inspeção da genitália externa, avaliação ao exame especular do conteúdo vaginal, colo uterino e muco, somente em caso de queixa.</p>	<p>Garantir privacidade e envolvimento de AIS mulheres quando necessário.</p>
<p>Avaliação da saúde bucal</p>	<p>Deve-se realizar a avaliação da saúde bucal da gestante para possível identificação precoce de agravos e estabelecer um vínculo contínuo com a equipe de saúde bucal para acompanhamento e orientações durante o pré-natal.</p>

Exame Físico específico [gineco-obstétrico]

Quando fazer: observe as datas sinalizadas no quadro

Conduta na Atenção Primária de Saúde - APS

Especificidades na TIY

Palpação uterina

Quando fazer: primeira consulta de pré-natal e todas as consultas de acompanhamento pré-natal.

A palpação realizada na primeira consulta e em todas as consultas é importante para validar as informações sobre o tempo de atraso menstrual.

A palpação desde a primeira consulta pode contribuir para identificar o tempo de gestação de mulheres que estejam sem menstruar devido ao aleitamento materno (amenorrea por lactação).

Registrar na ficha/caderneta se não houver volume uterino palpável, pois essa informação pode contribuir para futuras decisões clínicas na falta de uma data confiável da última menstruação.

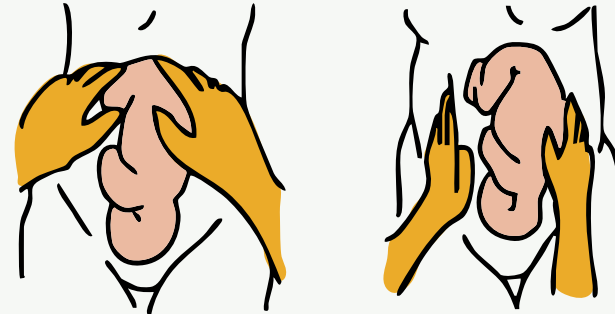


Figura 4: Palpação uterina. Fonte: Elaboração própria.

Altura de Fundo Uterino – AFU

Quando fazer: primeira consulta de pré-natal e todas as consultas de acompanhamento pré-natal.

Medir com fita métrica entre a sínfise púbica e o fundo uterino. Registrar em gráfico e avaliar compatibilidade com IG. Normalmente, a AFU é compatível com a idade gestacional, a partir de 20 semanas. Ou seja: 20 semanas = 20cm.

Para detalhamento do exame, ver item 2.3.1. Técnica para mensuração da altura uterina com fita métrica, p.40.

Relacionar medições com percepção da mulher e calendário lunar. Você pode pedir que ela ajude você a encontrar o fundo com as próprias mãos, fazendo o exame junto com a mulher ou também envolvendo uma mulher mais velha experiente.

Exame Físico específico [gineco-obstétrico]

Quando fazer: observe as datas sinalizadas no quadro

Conduta na Atenção Primária de Saúde - APS

Especificidades na TIY

Ausculta dos Batimentos Cardiofetais – BCF

Quando fazer: ausculta com Sonar, a partir da 12ª semana de gestação; ausculta com Pinard, a partir da 20ª semana de gestação.

BCF: 110 a 160 bpm

Para detalhamento do exame, ver item 2.3.2. Técnica de ausculta cardiofetal, p.41.

Pode haver apreensão com uso de aparelhos eletrônicos. Explicar o procedimento antes, permitir escuta pela mulher e acompanhantes. Usar estetoscópio de Pinard, se necessário.

Avaliação de edemas

Quando fazer: na primeira consulta de pré-natal e em todas as consultas de acompanhamento de pré-natal. Avaliar presença de caxifo em MMII. Caso esteja presente, atentar para a pressão arterial e outros sinais clínicos associados.

Avaliação dos movimentos fetais

Quando fazer: observar movimentos fetais e percepção materna a partir da 16ª semana.

Em caso de suspeita de redução da movimentação fetal por mais de 12 horas, realizar ausculta e, se possível, ultrassom.

Estimular que a mulher explique como percebe o bebê se movendo. Pode ser descrito com termos próprios.

Vídeo educativo sobre exame gineco-obstétrico



2.3.1 Técnica para mensuração da altura uterina com fita métrica

- Posicione a gestante em decúbito dorsal, com o abdome descoberto;
- Delimite a borda superior da sínfise púbica e o fundo uterino;
- Por meio da palpação, procure corrigir a comum dextroversão uterina;
- Fixe a extremidade inicial (0cm) da fita métrica, flexível e não extensível, na borda superior da sínfise púbica, com uma das mãos, passando-a entre os dedos indicador e médio;
- Deslize a fita métrica entre os dedos indicador e médio da outra mão até alcançar o fundo do útero com a margem cubital da mesma mão;
- Proceda à leitura quando a borda cubital da mão atingir o fundo uterino;
- Anote a medida (em centímetros) na ficha e no cartão e marque o ponto na curva da altura uterina.

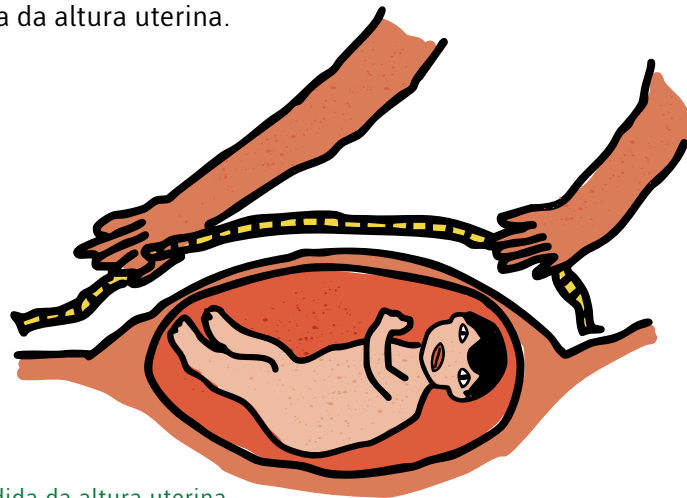


Figura 5: Medida da altura uterina.

Fonte: Elaboração própria.

Curva de altura uterina

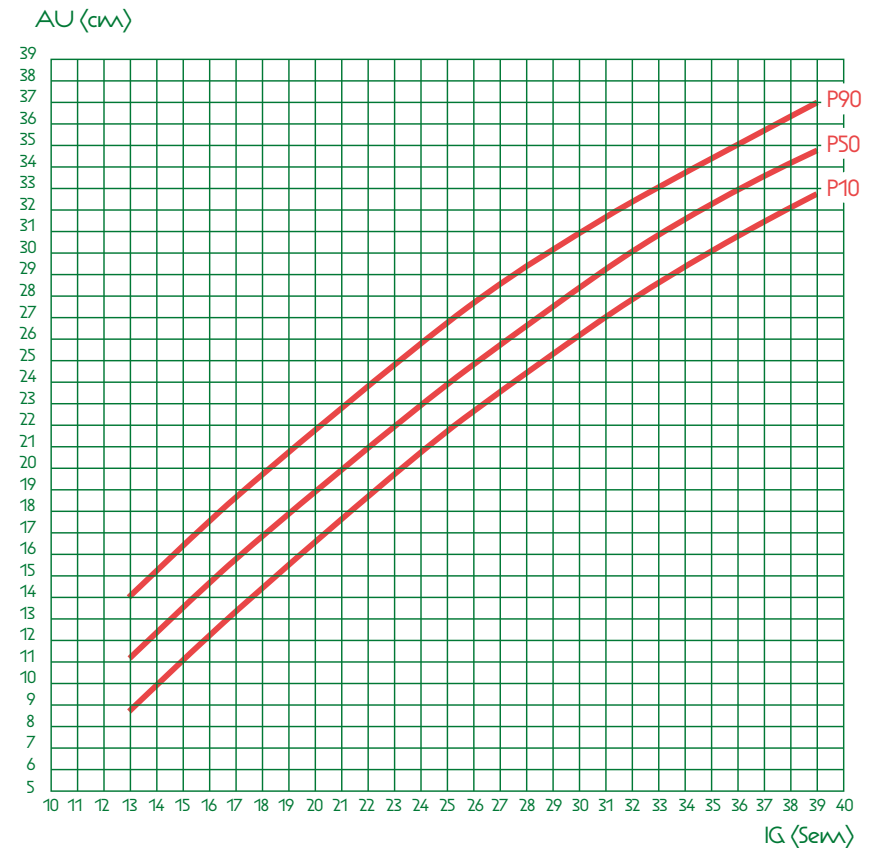


Figura 6: Gráfico da medida da altura uterina.

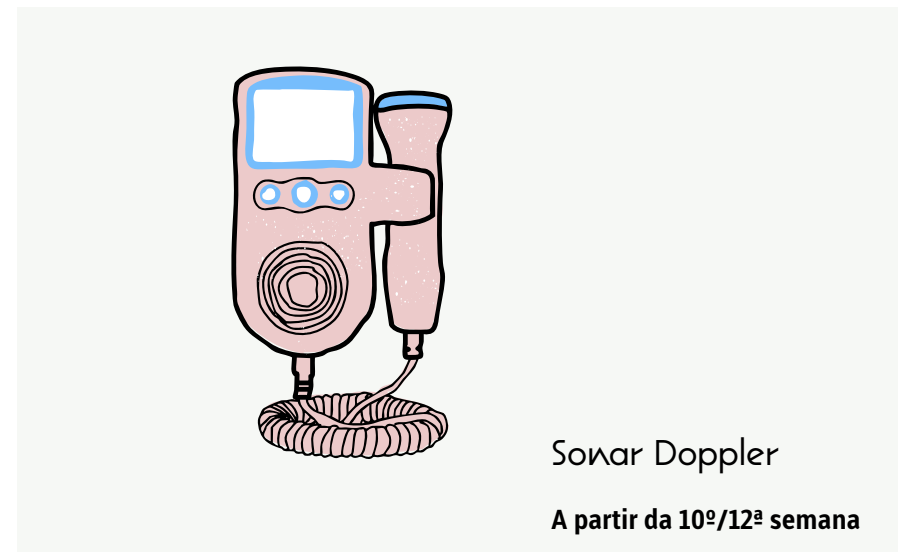
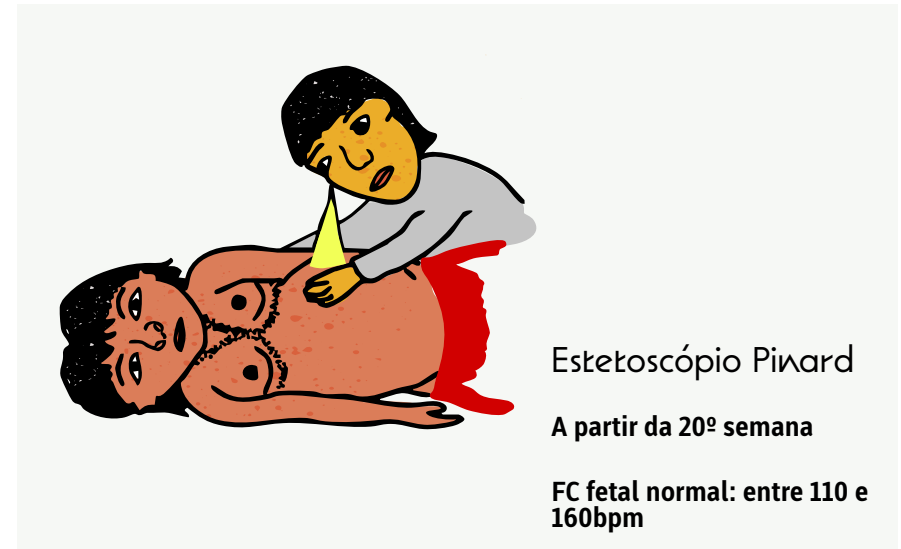
Fonte: Brasil, Caderneta da gestante, no prelo, 2025.

2.3.2 Técnica de ausculta cardiofetal

1. Posicionar a gestante em decúbito dorsal com o tronco ligeiramente fletido*;
2. Posicionar a sonda do Sonnar ou Pinard sobre o dorso fetal;
3. Realizar a ausculta por um período mínimo de 60 segundos, observando o ritmo e a frequência dos batimentos (atenção para bradicardia – coração batendo abaixo de 110bpm – ou taquicardia fetal – coração batendo acima de 160pbm)**. Em casos de alteração, realizar os encaminhamentos necessários;
4. Registrar o valor encontrado.

* Em caso de obesidade, pode haver dificuldade de identificar o dorso fetal; polidrâmnio e defeitos no aparelho de sonar podem dificultar a ausculta.

** Durante a ausculta, é importante considerar o risco de confundir os batimentos cardíacos maternos com os fetais, devendo-se, para isso, comparar os batimentos encontrados com o pulso materno.



2.4 Exames laboratoriais

Muitos exames não estão disponíveis na TIY, e alguns estão acessíveis via Point of Care – PoCT* – apenas em determinadas regiões, ainda sem cobertura total. Ao longo deste guia, buscamos orientar você para que saiba quando a decisão pode ser tomada com base na clínica, avaliando o risco de remoção exclusivamente para a realização de exames.

Recomendamos que os fluxos sejam construídos de modo a permitir o envio das amostras para a cidade, sem necessidade de deslocamento da mulher gestante.

*Point of Care – PoCT: testes realizados no próprio local de atendimento, sem necessidade de envio para laboratório externo, geralmente em máquinas específicas.

1º trimestre: até a 12ª semana

Recomendação	Contexto específico da TIY
Testagem para malária	Gota espessa e testes rápidos disponíveis
Hemograma Hb \geq 11g/dL = normal	Usar PoCT onde estiver disponível. Não remover a gestante para exame, sem sintomas para investigação.
Tipagem sanguínea e fator Rh Coombs indireto, se for Rh negativo	Usar PoCT onde estiver disponível. Avaliar necessidade de remoção com Telessaúde.
Eletroforese de hemoglobina	Não remover a gestante para exame, sem sintomas para investigação. Necessária articulação dos serviços para envio dos exames sem remoção.
Glicemia de jejum	Realizar o exame com glicosímetro e orientação de jejum. É prevista pelo DSEI-YY a oferta de um lanche na Unidade Básica de Saúde Indígena – UBSI – após a realização do exame.

1º trimestre: até a 12ª semana

Recomendação	Contexto específico da TIY
<p>Teste rápido de triagem para sífilis e VDRL</p> <p>Teste rápido para hepatite B e HBsAg</p> <p>Teste rápido diagnóstico de HIV e Anti-HIV</p>	<p>Realizar teste rápido para sífilis, HIV, hepatite B e C disponíveis.</p> <p>Na TIY não estão disponíveis os exames VDRL, HBsAg e Anti-HIV. Não remover a gestante para exame, sem sintomas para investigação. Necessária articulação dos serviços para envio dos exames sem remoção.</p> <p>Para prevenção, testes, manejo de IST e abordagem sindrômica, ver item 5.6 ISTs: abordagem sindrômica, p.102, e item 5.7 ISTs: abordagem por Testes Rápidos de HIV, Hepatite B e Hepatite C, p.116.</p>
<p>HTLV</p>	<p>Não remover a gestante para exame, sem sintomas para investigação. Necessária articulação dos serviços para envio dos exames sem remoção.</p>
<p>Exame de Urina e urocultura</p>	<p>Não disponível no DSEI-YY. Em caso de sinais e sintomas sugestivos de Infecção do Trato Urinário, ver item 5.3 Infecções do trato urinário, p.81.</p>
<p>Sorologia para Toxoplasmose (IgM e IgG)</p>	<p>Na primeira oportunidade, realizar exame laboratorial ou sérico.</p> <p>Avaliar a disponibilidade do teste rápido em papel filtro para toxoplasmose.</p>

2º trimestre: 14 - 26 semanas

Recomendação	Contexto específico da TIY
Testagem para malária	Gota espessa e teste rápido disponíveis
Coombs Indireto (para RH negativo)	Usar PoCT onde estiver disponível. Avaliar necessidade de remoção com telessaúde.
Glicemia de jejum	Realizar o exame com glicosímetro e orientação de jejum. É prevista pelo DSEI-YY a oferta de um lanche na UBSI após a realização do exame.
Teste rápido de triagem para sífilis e VDRL Teste rápido para hepatite B e HBsAg Teste rápido diagnóstico de HIV e Anti-HIV	Realizar teste rápido para sífilis, HIV, hepatite B e hepatite C disponíveis. Na TIY não estão disponíveis os exames VDRL, HBsAg e Anti-HIV. Para prevenção dos testes, manejo de IST e abordagem síndrome, ver item 5.6 ISTs: abordagem síndrômica, p.102, e item 5.7 ISTs: abordagem por Testes Rápidos de HIV, Hepatite B e Hepatite C, p.116.
Parasitológico de fezes. Quando fazer: preferencialmente entre 16 e 20 semanas	Em caso de indisponibilidade para realização do exame, ver item 5.5 Doenças diarreicas agudas e verminoses, p.93.
Ultrassom obstétrico. Quando fazer: preferencialmente, entre 13 e 20 semanas.	Não remover a gestante para exame, caso o ultrassom portátil não esteja disponível.

2º trimestre: 14 - 26 semanas

Recomendação	Contexto específico da TIY
Teste Oral de Tolerância a Glicose (TOTG) Quando fazer: entre 24 e 28 semanas Gestantes cuja glicemia de jejum realizada nas primeiras 20 semanas gestacionais tenha tido resultado menor que 92mg/dl	Não disponível no DSEI-YY. Em caso de resultado menor que 92mg/dl, ver item 5.10 Diabetes Mellitus na gravidez e Diabetes Mellitus Gestacional, p.131.
Sorologia para toxoplasmose (IgG e IgM), nas gestantes suscetíveis	Na primeira oportunidade realizar exame laboratorial ou sérico Avaliar a disponibilidade do teste rápido em papel filtro para Toxoplasmose



3º trimestre: 27 - 40/41 semanas

Recomendação	Contexto específico da TIY
Malária	Gota espessa e teste rápido disponíveis
Hemograma (Hb \geq 11g/dL = normal)	Usar PoCT onde estiver disponível
Coombs Indireto (para RH negativo)	Usar PoCT onde estiver disponível - Avaliar remoção.
<p>Teste rápido de triagem para sífilis e VDRL</p> <p>Teste rápido para hepatite B e HBsAg</p> <p>Teste rápido diagnóstico de HIV e Anti-HIV</p>	<p>Realizar teste rápido para sífilis, HIV, hepatite B e hepatite C disponíveis.</p> <p>Na TIY não estão disponíveis os exames VDRL, HBsAg e Anti-HIV.</p> <p>Para prevenção dos testes, manejo de IST e abordagem sindrômica ver ver item 5.6 ISTs: abordagem sindrômica, p.102, e item 5.7 ISTs: abordagem por Testes Rápidos de HIV, Hepatite B e Hepatite C, p.116.</p>
Glicemia de jejum	Realizar o exame com glicosímetro e orientação de jejum. É prevista pelo DSEI-YY a oferta de um lanche na UBSI após a realização do exame.
Exame de urina e urocultura	Não disponível no DSEI-YY. Em caso de sinais e sintomas sugestivos de Infecção do Trato Urinário, ver item 5.3 Infecções do trato urinário, p.81.
Parasitológico de fezes, caso não tenha sido realizado na segunda consulta.	Em caso de indisponibilidade para realização do exame, ver item 5.5 Doenças diarreicas agudas e verminoses p.93)
Sorologia para toxoplasmose (IgG e IgM), nas gestantes suscetíveis	<p>Na primeira oportunidade, realizar exame laboratorial ou sérico.</p> <p>Avaliar a disponibilidade do teste rápido em papel filtro para toxoplasmose.</p>

2.5 Suplementação e medicação preventiva

Ácido fólico (5mg/dia):

Iniciar idealmente 60 a 90 dias antes da concepção, manter até a 12ª semana de gestação

Ferro (40mg/dia):

1 comprimido de sulfato ferroso da primeira consulta até o final do puerpério. Avaliar risco aumentado para carência de ferro e iniciar suplementação profilática em qualquer período gestacional.

Cálcio (1.000mg/dia):

2 comprimidos de 1.250mg/dia (500mg de cálcio elementar cada) a partir da 12ª semana até o parto

Entre as mulheres Yanomami, pode haver recusa à suplementação pelo estranhamento ao sabor e aos possíveis efeitos colaterais. Por pensarem de modos distintos a concepção e o crescimento do bebê, muitas mulheres podem não compreender a necessidade da suplementação.

Nesses casos, conversas com lideranças mulheres e a ação do AIS podem ser importantes para ajudar na orientação e no acompanhamento do consumo da medicação.

Entre as mulheres Ye'kwana, todos os alimentos consumidos pela mãe e pelo pai da criança estão diretamente relacionados ao seu desenvolvimento, não apenas durante a gestação, mas também nos primeiros anos de vida da criança. De forma geral, não há dificuldade na adesão à suplementação, mas as orientações e o acompanhamento do consumo da medicação seguem necessários.

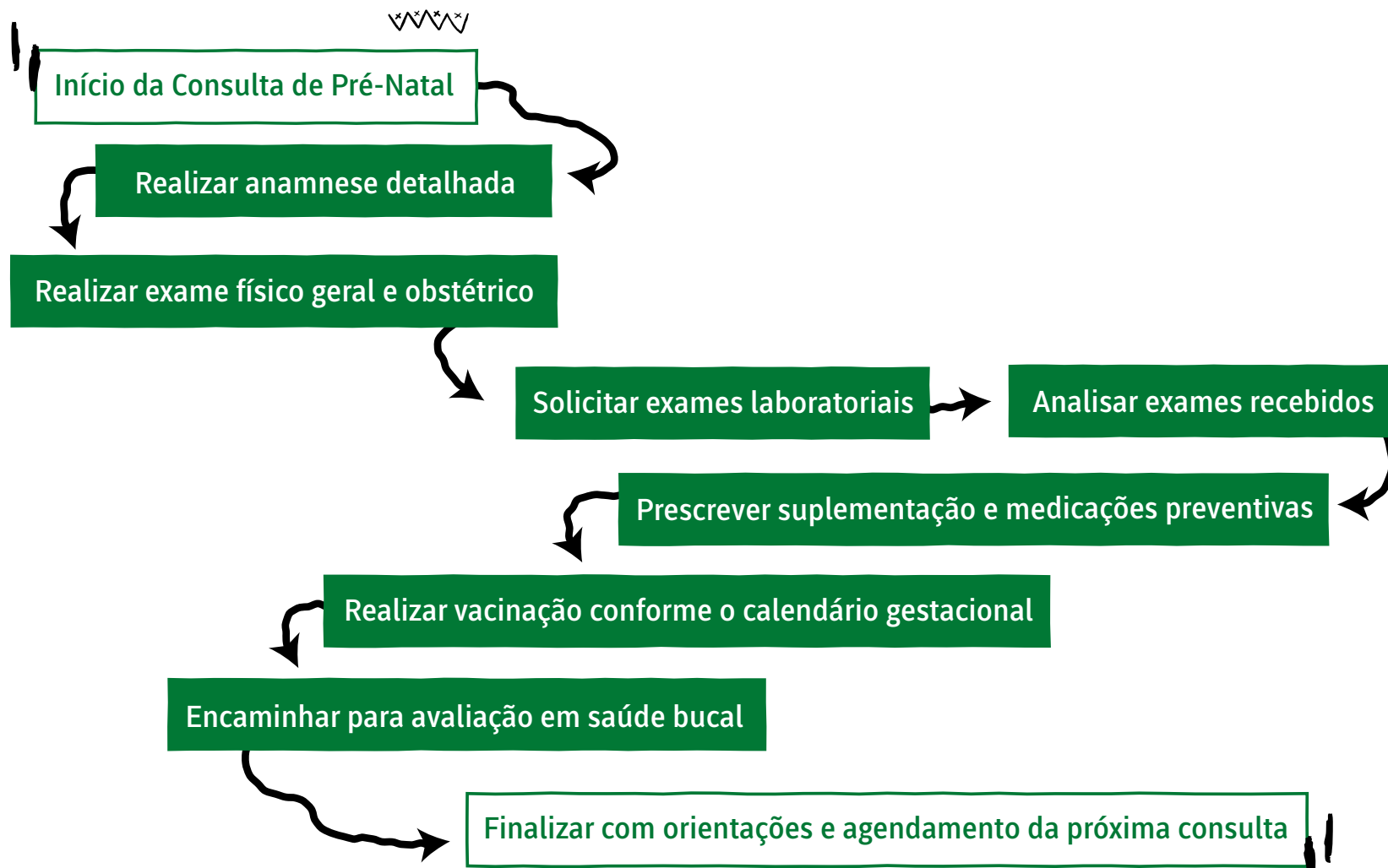
Conforme a Nota Técnica Conjunta nº 251/2024 – COEMM/CGESMU/DGCI/SAPS/MS e CGAN/DEPPROS/SAPS/MS, a suplementação de cálcio está indicada para todas as gestantes a partir da 12ª semana de gestação até o parto.

A administração concomitante dos suplementos de cálcio e do ferro deve ser evitada. Recomenda-se que a ingestão do suplemento de cálcio ocorra com intervalo mínimo de 2 horas do suplemento de ferro (sulfato ferroso) ou de polivitamínicos contendo ferro, pois a biodisponibilidade de cálcio varia de acordo com a ingestão com outros alimentos e nutrientes que podem reduzir a absorção ou a excreção.

Recomenda-se que o cálcio não seja ingerido em jejum.



2.6. Etapas de uma consulta Pré-Natal



3. Estratificação de risco e cuidados no contexto da Terra Indígena Yanomami – TIY





2025
Etluana yaira
yanomami



A estratificação de risco gestacional é uma ferramenta essencial para orientar o cuidado adequado com as gestantes, permitindo a identificação de situações de baixo, médio e alto risco ao longo de todo o acompanhamento pré-natal. A avaliação de risco deve ser iniciada desde o diagnóstico da gestação e reavaliada a cada consulta de pré-natal, de forma contínua e sensível às mudanças no estado de saúde da gestante e às dinâmicas locais.

No contexto da Terra Indígena Yanomami – TIY –, é fundamental avaliar onde e como cada situação de risco pode ser atendida, considerando condições territoriais, logísticas, sociais e culturais que impactam o acesso e a continuidade do cuidado.

Neste documento, apresentamos os principais fatores de risco relevantes no contexto da TIY, indicando condutas de cuidado segundo os níveis de risco (baixo, médio e alto) e o nível de atenção mais apropriado para o manejo.

Atenção: Situações que não se enquadram nos quadros padronizados devem ser avaliadas caso a caso, com o apoio das equipes especializadas via Telessaúde ou TelePNAR, garantindo decisões compartilhadas, seguras e culturalmente respeitosas.

3.1 Estratificação de risco (baixo, médio e alto) conforme o nível de atenção mais apropriado para o manejo

Cuidados na Atenção Primária de Saúde – APS	
Baixo risco	Risco médio ou intermediário
<p>Gestação atual:</p> <ul style="list-style-type: none">• Idade entre 16 e 39 anos.• Ausência de intercorrências clínicas	<p>Gestação atual:</p> <ul style="list-style-type: none">• Idade menor que 15 anos ou maior que 35 anos;• Altura menor que 1,45 m;• IMC <18,0 ou > 40,0;• Condições de trabalho desfavoráveis, como trabalho no garimpo;• Indícios ou ocorrência de violência.
<p>Antecedentes clínico-obstétricos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ausência de intercorrências obstétricas na gravidez anterior e/ou na atual.	<p>Antecedentes clínico-obstétricos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Óbito fetal de causa não identificada;• Restrição de crescimento fetal em gestações anteriores.

Cuidados na APS com apoio da atenção especializada – Telessaúde ou TelePNAR

Risco médio ou intermediário	Alto risco
<p>Gestação atual:</p> <ul style="list-style-type: none"> Gestação gemelar sem complicações 	<p>Gestação atual:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sangramentos
<p>Antecedentes clínico-obstétricos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Cesáreas prévias (2 ou mais). 	<p>Antecedentes clínico-obstétricos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Aborto espontâneo de repetição (ocorrência de três ou mais abortamentos consecutivos); Parto pré-termo em qualquer gestação anterior (especialmente <34 semanas); História característica de insuficiência istmocervical; Isoimunização Rh; Acretismo placentário; Pré-eclâmpsia precoce (<34 semanas), eclâmpsia ou síndrome de HELLP.
	<p>Anemia: Hb < 8g/dl = pré-natal de alto risco. Avaliar necessidade de remoção.</p>
	<p>Diabetes Mellitus na gravidez e Diabetes Mellitus Gestacional (DMG)</p>
<p>Síndromes hipertensivas na gestação:</p> <ul style="list-style-type: none"> Histórico de pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia em gestação anterior; Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas sem critérios de gravidade; Hipertensão gestacional ou pré-eclâmpsia sem sinal de gravidade materno-fetal. 	<p>Síndromes hipertensivas na gestação:</p> <ul style="list-style-type: none"> Mulheres podem ser acompanhadas no território até o final da gestação, desde que a Pressão Arterial – PA – esteja mantida abaixo de 140 x 90mmHg, com o uso de 1 ou 2 hipotensores; Suspeita ou diagnóstico de pré-eclâmpsia com ou sem lesão de órgãos-alvo (PA ≥ 140 x 90mmHg aparecendo pela primeira vez após 20 semanas, com ou sem sintomas – com ou sem proteinúria).

Cuidados na APS com apoio da atenção especializada – Telessaúde ou TelePNAR

Risco médio ou intermediário	Alto risco
	Alterações no crescimento fetal: restrição de crescimento fetal ou macrossomia. A remoção para avaliação por Ultrassonografia – USG – deve ser criteriosamente discutida em interconsulta médica por Telessaúde ou TelePNAR.
Infecção Urinária de Repetição com três ou mais episódios de infecção urinária	
	Malária , com exceção da malária falciparum no 3º trimestre.
Doenças diarreicas agudas sem sinais de gravidade.	Doenças diarreicas agudas graves.
Infecções do trato urinário	Infecções do trato urinário de repetição e pielonefrite.
Vulvovaginites e cervicites.	Infecções sexualmente transmissíveis e Doença Inflamatória Pélvica (DIP). HIV: <ul style="list-style-type: none"> • Com a possibilidade de envio da medicação da Casai para o território em caso de gestante assintomática para evitar remoção nos dois primeiros trimestres; • Agendar remoção no 3º trimestre para realização de carga viral, definição de via de nascimento, uso de antiviral periparto e necessidade de profilaxia para o recém-nascido.
	Ganho de peso insuficiente ou excessivo na gestação
	Doenças respiratórias <ul style="list-style-type: none"> • Tuberculose confirmada em gestante com medicação na APS; • Sintomas respiratórios.

Cuidados na APS com apoio da atenção especializada – Telessaúde ou TelePNAR

Risco médio ou intermediário	Alto risco
Doenças exantemáticas sem sinais de gravidade	Doenças exantemáticas com sinais de gravidade. Avaliar remoção principalmente em gestantes com quadro clínico grave e ganho de peso abaixo do esperado.
	Complicações puerperais: Infecção de canal de parto: casos leves Mastite sem abscesso
	Abortamento <ul style="list-style-type: none"> • Abortamento Incompleto com conduta expectante • Abortamento Retido no 1º trimestre sem sinais de infecção
	Escala de Modified Early Obstetric Warning System – MEOWS: <ul style="list-style-type: none"> • Alerta amarelo: acompanhada com telessaúde ou telePNAR e avaliada remoção.
Asma controlada sem uso de medicamento contínuo.	

Cuidados na CASAI ou Maternidade

Alto Risco

Antecedentes clínicos e clínico-obstétricos:

- Histórico de tromboembolismo;
- Doenças neurológicas (epilepsia, acidente vascular cerebral, déficits motores graves);
- Doenças autoimunes (lúpus eritematoso, síndrome do anticorpo antifosfolípideo, artrite reumatoide, outras colagenoses);
- Ginecopatias: malformações uterinas, útero bicorno, miomas intramurais maiores que 4cm ou múltiplos, miomas submucosos ou cirurgia uterina prévia fora da gestação.

Anemia grave de etiologia não definida ou refratária ao tratamento com ferro (30 dias após o início do tratamento)

Síndromes hipertensivas na gestação: PA que não esteja mantida abaixo de 140 x 90mmHg, com o uso de 1 ou 2 hipotensores.

Malária: Gestantes com malária falciparum no 3º trimestre.

Doenças diarreicas agudas com sinais de gravidade e sem melhora clínica pós tratamento.

Infecções do trato urinário: Pielonefrite com suspeita de sepse.

Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST – e Doença Inflamatória Pélvica – DIP

- DIP com suspeita de sepse.

HIV

- Sem a possibilidade de envio da medicação da Casai para o território em caso de gestante assintomática para evitar remoção nos dois primeiros trimestres;
- Agendar remoção no 3º trimestre para realização de carga viral, definição de via de nascimento, uso de antiviral periparto e necessidade de profilaxia para o recém-nascido;
- Sempre que sintomática, indicar remoção para investigação de doenças associadas à imunossupressão.

Hepatite B

- Programar a remoção no 3º trimestre. A transmissão vertical ocorre, principalmente, no período perinatal e pode ser prevenida na maioria dos casos.

Cuidados na CASAI ou Maternidade

Alto Risco

Doenças respiratórias

- Tuberculose confirmada em gestante sem medicação na APS;
- Sintomas respiratórios com sinais de gravidade pós tratamento.

Doenças exantemáticas em gestantes com quadro clínico grave e ganho de peso abaixo do esperado.

Complicações intra-parto: (Ver escala alerta amarelo e vermelho da escala de MEOWS, p.59.)

- Retenção placentária;
- Sangramento aumentado;
- Secreção com odor fétido;
- Fraqueza;
- Febre;
- Palidez;
- Confusão mental.

Complicações puerperais:

- Endometrite;
- Infecção de canal de parto: casos graves;
- Mastite com abscesso.

Cuidados na CASAI ou Maternidade

Alto Risco

Abortamento:

- Abortamento Incompleto em caso de falha de conduta expectante;
- Abortamento Retido no 1º trimestre com sinais de infecção ou 2º trimestre;
- Abortamento infectado;
- Mola hidatiforme.

Pneumopatias graves (asma em uso de medicamento contínuo, doença pulmonar obstrutiva crônica – doença pulmonar obstrutiva crônica e fibrose cística).

Nefropatias graves (insuficiência renal e rins policísticos).

Escala de MEOWS (1):

Alerta amarelo e vermelho: remoção imediata. Qualquer queixa/observação + qualquer alteração em dados vitais (medida repetida em 15-30')

OBS: As únicas condições que justificam abandonar a remoção são “retenção placentária” e “sangramento aumentado”, caso a placenta seja eliminada ou o sangramento pare, de forma segura.

Desejo da gestante: A Lei nº 11.634/2007 garante à gestante, no âmbito do Sistema único de Saúde – SUS –, o direito de ser informada e de estar previamente vinculada à maternidade onde receberá assistência no parto.



Escore de alerta obstétrico modificado MEOWS

Parâmetro	Normal	Alerta amarelo	Alerta vermelho
Frequência respiratória (rpm)	11 a 19	20 a 24	< 10 ou ≥ 25
SatO ₂ (%)*	96 a 100	-	≤ 95
Temperatura (°C)	36 a 37,4	35,1 a 35,9 / 37,5 a 37,9	< 35 ou ≥ 38
Frequência cardíaca (bpm)	60 a 99	50 a 59 / 100 a 119	≤ 49 ou ≥ 120
PA sistólica (mmHg)	100 a 139	90 a 99 / 140 a 159	≤ 89 ou ≥ 160
PA diastólica (mmHg)	50 a 89	40 a 49 / 90 a 99	≤ 39 ou ≥ 100
Sensório	Alerta	-	Qualquer alteração do nível de consciência
	Gestante ou puérpera na comunidade	Retenção placentária, Sangramento aumentado, Secreção com odor fétido, Fraqueza, Febre, Palidez, Confusão mental Transferir para Unidade Base de Saúde Indígena - Informar Central de Regulação	FR > 25 ou < 10, SpO ₂ < 94%, PAS > 159 ou < 80 mmHg, PAD > 100 ou < 60 mmHg, Pulso > 110 bpm, Tax > 38 ou < 35 Transferir para Unidade Hospitalar - Boa Vista ou São Gabriel da Cachoeira

1. Qualquer queixa/observação mais qualquer alteração em dados vitais (medida repetida em 15-30') – Remoção indicada
2. As únicas condições que justificam abandonar a remoção são “retenção placentária” e “sangramento aumentado”, caso a placenta seja eliminada ou o sangramento pare, de forma segura.
3. Equipe da UBSI deve estar capacitada para iniciar medidas de suporte inicial assim que identificar sinais de alarme, dirigidos para a etiologia mais provável: massagem uterina, uterotônicos (misoprostol) e expansão volêmica com cristaloides.
4. Equipe de resgate deve estar capacitada para iniciar medidas avançadas assim que entrar em contato com a paciente (balão intrauterino, antibióticos, amins vasoativas, hemoderivados). Tempo máximo de resposta: até 3 horas após solicitação da equipe.

*Apenas para gestantes com frequência respiratória anormal ou dispnéia. PA, pressão arterial; SatO₂, saturação de oxigênio. (Adaptada de Poon et al., 2020.)

3.2 Cuidados para uma remoção qualificada e segura

A equipe da APS deve estar capacitada para iniciar medidas de suporte inicial assim que identificar sinais de alarme e preparação para iniciar, sempre que necessário:

- Contato com unidades de referência;
- Monitoramento de sinais vitais – pressão, pulso, respiração, temperatura, diurese;
- Hidratação venosa com soro fisiológico 0,9%, iniciando com 500mL a 1.000mL em 30 a 60 minutos, conforme tolerância;
- Oxigenoterapia se houver dispneia ou saturação < 94% (quando possível);
- Medicação quando necessário;
- Registro detalhado no prontuário, com horário das medidas adotadas.

A equipe de resgate deve estar capacitada para iniciar medidas avançadas assim que entrar em contato com a paciente (balão intrauterino, antibióticos, aminas vasoativas, hemoderivados). Tempo máximo de resposta: até 3 horas após solicitação da equipe;

Atenção! Gestação é agravante e remoção deve ser considerada prioritária.



4. Imunizações recomendadas



<p>Tétano (dupla adulto – dT ou toxoide tetânico – TT)</p>	<p>Iniciar ou completar o esquema, de acordo com o histórico vacinal, a qualquer momento da gestação.</p> <p>Atentar para a indicação da dTpa (vacina tríplice bacteriana acelular tipo adulto) a partir da 20ª semana gestacional.</p> <p>Para gestantes não vacinadas previamente, deve-se administrar três doses da vacina com intervalo de 60 dias entre as doses, sendo duas doses de dT e uma dose de dTpa, a partir de 20 semanas de gestação.</p> <p>Para gestantes vacinadas com apenas uma dose de dT, administrar uma dose de dT em qualquer momento da gestação e uma dose de dTpa a partir de 20 semanas de gestação, com intervalo de 60 dias entre as doses ou mínimo de 30 dias (avaliar data provável do parto para garantir a cobertura vacinal).</p> <p>Para gestantes com duas doses de dT, administrar uma dose de dTpa a partir de 20 semanas de gestação.</p> <p>Obs.: via intramuscular.</p>
<p>Difteria, Tétano e Pertussis (acelular) * (dTpa)</p>	<p>Uma dose, a cada gestação; A partir de 20 semanas de gestação**; Intervalo mínimo de 30 dias da dT e máximo 60 dias após a dT.</p> <p>Para gestantes vacinadas com três doses de dT, é necessário realizar uma dose de dTpa em cada gestação, que poderá ser considerada como a dose de reforço a cada 10 anos.</p> <p>* Para as gestantes que perderam a oportunidade de serem vacinadas durante a gestação, administrar uma dose de dTpa no puerpério, o mais precocemente possível, até 45 dias pós-parto.</p> <p>** Em casos de Idade Gestacional – IG – incerta e sem a possibilidade de acessar exames para precisão da IG, sugere-se a aferição da Altura Uterina – AU – como referência. A AU pode ser utilizada para estimar a IG, especialmente após as 20 semanas de gestação. Ver item 2.3.1 Técnica para mensuração da altura uterina com fita métrica, p.40.</p>
<p>Hepatite B</p>	<p>A qualquer momento da gestação; Iniciar ou completar três doses, de acordo com histórico vacinal; As gestantes não vacinadas devem receber três doses com intervalo de 0, 1 e 6 meses (2ª dose: 1 mês após 1ª dose / 3ª dose: 6 meses após 1ª dose); As gestantes com esquema incompleto devem completá-lo; Para aquelas com incerteza sobre o status vacinal, deve-se vacinar. A todas as gestantes, independentemente do status vacinal, é preconizado o rastreamento com HBsAg.</p>

<p>Influenza</p>	<p>Dose única, indicada para qualquer idade gestacional e ainda para puérperas até 42 dias após o parto.</p>
<p>Orientação para vacinação COVID-19 – Área indígena Yanomami e Ye'kwana</p>	<p>Uma dose anual para todas as pessoas indígenas, incluindo as gestantes e puérperas. Vacina disponível: <12anos XBB Moderna Pfizer 12 anos + XBB Moderna Pfizer Serum/Zalika Obs.: Para gestantes com histórico de XBB Moderna, administrar com um intervalo de 6 meses da dose anterior.</p>
<p>Vírus Sincicial Respiratório (VSR) Objetivo é prevenir doenças graves do trato respiratório inferior causadas pelo Vírus em bebês até 6 meses de idade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Administração durante a gestação, entre 24 e 36 semanas de gestação; • Via intramuscular; • Dose administrada a cada gestação.
<p>Vacinas contraindicadas durante a gestação</p>	<p>As vacinas com vírus ou bactérias vivas ou atenuadas, como, por exemplo, tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola), varicela (catapora) e BCG (tuberculose), não devem ser administradas em gestantes devido ao risco de desenvolver a doença.</p> <p>Essas vacinas não são recomendadas em condições normais, devendo-se avaliar riscos e benefícios em situações especiais.</p> <p>Deve-se planejar a administração de todas as vacinas que a gestante ainda não recebeu. As vacinas contra febre amarela e dengue devem ser cuidadosamente avaliadas, pois há contraindicações durante a amamentação. Já a vacina contra rubéola deve ser planejada para o pós-parto, ainda no período puerperal.</p>

5. Cuidados em situações especiais na gestação



5.1 Anemia na gestação

A anemia é uma condição caracterizada pela redução da concentração de hemoglobina no sangue, comprometendo a capacidade de transporte de oxigênio. Dentre as diversas causas, a deficiência de ferro é a mais

comum, especialmente em gestantes. Outras causas incluem malária, infecções parasitárias, doenças crônicas e hemoglobinopatias. Na Terra Indígena Yanomami há alta prevalência de anemia associada à malária, a parasitoses intestinais e à baixa ingestão dietética de ferro.

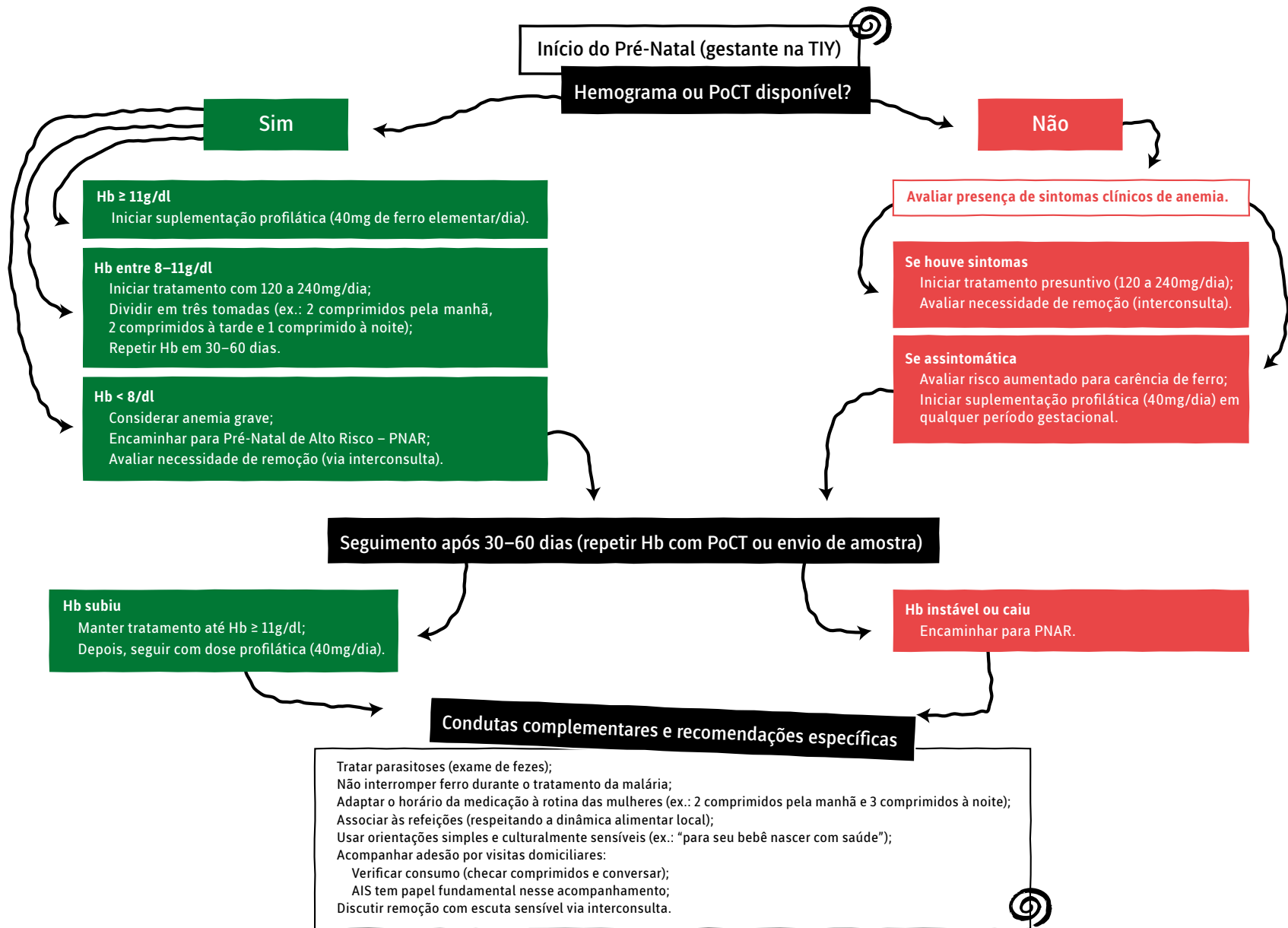
Conduta na Atenção Primária de Saúde - APS	Especificidades na TIY	
<p>Rastrear anemia na gestação: recomenda-se o rastreio com hemograma pelo menos uma vez, logo que iniciar o pré-natal de forma oportuna.</p> <p>Na TIY, o hemograma pode ser realizado em algumas regiões por tecnologias de Point-of-Care Testing – PoCT.</p>	<p>Em regiões em que o hemograma não está disponível via PoCT não está recomendado o diagnóstico baseado apenas em sintomas, o que pode levar a tratamentos desnecessários.</p> <p>Nos casos mais graves, os sintomas podem ser mais específicos. Mesmo que o diagnóstico seja mais preciso e um número maior de tratamentos iniciados com base em sintomas seja correto, um hemograma continua relevante para avaliar a gravidade da doença e a resposta ao tratamento.</p>	
	Perguntas possíveis em Yanomam para os sintomas de anemia:	Tradução
	<i>Wa përayu kuha?</i>	“Você adoeceu (início recente)?”
	<i>Awei, ya përayou kini</i>	“Sim, acabei de adoecer.”
	<i>Ma, yutuha ya xooa kupere</i>	“Não, estou assim há muito tempo.”
	<i>Wa pariki utiti tha?</i>	Seu peito está fraco?
	<i>Awei, ya pariki utiti</i>	Sim, estou com o peito fraco.
	<i>Wa ũxi utiti tha?</i>	“Você está fraco?”
<i>Awei, ya ũxi utiti.</i>	“Sim, estou fraco.”	

Conduta na Atenção Primária de Saúde - APS	Especificidades na TIY	
	<i>Ma, hwei tēhē ya kohipēa kōrayoma</i>	“Não, agora fiquei forte de novo.”
	<i>Yutuha a waximi pīrio xoao kupere?</i>	“Faz tempo que ele/ela está prostrado/a na rede?”
	<i>Awei, yutuha a waximi pīrio xoasoma.</i>	“Sim, faz tempo que ele/ela está prostrado/a na rede.”
	<i>Ma, weiaha a waximi pirioma.</i>	“Não, faz pouco tempo que ele/ela está prostrado/a na rede (ontem ou mais).”
<p>Suplementação preventiva com 40mg de ferro elementar/dia (1 comprimido ou drágea de sulfato ferroso), iniciando a partir da primeira consulta.</p> <ul style="list-style-type: none"> Avaliar risco aumentado para carência de ferro. Iniciar suplementação profilática (40mg/dia) em qualquer período gestacional. 	<p>Associar à primeira refeição do dia. É preciso lembrar que a dinâmica das refeições na TIY pode variar de acordo com região e povo, sendo importante conhecer as dinâmicas específicas.</p>	
<p>Tratamento de anemia leve a moderada (Hb 8–11g/dl) com 120–240mg/dia (5 comprimidos divididos) e repetir Hb entre 30–60 dias após início do tratamento.</p>	<p>Adaptar à dinâmica de trabalho das mulheres na roça: 2 comprimidos pela manhã e 3 comprimidos à noite. Associar à primeira e à última refeição do dia.</p>	
<p>Tratar parasitoses (exame parasitológico de fezes) e repetir Hb entre 30–60 dias após início do tratamento.</p>	<p>Se Hb subir, manter dose até 11g/dl e depois voltar à dose preventiva. Se Hb estacionar ou cair, iniciar Pré-Natal de Alto Risco – PNAR –, com interconsulta ou teleatendimento.</p>	

Conduta na Atenção Primária de Saúde - APS	Especificidades na TIY
<p>Anemia grave Hb < 8g/dl = Pré-Natal de Alto Risco: avaliar necessidade de remoção.</p>	<p>Em locais com maior risco de complicações ou dificuldade de monitoramento, é preciso fazer a remoção antecipada. Realizar discussão sobre remoção via interconsulta para garantir escuta sensível e segurança às condições da gestante. Estabelecer plano para a remoção. Ver item 3.2 Cuidados para uma remoção qualificada e segura, p.60.</p>
<p>Anemia grave (Hb < 7g/dL) em pacientes próximas do termo (> 34 semanas): realizar a remoção.</p>	<p>Em locais com maior risco de complicações ou dificuldade de monitoramento, é preciso fazer a remoção antecipada. Realizar discussão sobre remoção via interconsulta para garantir escuta sensível e segurança às condições da gestante. Estabelecer plano para a remoção. Ver item 3.2 Cuidados para uma remoção qualificada e segura, p.60.</p>
<p>Anemia grave de etiologia não definida ou refratária ao tratamento com ferro (30 dias após o início do tratamento): realizar a remoção.</p>	<p>Em locais com maior risco de complicações ou dificuldade de monitoramento, é preciso fazer a remoção antecipada. Realizar discussão sobre remoção via interconsulta para garantir escuta sensível e segurança às condições da gestante. Estabelecer plano para a remoção. Ver item 3.2 Cuidados para uma remoção qualificada e segura, p.60.</p>
<p>Anemia associada à malária: maior risco se Hb S, coinfeção por helmintos, doença prolongada ou alta parasitemia.</p>	<p>Ver item 5.2 Malária na gestação, p. 71. Não interromper o uso do ferro durante o tratamento da malária. Esclarecer essa orientação com cuidado cultural.</p>

Conduta na Atenção Primária de Saúde - APS	Especificidades na TIY	
Orientações para o uso dos comprimidos	<p>Quando possível, buscar conhecer e entender as dificuldades específicas das mulheres de cada região na compreensão da necessidade do uso dos comprimidos para melhor orientá-las. É importante o uso de frases curtas e simples, como, por exemplo: “para seu bebê nascer bem e com saúde” ou “para a mulher ficar forte”, para justificar o uso da medicação. Ver item 2.5 Suplementação e medicação preventiva, p.47.</p>	
	Possíveis frases auxiliares para o uso dos comprimidos em Yanomam:	Tradução
	<i>“Hwei wa kiki tuhari”</i>	“Tome estes comprimidos”
	<i>Weyaha ya ki hipikiwi, wa ki koa hikiarema tha?</i>	“Você já tomou os remédios que eu dei ontem?”
	<i>Awei, ya ki koa hikiarema.</i>	“Sim, tomei.”
<i>Inaha thë në titi kureha wa ki koa koari!</i>	“Você vai tomar este remédio durante “x” (indicando o número de noites com os dedos) noites.”	
Adesão ao tratamento	<p>É importante acompanhar a adesão ao tratamento por meio de visitas domiciliares para verificação do consumo da medicação (checagem de comprimidos e conversa). A ação do AIS é fundamental para acompanhar a utilização constante da medicação, sobretudo em caso de tratamento.</p>	





5.2 Malária na gestação


Nas nossas comunidades tem muitas doenças, a malária mista tem crescido muito. Nossas crianças estão morrendo. Os pata estão muito tristes. Tem muitas doenças. Todos estão ficando doentes, as crianças, os homens, os pata, as mulheres. Tem muitos garimpeiros, estão sujando nosso rio. Antes, quando não tinha tantos garimpeiros, as doenças eram poucas.
(Comunidades Rio Acima - Ata final do XIII Encontro das Mulheres - 2022)

A malária na gestação representa risco elevado para a saúde materna e fetal, podendo levar a anemia grave, parto prematuro, abortamento, infecção congênita, baixo peso ao nascer e morte perinatal. Na região amazônica brasileira, onde a prevalência é alta entre gestantes indígenas, como na Terra Indígena Yanomami – TIY –, o rastreamento precoce, o diagnóstico oportuno e o tratamento adequado são essenciais para prevenir desfechos graves. O atraso no diagnóstico e o tratamento tardio podem levar a formas graves de malária, inclusive ao óbito da mãe e do feto/recém-nascido.



Conduta na Atenção Primária de Saúde - APS	Especificidades na TIY	
<p>Testagem: realizar teste rápido ou gota espessa em gestantes em todas as consultas de pré-natal.</p>	Frase auxiliar em Yanomam:	Tradução
	<p><i>Wa nahasi ki totoki, wa nahasi kii tikiprai, hura ya taai!</i></p>	<p>“(Por favor) Me mostre o seu dedo, vou furar para ver se você tem malária!”</p>
<p>Sinais e sintomas:</p> <p>Comuns: febre, mal-estar, cefaleia, tremores, fraqueza, vômitos.</p> <p>Sinais de alerta: dor abdominal intensa (ruptura de baço – Plasmodium vivax), mucosas muito hipocoradas, diminuição da diurese (< 400ml/24h), vômitos persistentes, sangramentos (atenção ao vaginal), falta de ar, extremidades azuladas (cianose), taquicardia, convulsão, desorientação, descompensação de outras condições de saúde da pessoa.</p>	Perguntas possíveis em Yanomam para os sintomas de anemia:	Tradução
	<p><i>Wa hura mou kura?</i></p>	<p>“Você está com malária?”</p>
	<p><i>Awei, ya hura mou.</i></p>	<p>“Sim, estou.”</p>
	<p><i>Ma, ya hura moimi.</i></p>	<p>“Não, não estou.”</p>
	<p><i>Yutuha wa hura mou xoo kupere?</i></p>	<p>“Faz tempo que você está com crises de malária?”</p>
	<p><i>Awei, yutuha ya hura mou thare</i></p>	<p>“Sim, faz tempo que tenho crises.”</p>
	<p><i>Ma, weyaha ya hura morayoma</i></p>	<p>“Não, comecei a ficar com malária ontem (há pouco).”</p>
	<p><i>Wa hura (amoku) xuë (nini) tha?</i></p>	<p>“Seu baço (fígado) está inchado (dolorido)?”</p>
	<p><i>Awei, a xuë/nini.</i></p>	<p>“Sim, está.”</p>
	<p><i>Ma, a xuëimi/niniimi.</i></p>	<p>“Não, não está.”</p>

Conduta na Atenção Primária de Saúde - APS	Especificidades na TIY	
<p>Manifestações laboratoriais: anemia grave (hemoglobina < 7g/dL), hipoglicemia (glicose < 70mg/dL), acidose metabólica (pH < 7,35), insuficiência renal (filtração glomerular ou clearance de creatinina < 60), hiperlactatemia (lactato > 2mmol/L) e hiperparasitemia, especialmente em infecções por Plasmodium falciparum (> 250.000 parasitas/mm³).</p>	Plantas:	
	<p>Ahete hana ki: <i>Psychotria ulviformis Steyerm. Rubiaceae</i> Tipo de erva</p>	Tomar o sumo da folha misturado com água.
	<p>Manaka si: <i>Socratea exorrhiza (Mart.) H. Wendl. Arecaceae</i> Paxiúba</p>	Esquentar o palmito e pressionar fortemente no local do baço.
	<p>Poohetho hi - Hura sihi: <i>Aspidosperma nitidum Benth. Apocynaceae</i> Carapanaúba</p>	Raspar a casca da parte baixa do tronco, espremer numa cuia d'água e beber o sumo da casca.
	<p>Pore a - Yore a: <i>Phallus indusiatus Vent., Mutinus bambusinus (Zoll.) E. Fisch., Staheliomyces cinctus E. Fisch.</i> Phallaceae Cogumelo véu-de-noiva</p>	Colocar os cogumelos num pacote de folhas, esquentar na fogueira, amassar e apertar no local do baço.
	<p>Rai a: <i>Dioscorea amazonum Mart. ex Griseb.</i> Dioscoreaceae Cará-bravo</p>	Arrancar o tubérculo da terra e aplicar com força a ponta no local do baço.
<p>É importante conversar com AIS, pessoas mais velhas e/ou lideranças para saber como o cuidado com as plantas é realizado, esclarecendo sobre a possibilidade dos cuidados complementares.</p>		
<p>Tratamento: iniciar tratamento imediato conforme agente identificado (Plasmodium vivax ou Plasmodium falciparum).</p>	<p>Avaliar possibilidade de tratamento em contexto domiciliar e em UBSI com estoques regulares e acesso a medicamentos adequados.</p>	

Conduta na Atenção Primária de Saúde - APS	Especificidades na TIY	
<p>Monitoramento, tratamento e cura:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorar diariamente as gestantes tratadas, buscando sinais de complicação durante todo o período gestacional e no 1º mês de aleitamento materno. • Garantir adesão ao tratamento completo. • Realizar Lâmina de Verificação de Cura – LVC. 	<p>O monitoramento clínico deve considerar visitas domiciliares regulares e articulação com Agentes Indígenas de Saúde – AIS.</p>	
	<p>Frase auxiliar em Yanomam:</p>	<p>Tradução:</p>
	<p><i>Hena tēhē wa ki tuhai koo, ai haromatima muku (remédio) kiki xoa!</i></p>	<p>“Amanhã você tem que tomar remédios de novo, ainda tem comprimidos (para tomar)!”</p>
<p>Orientação: orientar gestantes e familiares sobre os riscos da malária, inclusive nos casos assintomáticos.</p>	<p>A mulher pode ficar muito fraca. Também pode acontecer de o bebê morrer ou o bebê pode nascer com peso muito baixo e com malária.</p>	
<p>Registro:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registrar todos os casos no SIVEP-Malária e nos prontuários (e-SUS APS). • Registrar no prontuário e na carteira da gestante todos os exames realizados (positivos e negativos). 	<p>Em caso de conectividade limitada, fazer registro paralelo em cadernos locais e repassar quando oportuno.</p>	
<p>Remoção: gestantes com malária falciparum no 3º trimestre devem ser encaminhadas a centros de referência.</p>	<p>Em locais com maior risco de complicações ou dificuldade de monitoramento, é preciso fazer a remoção antecipada. Realizar discussão sobre remoção via interconsulta para garantir escuta sensível e segurança às condições da gestante. Estabelecer plano de remoção. Ver item 3.2 Cuidados para uma remoção qualificada e segura, p.60.</p>	

Tratamento de malária por P. Vivax ou P. ovale em gestantes


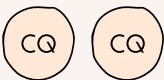
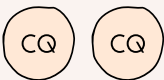
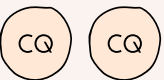





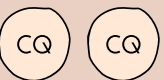


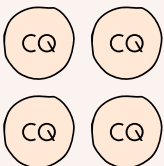


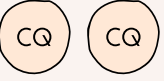


Idade/peso	Dia 1	Dia 2	Dia 3	Cloroquina semanal até um mês de aleitamento
 9 a 11 anos 25 a 34Kg				
 12 a 14 anos 35 a 49Kg				
 >15 anos 50 a 69Kg				
 70 a 89Kg				
 90 a 120Kg				

Figura 9: Tratamento de malária por P. Vivax ou P. ovale em gestantes. Fonte: Brasil, 2021. Guia de tratamento da malária no Brasil

Cloroquina 150mg 

IMPORTANTE: Gestantes, puérperas até um mês de lactação e crianças menores de 6 meses não podem usar a primaquina. Pacientes que pesem mais de 120 kg (não contemplados nessa tabela) devem ter sua dose de primaquina calculada pelo peso. Se surgir urina escura, icterícia, pele e olhos amarelos, tontura ou falta de ar, buscar urgentemente auxílio médico. Sempre que possível, supervisionar o tratamento. Administrar os medicamentos preferencialmente após as refeições.

Tratamento de malária por *P. falciparum* em gestantes – Opção 1









Idade/peso	Dia 1		Dia 2		Dia 3	
						
 <p>9 a 14 anos 25 a 34Kg</p>	AL AL	AL AL	AL AL	AL AL	AL AL	AL AL
	AL	AL	AL	AL	AL	AL
 <p>> 15 anos 35Kg ou mais</p>	AL AL	AL AL	AL AL	AL AL	AL AL	AL AL
	AL AL	AL AL	AL AL	AL AL	AL AL	AL AL

Figura 10: Tratamento de malária por *P. falciparum* em gestantes – Opção 1
 Fonte: Brasil, 2021. Guia de tratamento da malária no Brasil

Artemeter 20 mg + Lumefantrina 120 mg 

IMPORTANTE: Gestantes, puérperas até um mês de lactação e crianças menores de 6 meses não podem usar a primaquina. Pacientes que pesem mais de 120 kg (não contemplados nessa tabela) devem ter sua dose de primaquina calculada pelo peso. Se surgir urina escura, icterícia, pele e olhos amarelos, tontura ou falta de ar, buscar urgentemente auxílio médico. Sempre que possível, supervisionar o tratamento. Administrar os medicamentos preferencialmente após as refeições.

Tratamento de malária por *P. falciparum* em gestantes – Opção 2



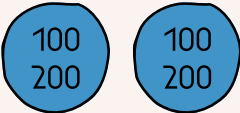
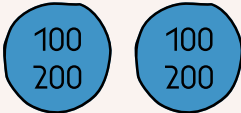
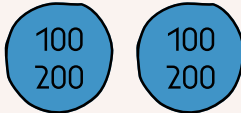


Idade/peso	Dia 1	Dia 2	Dia 3
 <p>12 a 14 anos 35 a 49Kg</p>			
 <p>>15 anos 50 a 69Kg</p>			
 <p>70 a 89Kg</p>			
 <p>90 a 120Kg</p>			

Figura 11: Tratamento de malária por *P. falciparum* em gestantes – Opção 2
 Fonte: Brasil, 2021. Guia de tratamento da malária no Brasil

Artesunato 100 mg + Mefloquina 200 mg



IMPORTANTE: Gestantes, puérperas até um mês de lactação e crianças menores de 6 meses não podem usar a primaquina. Pacientes que pesem mais de 120 kg (não contemplados nessa tabela) devem ter sua dose de primaquina calculada pelo peso. Se surgir urina escura, icterícia, pele e olhos amarelos, tontura ou falta de ar, buscar urgentemente auxílio médico. Sempre que possível, supervisionar o tratamento. Administrar os medicamentos preferencialmente após as refeições.

Tratamento de malária mista em gestante – Opção 1













Idade/peso	Dia 1 – Hoje	Dia 2 – Amanhã	Dia 3 – Depois	Cloroquina semanal até um mês de aleitamento
 <p>25 a 34Kg</p>				
 <p>> 35Kg</p>				

Figura 12: Tratamento de malária mista em gestante – Opção 1
 Fonte: Brasil, 2021. Guia de tratamento da malária no Brasil

Cloroquina 150mg 
 Artesunato 100 mg + Mefloquina 200 mg 

Tratamento de malária mista em gestante – Opção 2

















































Idade/peso	Dia 1 – Hoje		Dia 2 – Amanhã		Dia 3 – Depois		Cloroquina semanal
	0 hora	+12 horas	+12 horas	+12 horas	+12 horas	+12 horas	
 25 a 34Kg	  	  	  	  	  	  	 
 > 35Kg	   	   	   	   	   	   	 

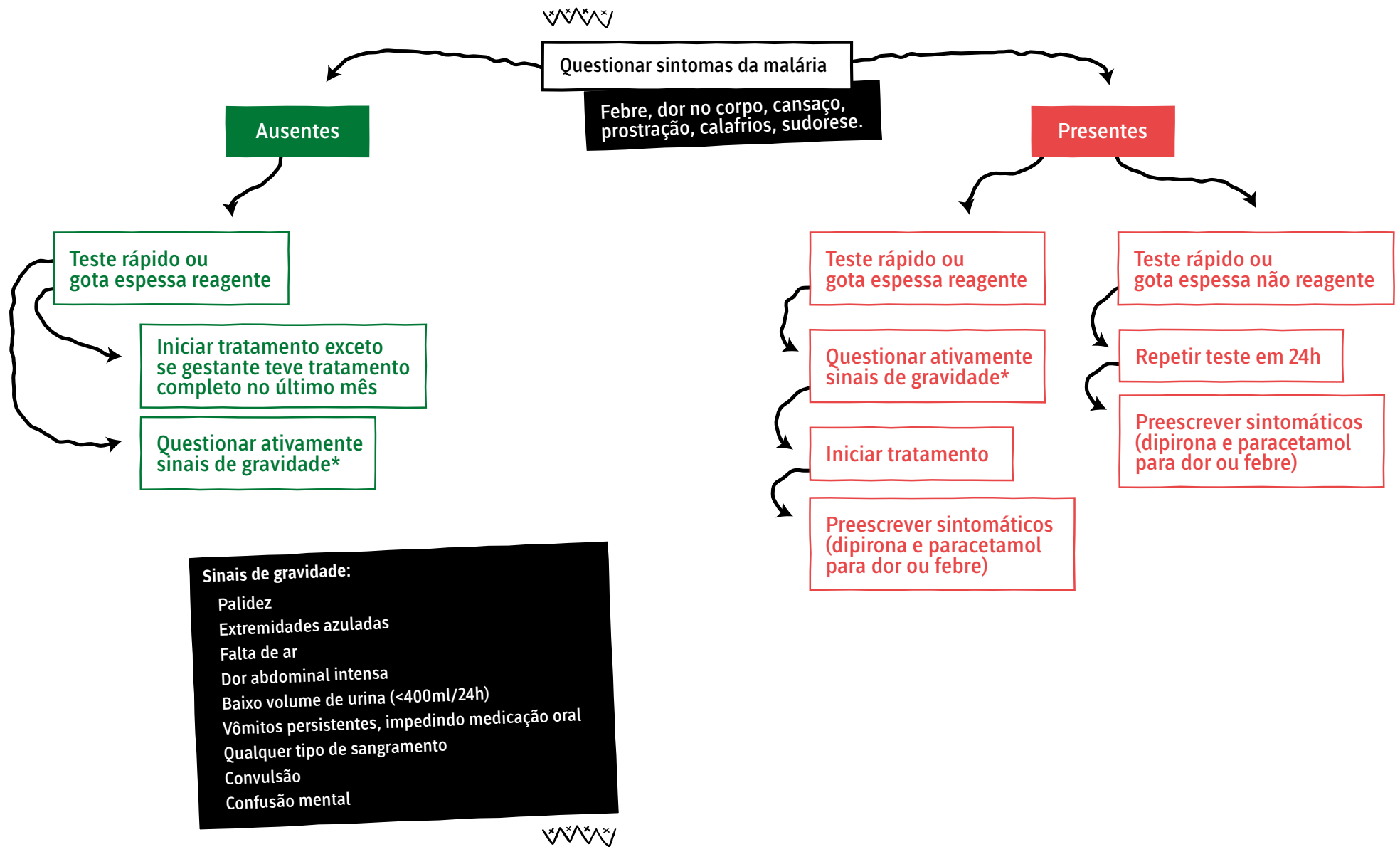
Figura 13: Tratamento de malária mista em gestante – Opção 2

Fonte: Brasil, 2021. Guia de tratamento da malária no Brasil

Cloroquina 150mg 

Artemeter 20 mg + Lumefantrina 120 mg 

Contraindicação na gestação: Primaquina Tafenoquina e o tratamento da malária mista (cloroquina semanal)



5.3 Infecções do trato urinário

As Infecções do Trato Urinário – ITUs – em gestantes, continuam a representar um problema clínico relevante e um grande desafio para pré-natalistas. Embora a incidência de bactérias nessa população seja apenas ligeiramente maior do que em mulheres não grávidas,

suas consequências tanto para a mãe quanto para o feto podem ser graves. Há um risco significativamente maior (até 40%) de progressão para pielonefrite e possivelmente aumento do risco de pré-eclâmpsia, nascimento prematuro e baixo peso ao nascer, além de estar associadas às principais causas de sepse na gravidez.



Conduta na Atenção Primária de Saúde - APS	Especificidades na TIY
<p>Bacteriúria Assintomática – BA:</p> <ul style="list-style-type: none">• Confirmada por urocultura com >100.000 UFC/ml;• Rastreio de rotina no 1º e no 3º trimestre;• Após o segundo episódio de bacteriúria assintomática durante a gestação, indica-se quimioprofilaxia, sendo: nitrofurantoína 100mg ou cefalexina 500mg, via oral, 1 comprimido à noite até o final da gestação).	<ul style="list-style-type: none">• Urocultura geralmente indisponível na TIY;• Coleta de urina e envio de amostras é possível, se houver logística;• É recomendado realizar urocultura após o término do tratamento (7 a 10 dias) para avaliar a eficácia do tratamento;• Não é indicada a remoção de mulheres assintomáticas para realização de exames de rastreio.

Cistite Aguda:

- Diagnóstico presuntivo por sintomas urinários (dor ou ardência ao urinar; vontade frequente de urinar, urgência, com pouco volume eliminado) + exames (fita, EAS, Gram de gota, urocultura com antibiograma);
- Após o segundo episódio de cistite aguda durante a gestação, indica-se quimioprofilaxia, sendo: nitrofurantoína 100mg ou cefalexina 500mg, 1 comprimido via oral à noite até o final da gestação).

Tratamento empírico:

Em mulheres com história não complicada, a presença desses sintomas, sem secreção vaginal atípica, pode justificar tratamento empírico para cistite aguda.

Na gestação, esses sintomas podem ocorrer mesmo sem infecção urinária confirmada – avaliar com cautela para evitar tratamento desnecessário.

É fundamental realizar avaliação ginecológica na presença de sintomas urinários, sempre excluindo a possibilidade de infecção ginecológica antes de iniciar tratamento empírico para infecção do trato urinário.

Se apenas fita reagente disponível, deve-se utilizar:

- Tratamento empírico em mulheres com sintomas;
- Admite-se que pode haver overtreatment (tratamento desnecessário) em parte dos casos por limitação diagnóstica;
- É recomendado realizar urocultura após o término do tratamento (7 a 10 dias) para avaliar a eficácia do tratamento.

Perguntas possíveis em Yanomam:	Tradução
<i>Wa nasi keyu tha?</i>	“Você está urinando (normalmente)?”
<i>Awei, ya nasi keyu hiki</i>	“Sim, estou.”
<i>Ma, ya nasi keyoimi</i>	Não, não estou.”
<i>Wa nasi ihe xi warihi tha?</i>	“Você tem vontade de urinar muito frequentemente?”
<i>Awei, ya nasi ihe xi wari</i>	“Sim, tenho.”
<i>Ma, ya nasi ihe xi xi wari imi.</i>	“Não, não tenho.”
<i>Wa enasi keyu tëhë wa nasi nini tha?</i>	Você está com dor ao urinar?
<i>Awei / Ma kuaimi.</i>	“Sim.” / “Não.”
<i>Wa nasipë wakëo mii tha?</i>	“Sua urina não estava vermelha?”
<i>Awei, ya nasipë wakëoma.</i>	“Sim, estava.”
<i>Ma, ya nasipë wakëonimi.</i>	“Não, não estava.”
<i>Wa nasi nini tha?</i>	“Dói quando urina?”
<i>Awei, ya nasi nini.</i>	“Sim, dói.”
<i>Ma, ya nasi niniimi.</i>	“Não, não dói”

Conduta na Atenção Primária de Saúde - APS	Especificidades na TIY	
	<i>Wa nasi keyou tēhē, wa moxi ūxi huxi tha?</i>	“Quando urina, você tem sensação de queimadura?”
	<i>Awei, ya moxi ūxi huxi</i>	“Sim, tenho sensação de queimar.”
	<i>Ma, ya moxi iiiixi huxiimi</i>	“Não, não tenho sensação de queimar.”
	<i>Wa xithemaki nini tha?</i>	“Você tem dores no baixo ventre (altura da bexiga)?”
	<i>Awei, ya xithemaki nini</i>	“Sim, tenho dores no baixo ventre.”
	<i>Ma, ya xithemaki niniimi</i>	Não, não tenho dores no baixo ventre.”

Principais antibióticos utilizados no tratamento ambulatorial das infecções urinárias durante a gestação

Importante: a escolha do antibiótico para tratamento deve ser feita a partir da sensibilidade da bactéria e do perfil de segurança do antibiótico, identificados pelo exame de antibiograma.

Antibióticos:	Dose/ Via de uso / Intervalo	Período do tratamento
Fosfomicina trometamol	3g, via oral, uma única vez	1 dia
Cefalexina	500mg, via oral, intervalo de 6h em 6h	7 dias
Cefuroxima	250mg, via oral, intervalo de 12h em 12h	7 dias
Nitrofurantoína*	100mg, via oral, intervalo de 6h em 6h	7 dias
Amoxicilina	1000mg, via oral, intervalo de 12h em 12h	7 dias

* Evitar no final da gestação (após 37 semanas) devido ao risco de hemólise neonatal.

Infecção Urinária de Repetição:

- Caracterizada a partir do terceiro ou mais episódios de infecção urinária;
- Indica-se a quimioprofilaxia até o fim da gestação, podendo ser utilizada a cefalexina 500mg, 1 comprimido, via oral, à noite.

- Realizar acompanhamento clínico contínuo;
- Solicitar USG urinária;
- Acompanhar com TelePNAR ou Telessaúde.

Infecção Sintomática do Trato Urinário – Pielonefrite

- Nesses casos, a gestante apresenta, além de dor ou ardência ao urinar, vontade frequente de urinar, urgência, com pouco volume eliminado, dor lombar e febre alta.
- É importante realizar diagnóstico diferencial para o quadro de sepse;
- Internação imediata em caso confirmado;
- O tratamento recomendado é Ceftriaxona 1g IM ou EV, dose única diária, por 24h a 48h. Obs.: a melhora clínica e a ausência de febre em 24h – 48h são critérios de substituição da medicação venosa por medicação oral e alta para o domicílio;
- Após um único episódio de pielonefrite, é recomendado manter quimioprofilaxia até o parto: cefalexina 500mg ou amoxicilina 500mg, via oral, 1 comprimido à noite.

Casos não complicados podem ser tratados localmente com ceftriaxona; Em locais com maior risco de complicações ou dificuldade de monitoramento, é preciso fazer a remoção antecipada. Realizar discussão sobre remoção via interconsulta para garantir escuta sensível e segurança às condições da gestante. Estabelecer plano de remoção. Ver item 3.2 Cuidados para uma remoção qualificada e segura, p.60.

Avaliação de suspeita de sepse

Suspeitar de sepse quando houver:

- Febre alta persistente (>38°C) ou Calafrios intensos;
- Hipotermia (<36°C);
- Náuseas e vômitos em piora;
- Prostração ou alteração do estado mental;
- Queda da pressão arterial: Pressão arterial sistólica < 90 mmHg ou queda ≥ 40 mmHg em relação ao habitual;
- Frequência cardíaca aumentada: > 110 batimentos por minuto em gestantes;
- Respiração acelerada: > 24 incursões: respiratórias por minuto;
- Redução da diurese.

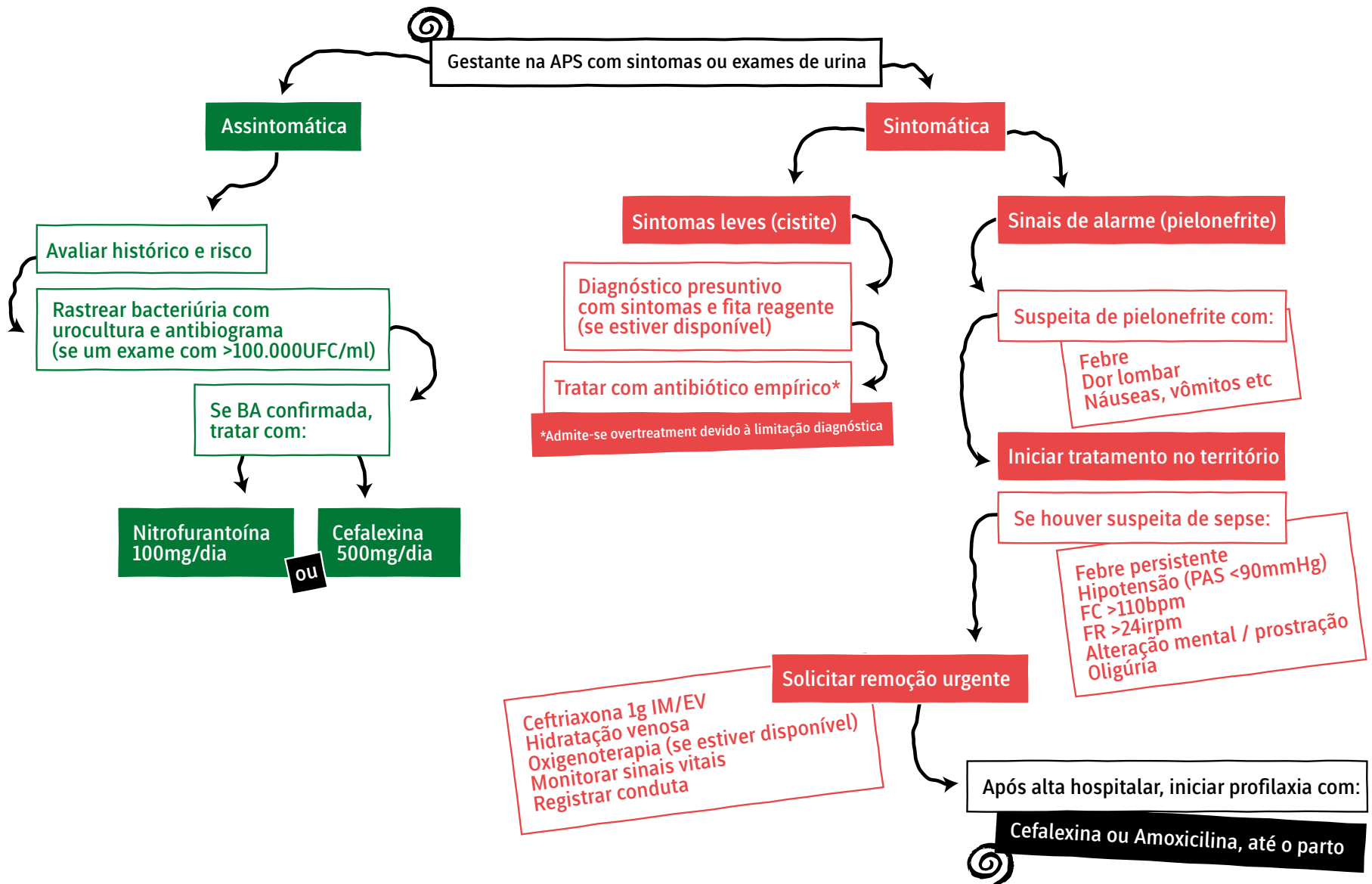
Em locais com maior risco de complicações ou dificuldade de monitoramento, é preciso fazer a remoção antecipada. Realizar discussão sobre a remoção via interconsulta para garantir segurança às condições da gestante. Ver item 3.2 Cuidados para uma remoção qualificada e segura, p.60;

Remoção imediata.

Cuidados pré-remoção:

- Iniciar tratamento imediato em território;
- Usar antibiótico de amplo espectro (preferencialmente ceftriaxona 1g, intramuscular ou endovenosa, dose única diária), se disponível.

Sobre o tema, ver item 3.2 Cuidados para uma remoção qualificada e segura, p.60.



5.4 Ganho de peso insuficiente ou excessivo na gestação

Mas aqui quem segura a vida, a floresta são vocês, o jeito de viver é como vocês vivem o dia a dia. É isso que dá a vida, cuidando, produzindo a comida. Homens trabalham na derrubada, mas as mulheres vão lá, plantam e colhem, vão procurar a semente, quem faz o trabalho de procurar as sementes. Estou vendo, aqui vocês trabalham duro, não têm preguiça. Queremos saber o que está mudando, será que o trabalho com a roça está igual? Será que os jovens estão fazendo isso? O que está acontecendo nas comunidades de vocês? Queremos saber disso, de uma forma geral.

(Aquirina - Ata final XIII Encontros das Mulheres na TIY – 2022)

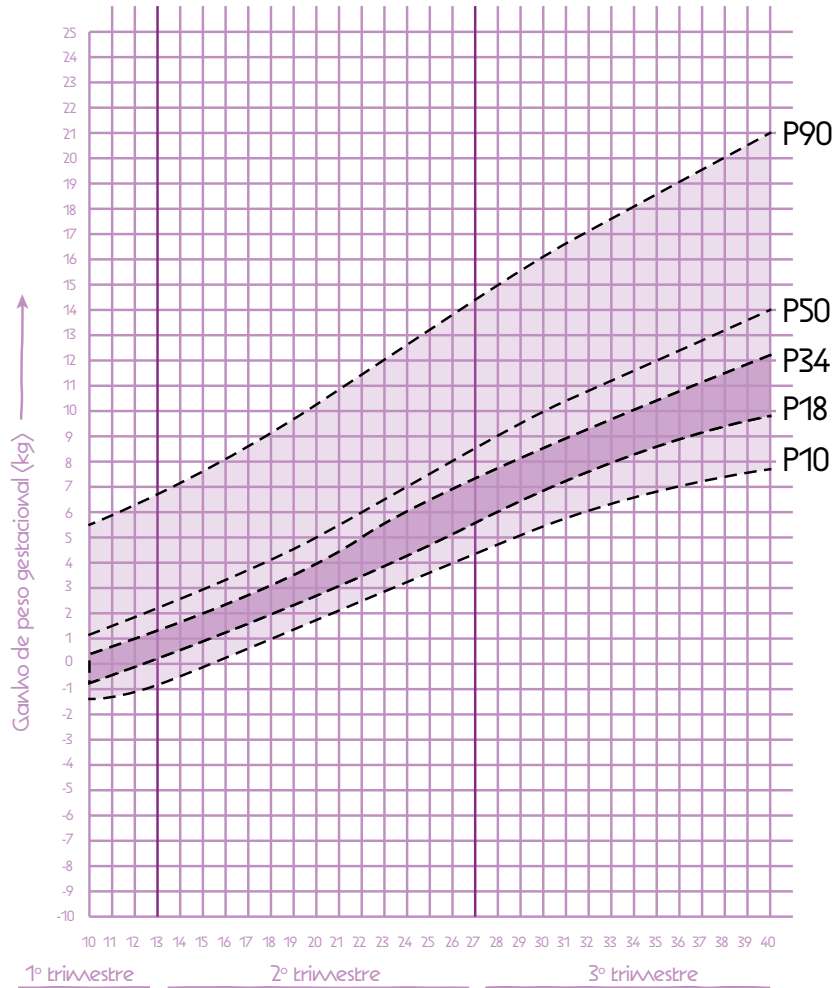
O ganho de peso gestacional deve ser acompanhado em todas as consultas de pré-natal, pois está diretamente associado à saúde materna e fetal e deve ser monitorado com relação ao Índice de Massa Corporal – IMC – pré-gestacional. Ganhos insuficientes ou excessivos aumentam o risco de:

- Diabetes gestacional;
- Hipertensão e pré-eclâmpsia;
- Cesarianas e hemorragia puerperal;
- Recém-nascidos pequenos ou grandes para a idade gestacional (PIG/GIG);
- Crescimento Intrauterino Restrito – CIR;
- Complicações neonatais de curto e longo prazo.

Conduta na APS	Especificidades na TIY
<p>Pesar a gestante em todas as consultas e anotar o valor. Medir a estatura na 1ª consulta. Em mulheres menores de 19 anos, repetir a medição da estatura ao menos uma vez por trimestre.</p>	<p>De 2020 a 2024, cerca de 1/3 das gestantes da TIY tinham menos de 19 anos. Observar se a menarca ocorreu há menos de dois anos, pois isso pode alterar significativamente a avaliação nutricional. Para menores de 19 anos, é importante uma avaliação cuidadosa, uma vez que os gráficos e classificações nutricionais são voltados principalmente para adultos. Apesar disso, esses parâmetros podem ser utilizados, desde que a interpretação seja feita com flexibilidade e sensibilidade às particularidades desse grupo etário.</p>
<p>Identificação do risco nutricional: extremos de peso (< 45kg ou > 75kg), curva descendente ou horizontal, curva ascendente inadequada ao IMC pré-gestacional* (ver gráficos abaixo).</p> <p>*Na ausência de IMC pré-gestacional, considerar o da primeira consulta. Usar esse valor para definir qual gráfico de ganho de peso será utilizado.</p>	<p>É preciso interpretar os gráficos com flexibilidade, principalmente em mulheres Yanomami e Ye'kwana menores de 19 anos. Considerar trajetória de crescimento e contexto local.</p> <p>A curva ascendente, mesmo com o valor abaixo do recomendado, pode ser indicativa de boa saúde.</p>

Baixo peso (IMC < 18,5kg/m²)

Ganho de peso recomendado até 40 semanas de gestação: 9,7 – 12,2kg



Eutrofia (IMC ≥ 18,5 kg/m² e < 25,0 kg/m²)

Ganho de peso recomendado até 40 semanas de gestação: 8 - 12 kg

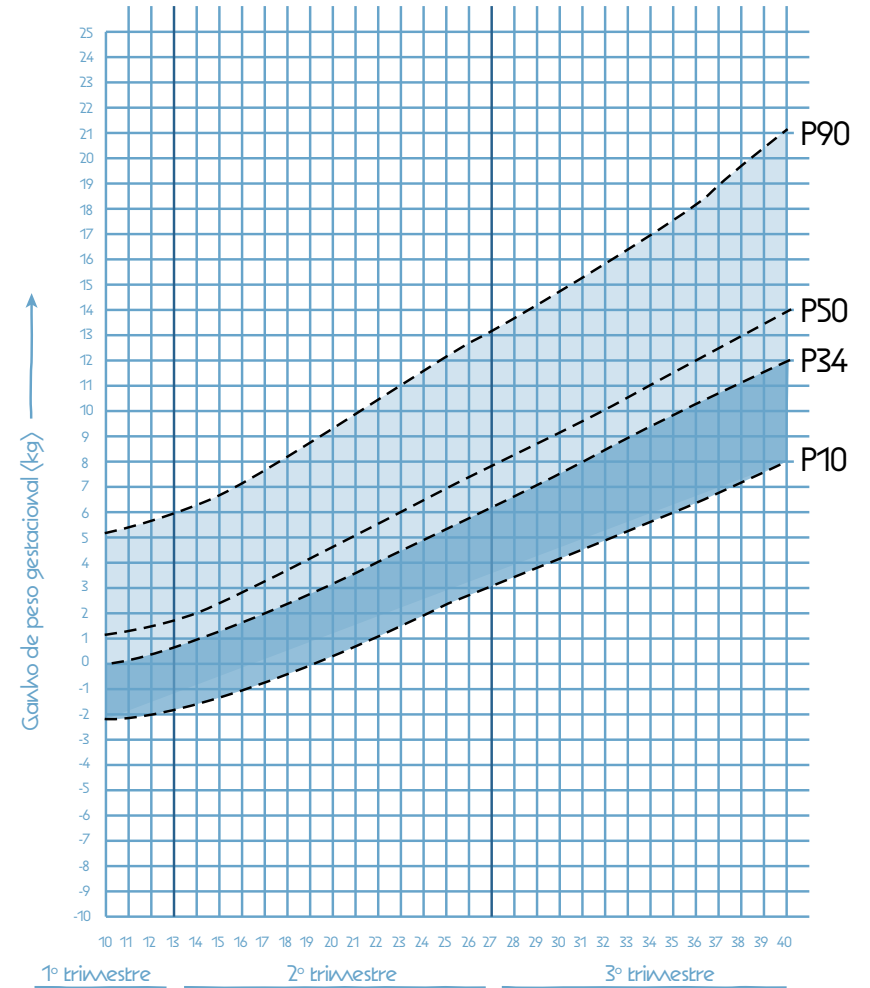
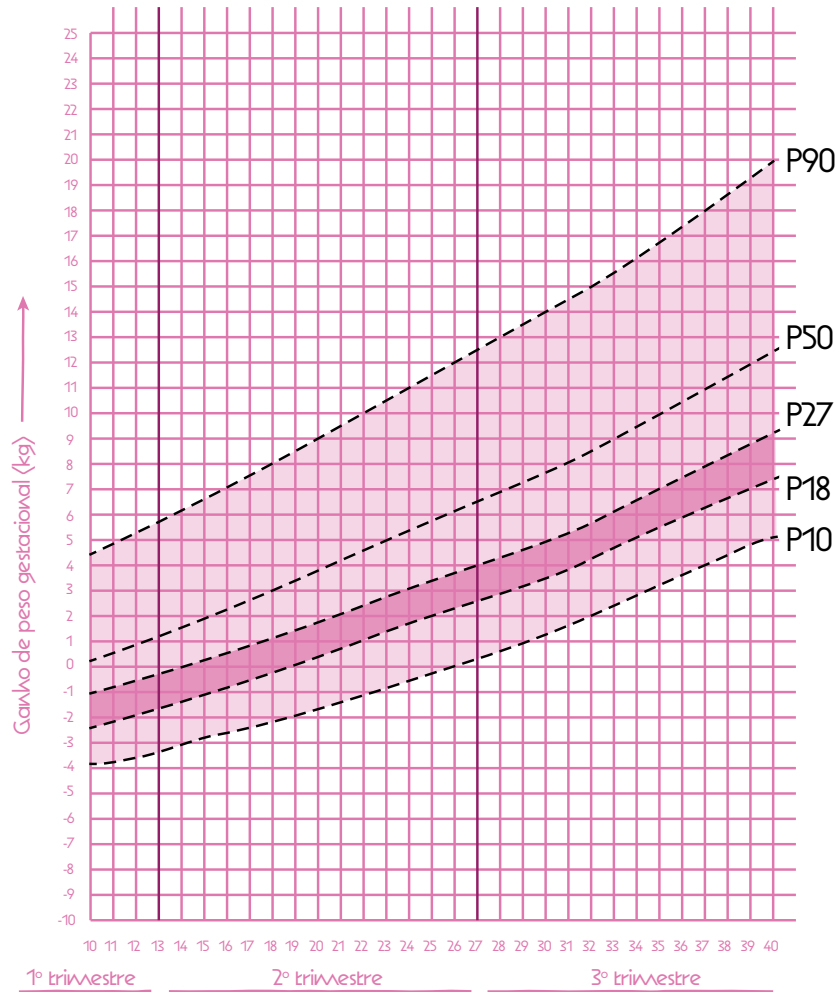


Figura 14: Gráfico de acompanhamento de ganho de peso (Parte 1). Fonte: KAC et al, 2021

Sobrepeso (IMC $\geq 25,0$ kg/m² e $< 30,0$ kg/m²)

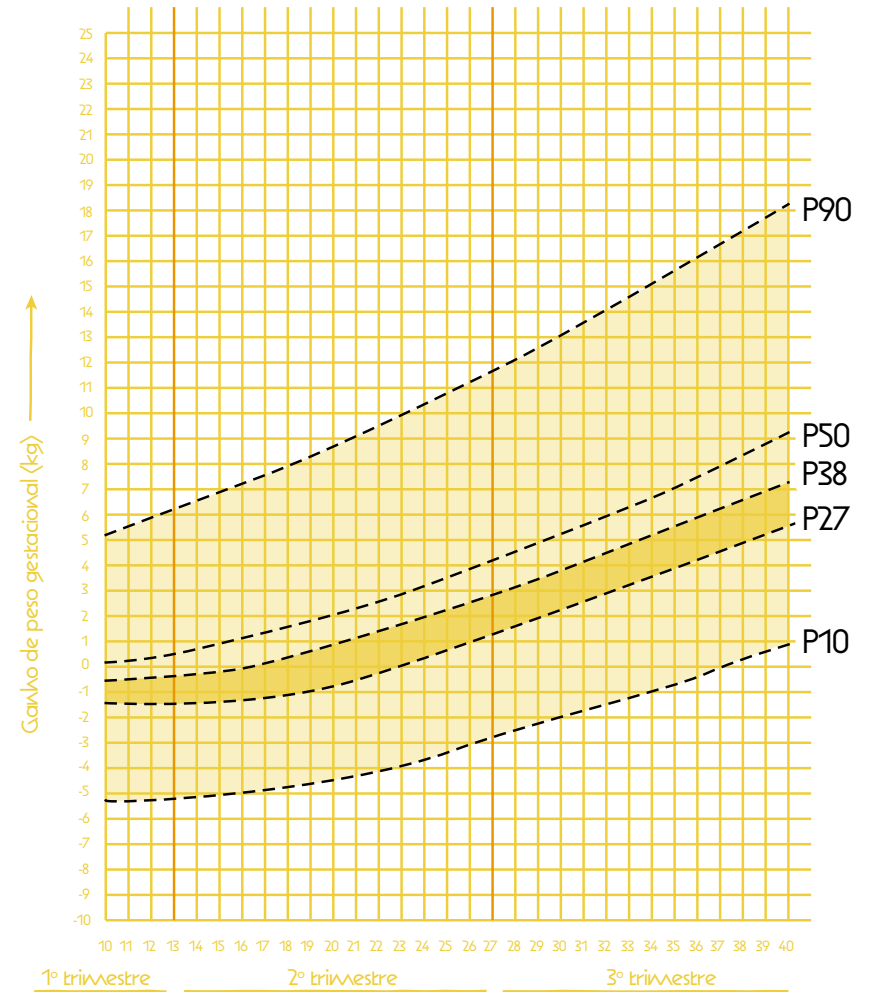
Ganho de peso recomendado até 40 semanas de gestação: 7 - 9 kg



← Semana de gestação →

Obesidade (IMC ≥ 30 kg/m²)

Ganho de peso recomendado até 40 semanas de gestação: 5 - 7,2 kg



← Semana de gestação →

Figura 14: Gráfico de acompanhamento de ganho de peso (Parte 2). Fonte: KAC et al, 2021

Сайnos insuficientes de peso e desnutriçāo proteico-calórica

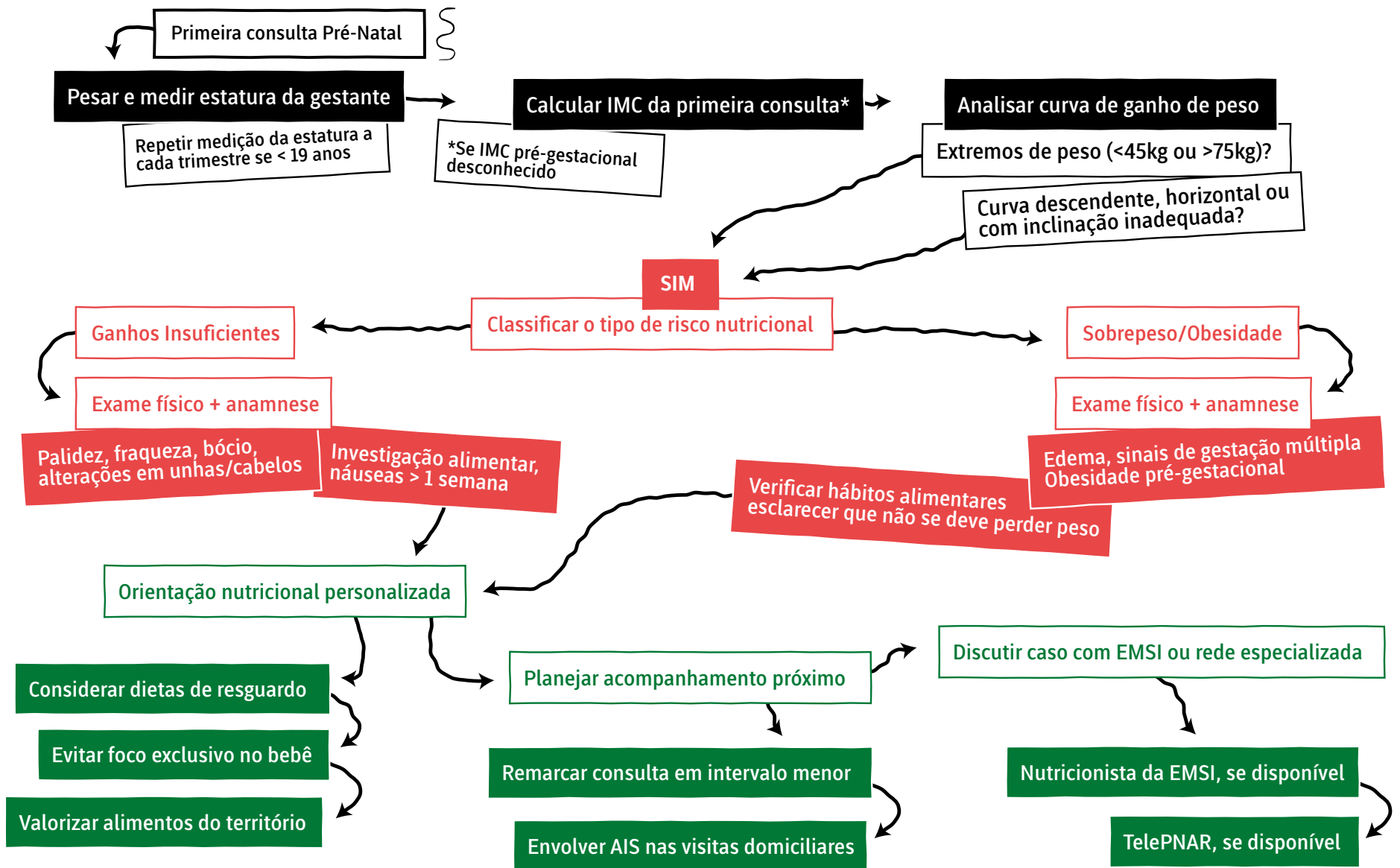
Conduta na Atençāo Primária de Saúde - APS	Especificidades na TIY	
<p>Exame físico: observar palidez cutânea, diminuiçāo da acuidade visual, bócio, unhas e cabelos enfraquecidos.</p>	<p>Sinais de acuidade visual podem ser observados durante atividades comunitárias, envolvendo imagens, por exemplo. Valorizar relatos de cansaço e fraqueza, mesmo sem queixa direta.</p>	
	Possíveis perguntas em Yanomam:	Traduçāo
	<i>Urihi wa pē taprai tha?</i>	"Você enxerga bem?"
	<i>Awei, ya pē taprai hikio</i>	"Sim, enxergo normalmente."
	<i>Ma, ya pē tapraimi / taprai totihioimi</i>	"Não, não enxergo normalmente/não enxergo bem."
	<i>Wa ũxi utiti tha?</i>	"Você está fraco?"
	<i>Awei, ya ũxi utiti</i>	"Sim, estou fraco."
	<i>Ma, hwei tēhē ya kohipēa kōrayoma</i>	"Não, agora fiquei forte de novo."
	<i>Wa romihparioma tha?</i>	"Você está emagrecendo?"
	<i>Yutuha a waximi pirio xooa kupere?</i>	"Faz tempo que ele/ela está prostrado/a na rede?"
	<i>Awei, yutuha a waximi pirio xoaoma</i>	"Sim, faz tempo que ele/ela está prostrado/a na rede."
	<i>Ma, weyaha a waximi pirioima.</i>	"Nao, ele/ela está prostrado/a na rede há pouco tempo (ontem ou mais)."
	<i>A iai tha?</i>	"Ele/ela come?"
<i>Awei, a waisipē iai.</i>	"Come, só um pouco."	
<i>Ma, a iaimi.</i>	"Não, não come."	
<p>Anamnese: avaliar sinais de desnutriçāo proteico-calórica, fraqueza muscular, cansaço excessivo.</p>	<p>Sintomas de fraqueza e cansaço podem ser expressos pensando em atividades cotidianas como dificuldade para fazer roça, comida.</p>	

Ganhos insuficientes de peso e desnutrição proteico-calórica

Conduta na Atenção Primária de Saúde - APS	Especificidades na TIY
Investigar: história alimentar, infecções, parasitoses, anemia (ver tópico específico) e hiperêmese gravídica (náuseas e vômitos por mais de 1 semana).	Mulheres Yanomami relatam náuseas com pouca frequência. Qualquer relato deve ser valorizado e investigado com atenção.
Orientar e avaliar a promoção do ganho de peso	Considerar alimentos disponíveis no território e considerar dietas de resguardo na gestação. É importante considerar a importância do fortalecimento do corpo da mulher e não apenas o do bebê.
Discutir com a equipe do DSEI-YY ou rede especializada	Acionar nutricionista ou TelePNAR, quando disponível. Se necessário, peça avaliação da necessidade de nutrição enteral ou parenteral, fórmula láctea ou cesta básica.
Programar um acompanhamento mais próximo: remarcar consulta em intervalo menor e contar com a ação do AIS para acompanhamento.	

Sobrepeso e obesidade

Conduta na Atenção Primária de Saúde - APS	Especificidades na TIY
Exame físico: investigar sinais de edema, suspeita de gestação múltipla.	
Orientar sobre ganho de peso adequado: não é indicado perder peso na gestação e, sim, manter um ganho equilibrado (podendo ocorrer pequena perda de peso de, no máximo 1,5kg até 13 semanas de gestação).	Estimular dietas cujas fontes são alimentos da floresta, destacando a importância desses alimentos na gestação.
Discutir com a equipe do DSEI-YY ou rede especializada	Acionar nutricionista da equipe do DSEI-YY ou TelePNAR, quando disponível.
Programar um acompanhamento mais próximo: remarcar consulta em intervalo menor e contar com a ação do AIS.	



5.5 Doenças diarreicas agudas e verminoses

Queremos viver na floresta limpa, não queremos água suja, porque a água suja está causando doenças na barriga e no intestino, a água ficou muito diferente. (Susi - Ata final do XIII Encontro das Mulheres – 2022)

As doenças diarreicas agudas, na maioria dos casos, são autolimitadas e leves, com resolução espontânea sem necessidade de terapêutica específica. Entretanto, é fundamental avaliar a presença de sinais de gravidade e fatores de risco, especialmente em gestantes, crianças e populações, como as da Terra Indígena Yanomami, onde há alta prevalência de enteroparasitoses e barreiras de acesso ao cuidado.

Conduta na Atenção Primária de Saúde - APS	Especificidades na TIY
<p>Avaliar sinais de desidratação: avaliar o estado de hidratação para definir se a reidratação será oral ou venosa (ver p.97)</p>	<p>Realizar avaliação mesmo em contextos domiciliares, com apoio de Agentes Indígenas de Saúde (AIS).</p>
<p>Tratar desidratação: iniciar Plano A, B ou C, conforme grau de desidratação (ver p.97)</p>	<p>Garantir disponibilidade de sais de reidratação oral e vias de acesso venoso nos polos-base.</p>

Conduta na Atenção Primária de Saúde - APS

Especificidades na TIY

Monitorar sinais clínicos com apoio da comunidade e da rede local de cuidado.

Identificar sinais de gravidade:

- Piora da diarreia, vômitos repetidos, sangue nas fezes, diurese diminuída, muita sede, recusa alimentar.
- Na gestação: dor abdominal, sangramento vaginal, interrupção dos movimentos fetais.

Possíveis perguntas em Yanomam:

Tradução

Wa xipë eharaxi tha?

“Está com diarreia (líquida)?”

Awei, ya xipë eharaxi xoa.

“Sim, estou ainda.”

Ma, ya xipë eharaxi maprarioma.

“Não, parou.”

Wa xuupërayu kuha?

“Você ficou com diarreia?”

Awei, ya xuupërayoma.

“Sim, fiquei.”

Ma, ya xuupëimi.

“Não, não fiquei.”

Wa xuupë xoa kura?

“Você ainda está com diarreia?”

Awei, ya xuupë xoa.

“Sim, ainda estou com diarreia.”

Ma, ya xuupë maprarioma

“Não, parou.”

Wiinaha wa xuupërayouwi thë në kutaa kura?

“Faz tantas noites (mostrando nos dedos).”

Wiinaha wa në xipë keyou kutaa kura?

“Quantas vezes você foi defecar?”

Inaha thë në kutaa.

“Foi tantas vezes (mostrando os dedos).”

Wa xipë wakëo mao ha?

“Suas fezes não estavam vermelhas?”

Awei, ya xipë wakëoma.

“Sim, estavam.”

Diarreia sem sinais de gravidade:

- Manter alimentação e hidratação oral;
- Evitar uso de antidiarreicos (sem benefício comprovado, com risco de efeitos graves).

- Orientar uso seguro da água, higienização de alimentos e cuidados com lactentes;
- Ação de AIS para reforçar cuidados e sinais de alerta.

Conduta na Atenção Primária de Saúde - APS

Especificidades na TIY

Diarreia com sinais de gravidade (disenteria):

- Iniciar hidratação venosa (Plano C);
- Azitromicina 500mg, 1 comprimido por dia, por 3 dias;
- Reavaliar após 4–6 horas;
- Solicitar remoção se não apresentar melhora clínica.

- Em locais remotos, iniciar o tratamento localmente enquanto aguarda remoção;
- Garantir conforto, repouso e observação da gestante.
- Em locais com maior risco de complicações ou dificuldade de monitoramento, é preciso fazer a remoção antecipada
- Realizar discussão sobre remoção via interconsulta para garantir escuta sensível e segurança às condições da gestante. Estabelecer plano de remoção. Ver item 3.2 Cuidados para uma remoção qualificada e segura, p.60.

É fundamental informar sobre a necessidade de interrupção temporária da amamentação durante o uso de determinados medicamentos e acompanhar o retorno seguro à amamentação após o tratamento. As mulheres da Terra Indígena Yanomami possuem modos próprios de conduzir o aleitamento materno, que envolvem saberes, práticas e desafios específicos. Em geral, alimentam seus filhos por longos períodos de forma contínua e compartilhada. Por isso, é essencial que as orientações de saúde sejam feitas com escuta atenta e respeito às decisões de cuidado das mulheres, valorizando seus modos de vida e a autonomia do coletivo.

Diarreia com vermes visíveis nas fezes:

- Albendazol 400mg, dose única (após 1º trimestre).

Perguntas possíveis em Yanomam:

Tradução:

Wa xio xitohapë tha?

“Você tem coceira anal?”

Awei, ya xio xitohapë mahi

“Sim, tenho muita.”

Ma, ya xio xitohapëimi

“Não, não tenho.”

Wa horemapë hwai mao ha?

“Você não expeliu vermes?”

Awei, ya horemapë hwapema

“Sim, expeli.”

Ma, ya horemapë hwanimi

“Não, não expeli.”

Conduta na Atenção Primária de Saúde - APS	Especificidades na TIY	
<p>Verminoses sem diarreia (profilaxia):</p> <ul style="list-style-type: none"> Em gestantes residentes em locais com prevalência de geohelmintíases $\geq 20\%$ e anemia $\geq 40\%$: albendazol 400mg após o 1º trimestre. 	Plantas	
	<p>Sikate a: <i>Virola surinamensis</i> (Rol. ex Rottb.) Warb. <i>Myristicaceae</i> Ucuuba-da-várzea</p>	<p>Raspar a casca do tronco, lavar os pedaços da casca com água e beber o líquido.</p>
	<p>Maokori thotho - Rasirasi thotho: <i>Abuta imene</i> (Mart.) Eichl., <i>Abuta rufescens</i> Aubl., <i>Telitoxicum krukovii</i> Moldenke <i>Menispermaceae</i> Cipó-abuta</p>	<p>Raspar a casca do cipó, amassar, lavar com água e beber o líquido.</p>
	<p>Oru xihí: <i>Anacardium giganteum</i> Hancock ex Engl. <i>Anacardiaceae</i> Cajuí</p>	<p>Raspar a casca na parte baixa do tronco da árvore, misturar o sumo com água fria e beber.</p>
	Para dores de barriga	
<p>Rahakama hi: <i>Aspidosperma macrophyllum</i> Müll. Arg. <i>Apocynaceae</i> Peroba</p>	<p>Raspar a casca da árvore, ferver com água e beber o líquido.</p>	
<p>É importante conversar com AIS, pessoas mais velhas e/ou lideranças para saber como o cuidado com as plantas é realizado, esclarecendo sobre a possibilidade dos cuidados complementares.</p>		
<p>Remoção:</p> <ul style="list-style-type: none"> Casos com sinais de gravidade ou sem melhora devem ser encaminhados (ver Plano C). <p>Ver item 3.2 Cuidados para uma remoção qualificada e segura, p.60.</p>	<p>Em locais com maior risco de complicações ou dificuldade de monitoramento, é preciso fazer a remoção antecipada. Realizar discussão sobre remoção via interconsulta para garantir escuta sensível e segurança às condições da gestante. Estabelecer plano de remoção. Ver item 3.2 Cuidados para uma remoção qualificada e segura, p.60.</p>	

Etapas		A (Sem desidratação)	B (Com desidratação)	C (Com desidratação grave)
Observe	Estado geral ¹	Ativo, alerta	Irritado, intranquilo	Comatoso, hipot�nico, letárgico ou inconsciente*
	Olhos ¹	Sem altera�o	Fundos	Fundos
	Sede ¹	Sem sede	Sedento, bebe rápido e avidamente	Não � capaz de beber*
	Lágrimas	Presentes	Ausentes	Ausentes
	Boca/língua	úmida	Seca ou levemente seca	Muito seca
Explore	Sinal de prega abdominal ¹	Desaparece imediatamente	Desaparece lentamente	Desaparece muito lentamente (mais de 2 segundos)
	Pulso	Cheio	Cheio	Fraco ou ausente*
	Perda de peso ²	Sem perda	Até 10%	Acima de 10%
Decida		Sem sinais de desidrata�o	Se apresentar dois ou mais sinais: com desidrata�o	Se apresentar dois ou mais sinais sendo ao menos um destacado com asterisco(*): desidrata�o grave
Trate		PLANO A	PLANO B	PLANO C

Figura 15: Avalia o do estado de hidrata o da gestante e planos de tratamento (Parte 1). Fonte: Brasil, 2023.

PLANO A (Para prevenir a desidratação no domicílio)

A.1 INGERIR/OFERECER MAIS LÍQUIDO QUE O HABITUAL PARA PREVENIR A DESIDRATAÇÃO:

A.1.1 O paciente deve tomar líquidos caseiros (água, chá, suco, água de coco, sopas) ou solução de sais de reidratação oral (SRO) após cada evacuação diarreica e episódio de vômito, em pequenas quantidades e com maior frequência.

A.1.2 Não utilizar refrigerantes e, preferencialmente, não adoçar o chá ou o suco.

A.2 MANTER A ALIMENTAÇÃO HABITUAL PARA PREVENIR A DESNUTRIÇÃO:

A.2.1 Manter a alimentação habitual – tanto as crianças como os adultos.

A.2.2 Criança em aleitamento materno exclusivo – o único líquido que deve ser oferecido, além do leite materno, é a solução de SRO.

A.3 LEVAR O PACIENTE IMEDIATAMENTE AO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SE:

A.3.1 Não melhorar em 2 dias.

A.3.2 Apresentar qualquer um dos sinais de alerta abaixo:

Piora da diarreia (frequência ou do volume)
Diminuição da diurese
Vômitos repetidos

Sangue nas fezes
Diminuição do estado geral
Muita sede
Confusão mental

A.4 ORIENTAR O PACIENTE OU ACOMPANHANTE PARA:

A.4.1 Reconhecer os sinais de desidratação e sinais de alerta.

A.4.2 Preparar e administrar a solução de sais de reidratação oral.

A.4.3 Praticar medidas de higiene pessoal e domiciliar (lavagem adequada das mãos, tratamento da água intradomiciliar e higienização dos alimentos).

A.5 ADMINISTRAR ZINCO 1 vez ao dia, DURANTE 10 A 14 DIAS:

A.5.1 Até 6 meses de idade: 10mg/dia

A.5.2 Maiores de 6 meses a menores de 5 anos de idade: 20mg/dia

Idade	Quantidade de líquidos que deve ser administrada/ingerida após cada evacuação diarreica:
Menores de 1 ano	50-100 ml
1 a 10 anos	100-200 ml
Maiores de 10 anos	Quantidade que o paciente aceitar.

PLANO B (Para tratar a desidratação por via oral no estabelecimento de saúde)

B.1 ADMINISTRAR SOLUÇÃO DE SAIS DE REIDRATAÇÃO ORAL:

- B.1.1** Apenas como orientação inicial, o paciente deverá receber de 50 a 100ml/kg(média de 75ml/kg) para ser administrado no período de 4-6 horas.
- B.1.2** A quantidade de solução ingerida dependerá da sede do paciente.
- B.1.3** A solução de SRO deverá ser administrada continuamente até que desapareçam os sinais de desidratação.
- B.1.4** Se o paciente desidratado, durante o manejo do PLANO B, apresentar vômitos persistentes, administrar uma dose de antiemético ondansetrona:
 - Crianças de 6 meses a 2 anos: 2 mg (0,2 a 0,4 mg/kg);
 - Maiores de 2 anos a 10 anos (até 30 kg): 4 mg;
 - Adultos e crianças com mais de 10 anos (mais de 30 kg): 8 mg.

ALERTA: NÃO UTILIZAR EM GESTANTES

B.2 DURANTE A REIDRATAÇÃO REAVALIAR O PACIENTE SEGUNDO AS ETAPAS DO QUADRO “AVALIAÇÃO DO ESTADO DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE”:

- B.2.1** Se desaparecerem os sinais de desidratação, utilize o PLANO A.
- B.2.2** Se continuar desidratado, indicar a sonda nasogástrica (gastroclise).
- B.2.3** Se o paciente evoluir para desidratação grave, seguir o PLANO C.

B.3 DURANTE A PERMANÊNCIA DO PACIENTE OU DO ACOMPANHANTE NO SERVIÇO DE SAÚDE, ORIENTAR A:

- B.3.1** Reconhecer os sinais de desidratação.
- B.3.2** Preparar e administrar a solução de SRO.
- B.3.3** Praticar medidas de higiene pessoal e domiciliar (lavar adequadamente as mãos, tratar a água para consumo humano (ingestão) e higienizar os alimentos).

ATENÇÃO:

SE, APÓS 6 HORAS DE TRATAMENTO, NÃO HOUVER MELHORA DA DESIDRATAÇÃO, ENCAMINHAR AO HOSPITAL DE REFERÊNCIA PARA INTERNAÇÃO.

O PLANO B DEVE SER REALIZADO NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE.

O PACIENTE DEVE PERMANECER NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE ATÉ A REIDRATAÇÃO COMPLETA.

PLANO C (Para tratar a desidratação por via endovenosa no estabelecimento de saúde/hospital)

C.1 ADMINISTRAR A REIDRATAÇÃO ENDOVENOSA - FASE DE EXPANSÃO E FASE DE MANUTENÇÃO/REPOSIÇÃO

FASE DE EXPANSÃO – MENORES DE 1 ANO³

SOLUÇÃO		VOLUME		TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO
1º	Soro Fisiológico 0,9% ou Ringer Lactato	30 ml/kg		1 hora
2º	Soro Fisiológico 0,9% ou Ringer Lactato	70 ml/kg		5 horas

³Para recém-nascidos ou menores de 5 anos com cardiopatias graves, começar com 10ml/Kg de peso.

FASE DE EXPANSÃO – A PARTIR DE 1 ANO³

SOLUÇÃO		VOLUME		TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO
1º	Soro Fisiológico 0,9% ou Ringer Lactato	30 ml/kg		30 minutos
2º	Soro Fisiológico 0,9% ou Ringer Lactato	70 ml/kg		2h30min

³Para recém-nascidos ou menores de 5 anos com cardiopatias graves, começar com 10ml/Kg de peso.

FASE DE MANUTENÇÃO/REPOSIÇÃO (PARA TODAS AS FASES ETÁRIAS E SITUAÇÕES CLÍNICAS)

SOLUÇÃO		VOLUME		TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO
3º	Soro Glicosado a 5% + Soro Fisiológico a 0,9% na proporção de 4:1 (manutenção)	Peso até 10 kg	100 ml/kg	24 HORAS
		Peso de 10 a 20 kg	1.000 ml + 50 ml/kg de peso que exceder 10 kg	
		Peso acima de 20 kg	1.500 ml + 20 ml/kg de peso que exceder 20 kg (no máximo 2.000 ml)	
	+			
Soro Glicosado a 5% + Soro Fisiológico a 0,9% na proporção de 1:1 (reposição)		Iniciar com 50 ml/kg/dia e reavaliar esta quantidade de acordo com as perdas do paciente.		
+				
KCl a 10%		2 ml para cada 100 ml de solução da fase de manutenção.		

C.2 AVALIAR O PACIENTE CONTINUAMENTE. SE NÃO HOUVER MELHORA DA DESIDRATAÇÃO, AUMENTAR A VELOCIDADE DE INFUSÃO/GOTEJAMENTO:

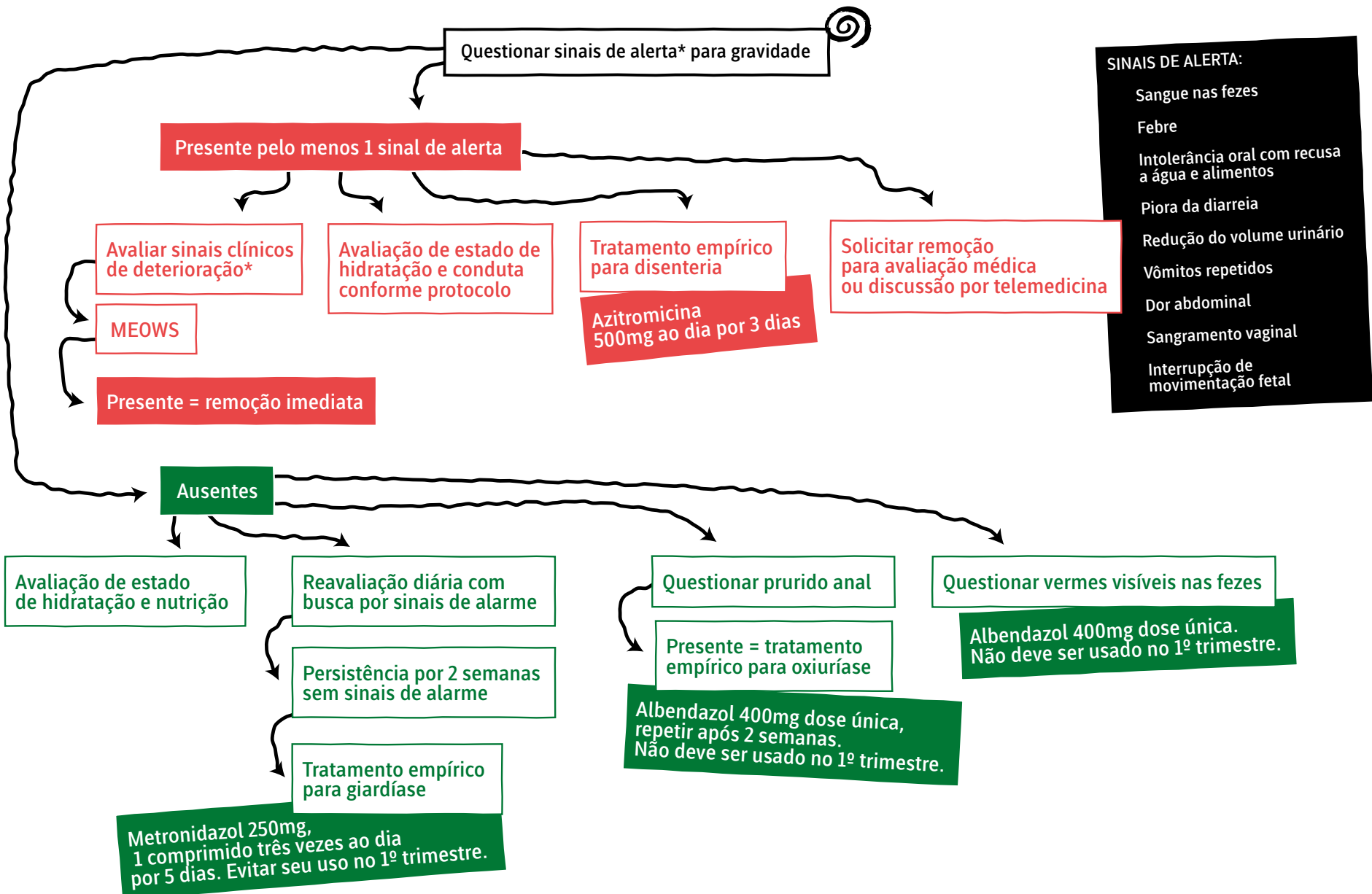
C.2.1 Iniciar a reidratação por via oral com solução de SRO, quando o paciente puder beber, geralmente 2 a 3 horas após o início da reidratação endovenosa, concomitantemente.

C.2.2 Interromper a reidratação por via endovenosa somente quando o paciente puder ingerir a solução de SRO em quantidade suficiente para se manter hidratado. A quantidade de solução de SRO necessária varia de um paciente para outro, dependendo do volume das evacuações.

C.2.3 Observar o paciente por pelo menos 6 horas.

C.2.4 Reavaliar o estado de hidratação e orientar quanto ao tratamento apropriado a ser seguido: PLANO A, B ou continuar com o C.

OS PACIENTES QUE ESTIVEREM SENDO REIDRATADOS POR VIA ENDOVENOSA DEVEM PERMANECER NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE ATÉ QUE ESTEJAM COMPLETAMENTE HIDRATADOS E CONSEGUINDO MANTER A HIDRATAÇÃO POR VIA ORAL.



SINAIS DE ALERTA:

- Sangue nas fezes
- Febre
- Intolerância oral com recusa a água e alimentos
- Piora da diarreia
- Redução do volume urinário
- Vômitos repetidos
- Dor abdominal
- Sangramento vaginal
- Interrupção de movimentação fetal

5.6 Infecções Sexualmente Transmissíveis – ISTs: abordagem sindrômica

“Moxi xawarapë”, a palavra já gasta durante o encontro das mulheres: “os pênis cheios de doenças”.

(Relatório ISA XIV Encontro das Mulheres Yanomami – 2023)

As Infecções Sexualmente Transmissíveis – ISTs – durante a gestação representam um importante problema de saúde pública. O diagnóstico precoce e o tratamento adequado e oportuno são essenciais para proteger a saúde da gestante, evitar complicações como parto prematuro e infecções no recém-nascido, além de prevenir consequências como infertilidade e infecções no pós-parto. O cuidado com as ISTs deve incluir, sempre que possível, a participação do parceiro nas consultas e no tratamento.

A abordagem sindrômica é uma estratégia eficaz de cuidado que se baseia na identificação de sinais e sintomas agrupados em síndromes clínicas, permitindo o início imediato do tratamento. A abordagem sindrômica visa a reduzir complicações e interromper a cadeia de transmissão, mesmo na ausência de confirmação laboratorial.

As principais síndromes em gestantes incluem:

- Úlceras genitais;
- Corrimentos vaginais;
- Doença Inflamatória Pélvica – DIP.



5.6.1 Úlceras genitais: sífilis e herpes

Úlceras genitais são lesões na região genital que se apresentam como áreas de erosão ou feridas na pele ou mucosa, podendo ser precedidas por vesículas (bolhas) ou surgir de forma direta. Essas úlceras podem

ser dolorosas ou indolores, únicas ou múltiplas e, muitas vezes, estão associadas à linfadenopatia regional (aumento dos gânglios linfáticos inguinais). A avaliação clínica cuidadosa é fundamental para orientar o tratamento, especialmente em contextos com acesso limitado a exames laboratoriais.

Conduta na Atenção Primária de Saúde - APS	Especificidades na TIY
<p>Avaliação clínica inicial: identificar presença de lesões ulceradas com ou sem vesículas, dolorosas ou não, associadas ou não à linfadenopatia regional.</p> <p>Sempre que possível, envolver o homem no atendimento: “Como está a saúde do parceiro?” “Tem ferida ou secreção no pênis?” “Tem apresentado febre?”</p>	<p>Atenção especial nas regiões de maior fluxo de homens para os centros urbanos e nas regiões atingidas pelo garimpo.</p>
Recomendações para manejo de úlcera genital sem acesso a Teste Rápido – TR – para sífilis e outras IST	
<p>Evidência de lesões vesiculosas ativas?</p> <p>Pode ter relato de lesões dolorosas recidivantes (repetidas nos últimos 6-12 meses) e baixo risco para outras IST.</p> <p>Tratamento para herpes genital:</p> <ul style="list-style-type: none">• Aciclovir 200mg, 2 comprimidos, via oral, 3 vezes ao dia, por 5-7 dias;• Primeiro episódio: lesões em tratamento com duração de 7-10 dias;• Recidiva: tratamento com duração de 5 dias;• Em caso de herpes genital em fase avançada da gestação, considerar manter o tratamento com Aciclovir 200mg, 2 comprimidos, via oral, 2 vezes ao dia, até o parto, para evitar risco de recidiva próximo ao termo e exposição do recém-nascido no trabalho de parto.	<p>Tratamento assistido: monitoramento pelos AIS, técnico de enfermagem ou outro profissional da Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena – EMSI.</p>

Conduta na Atenção Primária de Saúde - APS

Especificidades na TIY

Úlcera genital com menos de 4 semanas de evolução:

Tratamento para sífilis primária e cancroide:

- Penicilina benzatina 2,4 milhões UI IM (1,2 milhão por glúteo, dose única); e
- Azitromicina 1g, via oral (2 comprimidos de 500mg), dose única.

Obs.: TR negativo para sífilis não exclui a doença devido à possibilidade de ausência de anticorpos presentes na doença ulcerosa com menos de três semanas. Considerar tratamento em caso de exposição de risco.

- Em locais sem TR, tratar empiricamente;
- Não realizar remoções apenas para testagem;
- Quando possível, organizar coleta e envio de exames (TR, VDRL, HIV, hepatites).

Úlcera genital com mais de 4 semanas de evolução:

Tratamento para sífilis, cancroide e linfogranuloma venéreo:

- Penicilina benzatina 2,4 milhões UI IM, dose única; e
- Azitromicina 1g, via oral, uma vez por semana, por 21 dias.

- Seguir o esquema completo, mesmo em ausência de exames;
- Acompanhar e documentar evolução clínica;
- Avaliar necessidade de Telessaúde para casos atípicos ou recorrentes.

Recomendações para manejo de úlcera genital com acesso Teste Rápido – TR – para sífilis e outras IST

Sífilis com Teste Rápido reagente:

- **Se assintomática** e sem histórico de tratamento: tratar como sífilis tardia (2,4 milhões UI/semana por três semanas – 1,2 milhão UI em cada glúteo).

- TR treponêmico pode permanecer positivo mesmo após tratamento anterior;
- Na dúvida, priorizar retratamento para evitar sífilis congênita;
- Utilizar consulta remota com especialista, se disponível.

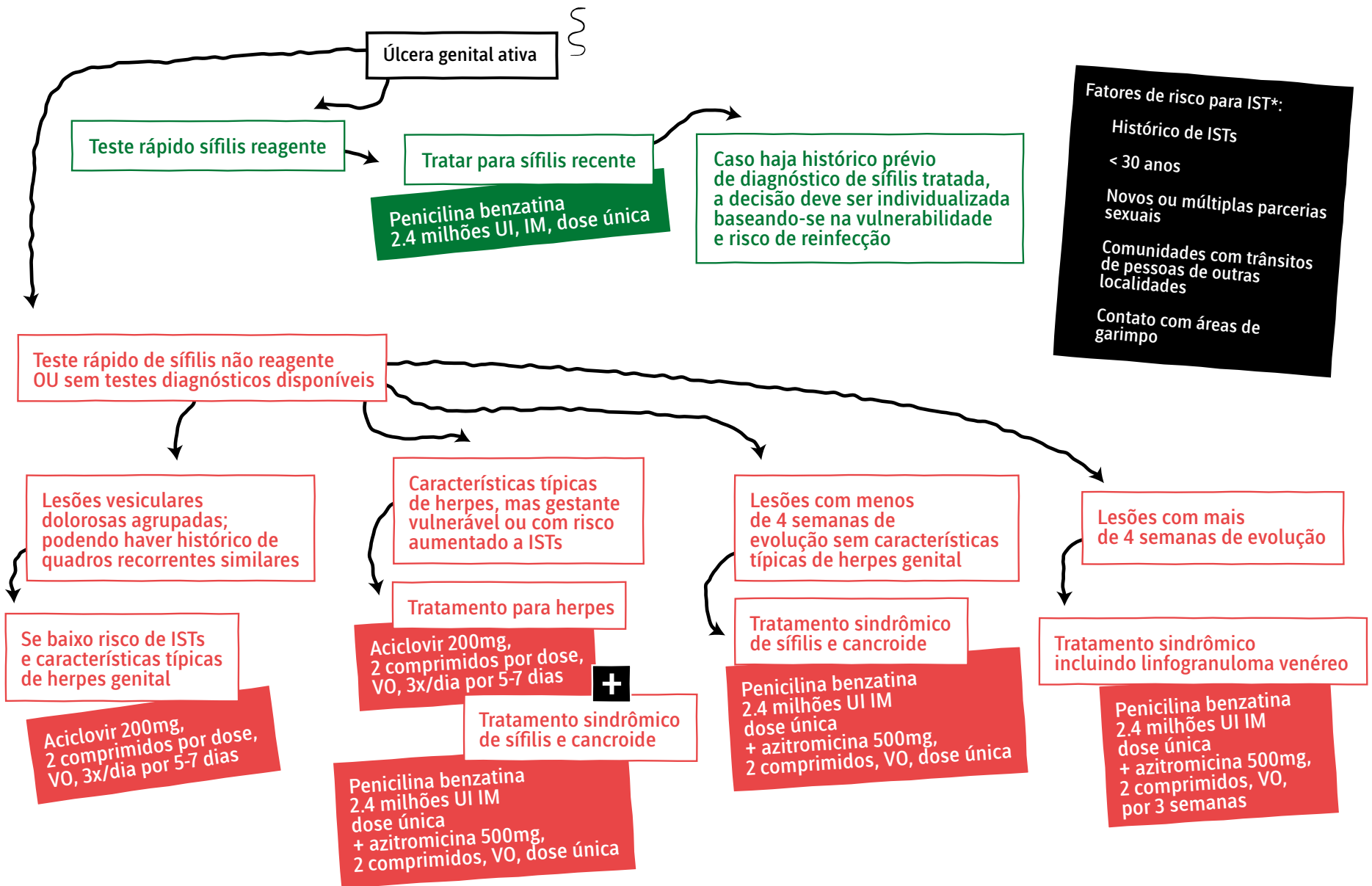
Sífilis com Teste Rápido reagente:

- **Gestante assintomática, com histórico de tratamento prévio:** o teste rápido treponêmico mantém positividade independentemente do tratamento, não sendo indicada sua realização para monitoramento ou avaliação de reinfecção.

A decisão deve ser individualizada, baseando-se: na vulnerabilidade; no risco de reinfecção; e na confirmação de tratamento da parceria à época do primeiro diagnóstico. Optando-se por retratamento, em casos assintomáticos em que o tratamento anterior ocorreu há mais de um ano, deve-se tratar como sífilis tardia. Em caso de tratamento há menos de um ano, tratar como sífilis latente recente.

- Há recomendação de rastreamento através de testes não treponêmicos, com o VDRL se possível;
- Em caso de indisponibilidade de realização de VDRL, sugerimos ponderação conforme riscos de exposição sexual ou histórico de violência sexual. Em caso de dúvida, considerando a gravidade da sífilis neonatal, deve-se optar por retratamento da gestante ou solicitar consulta com o especialista (Telessaúde ou TelePNAR).

Conduta na Atenção Primária de Saúde - APS	Especificidades na TIY
<p>Sífilis com Teste Rápido reagente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se sintomática: tratar como sífilis recente (2,4 milhões UI, dose única – 1,2 milhão UI em cada glúteo). • Sintomas: úlcera genital ou lesão exantemática no tronco, nas palmas da mãos ou pés. 	
<p>Sífilis com Teste Rápido não reagente: úlcera genital recente</p> <p>Em caso de exposição de risco, considerar tratamento para sífilis recente (2,4 milhões UI, dose única).</p>	
<p>Cuidados complementares para todas as úlceras genitais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analgésicos para dor; • Higiene local com soluções aquosas; • Retorno em 7 dias para reavaliação clínica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir retorno mesmo com distância ou barreiras geográficas; • Reforçar orientações com apoio de AIS; • Registrar evolução no prontuário ou nas fichas locais.
<p>Importância da abordagem da parceria sexual:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Convidar parceiros(as) para testagem e tratamento; • Avaliar risco de reinfeção. 	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalhar estratégias de cuidado compartilhado com apoio das lideranças; • Considerar contextos de violência ou relações desiguais para definir conduta segura.



Gestante assintomática (sem úlcera genital)



Teste rápido positivo para sífilis

Sem documentação de tratamento prévio

Teste rápido há menos de 1 ano negativo para sífilis

Tratar para sífilis recente

Penicilina benzatina
2.4 milhões UI dose única

Sem teste rápido prévio ou última testagem há mais de 1 ano

Tratar para sífilis tardia

Penicilina benzatina
2.4 milhões UI/semana
por 3 semanas

Histórico de tratamento completo prévio

Decisão individualizada

A decisão deve ser individualizada baseando-se: na vulnerabilidade; no risco de reinfeção; e na confirmação de tratamento da parceria à época do primeiro diagnóstico. Optando-se por retratamento

Em caso de tratamento há menos de 1 ano, tratar como sífilis latente recente.

Se tratamento anterior documentado há mais de 1 ano: tratar como sífilis tardia

5.6.2 Corrimentos vaginais

Corrimentos vaginais são secreções que saem da vagina e podem ser normais (fisiológicas) ou um sinal de infecção. Quando causados por infecções, precisam ser tratados rapidamente para evitar complicações

como Doença Inflamatória Pélvica – DIP –, infertilidade, dor nas relações sexuais ou gravidez ectópica. Na gestação, infecções como gonorreia e clamídia podem causar parto prematuro, perda fetal, infecções no útero após o parto e doenças no bebê, como conjuntivite e pneumonia.

Conduta na Atenção Primária de Saúde - APS	Especificidades na TIY	
<p>Corrimento branco, espesso, sem odor forte, com prurido vulvar Suspeita de candidíase vaginal Diagnóstico clínico: Exame especular: secreção branca, espessa, aderente, sem odor. Teste de aminas: negativo. Tratamento da candidíase: Primeira opção:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Miconazol 2% creme vaginal: 1 aplicador à noite, por 7 dias; ou • Nistatina 100.000 UI, 1 aplicador vaginal à noite, por 14 dias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Atenção especial nas regiões de maior fluxo de homens para os centros urbanos. • Exame especular disponível em algumas UBSI; • O tratamento pode ser realizado a partir da anamnese e dos sintomas. A ausência de espéculo ou teste de amina não contraindica iniciar tratamento; <p>Sempre que possível, envolver o homem no atendimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Como está a saúde do parceiro?” • “Tem secreção no pênis?” 	
	Perguntas possíveis em Yanomam:	Tradução:
	<i>Wa nau upě axi (au) hwai tha?</i>	“Você tem corrimento vaginal amarelo (branco)?”
	<i>Wa na xuhuti tha?</i>	“Você tem coceira vaginal?”
	<i>Wa na ría hĩthiiri tha?</i>	“Você tem mau cheiro vaginal?”
	<i>Awei, ya na ría hĩthiiri</i>	“Sim, tenho.”
	<i>Ma, ya na ría hĩthiiriimi</i>	“Não, não tenho.”
	<p>A entrevista cuidadosa e o relato de coceira associada à presença de dor ou ardência vulvar são sinais valorizados pelas mulheres para buscar atendimento. Os medicamentos estão geralmente disponíveis e são bem aceitos pelas gestantes.</p>	

Corrimento de odor desagradável (cheiro de peixe podre), sem sinais de cervicite Suspeita de Vaginose Bacteriana – VB e tricomoníase

Diagnóstico clínico:

Exame especular com secreção fluida, acinzentada

Teste de aminas: positivo

Opções para tratamento da VB:

- Metronidazol 250mg, via oral, duas vezes ao dia, por 7 dias; ou
- Metronidazol gel 100mg/g, 1 aplicador vaginal à noite, por 7 dias; ou
- Secnidazol 2g (2 comprimidos de 1000mg), via oral, dose única; ou
- Clindamicina 300mg, via oral, duas vezes ao dia, por 7 dias; ou
- Clindamicina gel 10mg/g, 1 aplicador vaginal, à noite, por 7 dias.

Suspeita de Vaginose Bacteriana – VB – com candidíase

- Eventualmente, a VB e o seu tratamento, notadamente nas crises recorrentes, podem favorecer o aparecimento de infecção por Candida, cursando com quadro de prurido genital associado às características da VB.
- Portanto, diante de um quadro típico de VB, apresentando odor fétido e prurido vaginal intenso, considerar o tratamento das duas condições: VB e candidíase vaginal.

Exame especular disponível em algumas UBSI;
O tratamento pode ser realizado a partir da anamnese e dos sintomas. O relato de cheiro fétido, em geral, é valorizado por mulheres. A ausência de espéculo ou teste de amina não contraindica iniciar tratamento.

Possíveis perguntas em Yanomam:

Tradução:

Wa na nionio upë warôhõ hwai tha?

“Você tem corrimento vaginal com muito pus?”

Wa na iyëiyëpë hwai tha?

“Você tem sangramento vaginal?”

Wa na iyë taa xa?

“Posso ver seu sangramento?”

Wa na taa xa?

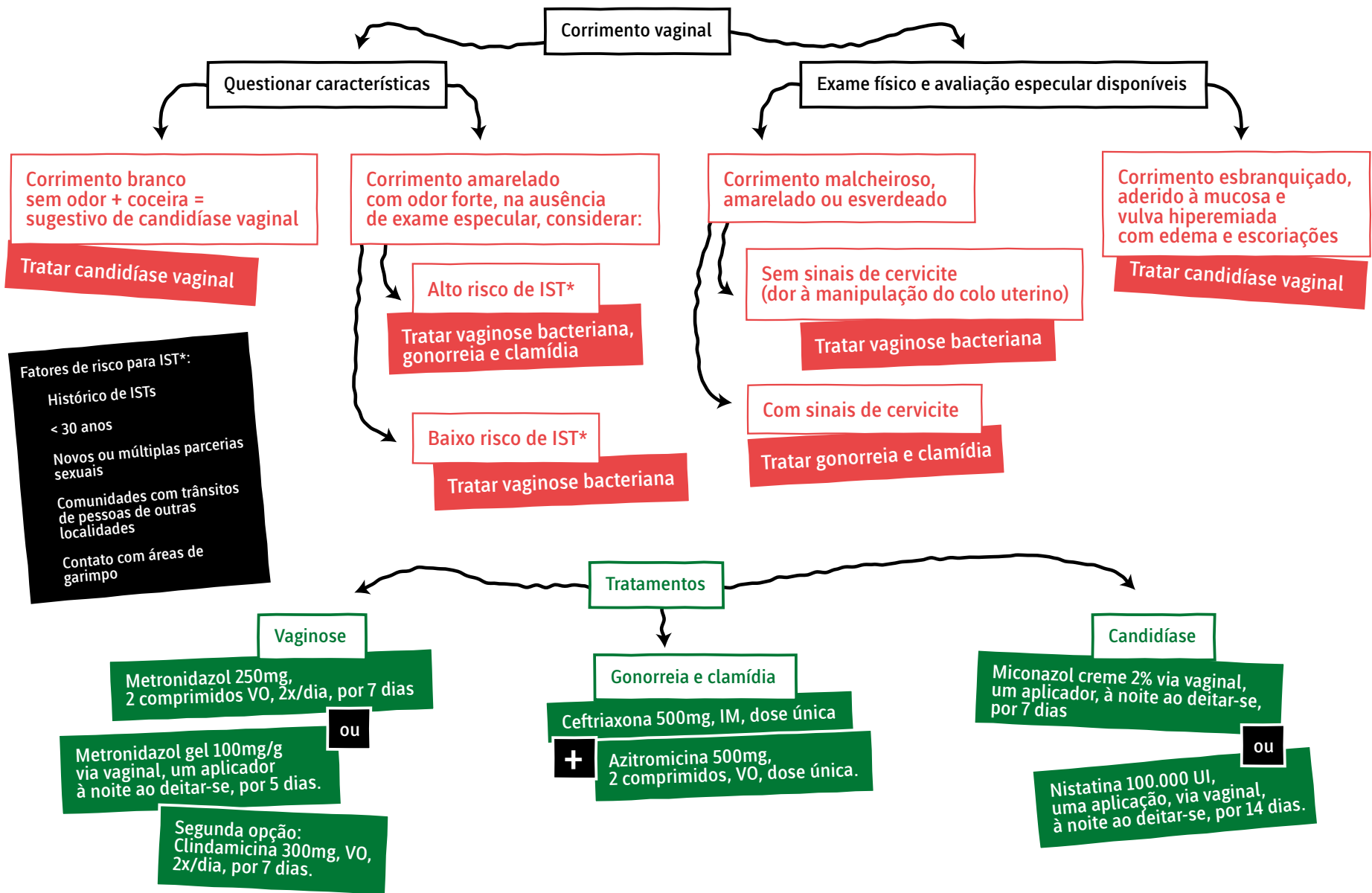
“Posso examinar sua vagina?”

Wa xithemaki nini tha?

“Você tem dores na altura do útero?”

Os medicamentos estão geralmente disponíveis e são bem aceitos pelas gestantes.

Conduta na Atenção Primária de Saúde - APS	Especificidades na TIY
<p>Corrimento de odor fétido com risco de IST Paciente de alto risco (ver definição mais adiante) Suspeita de cervicite ou DIP leve:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Secreção no colo uterino visível no especular; • Dor à palpação do colo ou hipogástrico. <p>Tratamento cervicite: ceftriaxona 500mg DU + Azitromicina 1g DU (o mesmo tratamento é indicado para os parceiros). Ver item 5.6.3 Doença Inflamatória Pélvica – DIP, p.112.</p>	
<p>Adesão e acompanhamento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar acompanhamento comunitário para adesão ao tratamento e retorno; • Evitar interrupção do esquema, explicando o tempo necessário para melhora.
<p>Remoção</p>	<p>A remoção para realização de exames não está indicada, considerando o risco de deslocamento e demais riscos na Casai e na maternidade.</p>
Classificação de risco para TIY	
Baixo risco de IST	Alto risco de IST
<p>Moradoras de comunidades isoladas, sem histórico de trânsito entre aldeias e cidades</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Idade < 30 anos; • Novas ou múltiplas parcerias sexuais; • Parcerias com histórico de IST; • Contato com garimpo ou cidades; • Trânsito intenso na aldeia; • Caso de violência sexual recente.



5.6.3 Doença Inflamatória Pélvica – DIP

A Doença Inflamatória Pélvica – DIP – é uma das principais complicações das Infecções Sexualmente Transmissíveis – ISTs – e representa um grave problema de saúde pública, com alto risco de morbidade e sequelas. Acontece quando micro-organismos do trato genital inferior sobem para o útero, as trompas e os ovários, causando inflamação. Pode levar a complicações como infertilidade, gravidez ectópica, dor pélvica crônica e abscessos pélvicos.

Em áreas de difícil acesso como a Terra Indígena Yanomami – TIY –, o diagnóstico clínico baseado em sinais e sintomas é essencial, já que muitas vezes não há exames laboratoriais ou de imagem disponíveis.



Conduta na Atenção Primária de Saúde - APS

Especificidades na TIY

Suspeitar de DIP em mulheres sexualmente ativas com dor abdominal baixa (hipogástrica) com ou sem corrimento vaginal.

- Valorizar o relato espontâneo de dor abdominal e mudanças no corrimento;
- Utilizar escuta sensível e respeitosa, com privacidade e mediação de intérpretes mulheres, mulheres mais velhas, marido.

Perguntas possíveis em Yanomam:

Tradução:

<i>Wa nini tha?</i>	"Você tem/sente dor?"
<i>Awei, ya nini</i>	"Sim, estou sentindo dor."
<i>Ma, ya niniimi</i>	"Não, não estou sentindo dor."
<i>Wa xithemaki nini tha?</i>	"Você tem dores na altura do útero?"
<i>Wa wamuu tēhē, wa na nini tha?</i>	"Você tem dor quando tem relação sexual?"
<i>Witiha wa nini tha?</i>	"Onde você está sentindo dor?"
<i>Hweiha thē nini kua.</i>	"É aqui que dói."
<i>Ya nini mahi.</i>	"Tenho muita dor."
<i>Ya nini hathohō.</i>	"A dor é 'mais ou menos.'"
<i>Ya nini waisipē.</i>	"Tenho uma pequena dor."
<i>Thē nini maaimatayou.</i>	"A dor está passando."
<i>Thē nini maprarioma</i>	"A dor passou."

Diagnóstico clínico:

Requer a presença de três critérios maiores + um critério menor (ver abaixo).

Em caso de ausência de luvas para toque vaginal: priorizar diagnóstico sintomático.

Conduta na Atenção Primária de Saúde - APS

Critérios diagnósticos para DIP

Critérios maiores (são necessários os três):

- Dor no hipogástrio (abaixo do umbigo);
- Dor à palpação dos anexos (região dos ovários);
- Dor à mobilização do colo uterino.

Critérios menores (necessário pelo menos um):

- Temperatura axilar > 37,5°C;
- Corrimento vaginal anormal;
- Massa pélvica à palpação;
- Leucocitose (quando exame estiver disponível).

Diagnósticos diferenciais importantes:

- Apendicite;
- Gravidez ectópica;
- Infecção urinária.

Iniciar tratamento imediato com antibióticos de amplo espectro (ver abaixo), mesmo sem confirmação laboratorial.

Esquema de tratamento ambulatorial (na APS/TIY):

- Ceftriaxona 500mg, IM, dose única;
- Doxiciclina 100mg, via oral, duas vezes ao dia, por 14 dias;
- Metronidazol 500mg, via oral, duas vezes ao dia, por 14 dias.

Observações:

- Em gestantes, substituir a doxiciclina por azitromicina 1g, via oral, dose única (2 comprimidos de 500mg);
- Metronidazol pode ser mantido;
- Avaliar parcerias recentes e tratar para gonorreia e clamídia com Ceftriaxona 500mg, intramuscular, dose única + Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, via oral, dose única.

Especificidades na TIY

Capacitar AIS e técnicas de enfermagem para reconhecimento precoce.

Considerar supervisão do tratamento em casos graves, com suporte de TelePNAR e Telessaúde.

Conduta na Atenção Primária de Saúde - APS	Especificidades na TIY
<p>Avaliar evolução clínica de sinais de gravidade ou falha terapêutica após 72h.</p>	<p>Priorizar visitas domiciliares e monitoramento da dor, da febre e do volume do corrimento.</p>
<p>Remoção:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suspeita de sepse (febre alta, hipotensão, prostração, taquicardia, confusão mental); • Presença de massa pélvica dolorosa e volumosa; • Vômitos persistentes, sem tolerância à via oral; • Falha terapêutica após 72h de tratamento ambulatorial; • Impossibilidade de garantir seguimento no território. 	<p>Em locais com maior risco de complicações ou dificuldade de monitoramento, é preciso fazer a remoção antecipada. Realizar discussão sobre remoção via interconsulta para garantir escuta sensível e segurança às condições da gestante. Estabelecer plano de remoção. Ver item 3.2 Cuidados para uma remoção qualificada e segura, p.60.</p>
<p>Cuidados pré-remoção: Iniciar tratamento imediato no território:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antibiótico de amplo espectro (preferencialmente Ceftriaxona 1g IM ou EV, dose única diária), se disponível, e ver item 3.2 Cuidados para uma remoção qualificada e segura, p.60. 	



5.7 Infecções Sexualmente Transmissíveis – ISTs: abordagem por Testes Rápidos – TR – de HIV, Hepatite B e Hepatite C

As Infecções Sexualmente Transmissíveis – ISTs – constituem um importante agravo à saúde sexual e reprodutiva, especialmente durante a gestação, quando podem afetar a saúde materna, fetal e neonatal. Entre as ISTs prioritárias para rastreio no pré-natal estão: HIV,

hepatites B e C e sífilis. A abordagem sindrômica, baseada em sinais e sintomas, é recomendada em contextos com dificuldade de acesso a exames laboratoriais, como descrito no item 5.6 Infecções Sexualmente Transmissíveis – ISTs: abordagem sindrômica. Nos casos de HIV, Hepatite B – HBV – e Hepatite C – HCV –, Testes Rápidos – TR – devem ser realizados, com condutas específicas baseadas nos resultados.

Conduta na Atenção Primária de Saúde - APS	Especificidades na TIY
<p>Realizar Testes Rápidos (HIV, HBsAg e HCV) na 1ª consulta e repetir no 3º trimestre.</p>	<p>Sempre que possível, envolver o homem no atendimento e realizar testagem no parceiro.</p>
<p>Se HIV reagente e mulher gestante assintomática</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar 2º TR HIV deviparto e necessidade de profilaxia para o recém-nascido. • Solicitar consulta com especialista (Telessaúde ou TelePNAR) e avaliar exposição e quadro clínico. Sempre que possível, enviar amostras de sangue do protocolo antes do início do tratamento (carga viral, dosagem de CD4, bioquímica); • Iniciar tratamento no território: Dolutegravir + Tenofovir/Lamivudina (DTG + TDF/3TC). • Agendar remoção no 3º trimestre para realização de carga viral, definição de via de parto, uso de antiviral periparto e necessidade de profilaxia para o recém-nascido. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não remover gestante com apenas um teste reagente. Não há urgência nessa situação; • Solicitar o estabelecimento de fluxos para envio de amostra de sangue (carga viral, dosagem de CD4, bioquímica); • Acompanhamento pelo Telessaúde ou TelePNAR; • Verificar a possibilidade de envio da medicação da Casai para o território em caso de gestante assintomática, para evitar remoção nos dois primeiros trimestres; • Em caso de discordância dos testes rápidos para HIV, consultar Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças / Ministério da Saúde. <p>Em locais com maior risco de complicações ou dificuldade de monitoramento, é preciso fazer a remoção antecipada. Realizar discussão sobre remoção via interconsulta para garantir escuta e segurança às condições da gestante. Estabelecer plano de remoção. Ver item 3.2 Cuidados para uma remoção qualificada e segura, p.60.</p>

Conduta na Atenção Primária de Saúde - APS

Especificidades na TIY

Se HIV reagente e mulher gestante sintomática

- Confirmação do diagnóstico: dois testes rápidos de fabricantes diferentes positivos;
- Mulher gestante sintomática: quadro de emagrecimento, tosse prolongada, lesões genitais e de pele sem resolução com tratamento convencional;
- Sempre que sintomática, indicar remoção para investigação de doenças associadas à imunossupressão.

Ver item 3.2 Cuidados para uma remoção qualificada e segura, p.60.

Se HIV reagente, pós-parto

- Contra-indicação de aleitamento materno após o parto;
- Acompanhamento semestral nos primeiros dois anos em serviços especializados e, depois, dependendo das condições clínicas/laboratoriais, a cada ano.

Se TR HBsAg (Hepatite B) reagente

- Avaliar risco de exposição;
- Encaminhar amostra de sangue para confirmar (carga viral HBV, Anti HBC total, HBeAg).

Confirmação do diagnóstico: programar a remoção no terceiro trimestre. A transmissão vertical ocorre, principalmente, no período perinatal e pode ser prevenida na maioria dos casos.

Gestante com TR HBsAg (Hepatite B) negativo

Imunização com três doses (ver esquema vacinal no item 4 Imunizações recomendadas, p.61)

TR HCV reagente

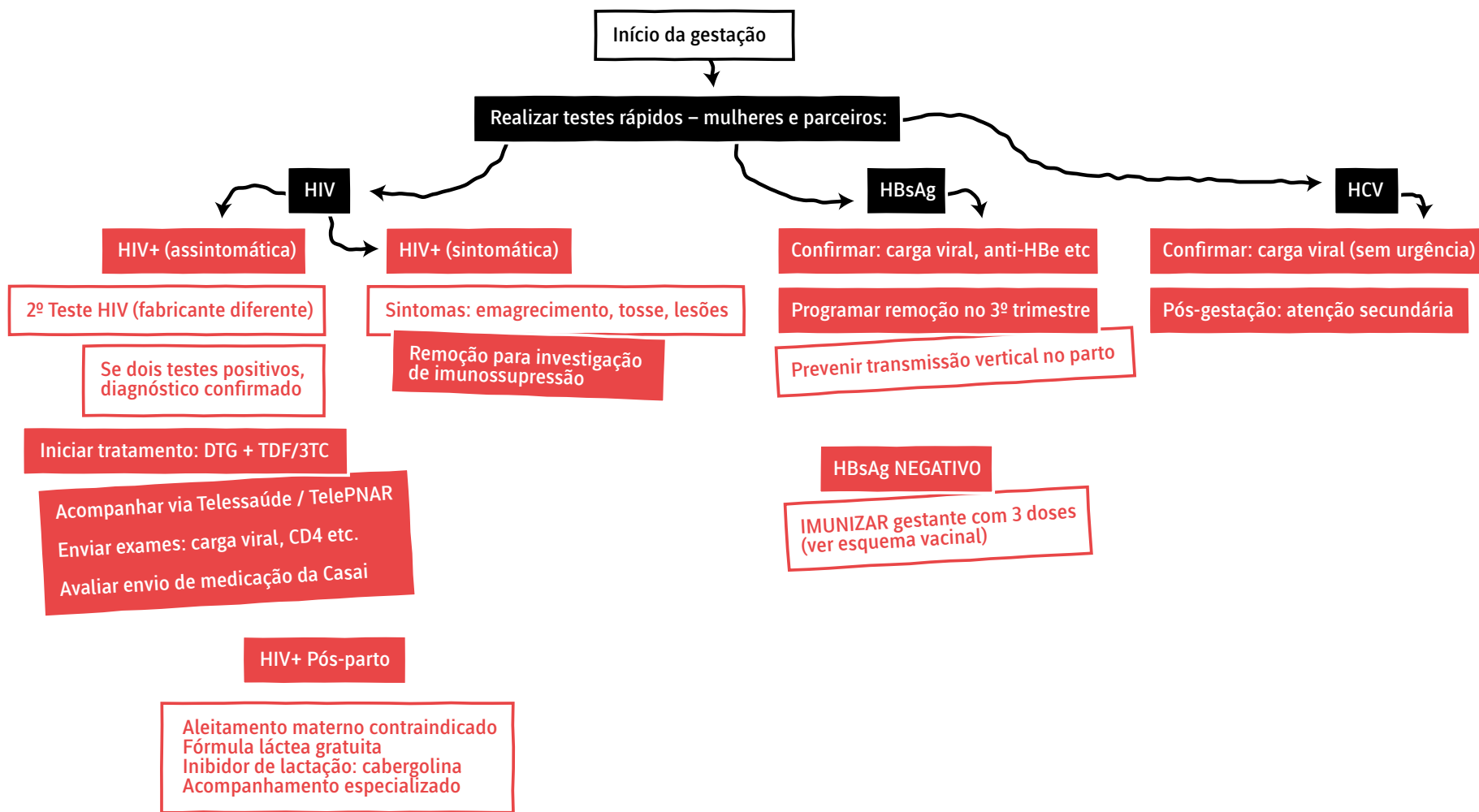
- Avaliar risco de exposição;
- Encaminhar amostra de sangue para confirmar diagnóstico nos centros de referência (carga viral HCV).

- A fórmula láctea é fornecida gratuitamente;
- Inibidor de lactação: cabergolina 0,5mg, 2 comprimidos, dose única, imediatamente após o parto (até 48h).

- Não remover gestante com apenas um teste reagente. Não há urgência nessa situação;
- Solicitar o estabelecimento de fluxos para envio de amostra de sangue (carga viral HBV, Anti HBC total, HBeAg);
- Acompanhamento pelo Telessaúde ou TelePNAR;

Em locais com maior risco de complicações ou dificuldade de monitoramento, é preciso fazer a remoção antecipada. Realizar discussão sobre remoção via interconsulta para garantir escuta e segurança à gestante. Estabelecer plano de remoção. Ver item 3.2 Cuidados para uma remoção qualificada e segura, p.60.

- Não remover gestante com apenas um teste reagente. Não há urgência nessa situação, podendo a paciente ser encaminhada para a atenção secundária, após término da gestação, para avaliação e tratamento;
- Solicitar o estabelecimento de fluxos para envio de amostra de sangue (carga viral HCV).
- Acompanhamento pelo Telessaúde ou TelePNAR.



5.8 Contaminação por mercúrio

Os garimpeiros acabaram de voltar e por isso estou chorando.

Estou chorando muito, não é pouco. Eles não estão na minha terra, em Surucucu, mas estou lutando pelos Yanomami. Eles voltaram em Parafuri, Xitei, Homoxi. Eu sou xamã e por isso estou falando. Os garimpeiros voltaram a sujar minhas águas, a arrebentar meu solo e fazer buracos novamente. E por que é que eles voltaram a fazer buracos? Por que é que os garimpeiros agem com ignorância? Eles já estragaram meu povo Yanomami, já os encheram de vermes, de doenças, de diarreia, já estragaram as crianças. Eu sinto muita raiva pelo fato de eles terem estragado tudo isso! Estou sofrendo, estou chorando. Eles fizeram muitas pessoas de meu povo morrer. [...] Os garimpeiros não nos ajudam, apenas fazem filhos [em nossas mulheres], é isso o que eles dão.

(Simone Xaporina Yanomami - Koriyaupë / Surucucu Relatório XIV Encontro das Mulheres Yanomami)

Entre os diversos impactos ambientais e sanitários do garimpo que atingem a TIY, destaca-se a contaminação por metilmercúrio (MeHg), que atinge os peixes – principal fonte proteica dos Yanomami e Ye'kwana – e, conseqüentemente, os seres humanos. O metilmercúrio é um composto tóxico que afeta especialmente o Sistema Nervoso Central – SNC –, com potencial para provocar danos sensoriais, motores e cognitivos irreversíveis, especialmente quando a exposição ocorre durante a gestação.

Efeitos clínicos em adultos:

- Perda de sensibilidade tátil, térmica e dolorosa;
- Tremores, alterações na marcha, fraqueza, tontura, convulsões;
- Déficits de visão e audição, cefaleia, zumbido, gosto metálico;
- Distúrbios do sono, ansiedade, depressão;
- Taquicardia, hipertensão, aumento do risco de infarto.

Gravidade da exposição durante a gestação:

O mercúrio atravessa a barreira placentária e pode provocar:

- Abortamentos de repetição, óbito fetal;
- Paralisia cerebral, anomalias congênitas e neurológicas;
- Atrasos no desenvolvimento infantil.

Verificar exposição da gestante ao mercúrio, investigando:

- Consumo de pescado contaminado;
- Histórico de trabalho em garimpo;
- Residência próxima a áreas de garimpo ativo.

Notificação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan – de gestantes expostas ao mercúrio por meio da ficha de Intoxicação Exógena.

Orientar quanto à nutrição segura durante a gestação:

- Incentivar consumo de peixe de forma segura.
- Evitar peixes que comem outros peixes.
- Priorizar espécies peixes que se alimentam de plantas, restos do fundo do rio ou de vários tipos de comida, porque eles costumam ter menos mercúrio no corpo
- Recomendar ingestão de alimentos ricos em selênio, como duas Castanhas do Brasil por dia.

O garimpo na TIY é uma questão de grande complexidade e, muitas vezes, envolve dinâmicas de relações coercitivas e abusivas de trocas e serviços. A escuta profissional deve ser sensível, reconhecendo toda essa complexidade e propiciando um cuidado sem julgamento e acolhedor.

CID-10: T65.9. Não há campo específico no Sinan para exposição ao mercúrio, então notificar intoxicação por metal. A notificação permite visibilizar o risco coletivo na TIY.

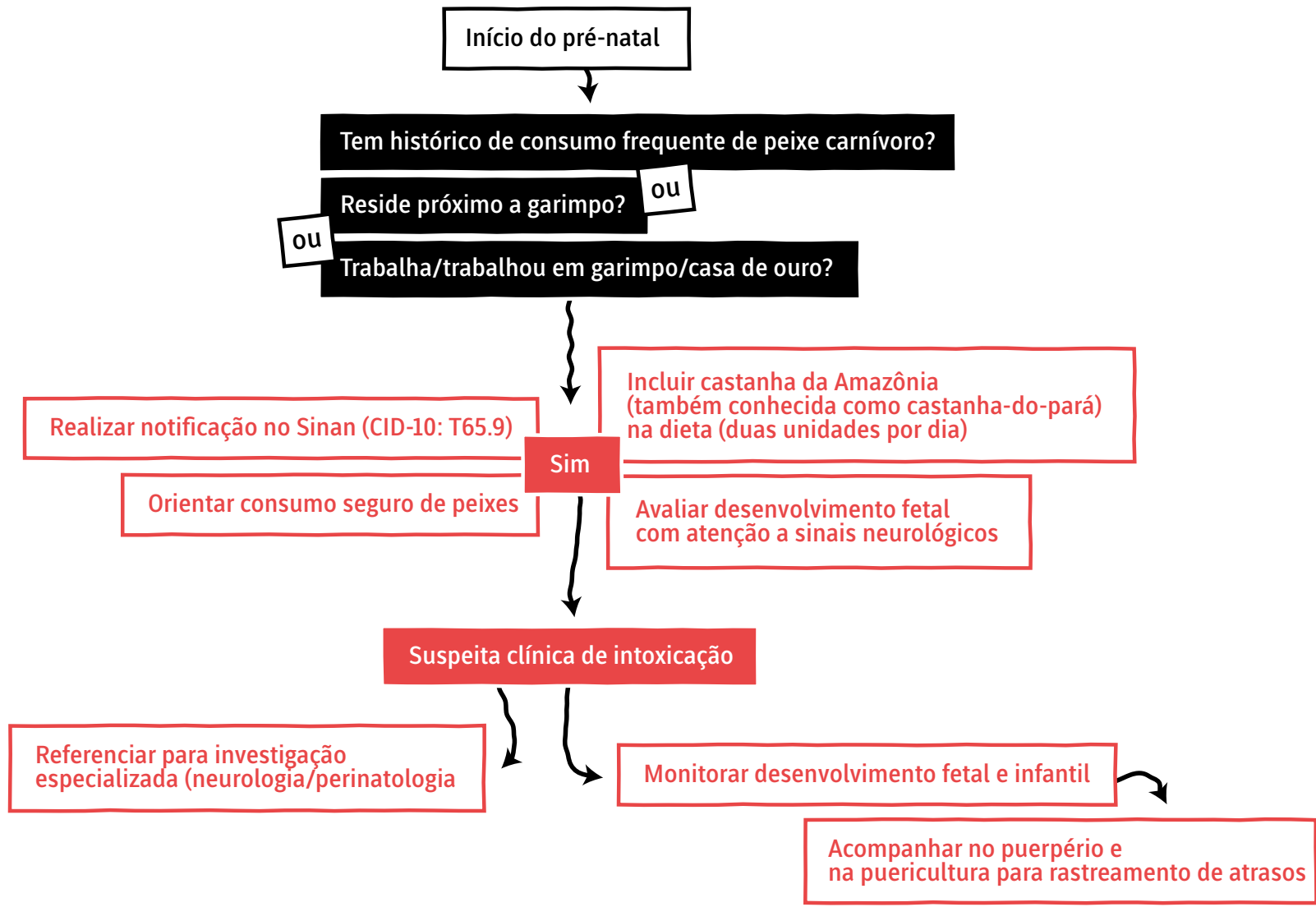
Em caso de conectividade limitada, fazer registro

paralelo em cadernos locais e repassar, quando oportuno.



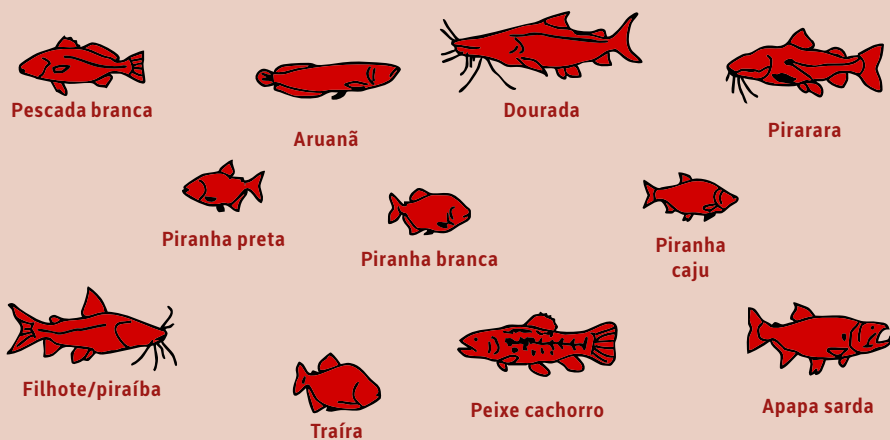
O peixe é central na alimentação e nos modos de viver Yanomami e Ye'kwana mais próximos dos rios. A orientação deve valorizar o saber local, sem interditar o alimento, mas indicando quais peixes são mais seguros.

Castanha do Brasil (também conhecida como Castanha-do- Pará) é um alimento presente e valorizado em algumas regiões da TIY. É importante, contudo, evitar consumo excessivo de castanhas (máximo de 8 unidades), já que em excesso também podem ser tóxicas.

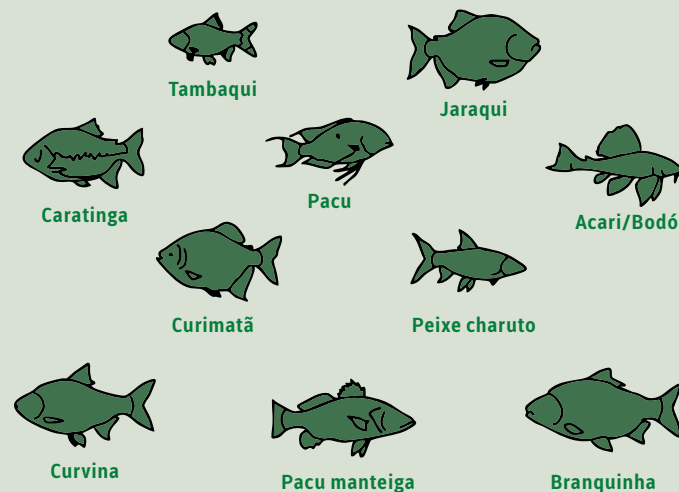


Pense em diminuir o mercúrio que está em seu corpo e coma os peixes que são pouco contaminados

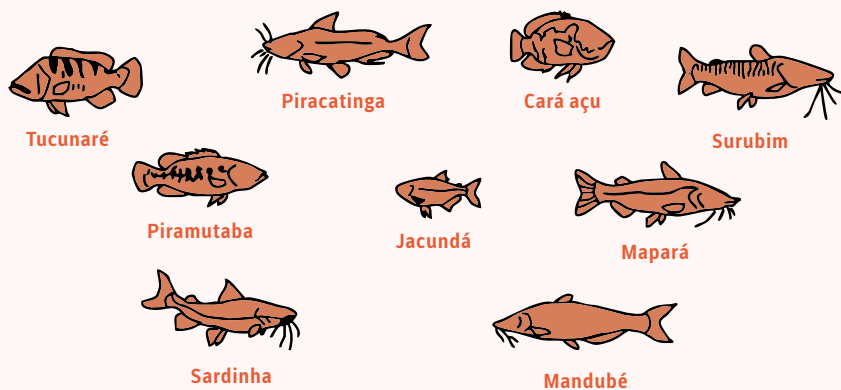
Peixes muito contaminados em vermelho



Peixes pouco contaminados em verde



Peixes mais ou menos contaminados em laranja



Uma porção de pescada contém tanto mercúrio quanto 5 porções de surubim e que 10 porções de aracu

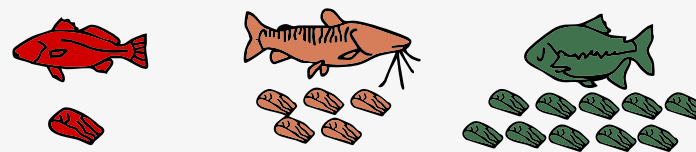
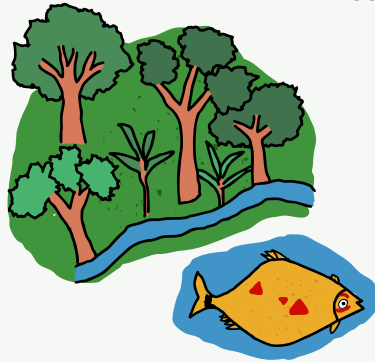


Figura 16: Mercúrio nos peixes (Parte 1).
Fonte: Elaboração própria.

Existem duas maneiras indiretas de identificar peixes com menos mercúrio:

Quando as matas que ficam à beira dos rios (matas ciliares) são preservadas, os peixes apresentam menos mercúrio do que aqueles pescados em lugares desmatados.

Peixe com menos mercúrio

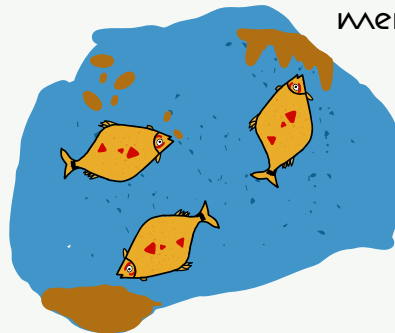


Peixe com mais mercúrio



Não importa o lugar onde se pesque e nem se é época de seca ou cheia dos rios: **peixes que comem outros peixes (piscívoros) têm mais mercúrio que os que não comem peixe (não piscívoro)**

Peixe com menos mercúrio



Peixe com mais mercúrio

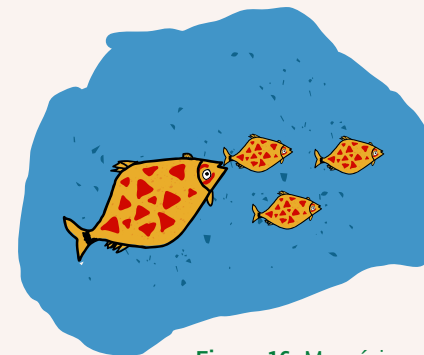


Figura 16: Mercúrio nos peixes (Parte 2).
Fonte: Elaboração própria.

5.9 Síndromes hipertensivas na gestação

As síndromes hipertensivas da gestação exigem atenção especial dos profissionais de saúde durante o pré-natal. Trata-se de uma das principais causas de mortalidade materna e fetal no Brasil, no mundo e também na TIY, onde essas alterações são especialmente relevantes quando se observa um elevado consumo de alimentos industrializados e ricos em sal. No entanto, é fundamental que os profissionais estejam atentos à pressão arterial de todas as gestantes durante o pré-natal em todo o território Yanomami. As síndromes hipertensivas da gestação incluem quatro categorias principais:

- Hipertensão Arterial Crônica – HAC;
- Hipertensão Gestacional;
- Pré-eclâmpsia – PE;
- Pré-eclâmpsia sobreposta à HAC.

Conduta na Atenção Primária de Saúde - APS	Especificidades na TIY
<p>Sinais de suspeita de hipertensão na gravidez: medida de PAS (PA sistólica) \geq 140mmHg e/ou PAD (PA diastólica) \geq 90mmHg.</p> <ul style="list-style-type: none">• Repetir medição no intervalo mínimo de 4 horas;• Monitoramento para confirmação: repouso e observação no centro de saúde por 4 a 6 horas.	<p>Em muitos lugares, as mulheres caminham para chegar à Unidade de Saúde. Sempre aguarde no mínimo 30 minutos para aferir a Pressão Arterial – PA.</p>

Identificação de fatores de risco:

Fatores de risco moderado:

- Quando é a primeira gravidez;
- Ter mãe ou irmãs que tiveram pressão alta na gestação (pré-eclâmpsia);
- Ter mais de 35 anos de idade;
- Já ter tido uma gravidez anterior com complicações, como o bebê nascer muito pequeno depois das 37 semanas, o parto acontecer antes da hora ou a placenta se soltar antes do tempo;
- Ficar mais de 10 anos sem engravidar.

Fatores de risco maiores

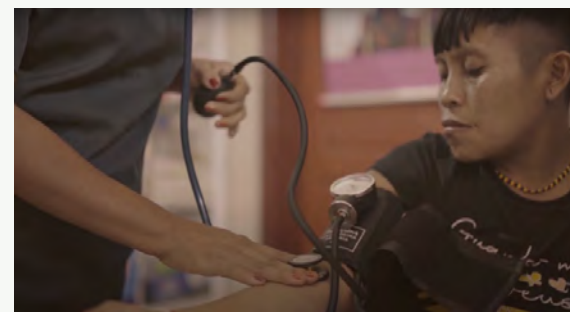
- Já ter tido pré-eclâmpsia antes, especialmente se teve complicações na gestação;
- Estar esperando mais de um bebê (gestação múltipla);
- Estar com obesidade (quando o IMC é maior que 30);
- Ter pressão alta antes de engravidar;
- Ter diabetes tipo 1 ou tipo 2;
- Ter alguma doença nos rins;
- Ter alguma doença autoimune.

Vídeo educativo sobre Prevenção e cuidado da hipertensão entre gestantes na Terra Indígena Yanomami

Prevenção da pré-eclâmpsia com Ácido Acetil Salicílico – AAS – e cálcio;

- Ofertar cálcio (2 comprimidos de carbonato de cálcio 1250mg/dia - 1,5–2,0g de cálcio elementar oral) a partir da 12ª semana, em horário diferente do ferro.
- O Ácido Acetil Salicílico – AAS – deve ser indicado para gestantes com risco elevado para manifestar pré-eclâmpsia (um fator de risco maior ou dois fatores de risco menores). Deve ser iniciado a partir da 12ª semana (preferencialmente antes da 16ª semana, mas podendo ser iniciado até a 20ª semana), mantendo-se até a 36ª semana. Deve ser administrado na dose de 100mg e à noite – essa dose está disponível no Sistema Único de Saúde – SUS.

Todos esses fatores podem ser identificados na anamnese, mas, sobretudo, espera-se que estejam registrados no histórico das mulheres. Eles também podem ser identificados em conversas com os AIS, parentes próximos e mulheres mais velhas.



Conduta na Atenção Primária de Saúde - APS

Especificidades na TIY

HAC

PA \geq 140 x 90 mmHg antes da 20ª semana

- Solicitar proteinúria até 20 semanas, iniciar tratamento com hipotensores (Metildopa/Nifedipina) e acompanhamento próximo.
- Se medidas alteradas forem confirmadas em um intervalo mínimo de 4 horas, o diagnóstico de hipertensão está confirmado, ainda que não tenha proteinúria realizada.

- Pode ser acompanhada no território se PA < 140 x 90 mmHg com 1-2 medicamentos;
- Remarcar consulta em intervalo menor e contar com a ação do AIS para acompanhamento do uso regular dos remédios.

Proteinúria

- Deve ser rastreada em toda gestante com pressão arterial elevada, especialmente após 20 semanas. A presença de proteinúria \geq 1+ em fita reagente sugere possível pré-eclâmpsia e deve ser considerada alteração significativa.

Métodos disponíveis para avaliação da proteinúria:

- Fita reagente (triagem – método mais viável na TIY);
- Relação proteína/creatinina;
- Proteinúria em 24 horas.

Observações:

- A ausência de proteinúria não exclui hipertensão gestacional;
- Hipertensão com proteinúria caracteriza pré-eclâmpsia;
- Hipertensão sem proteinúria após 20 semanas é classificada como hipertensão gestacional sem proteinúria.

Na TIY, o método mais indicado é a fita reagente, por ser simples, de baixo custo e não exigir condições especiais de armazenamento ou transporte.

Hipertensão Gestacional: PA elevada após 20ª semana, sem proteinúria

- Tratamento com hipotensores (Metildopa/Nifedipina) e acompanhamento próximo.

- Pode ser acompanhada no território se PA < 140 x 90 mmHg com 1-2 medicamentos;
- Remarcar consulta em intervalo menor e contar com a ação do AIS para acompanhamento do uso regular dos comprimidos.
- Referência para interconsulta médica por Telessaúde ou TelePNAR.

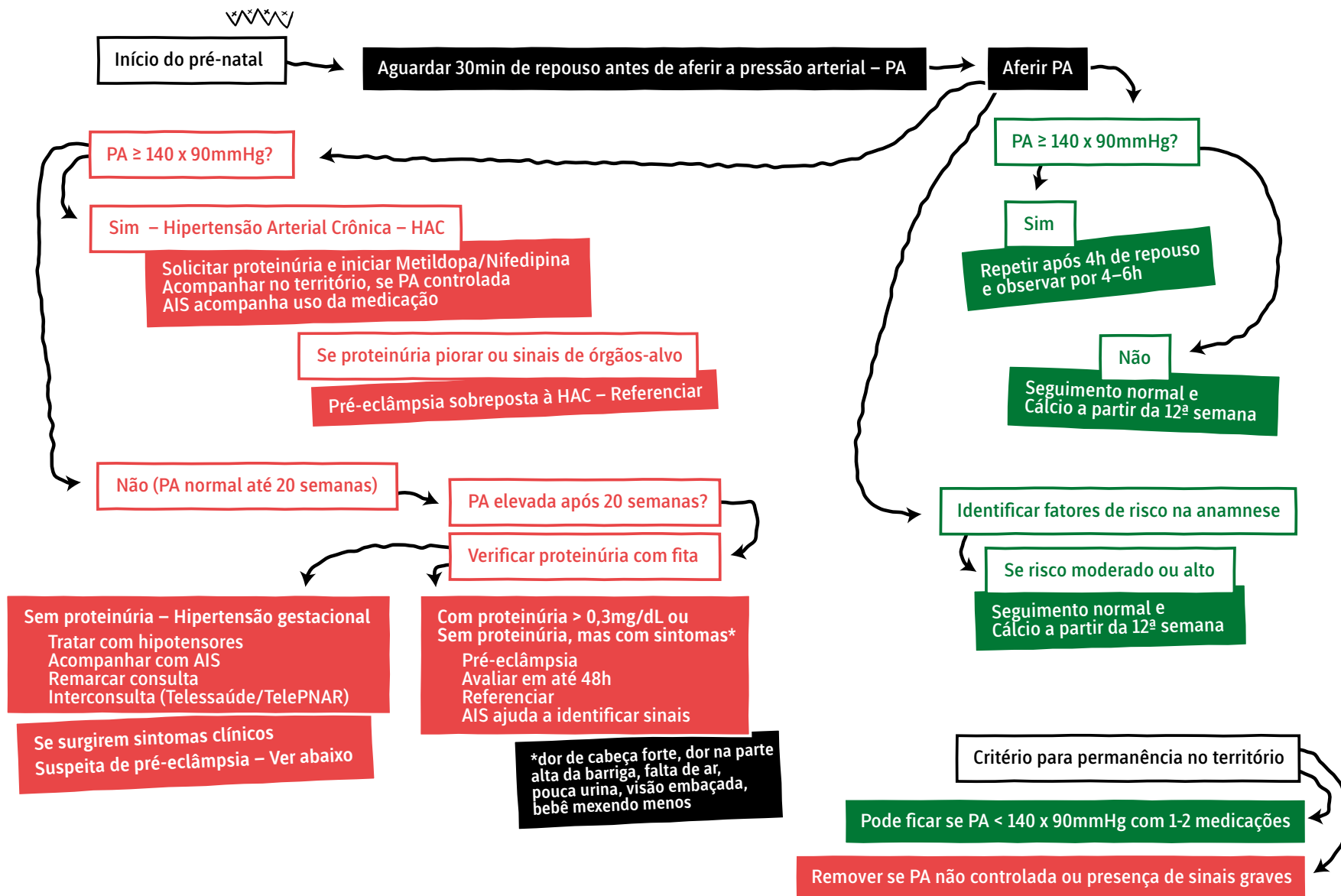
Conduta na Atenção Primária de Saúde - APS	Especificidades na TIY
<p>Diagnóstico precoce da pré-eclâmpsia</p>	<p>Programar um acompanhamento mais próximo: remarcar consulta em intervalo menor e contar com a ação do AIS para acompanhamento.</p>
<p>Pré-eclâmpsia: PA elevada + proteinúria (>0,3mg/dL) ou disfunção de órgãos-alvo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suspeitas de pré-eclâmpsia devem ser avaliadas em 24-48 horas; • Sintomas de comprometimento em órgão-alvo: dor de cabeça muito forte (cefaleia intensa), dor na parte alta da barriga (dor epigástrica), falta de ar (dispneia), quando estiver fazendo pouca urina (oligúria), vendo embaçado ou com manchas (alterações visuais, escotomas) ou notar que o bebê está mexendo menos (queda da movimentação fetal). 	<p>Na ausência de proteinúria, é considerada pré-eclâmpsia quando a hipertensão arterial for acompanhada de comprometimento sistêmico ou disfunção de órgãos-alvo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacitar AIS para identificar sintomas; • Referência para interconsulta médica por Telessaúde ou TelePNAR.
<p>Pré-eclâmpsia sobreposta à HAC: piora da proteinúria após 20 semanas em gestante já hipertensa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Necessidade de associação de anti-hipertensivos ou aumento das doses terapêuticas iniciais; • Ocorrência de disfunção de órgãos-alvo verificada através de disfunção hepática e insuficiência renal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Referência para interconsulta médica por Telessaúde ou TelePNAR.
<p>Critérios para remoção</p>	<p>Mulheres podem ser acompanhadas no território até o final da gestação, desde que a PA esteja mantida abaixo de 140 x 90mmHg, com o uso de um ou dois hipotensores;</p> <p>Em locais com maior risco de complicações ou dificuldade de monitoramento, é preciso fazer a remoção antecipada. - Realizar discussão sobre remoção via interconsulta para garantir escuta sensível e segurança às condições da gestante. Estabelecer plano de remoção. Ver item 3.2 Cuidados para uma remoção qualificada e segura, p.60.</p>

Medicação e posologia

Medicação e posologia	Efeitos colaterais	Especificidades na TIY
<p>Nifedipino Comprimidos de 10mg e 20mg Liberação rápida e liberação lenta (Retard) Manutenção: usar comprimidos de liberação lenta 30 a 120mg/dia, divididos a cada 12h, 8h ou 6h Crise hipertensiva: 10mg de liberação lenta a cada 30min, até três doses</p>	<p>Taquicardia Dor de cabeça</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Disponível Nifedipino de liberação rápida; • É importante observar tolerância e efeitos colaterais, especialmente para que haja adesão à medicação; • Monitorar resposta clínica na APS (pressão e sintomas).
<p>Metildopa Comprimidos de 250mg e 500mg 500 a 3.000mg/dia, divididos a cada 12h, 8h ou 6h Atenção à posologia real recebida: Se prescritos 500mg e entregues 250mg, orientar para uso correto (ex.: 2 comprimidos de 250mg a cada 12 horas).</p>	<p>Sonolência</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A metildopa não está disponível no DSEI-YY, mas faz parte da lista de medicamentos da Rename, podendo ser solicitada; • Reforçar orientações com apoio do AIS, pois a sonolência pode interferir nas atividades de roça e no cuidado com crianças; • Avaliar impacto na adesão, especialmente em gestantes com rotina intensa.

Manejo da mulher com convulsão eclâmpsica

Passos no manejo da mulher com convulsão eclâmpsica	Pode ser feito na UBS?	Equipamentos
1. Aspirar as secreções e inserir um protetor bucal;	Sim	Sonda de aspiração, aspirador portátil, cânula de Guedel
2. Medir a saturação de O ₂ e administrar O ₂ a 8L a 10L/min.;	Sim	Saturímetro, fonte de O ₂
3. Instalar solução de glicose a 5% em veia periférica;	Sim	Material para punção venosa e glicose a 5%
4. Recolher amostra de sangue e urina para avaliação laboratorial;	Em geral, não	Material para coleta de sangue, coleta de urina, transporte do material até o laboratório
5. Manter a paciente em decúbito lateral;	Sim	Cama confortável ou maca
6. Administrar sulfato de magnésio*;	Em geral, não	Sulfato de Mg, bomba de infusão contínua
7. Administrar nifedipino (via oral) ou hidralazina (intravenoso), se PA \geq 160/110mmHg;	Sim	Medicações hipotensoras
8. Inserir um cateter vesical de demora;	Sim	Material estéril para cateterismo vesical
9. Aguardar a recuperação do sensório;	Sim	Cama ou maca
10. Encaminhar e programar a interrupção da gestação.	No hospital	Transporte sanitário (avião, ambulância)



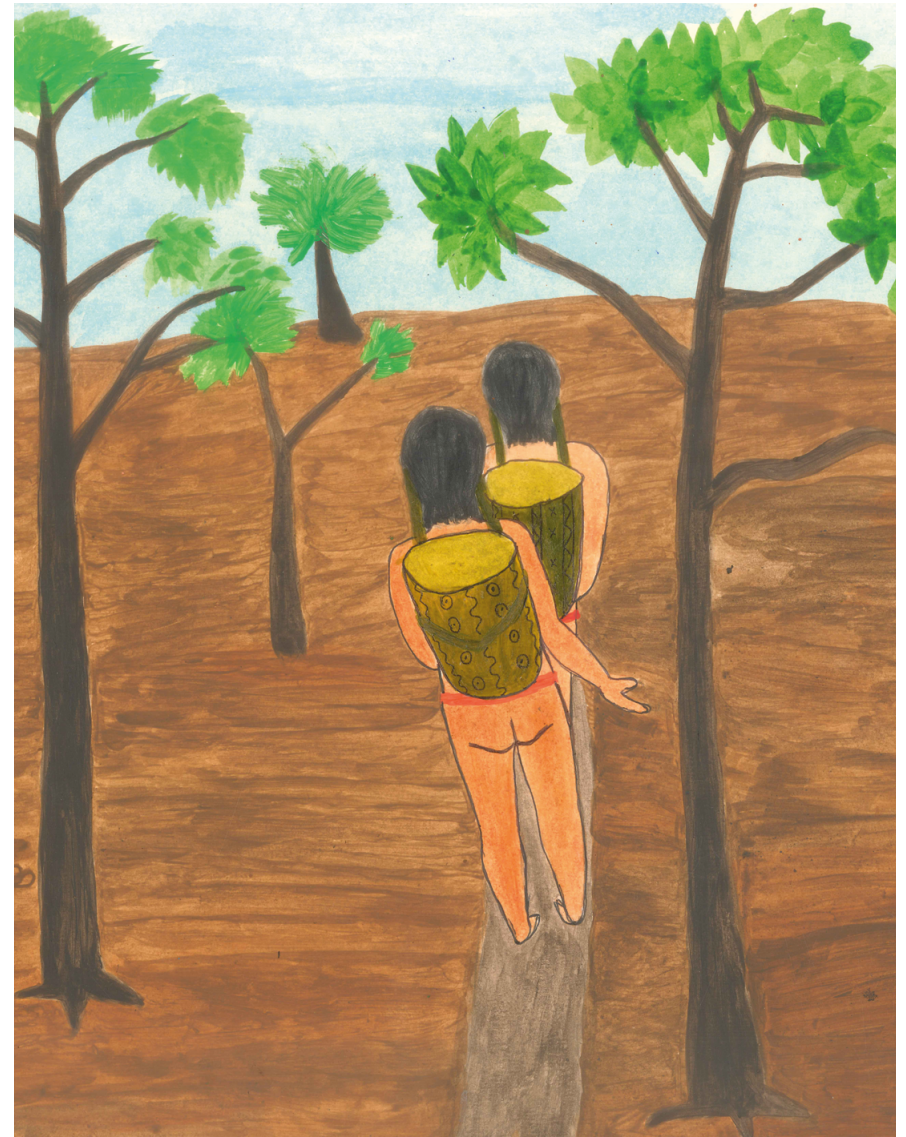
5.10 Diabetes Mellitus na gravidez e Diabetes Mellitus Gestacional – DMG

Com o aumento da entrada do dinheiro nas comunidades e com acesso às cidades, nós, Yanomami e Ye'kwana, temos comprado muitos alimentos industrializados. Arroz, açúcar, café e bolachas não são alimentos tão nutritivos quanto os alimentos que sempre plantamos nas roças ou que encontramos na floresta. Nós já conhecemos os efeitos negativos dessa mudança de hábito em nossas comunidades: algumas doenças, como o diabetes e a hipertensão, vêm junto com os alimentos da cidade. Também já sabemos que as crianças ficam desnutridas quando consomem só alimentos da cidade. Por isso queremos valorizar nossos próprios alimentos: comer bem é a melhor forma de ter saúde.

(Plano de Gestão Territorial e Ambiental – PGTA – Terra Indígena Yanomami)

A Diabetes Mellitus – DM – é um conjunto de distúrbios metabólicos caracterizados por hiperglicemia (aumento da glicose no sangue), causada por deficiência na ação ou produção de insulina. Na gestante, a hiperglicemia é classificada de acordo com o momento do diagnóstico:

- Diabetes Mellitus na gravidez: diagnosticada na primeira consulta;
- Diabetes Mellitus Gestacional – DMG: diagnosticada entre 24-28 semanas.



Conduta na Atenção Primária de Saúde - APS	Especificidades na TIY
<p>Primeiro trimestre: Glicemia de jejum na primeira consulta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Critério: ≥ 126mg/dL – DM prévio; • Entre 92 e 125mg/dL – rastreio no 2º trimestre. 	<ul style="list-style-type: none"> • A coleta deve ser feita no território e transportada para Boa Vista (RR). O sangue deve ser coletado nas unidades de saúde do território. Armazenamento e transporte do plasma para laboratórios em Boa Vista devem seguir normas rigorosas para preservação da qualidade das amostras; • No caso de não ter coleta, pode ser verificada com glicosímetro na UBSI; • Point of Care – PoCT –, onde estiver disponível.
<p>Segundo trimestre (24-28 semanas): preferencialmente realizar TOTG 75g com três coletas (jejum, 1h, 2h)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de DMG: pelo menos um valor alterado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Caso não seja possível TOTG, realizar apenas glicemia de jejum: ≥ 92 mg/dL e < 126 mg/dL = DMG;
<p>Monitoramento da glicemia: com glicosímetro, conforme disponibilidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar que o aparelho serve para ver a quantidade de açúcar no sangue; • Capacitar AIS para acompanhar em parceria com mulheres e famílias; • Quando a UBSI estiver próxima das casas, considerar a possibilidade de a equipe registrar os dados; • Se houver melhora rápida dos níveis glicêmicos (uma semana) e crescimento fetal normal, considerar descontinuidade do mapa glicêmico, redução da frequência ou medidas em blocos.
<p>Tratamento: 1ª linha: alimentação + atividades do dia a dia; 2ª linha: uso de medicamentos (Metformina ou Insulina).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Referência para interconsulta médica por Telessaúde ou TelePNAR.
<p>Remoção: A remoção para realização de exames não está indicada, considerando o risco de deslocamento e demais riscos na Casai e na maternidade.</p>	

Controle glicêmico na gestação

O controle da glicemia materna tem como meta alcançar e manter níveis de normalidade glicêmica, conforme tabela abaixo:

Horário	Jejum	1 hora após uma refeição	2 horas após uma refeição
Limites da glicemia	< 95mg/dL	< 140mg/dL	< 120mg/dL

Importante: o tempo para as medidas das glicemias pós-refeições, de uma ou duas horas, deve ser contado a partir do início da refeição.

Especificidades na TIY

- Os insumos para realização do mapa glicêmico (glicosímetro e tiras reagentes) devem ser garantidos para as mulheres pelo serviço de saúde. É preciso fornecer também o mapa para anotação e caneta;
- Realizar o controle junto com a mulher e AIS, algumas vezes;
- Avaliar a adesão das mulheres à intervenção. Trata-se de uma intervenção invasiva, com necessidade de múltiplas picadas diárias, leitura e registro dos resultados em impresso padronizado, e armazenamento de insumos. Além disso, as mulheres podem não ver sentido na intervenção, já que encontram-se assintomáticas.



Alimentação

A alimentação na Terra Indígena Yanomami é muito diversa e apresenta variações significativas nas diferentes regiões.

Para melhor acompanhar as gestantes Yanomami e Ye'kwana que apresentem sinais de DMG, é importante procurar saber a disponibilidade alimentar da região, bem como buscar conhecer as restrições alimentares que fazem parte dos modos de cuidado próprios no momento da gestação e no momento do resguardo, durante o pós-parto. Conversas com lideranças, mulheres mais velhas e AIS podem ajudar a conhecer melhor as especificidades de cada comunidade.

É importante destacar que os Yanomami e os Ye'kwana são tradicionalmente caçadores e coletores e têm um grande conhecimento sobre a diversidade alimentícia da floresta. Com o tempo, foram cultivando plantas de roças e fixando moradias. Nos últimos anos, diante do impacto do garimpo nas condições socioambientais e da fragilidade das condições de saúde na Terra Indígena Yanomami, estão sendo distribuídos cestas básicas e alimentos produzidos pela agricultura familiar pelo Programa de Aquisição de Alimentos – PAA – em algumas regiões.

A seguir, estão relacionadas algumas categorias de alimentos disponíveis na Terra Indígena Yanomami – TIY:

roça: macaxeira, inhame, cará, milho, batata-doce, banana, beiju, farinha de mandioca, entre outros;

coleta: bacaba, açai, buriti, pupunha, castanha do brasil, cogumelos, insetos, lagartas, cupim, mel, entre outros;

caça: aves e animais de carne vermelha;

pesca: peixes e crustáceos;

cesta básica: arroz, feijão, macarrão, açúcar, bolacha, biscoito, pães, café, entre outros.

Atividades do dia a dia

O modo de viver Yanomami e Ye'kwana, em suas especificidades, envolve muitas atividades que, no dia a dia, fazem as mulheres ficarem ativas. De forma geral, acordam cedo, vão se banhar no rio, caminham muito, limpam os terrenos, plantam as roças, fazem coletas, carregam lenha e cestos pesados, entre outros.

Entre os Yanomami, as mulheres continuam fazendo todas as atividades de sempre quando estão gestantes: carregam cestos de lenha pesados, saem para pescar, fazem coleta na floresta, trabalham na roça, mesmo quando a barriga está muito pesada. Mesmo quando a barriga está grande, se a moça estiver ainda nova e forte, pode continuar subindo na árvore para coletar frutas como açai. Nada disso prejudica a gestação ou o bebê, a não ser em caso de queda da mãe.

É necessário procurar saber quais atividades as mulheres realizam durante a gestação nas diferentes regiões, para melhor orientá-las sobre a importância da movimentação para a diminuição da glicose no sangue e o controle da DMG.



Quando acordamos um pouco antes do amanhecer, pensamos: “será que preciso arrancar macaxeira agora cedo? Estamos sem beiju! Vamos ficar com fome”. É assim que pensamos quando acordamos. Pensamos assim quando acordamos e saímos para arrancar macaxeira. Mas, antes, você come um pouquinho, enquanto o dia clareia. Comemos um pouco de banana antes de sair! Não saímos com fome. Então saímos para arrancar macaxeira e levamos junto nossas filhas. Os homens não nos acompanham. Depois, carregamos lenha para casa para que possamos cozinhar. É assim que o nosso pensamento nos faz agir. Se, quando acordamos, queremos ir para a floresta, vamos. Se dormimos com fome e quisermos pescar, vamos até a roça colher folhas de timbó, carregamos essas folhas e fazemos a pescaria. Quando voltamos para casa, cozinhamos e comemos, assim ficamos de barriga cheia. Depois, trabalhamos ainda, mas de barriga cheia. E, depois, vamos tomar banho, depois alimentamos nossa família de novo. E quando está quase anoitecendo, se algum homem da família tiver caçado, comemos mais um pouco.

(Xica, Demini, Terra Indígena Yanomami – TIY)

Ehuana
yaira
yanomami



Ehuana yaira
yanomami

Recomendações sobre o tratamento farmacológico do Diabetes na gestação

Metformina

- Medicação oral, de fácil administração e sem necessidade de refrigeração
- É indicada como monoterapia quando há dificuldade de adesão ou manejo da insulina;
- Pode ser associada à insulina em casos de ganho de peso excessivo materno ou fetal, ou quando são necessárias doses elevadas de insulina (> 2U/kg/dia).
- É contraindicada em caso de crescimento intrauterino restrito ou doença renal crônica.

Especificidades na TIY

- Alternativa viável em locais sem refrigeração ou com logística limitada;
- Preferência por regimes simples favorece adesão. AIS podem apoiar acompanhamento e adesão.
- Exige avaliação clínica cuidadosa; uso criterioso recomendado. Ver item 5.4 Ganho de peso insuficiente ou excessivo na gestação, p. 87.

Insulina

Tratamento de escolha para controle glicêmico durante a gestação

- **Dose inicial recomendada:** 0,5U/kg/dia. Fazer ajustes semanais com base no automonitoramento glicêmico;
 - Regimes simplificados (doses 0,1 e 0,2U/kg/dia):
 - Hiperglicemia pós-refeição isolada: insulina após refeição específica;
 - Hiperglicemia em jejum: NPH à noite.
- Tipos disponíveis:
- Longa ação: Detemir (6-8h);
 - Intermediária: NPH (4-18h);
 - Rápida: Regular, Asparte, Lispro (início em minutos).

Especificidades na TIY

- Exige cadeia de frio (refrigeração) e transporte adequado — desafios frequentes na TIY.
- Onde estiver disponível, deve haver apoio para transporte, armazenamento e administração segura;
- Utilizar esquemas simples ajuda a aumentar a adesão;
- Avaliar viabilidade de acesso e uso de cada tipo conforme polo-base;
- Referência para interconsulta médica por Telessaúde ou TelePNAR.

Recomendações sobre o tratamento farmacológico do Diabetes na gestação

Orientar sobre as regiões de aplicação da insulina.

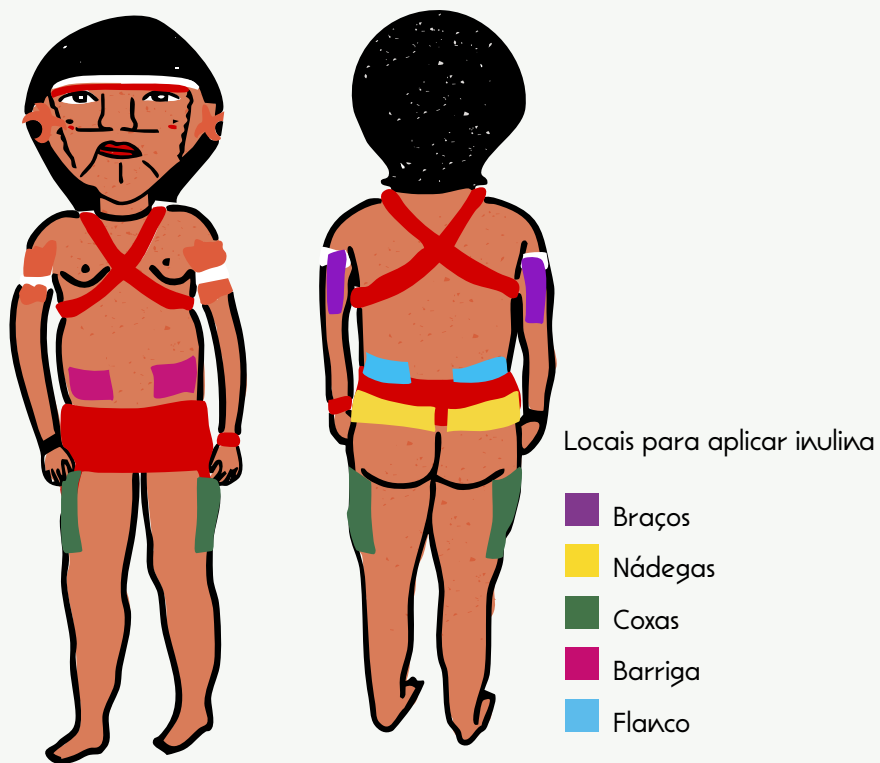


Figura 17: Aplicação da insulina (Parte 1). Fonte: Elaboração própria.

Como em muitas regiões a definição da IG da mulher pode ser incerta, orientar que, na barriga, a insulina seja aplicada somente nas laterais.

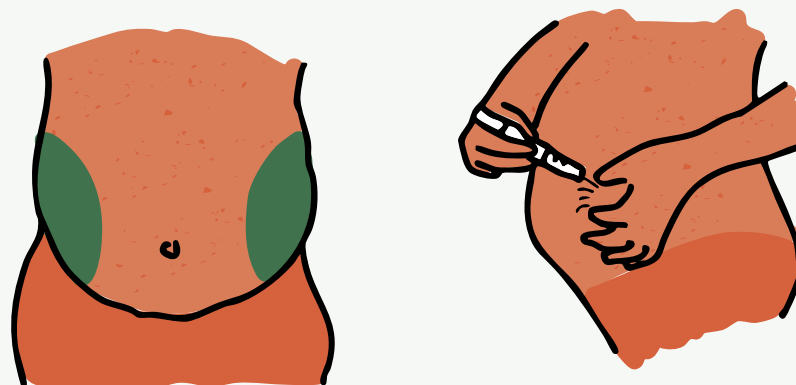
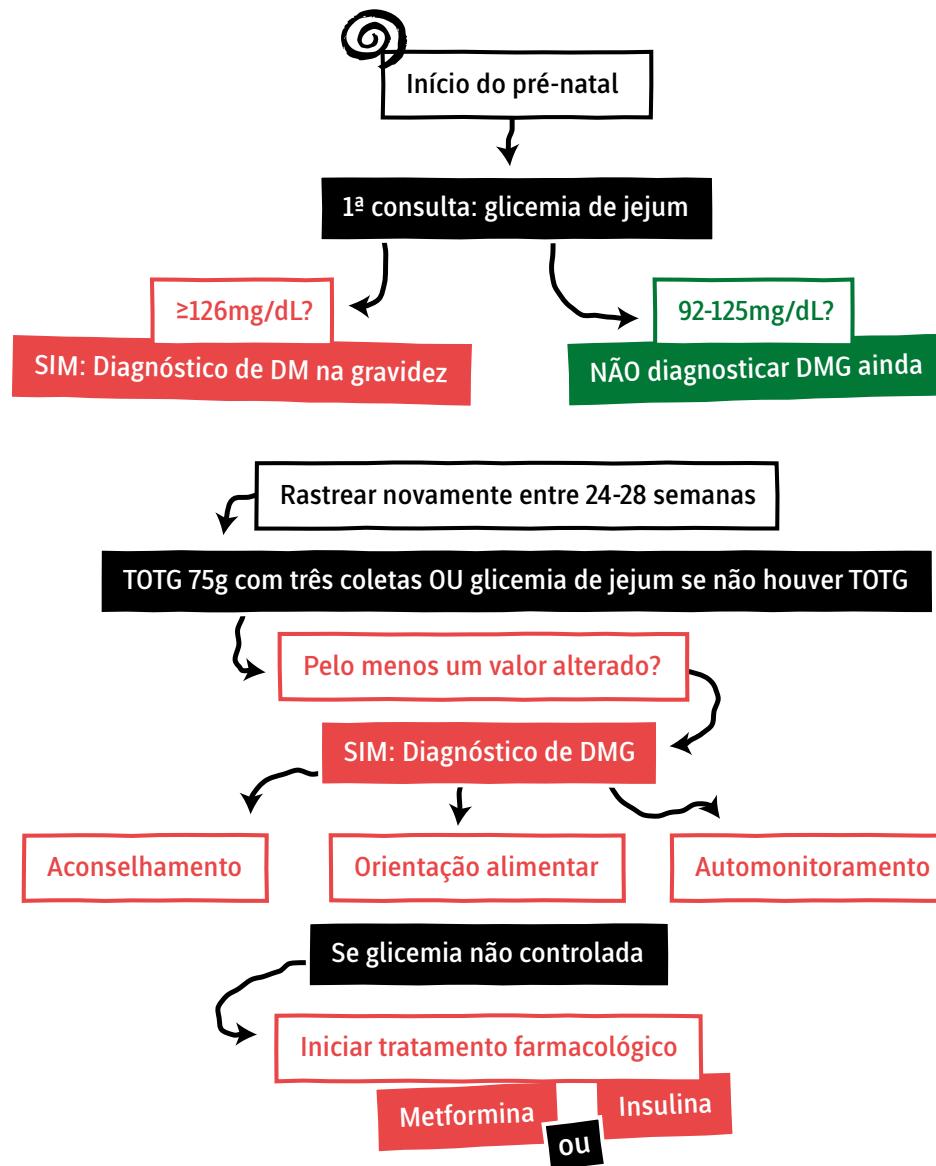


Figura 17: Aplicação da insulina (Parte 2). Fonte: Elaboração própria.



5.11 Avaliação do crescimento fetal

Estou muito preocupada com as doenças, as crianças não têm nascido bem, e por isso não aumentamos [a população].

Nossos filhos estão nascendo apodrecidos, será que as doenças estão fazendo isso com eles? Penso sobre isso com tristeza. Quando os homens vão até a terra dos napëpë, se contaminam com doenças [sexuais] purulentas e assim nossas crianças ficam mal desde quando estão dentro [da barriga da mãe].

(Relatório ISA XIV Encontro das Mulheres Yanomami 2023)

O crescimento fetal inadequado inclui tanto a restrição do Crescimento Intrauterino – CIUR – quanto a macrosomia fetal (Grande para a Idade Gestacional – GIG). O CIUR não diagnosticado é uma das principais causas de óbito fetal ao final da gestação. A intervenção mais apropriada para os casos anormais pode requerer a participação do especialista, mas a identificação do desvio e a transferência oportuna do cuidado competem essencialmente ao profissional da atenção primária. Consequências agudas para os fetos incluem distúrbios hematológicos e metabólicos, termorregulação prejudicada, síndrome respiratória aguda, enterocolite necrotizante e retinopatia da prematuridade. Consequências de longo prazo para os fetos incluem risco aumentado de doenças metabólicas, baixa estatura, distúrbios hormonais e atraso no desenvolvimento.



Conduta na Atenção Primária de Saúde - APS	Especificidades na TIY
<ul style="list-style-type: none">• Identificar o risco de CIUR ou macrosomia (Grande para a Idade Gestacional – GIG);• Rastrear o CIUR com medida da altura uterina;• Realizar o diagnóstico de CIUR ou macrosomia (GIG) em caso de suspeita clínica;• Encaminhar para serviço especializado, se diagnóstico confirmado.	<ul style="list-style-type: none">• Prevalência dos fatores de risco: desnutrição, carências nutricionais (vitaminas e sais minerais), ganho de peso abaixo do esperado

Identificar risco de CIUR ou GIG desde a 1ª consulta (anamnese e exame físico).

Fatores iniciais:

- Idade materna > 40 anos;
- Uso ≥ 11 cigarros/dia;
- Exercício físico vigoroso;
- Pai ou mãe foram PIG;
- PIG ou óbito fetal prévio;
- HAS crônica, DM, doença renal, SAAF.

Durante a gestação:

- Ameaça de aborto;
- Pré-eclâmpsia / hipertensão;
- Descolamento de placenta;
- Hemorragia anteparto sem causa;
- Baixo ganho de peso;
- Ingestão ≥ 300mg/dia de cafeína (3º trimestre).

Desnutrição, carências nutricionais (vitaminas e sais minerais) e ganho de peso abaixo do esperado podem ser os fatores de risco mais prevalentes na população Yanomami.

Identificar risco de CIUR ou macrossomia (GIG) desde a primeira consulta por meio de exame físico (altura uterina).

- Não há estudos para compreender se há especificidade nos parâmetros de altura uterina das mulheres na TIY, o que pode demandar uma interpretação sensível aos contextos locais;
- Evidências científicas são fortes em indicar que os fetos têm todos os mesmos potenciais de crescimento independentemente de raça/etnia.

Conduta na Atenção Primária de Saúde - APS	Especificidades na TIY
<p>Suspeita de CIUR: altura uterina < p10 (ou p15-20) - estacionamento da curva por 30 dias após 30 semanas de gestação</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Treinar equipe para avaliação clínica atenta e continuidade do cuidado, mesmo sem acesso imediato a Ultrassonografia – USG; • A remoção para avaliação por USG deve ser criteriosamente discutida em interconsulta médica por Telessaúde ou TelePNAR.
<p>Suspeita de macrosomia: altura uterina > p97 para a idade gestacional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Treinar equipe para avaliação clínica atenta e continuidade do cuidado, mesmo sem acesso imediato a USG.
<p>Confirmar com Ultrassonografia – USG –, quando houver suspeitas clínicas, associada a anamnese.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • USG não está disponível na maior parte do território; • A remoção para avaliação por USG deve ser criteriosamente discutida em interconsulta médica por Telessaúde ou TelePNAR; • Capacitar equipe para uso de USG portátil (biometria fetal básica); • Também há a possibilidade de trabalhar com a Regra de Johnson.
<p>Regra de Johnson, na ausência de Ultrassonografia – USG: pode-se estimar o peso fetal por métodos clínicos</p> <p>Se o Peso Fetal Estimado – PFE – estiver abaixo do percentil 10 (p10), trata-se de um feto Pequeno para a Idade Gestacional e o diagnóstico de crescimento intrauterino restrito deve ser considerado;</p> <p>Se o Peso Fetal Estimado – PFE – estiver acima do percentil 90 (p90), crescimento fetal aumentado, um feto Grande para a Idade Gestacional ou macrossômico deve ser considerado.</p>	

Quadro de Hadlock para estimativa ultrassonográfica do Peso Fetal

Idade Gestacional (semanas)	Peso Fetal (g)				
	Percentil				
	3	10	50	90	97
10	26	29	35	41	44
11	34	37	45	53	56
12	43	48	58	68	73
13	55	61	73	85	91
14	70	77	93	109	116
15	88	97	117	137	146
16	110	121	146	171	183
17	136	150	181	212	226
18	167	185	223	261	279
19	205	227	273	319	341
20	248	275	331	387	414
21	299	331	399	467	499
22	359	398	478	559	598
23	426	471	568	665	710
24	503	556	670	784	838
25	589	652	785	918	981
26	685	758	913	1068	1141
27	791	879	1055	1234	1319
28	908	1004	1210	1416	1513
29	1034	1145	1379	1613	1754
30	1169	1294	1559	1824	1949
31	1313	1453	1751	2049	2189
32	1465	1621	1953	2285	2441
33	1622	1794	2162	2530	2703
34	1783	1973	2377	2781	2971
35	1946	2154	2595	3036	3244
36	2110	2335	2813	3291	3516
37	2271	2513	3028	3543	3785
38	2427	2686	3236	3786	4045
39	2576	2851	3435	4019	4294
40	2714	3004	3619	4234	4524

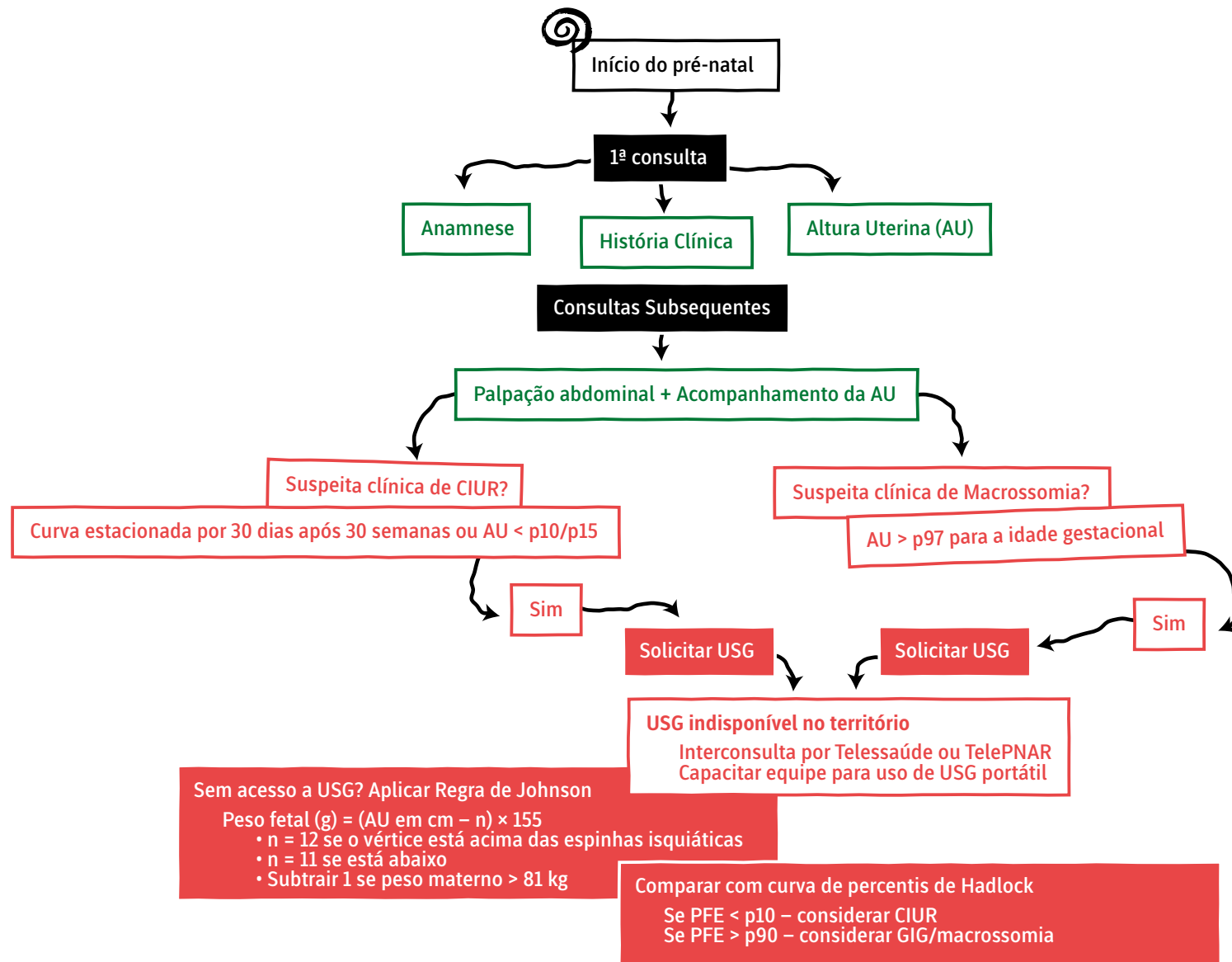
A equação de Johnson, que é usada para estimar o Peso Fetal, na apresentação cefálica, é a seguinte:

$$\text{Peso fetal (g)} = [\text{altura do fundo (cm)} - n] \times 155$$

n = 12 se o vértice estiver acima da espinha isquiática

n = 11 se o vértice estiver abaixo da espinha isquiática

-1 se peso materno > 81kg



5.12 Doenças respiratórias

É preciso que vocês nos ensinem a usar seus remédios contra a malária, a tuberculose e contra todas as suas outras doenças. Então, quando nossos jovens souberem tudo isso, nós poderemos nos curar sozinhos, como antes.

(Davi Kopenawa Watoriki - Posto Demini)

As Doenças Respiratórias – DR – são causas frequentes de morbidade durante a gestação e representam risco aumentado tanto para a mulher gestante quanto para o feto. Entre as principais preocupações estão a Tuberculose – TB –, as infecções respiratórias agudas e os sintomas respiratórios persistentes. Na população indígena, a alta vulnerabilidade socioambiental e os desafios de acesso ao sistema de saúde agravam esse cenário. A TB, em particular, apresenta relação direta com determinantes sociais e requer uma abordagem sistemática e comunitária.

Conduta na Atenção Primária de Saúde - APS	Especificidades na TIY	
<p>Sintomas respiratórios < 15 dias</p> <ul style="list-style-type: none"> Avaliar sinais de gravidade: FR > 30ipm, PA < 90/60mmHg, febre, sonolência/confusão mental; Em caso de sintomas leves, manejo no território. 	<ul style="list-style-type: none"> Observar frequência de sintomas gripais ou de infecções virais em contexto de surtos; Acionar telemedicina síncrona, com presença da gestante, para discussão de sintomas graves. 	
	Perguntas possíveis em Yanomam:	Tradução:
	<i>Wa hūxupë tha?</i>	Seu nariz está escorrendo?
	<i>Awei, ya huxupë.</i>	Sim, está.
	<i>Ma, ya huxupëimi.</i>	Não, não está.
	<i>Wa etisiamou tha?</i>	Você está espirrando?
	<i>Awei, ya etisiamou xi waripru mahi</i>	Sim, estou espirrando sem parar.
	<i>Ma, ya etisiamoimi.</i>	Não, não estou.
	<i>Wiinaha wa ureme kuaai tha?</i>	Como está a sua garganta?
	<i>Ya ureme nini.</i>	Estou com dor de garganta.
	<i>Wa thokopë tha?</i>	Você está com tosse?
<i>Awei, ya thokopë</i>	Sim, estou.	
<i>Ma, ya thokopë mi</i>	Não, não estou.	

Conduta na Atenção Primária de Saúde - APS	Especificidades na TIY	
	<i>Thoko wa pē axi (iyē) hoai tha?</i>	Você está cuspiendo catarro amarelado?
	<i>Thoko wa pē iyē hoai tha?</i>	Você está cuspiendo catarro com sangue?
	<i>Awei, thoko ya pē axi/ iyē hoai</i>	Sim, cuspo catarro amarelado com sangue.
	<i>Ma, thoko ya pē axi/iyē hoaimi.</i>	Não cuspo catarro amarelado com sangue
	<i>Wa pariki ūxi rakaimi tha?</i>	Você tem dor no peito?
	<i>Awei, ya pariki ūxi rakaimi mahi.</i>	Sim, tenho muita dor no peito.
	<i>Ma, ya pariki niniimi.</i>	Não, não tenho dor no peito.
	<i>Wa pariki xērēxērēmou tha?</i>	Você tem chiado no peito?
	<i>Awei, ya pariki xērēxērēmou</i>	Sim, tenho.
	<i>Ma, ya pariki xērēxērēmoimi</i>	Não, não tenho.
	<i>Pei wa moxi tua kura?</i>	Você está sentindo falta de ar?
	<i>Awei, ya moxi tuo xī wari xi wiiri</i>	Sim, não paro de sentir falta de ar.
<i>Ma, ya moxi tuoimi</i>	Não, não estou.	
<p>Tosse + sintomas gripais (coriza, congestão, dor de garganta):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Teste rápido para Covid-19; • Tratamento de suporte: antitérmicos, lavagem nasal; • Isolamento respiratório em caso de teste de Covid-19 positivo: fornecer máscara, distanciar principalmente de outras gestantes, idosos e crianças pequenas. 		

Conduta na Atenção Primária de Saúde - APS	Especificidades na TIY	
<p>Tosse por < 15 dias, com secreção, sem sintomas gripais</p> <p>Iniciar tratamento para pneumonia bacteriana:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amoxicilina 1g, de 8 em 8 horas; ou • Azitromicina 500mg, de 24 em 24 horas; ou • Claritromicina 500mg, de 12 em 12 horas (5 a 7 dias). <p>Manter observação e reavaliar sinais de piora diariamente.</p>	Plantas	
	Rinite	
	<p>Hūxu hana ki - Hūxu hi: <i>Chrysophyllum cf. venezuelanense</i> (Pierre) T. D. Penn. Sapotaceae Guajará</p>	<p>Inalar o cheiro das folhas e esfregar no corpo depois de amassá-las com as mãos.</p>
	Inflamação da garganta	
	<p>Arōko hi: <i>Hymenaea parvifolia</i> Ducke Fabaceae Jatobá</p>	<p>Retirar pedaços da casca, colocar num pacote de folhas e esquentar na fogueira. Raspar as bolas de resina, respirar o cheiro, esfregar no peito e beber o sumo misturada com água.</p>
	Gripe	
	<p>Rīmaa hi: <i>Citrus aurantiifolia</i> (Christm.) Swingle Rutaceae Limão</p>	<p>Botar as folhas de molho na água e depois tomar banho com a água, inalar o cheiro das folhas.</p>
	<p>Saima hana ki: <i>Peperomia macrostachya</i> (Vahl) A. Dietr. Piperaceae Tipo de epífita</p>	<p>Tomar uma mistura do sumo das folhas com água e esfregar as folhas amolecidas no corpo.</p>
	Dores no peito	
	<p>Oru kiki wīte: <i>Peperomia rotundifolia</i> (L.) Kunth Piperaceae Erva-de-vidro</p>	<p>Beber o sumo das folhas misturado com água e esfregar as folhas no corpo depois de amassá-las.</p>
<p>É importante conversar com AIS, pessoas mais velhas e/ou lideranças para saber como o cuidado com as plantas é realizado, esclarecendo sobre a possibilidade dos cuidados complementares.</p>		
<p>Acionar telemedicina síncrona se não houver médico na unidade, com presença da gestante.</p>		

Conduta na Atenção Primária de Saúde - APS

Especificidades na TIY

Tosse com chiado à ausculta respiratória:

- Salbutamol aerossol com espaçador, 2-4 jatos a cada 20min por três ciclos. Se houver palpitações, tremores ou FC > 140bpm, suspender;
- Avaliar indicação para tratamento da asma persistente.

Atenção para sinais de alarme para insuficiência respiratória:

- Frequência cardíaca > 110bpm ou < 60bpm;
- Frequência respiratória > 30irpm;
- Dispneia moderada ou intensa;
- Uso de musculatura acessória acentuada;
- Hipotensão;
- Cianose, sudorese, agitação ou confusão mental, dificuldade de falar;
- Saturação de O₂ < 95% em ar ambiente.

- Avaliar uso de salbutamol no território;
- Orientar para não ficar muito perto da fumaça;
- Acionar Telessaúde, se necessário;
- Em caso de sinais de alarme, iniciar suplementação de oxigênio (se disponível) e providenciar remoção imediata.

Qualquer sintoma respiratório é indicativo de investigação de TB na população indígena.

Sintomas respiratórios > 15 dias:

- Investigar TB;
- Coletar escarro;
- Solicitar baciloscopia e TRM-TB.

Perguntas possíveis em Yanomam:

Tradução:

<i>Wa pariki ūxi rakaimi tha?</i>	Você tem dor torácica?
<i>Awei, ya pariki ūxi rakaimi.</i>	Sim, tenho.
<i>Ma, ya pariki ūxi rakaimimi</i>	Não, não tenho.
<i>Yutuha wa waitarō pēahuru kupere?</i>	Faz muito tempo que você está emagrecendo?
<i>Awei, yutuha ya waitarō pēahuruma</i>	Sim, faz muito tempo.
<i>Wa thokomou wehe tha?</i>	Você está com tosse seca?
<i>Awei, ya thokomu wehe.</i>	Sim, eu tive mesmo.
<i>Wa thokopē ahirayoma tha?</i>	Sua tosse estava com catarro?
<i>Awei, ya thokopē ahirayoma</i>	Sim, estava.
<i>Thoko wa iyē hōprari kuha?</i>	Você cuspiu catarro com sangue?
<i>Awei, thoko ya iyē hōprari</i>	Sim, cuspi.
<i>Ma, thoko ya iyē hōpranimi</i>	Não, não cuspi.

Coleta de escarro:

- Realizar preferencialmente em local aberto, pela manhã;
- Orientar para “Inspirar, reter ar, tossir e escarrar direto no pote”;
- Se possível, realizar Teste Rápido Molecular para Tuberculose – TRM-TB – e cultura para micobactérias, com coleta de uma amostra, preferencialmente pela manhã;
- Se disponível apenas o exame de baciloscopia (BAAR), coletar duas amostras.

O paciente deve ser bem orientado e a compreensão das orientações deve ser checada antes do início do procedimento:

- Para a expectoração de amostras com boa representatividade do trato respiratório inferior, aconselha-se que o paciente inspire profundamente e, após reter o ar por alguns segundos, tussa e escarre diretamente no pote, podendo repetir o procedimento por até três vezes até ser atingido o volume ideal (5 - 10mL);
- No caso de amostras coletadas em ambiente domiciliar, o paciente deve ser adequadamente orientado quanto às técnicas de coleta e armazenamento. É ideal que a amostra seja levada imediatamente ao local onde será acondicionada e encaminhada apropriadamente para os exames.

- Avaliar nos territórios indígenas os exames disponíveis bem como os fluxos para envio de amostras para laboratório de referência;
- A coleta deve ser realizada, preferencialmente, em locais externos: necessidade de cuidados de biossegurança para prevenir a contaminação do ambiente pelos aerossóis.

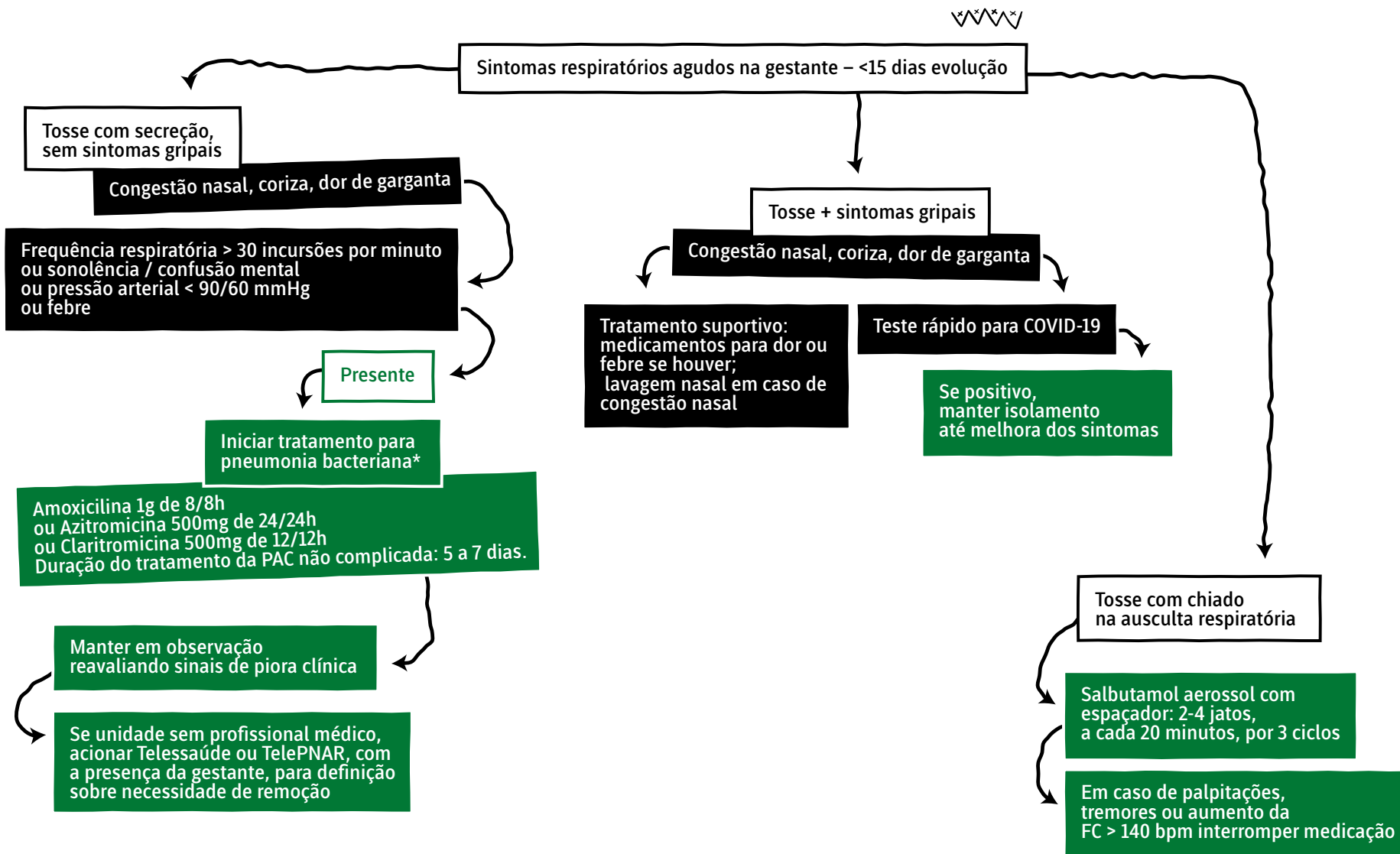
Tuberculose confirmada em gestante

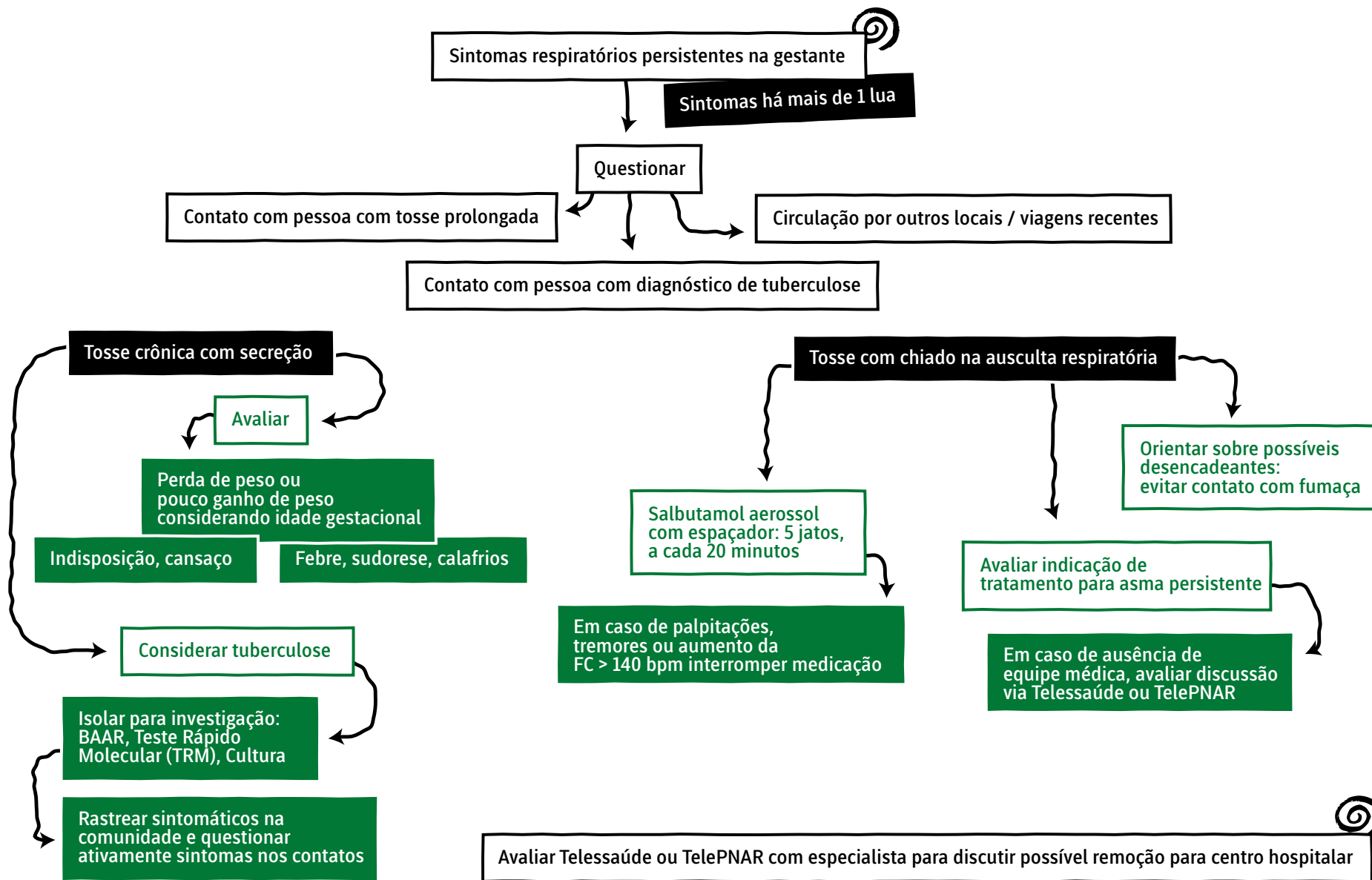
- O tratamento para TB nas gestantes não difere de outras populações;
- Iniciar Esquema Básico: rifampicina/ isoniazida/ pirazinamida/ etambutol (dose diária conforme peso), associada a Piridoxina 50mg/dia, devido ao risco de toxicidade neurológica no feto;
- Usar máscara na presença de sintomas, principalmente nas duas primeiras semanas de tratamento ou caso BAAR mantenha positivo no escarro.

Manter amamentação (exceto mastite **por tuberculose**).

- A medicação para a tuberculose não está disponível no território, embora possa ser disponibilizada e manejada na floresta;
- Nesse caso, é indicado tentar acessar a medicação e, caso não tenha possibilidade de obter tratamento ou de isolar adequadamente a gestante na comunidade, removê-la para tratamento;
- Considerar retorno para o território após BAAR negativo no escarro (1-2 semanas após início do tratamento);
- Acompanhamento de todo o tratamento com vigilância próxima da paciente.

Conduta na Atenção Primária de Saúde - APS	Especificidades na TIY	
<p>Contactantes de TB:</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificar e avaliar contatos (com prioridade para <5 anos, PVHIV, imunodeprimidos); Oferecer TPT quando indicado. <p>CrITÉrios de priorizaÇão para avaliaÇão de contatos</p> <ul style="list-style-type: none"> Pessoas com sintomas sugestivos de tuberculose; Crianças menores de cinco anos de idade; Pessoas que vivem com HIV; Pessoas com comprometimento imunolÓgico conhecido ou suspeito (idosos ou pessoas adoecidas); Contatos de casos índice com tuberculose resistente (comprovada ou suspeita). 	Perguntas possíveis em Yanomam:	Tradução:
	<p><i>Inaha ai thëpë pariki hoximi kua kura?</i></p>	<p>Tem outras pessoas com problemas assim no peito?</p>
	<p><i>Awei, inaha ai thëpë pariki hoximi pree kua</i></p>	<p>Sim, tem outros com o peito ruim também.</p>
	<p><i>Ma, inaha ai thë pë pariki hoximi kuaimi</i></p>	<p>Não, não tem outros com o peito ruim assim.</p>
<p>Remoção:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tuberculose confirmada em gestante sem medicação na APS; Sintomas respiratórios com sinais de gravidade pós-tratamento. 	<ul style="list-style-type: none"> Promover busca ativa com apoio da comunidade e de Agentes Indígenas de Saúde; Cuidado para não amedrontar nem estigmatizar as pessoas, explicando que a medicação é para prevenir, para fortalecer a saúde. <p>Em locais com maior risco de complicações ou dificuldade de monitoramento, é preciso fazer a remoção antecipada. Realizar discussão sobre remoção via interconsulta para garantir escuta sensível e segurança às condições da gestante. Estabelecer plano de remoção. Ver item 3.2 Cuidados para uma remoção qualificada e segura, p.60.</p>	





5.13 Doenças exantemáticas febris na gravidez

As doenças exantemáticas febris representam um desafio importante no cuidado pré-natal devido à semelhança entre os sintomas e a falta de exames que dificultam o diagnóstico. O diagnóstico de doenças exantemáticas baseado unicamente em critérios clínicos, sem acesso a sorologias, possui diversas limitações devido à sobreposição de apresentações clínicas e à epidemiologia dessas patologias. Optamos pela ênfase em condições em que pode haver impacto no pré-natal, pela necessidade de condução específica – necessidade de teste rápido, tratamentos específicos, isolamento ou acompanhamento próximo devido à possibilidade de complicações.

Em função da maior prevalência e da importância nesse período, vamos destacar as seguintes doenças: sarampo, rubéola, escarlatina, catapora/varicela, sífilis e arboviroses (dengue, Chikungunya, Zika e Oropouche).



Conduta na Atenção Primária de Saúde - APS

Citens para investigação inicial na gestante com febre e exantema:

- Verificar histórico vacinal (tríplice viral: sarampo, rubéola, caxumba) – não aplicar durante a gestação;
- Perguntar se já teve doenças exantemáticas;
- Avaliar contato recente com pessoas doentes ou surtos na comunidade (varicela, malária, febre amarela, dengue, Zika, Chikungunya, Oropouche);
- Verificar uso atual de medicamentos (possibilidade de reação medicamentosa causando quadro de exantema por farmacodermia);
- Identificar outros sintomas associados que ajudem no diagnóstico (ex.: tosse, dor de cabeça, ínguas, dor no corpo, manchas na boca etc.)

Especificidades na TIY

- Histórico de circulação por outros territórios nas últimas semanas (“nesta lua”);
- Contato com outras pessoas febris ou com diagnóstico de alguma infecção;
- Avaliar sempre considerando contextos locais de possíveis surtos em comunidades próximas ou de deslocamento;
- Havendo disponibilidade de teste diagnóstico para malária, toda gestante com quadro febril deve ser testada;
- Acompanhamento com Telessaúde ou TelePNAR.

Conduta na Atenção Primária de Saúde - APS

Período Inicial (antes do exantema)

- Sarampo: febre, conjuntivite, coriza, tosse, fotofobia;
- Escarlatina: febre, dor de garganta com pus, língua saburrosa, dor abdominal, vômitos;
- Arboviroses (dengue, Zika, Chikungunya): febre alta, dor muscular, dor de cabeça, com ou sem histórico de surto;
- Sífilis: ínguas espalhadas, história de úlcera genital, parceiro de risco (ex.: garimpo), exantema palmo-plantar.

Período Exantemático (manchas na pele)

- Varicela (catapora): lesões em estágios diferentes (bolhas, crostas, máculas) na mesma região; início no tronco e cabeça, mas pode espalhar > isolar;
- Sarampo: febre piora com início das manchas; começa em orelha e face > desce para o corpo; pode escurecer e descamar;
- Rubéola: febre leve, manchas rosa-claras, começando na face > tronco > membros; desaparece em até 4 dias; sem descamação;
- Escarlatina: pele áspera como lixa por todo o corpo; pode poupar ao redor da boca; febre alta desde o início; pode descamar mãos e pés após duas semanas;
- Arboviroses: exantema surge após febre e dor no corpo. Atenção especial na dengue: maior risco de gravidade e óbito em gestantes.

Tratamento – Condutas por situação

Geral (todas as condições):

- Tratamento de suporte com antitérmico, analgésico e hidratação oral;

Sarampo (suspeita):

- Observar possíveis infecções bacterianas secundárias (pneumonia, otite);

Escarlatina (suspeita):

- Iniciar Benzetacil 1.200.000 UI IM (dose única);

Sífilis secundária (com teste rápido positivo):

- Aplicar 2 ampolas de Benzetacil 1.200.000 UI (uma em cada glúteo).

Especificidades na TIY

- Em todo caso de doença exantemática durante a gravidez, o quadro deve estar bem descrito e, sempre que possível, realizar exames sorológicos (enviar material para polo-base / Boa Vista): sarampo, rubéola, dengue, Zika vírus, Chikungunya e Oropouche, devido a seu impacto no recém-nascido;
- A varicela, principalmente no início da gestação, pode resultar em malformações fetais, portanto, gestantes que tiverem contato com casos de varicela e herpes-zóster têm indicação de receber imunoglobulina humana contra esse vírus. Recomenda-se discussão com a referência para definição de remoção do caso;
- Segundo dados do SVSA/MS, de 2009-2024 não houve casos confirmados de rubéola no Brasil, reforçando a importância de seguir protocolo vacinal regular;
- Em pacientes de alto risco para IST: em caso de contato com áreas de garimpo, entre outros fatores, reforçar a realização dos testes para HIV / Sífilis. Ver item 5.6 ISTs: abordagem sindrômica, p.102 e item 5.7 ISTs: abordagem por Testes Rápidos de HIV, Hepatite B e Hepatite C, p.116.

- Avaliar possibilidade de tratamento em contexto domiciliar e em UBSI com estoques regulares e acesso a medicamentos adequados;
- Em caso de suspeita de varicela, isolar a paciente até que as lesões tenham resolução completa;
- Em caso de suspeita de sífilis, há indicação de tratamento de parcerias sexuais conforme protocolo descrito no item 5.6 ISTs: abordagem sindrômica, p.102.

Tratamento – Condução por situação**Dengue (suspeita):**

- Classificar conforme grupos (B, C ou D). Dar atenção à hidratação venosa e encaminhar casos graves para referência. Considerando o contexto de pré-natal, gestantes enquadram-se como condição especial (grupo B), caso não apresentem sinais de alarme (grupo D). Idealmente, esse grupo deve ser mantido com estímulo à hidratação oral e tendo avaliação de hemograma. Na inviabilidade de realização do exame, avaliar individualmente condições de hidratação oral e vulnerabilidade da gestante para definição do local ideal para manejo do quadro.

Diante da suspeita de dengue no quadro exantemático, sempre pesquisar sinais de alarme ou gravidade: esforço respiratório ($FR \geq 25$) sangramentos (incluindo em mucosa), redução da diurese, dor abdominal, vômitos persistentes, tontura à mudança de posição ou identificação de hipotensão postural (redução ≥ 20 mmHg para PA sistólica ou ≥ 10 mmHg para a PA diastólica de após 1-3 minutos em pé).

Ver tabela “Suspeita de Dengue” na próxima página.

SUSPEITA DE DENGUE

Relato de febre, geralmente entre dois e sete dias de duração, e duas ou mais das seguintes manifestações: náusea, vômitos; exantema; mialgia, artralgia; cefaleia, dor retro-orbital; petéquias; prova do laço positiva e leucopenia. Também pode ser considerado caso suspeito toda criança com quadro febril agudo, usualmente entre dois e sete dias de duração, e sem foco de infecção aparente. **NOTIFICAR TODO CASO SUSPEITO DE DENGUE**

Tem sinal de alarme ou gravidade?

Não		Sim	
Pesquisar sangramento espontâneo de pele ou induzido (prova do laço, condição clínica especial, risco social ou comorbidades)		Grupo C Sinais de alarme presentes e sinais de gravidade ausentes	Grupo D Dengue grave
Não	Sim		
Grupo A	Grupo B	<ul style="list-style-type: none"> Dor abdominal intensa (referida ou à palpação) e contínua. Vômitos persistentes. Acúmulo de líquidos (ascite, derrame pleural, derrame pericárdico). Hipotensão postural e/ou lipotimia. Hepatomegalia maior do que 2 cm abaixo do rebordo costal. Sangramento de mucosa. Letargia e/ou irritabilidade. Aumento progressivo do hematócrito. 	<ul style="list-style-type: none"> Extravasamento grave de plasma, levando ao choque evidenciado por taquicardia; extremidades distais frias; pulso fraco e filiforme; enchimento capilar lento (>2 segundos); pressão arterial convergente (<20 mmHg); taquipneia; oligúria (<1,5 mL/kg/h); hipotensão arterial (fase tardia do choque); cianose (fase tardia do choque); acúmulo de líquidos com insuficiência respiratória. Sangramento grave. Comprometimento grave de órgãos.
Dengue sem sinais de alarme, sem condição especial, sem risco social e sem comorbidades.	Dengue sem sinais de alarme, com condição especial ou com risco social e comorbidades.		

Iniciar hidratação dos pacientes de imediato de acordo com a classificação, enquanto aguardam exames laboratoriais. Hidratação oral para pacientes dos grupos A e B. Hidratação venosa para pacientes dos grupos C e D.

Figura 18: Suspeita de dengue. Fonte: Elaboração própria.

Conduta na Atenção Primária de Saúde - APS

Monitoramento e evolução do quadro

- O exantema geralmente se resolve sozinho, sem necessidade de tratamento específico;
- Sintomas como dor articular podem persistir após o desaparecimento das manchas;
- Algumas infecções podem causar riscos ao feto, especialmente se forem de transmissão vertical (como Zika, rubéola ou sífilis);

É essencial acompanhar a gestação de perto, observando sinais de alarme como:

- Ganho de peso insuficiente;
- Alteração da altura uterina;
- Exames ultrassonográficos com achados sugestivos de complicações.

Orientações para gestantes e familiares

- Algumas doenças com febre e manchas podem afetar o bebê e, em casos mais graves, causar aborto;
- Atenção especial para rubéola, sífilis e Zika vírus, pelas possíveis complicações na gestação;
- Orientar sobre a importância da prevenção;
- Evitar contato com pessoas doentes;
- Manter a caderneta de vacinação atualizada (antes da gestação);
- Procurar atendimento médico ao surgirem sintomas como febre e manchas;
- A comunicação deve ser feita de forma respeitosa, sensível e culturalmente adequada.

Especificidades na TIY

- Monitoramento clínico deve considerar visitas domiciliares regulares e articulação com Agentes Indígenas de Saúde – AIS;
- Em caso de suspeita de alterações, avaliar referenciamento para propedêutica adicional.

- Comunicação a partir de linguagem e atitude culturalmente sensíveis e adequadas, expondo riscos de perda da gestação ou adoecimento do feto.

Conduta na Atenção Primária de Saúde - APS

Especificidades na TIY

Registro e notificação

Anotar no prontuário e na carteira da gestante:

- Sintomas observados;
- Exames solicitados e seus resultados (positivos e negativos).

Notificar obrigatoriamente os seguintes agravos:

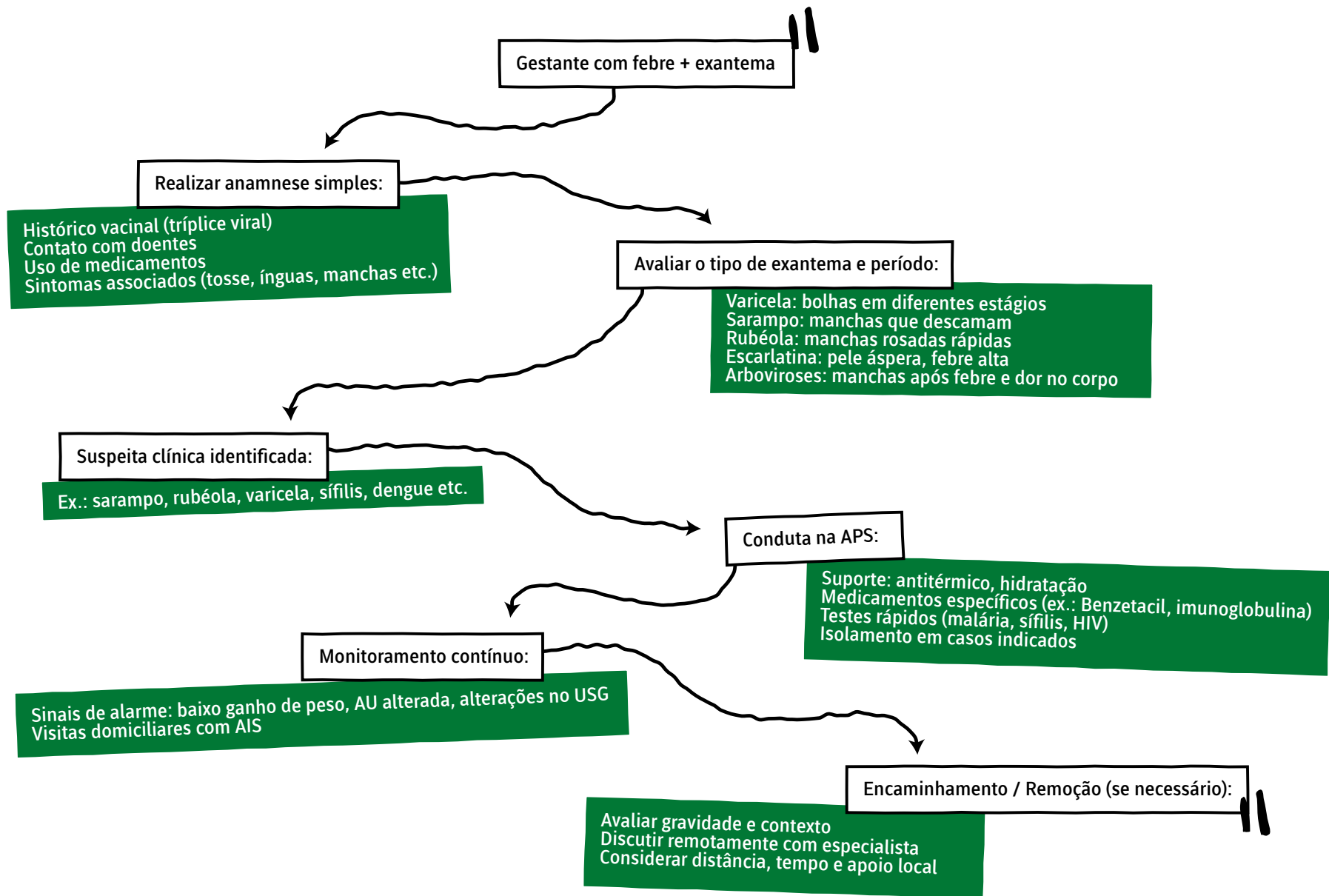
- Doenças exantemáticas: sarampo e rubéola;
- Sífilis;
- HIV.

- Em caso de conectividade limitada, fazer registro paralelo em cadernos locais e repassar, quando oportuno.

Remoção:

- Avaliar remoção principalmente em gestantes com quadro clínico grave e ganho de peso abaixo do esperado

Em locais com maior risco de complicações ou dificuldade de monitoramento, é preciso fazer a remoção antecipada. - Realizar discussão sobre remoção via interconsulta para garantir escuta sensível e segurança às condições da gestante. Estabelecer plano de remoção. Ver item 3.2 Cuidados para uma remoção qualificada e segura, p.60.



Toxoplasmose

A toxoplasmose aguda geralmente cursa como infecção assintomática ou oligossintomática benigna – apesar de acarretar riscos de complicações graves ao feto, como atraso no desenvolvimento neurológico e déficit visual. Como política pública, o rastreio por gestantes vulneráveis à infecção é feito a partir da triagem sorológica para identificação precoce de marcadores sugestivos de infecção, assim como para orientação de prevenção para aquelas gestantes suscetíveis à doença.

Conduta na Atenção Primária de Saúde - APS

A maioria dos casos de toxoplasmose aguda na gestante não apresenta sintomas. Essa característica clínica respalda a decisão de realizar triagem sorológica para detectar os casos com infecção recente em todas as gestantes sem confirmação prévia de infecção.

A triagem deve ser realizada por meio da detecção de anticorpos para toxoplasmose, da classe IgG e IgM, solicitada o mais precocemente possível no pré-natal (idealmente antes de 16 semanas de idade gestacional) da Atenção Primária à Saúde – APS.

Especificidades na TIY

- Avaliar disponibilidade dos exames.
- Protocolo de Notificação e Investigação: Toxoplasmose gestacional e congênita [recurso eletrônico]/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018

5.14 Acidentes por animais peçonhentos

Acidentes causados por animais peçonhentos são um grande problema de saúde pública e um desafio para o SUS no atendimento oportuno e qualificado. De acordo com os dados do DataSUS no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan –, somente no ano de 2023 foram registrados aproximadamente 32 mil casos de acidentes ofídicos (picadas de cobra) no Brasil. A Região Norte apresentou uma incidência de 51,8 casos para cada 100 mil habitantes, valor 3,4 vezes superior à média nacional, que é de 15,2 casos por 100 mil habitantes.

O Estado de Roraima destaca-se como o mais afetado da região, apresentando a maior incidência nacional de acidentes ofídicos, com 81 casos para cada 100 mil habitantes.

No Brasil, as serpentes peçonhentas que apresentam relevância médica estão distribuídas em quatro grupos (gêneros): Gênero Bothrops (Jararaca), Gênero Crotalus (Cascavel), Gênero Lachesis (Surucucu Pico-de-Jaca), Gênero Micrurus (Coral Verdadeira).

Conduta na Atenção Primária de Saúde - APS

Condutas imediatas:

- Retirar a mulher, com segurança, do local do acidente;
- Manter a pessoa calma e em repouso absoluto.

O esforço físico pode aumentar a frequência cardíaca e a absorção do veneno.

Não tentar capturar a serpente:

- O animal não tem utilidade no tratamento e há risco de novo acidente;
- Se possível, tirar uma fotografia da serpente a uma distância segura para auxiliar na escolha do soro.

Remover objetos da extremidade afetada:

- Pulseiras ou outros adereços devem ser retirados para evitar prejuízo à circulação, em caso de inchaço.

Hidratar a mulher com bastante água.

Lavar o local da picada com água e sabão para prevenção de infecções secundárias.

Garantir administração do soro antiofídico o mais brevemente possível:

- Priorizar a infusão segura e rápida, conforme a gravidade.

Especificidades na TIY

A caminhada ou o esforço para sair da floresta podem ser intensos, então:

- Envolver Agentes Indígenas de Saúde – AIS – no transporte seguro;
- Garantir acesso à água durante a caminhada;

Métodos a EVITAR:

- Administrar medicações para dor ou outras sem prescrição médica, pois podem interferir na avaliação clínica e agravar o quadro;
- Fazer cortes ou incisões;
- Tentar sugar o veneno com a boca;
- Aplicar gelo no local da picada;
- Utilizar torniquetes, faixas apertadas ou garrotes.

- Caso técnicas Yanomami e Ye'kwana incluam faixas, orientar sobre os riscos com respeito à autonomia das famílias. Sugerir emplastro sem torniquete;
- Gelo geralmente está indisponível no território, mas é preciso reforçar que, mesmo onde houver, não deve ser usado.

Plantas

Oru kiki hwëri
Sciaphila purpurea Benth.
 Triuridaceae

Uso no local da picada

Tipos de erva

Poripori thotho - Xori thotho
Clusia leprantha Mart., Clusia spp.
 Clusiaceae
 Apuí

Uso no local da picada

Xitopari hi
Jacaranda copaia (Aubl.)
D. Don Bignoniaceae
 Caroba

Esfregar o corpo com as folhas queimadas

É importante conversar com AIS, pessoas mais velhas e/ou lideranças para saber como o cuidado com as plantas é realizado, esclarecendo sobre a importância do uso do soro antiofídico e sobre a possibilidade dos cuidados complementares.

Conduta na Atenção Primária de Saúde - APS

Especificidades na TIY

Avaliação:

Todas as gestantes devem ser avaliadas cuidadosamente para determinar:

- A gravidade do quadro.
- A necessidade e a quantidade de soro antiofídico, conforme as manifestações clínicas.

Classificar o tipo de acidente e decidir a administração do Soro antiofídico conforme quadro abaixo.

Administração do soro antiofídico:

- Infusão lenta: 20 a 60 minutos, por via intravenosa (preferencial) ou, na ausência de acesso venoso, subcutânea;
- Administração segura: mesmo após refeições ou ingestão alcoólica, com atenção ao risco de aspiração secundária à vômitos;
- Uso concomitante de outros medicamentos: não compromete a eficácia do soro.

Remoção:

Casos avaliados como graves devem ser removidos para cuidados hospitalares.

Perguntas possíveis em Yanomam:

Tradução:

Witi pei thë kuo kuha?

“O que foi?”

Oru kini ware warema.

“Uma cobra me mordeu.”

Witi pei thë ki oru kuo kuha?

“Que tipo de cobra foi?”

Preerima kini ware warema.

“Foi uma surucucu que me mordeu.”

Em locais com maior risco de complicações ou dificuldade de monitoramento, é preciso fazer a remoção antecipada.

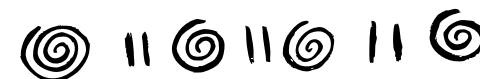
Realizar discussão sobre remoção via interconsulta para garantir escuta sensível e segurança às condições da gestante. Estabelecer plano de remoção. Ver item 3.2 Cuidados para uma remoção qualificada e segura, p.60.

Tipo de acidente	Manifestações clínicas	Antiveneno	Classificação clínica	Nº de Ampolas
<p>Botrópico Gênero: Bothrops Nome popular: Jararaca</p> <p>Nome em Yanomam: <i>karihirima kiki - karihirimak</i></p>	<p>No local da picada: dor, inchaço, manchas roxas, bolhas com líquido misturado a sangue e, em casos mais graves, morte do tecido (necrose).</p> <p>No corpo todo: podem ocorrer sangramentos, sangue na urina ou vômito com sangue.</p> <p>Atenção: Há alto risco de infecção na região da picada.</p>	<p>SABrB Soro antibotrópico (pentavalente)</p> <p>SABLC Soro antibotrópico (pentavalente) e antilaquéutico</p> <p>SABCD Soro antibotrópico (pentavalente) e anticrotálico</p>	<p>Leve:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apenas inchaço e vermelhidão leves no local da picada; • Pode surgir um pequeno sangramento na pele ou na boca e em outras mucosas; • O sangue pode demorar um pouco mais para coagular (parar de sangrar), mas sem gravidade. 	2 a 4
			<p>Moderada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inchaço e manchas roxas bem visíveis na região da picada; • Pode ocorrer sangramento, mas a pessoa continua se sentindo bem no geral; • O sangue pode ter dificuldade maior de coagular. 	4 a 8
			<p>Grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inchaço e manchas muito intensos; • Sangramento grave, podendo haver queda da pressão, desmaios ou até choque; • Pode ocorrer falha nos rins, com a pessoa parando de urinar; • O sangue pode não coagular adequadamente. 	12

Tipo de acidente	Manifestações clínicas	Antiveneno	Classificação clínica	Nº de Ampolas
<p>Laquético Gênero: Lachesis Nomes populares: Surucucu pico-de-jaca, surucucu-de-fogo, surucutinga Nome em Yanomam: <i>preerimakiki - preerimaki</i></p>	<p>No local da picada: dor muito forte, inchaço, sangramento, formação de bolhas e necrose (morte do tecido). No corpo todo: pode haver queda de pressão, suor frio, batimentos cardíacos lentos, vômitos e diarreia.</p> <p>Observação: essas manifestações são parecidas com as de picadas de jararaca (acidente botrópico), mas, neste caso, podem ocorrer alterações mais graves no funcionamento do corpo.</p>	<p>SABL Soro antibotrópico (pentavalente) e antilaquético</p>	<p>Moderada:*</p> <ul style="list-style-type: none"> O local da picada fica bastante inchado e dolorido; Pode ter sangramento, mas sem sinais como desmaios ou queda súbita da pressão. <p>*No caso de acidentes com cobras do tipo laquéticas (surucucu), qualquer picada deve ser considerada moderada ou grave - nunca leve -, pois pode evoluir rapidamente para quadros graves.</p> <p>Grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> O local fica muito inchado e dolorido, com sangramento intenso; Podem aparecer sinais como tontura, desmaio, suor frio ou queda da pressão. 	<p>10</p> <p>20</p>
<p>Crotálico Gênero: Crotalus Nome popular: Cascavel</p>	<p>No local da picada: podem não aparecer alterações ou apenas aparecem sinais discretos. No corpo todo: a pessoa pode apresentar queda da pálpebra (olho “caído”), visão embaçada e, em casos graves, dificuldade para respirar devido à paralisia dos músculos.</p>	<p>SACrE Soro anticrotálico</p> <p>SABC Soro antibotrópico (pentavalente) e anticrotálico</p>	<p>Leve:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pode ocorrer uma leve dificuldade nos movimentos, mas sem dor muscular forte, urina escura ou diminuição na quantidade de urina. <p>Moderada:</p> <ul style="list-style-type: none"> Fica mais evidente a dificuldade para movimentar os músculos; Pode surgir dor muscular leve e a urina pode ficar um pouco mais escura. <p>Grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> Dificuldade importante de movimentação e dor muscular intensa; A urina pode ficar bem escura e pode diminuir muito ou parar a produção de urina. 	<p>5</p> <p>10</p> <p>20</p>

Tipo de acidente	Manifestações clínicas	Antiveneno	Classificação clínica	Nº de Ampolas
<p>Elapídio Gênero: Micrurus e leptomicrurus Nome popular: Coral Verdadeira (acidente mais raro) Nome em Yanomam: <i>rarimakiki</i></p>	<p>No local da picada: geralmente não há lesões importantes, apenas dor leve. No corpo todo: pode ocorrer uma expressão facial característica, com dificuldade para movimentar os músculos do rosto (fácies miastênica), parecida com a que ocorre em acidentes com cascavel (acidente crotálico). Em casos mais raros, pode evoluir para dificuldade respiratória.</p>	<p>SAElaF Soro antielapídico (bivalente)</p>	<p>Grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pode haver dor ou sensação de formigamento, queda da pálpebra (o olho fica “caído”) e visão embaçada; • Todos esses casos devem ser considerados graves, pois há risco de a pessoa parar de respirar. 	<p>10</p>

Fonte: Adaptado do Manual de Diagnóstico e Tratamento de Acidentes por Animais Peçonhentos (2001) e do Guia de Vigilância Epidemiológica (2019).



6. Cuidados com a dor na gestação

Antes, nossas mulheres antigas não tinham dores, estavam bem. Porém, aqui, perto de onde vivem os napêpê, nós passamos a ter muitas dores e isso me deixa realmente muito preocupada. Por que é que nossas vaginas sangram assim?

(Relatório ISA XIV Encontro das Mulheres Yanomami – 2023)



Durante a gravidez, várias alterações sociais e fisiológicas ocorrem no corpo da mulher gestante. Essas alterações podem precipitar a dor, que, em alguns casos, pode dificultar ações cotidianas. É fundamental compreender que as alterações fisiológicas gestacionais interferem na absorção, na distribuição, no metabolismo e na excreção dos fármacos, podendo modificar a resposta terapêutica. Assim, qualquer intervenção medicamentosa deve ser pautada na análise dos riscos e benefícios

tanto para a mulher gestante quanto para o feto. No contexto da TIY, o entendimento sobre a dor – como de outros processos – pode envolver dinâmicas sociais diversas e é possível que haja um manejo próprio da dor com os xamãs, as mulheres mais velhas, com medicinas da floresta. Reconhecer e dialogar com esses saberes é essencial para uma atenção adequada e sensível.

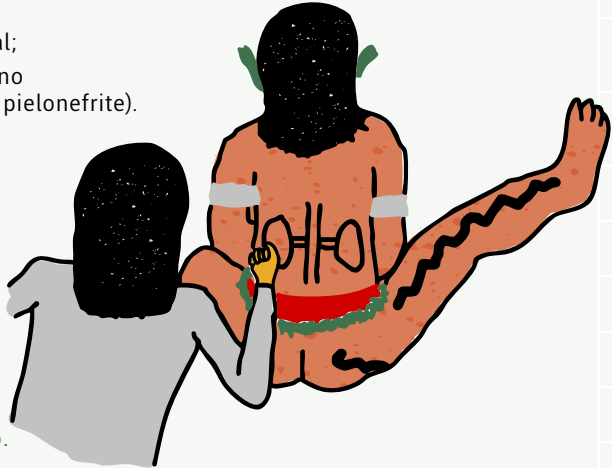
Conduta na Atenção Primária de Saúde - APS	Especificidades na TIY	
<p>Dor abdominal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dimeticona para desconforto intestinal/gases; • Hioscina (1 cápsula, via oral, até duas vezes ao dia) para cólicas leves; • Avaliar presença de contrações uterinas, sangramento vaginal ou sinais de descolamento prematuro de placenta, como dor abdominal, hígidez uterina, menor movimentação fetal. 	<ul style="list-style-type: none"> • É importante distinguir entre dores comuns e sinais de alerta; • Conversar com as mulheres mais velhas ou AIS para compreender cuidados Yanomami e Ye'kwana para alívio da dor. 	
<p>Dor lombar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paracetamol 500mg ou Dipirona 500mg a cada 6 horas, por tempo limitado; • Orientação postural; • Aplicação de calor local; • Avaliar sinal de Giordano (se positivo, investigar pielonefrite). 	<p>Perguntas possíveis em Yanomam:</p> <p><i>Wa nini tha?</i></p> <p><i>Awei, ya nini.</i></p> <p><i>Ma, ya niniimi.</i></p> <p><i>Witiha wa nini tha?</i></p> <p><i>Witiha thē nini kua?</i></p> <p><i>Hweiha thē nini kua.</i></p> <p><i>Ya heki ninirayoma.</i></p> <p><i>Ya nini mahi</i></p> <p><i>Ya nini watoto.</i></p> <p><i>Thē nini maa imatayou.</i></p>	<p>Tradução:</p> <p>Você tem/sente dor?</p> <p>Sim, estou sentindo dor.</p> <p>Não, não estou sentindo dor.</p> <p>Onde você está sentindo dor?</p> <p>Onde está doendo?</p> <p>É aqui que dói.</p> <p>Fiquei com dor de cabeça.</p> <p>Tenho muita dor.</p> <p>Tenho uma pequena dor.</p> <p>A dor está passando.</p>

Figura 19: Sinal de Giordano.
Fonte: Elaboração própria.

Plantas

Dores no corpo

<p><i>Iranaki</i> <i>Urera baccifera (L.) Gaud. Urticaceae</i> Urtiga</p>	<p>Bater com as folhas no lugar dolorido.</p>
<p><i>Makuyuma hana ki - Waihi hana ki</i> <i>Cymbopogon citratus (Nees) Stapf.</i> Poaceae Capim-cidreira</p>	<p>Colocar as folhas de molho e esfregar as folhas amassadas em todos os lugares doloridos.</p>
<p><i>Nini kiki - Rakaimi kiki</i> <i>Xylaria multiplex (Kunze ex Fr.) Fr.</i> Xylariaceae Tipo de fungo</p>	<p>Esmagar o caule, queimar e esfregar as cinzas nos lugares doloridos.</p>
<p><i>Waxia a</i> <i>Dieffenbachia costata Klotzsch,</i> <i>Dieffenbachia millikenii Croat Araceae</i> Aningá-da-mata - Tajá</p>	<p>Esquentar num embrulho de folhas na fogueira e massagear a região lombar.</p>

Contusões decorrentes de queda

<p><i>Karanaki</i> <i>Sparattanthelium guianense Sandw.</i> Hernandiaceae Tipo de cipó</p>	<p>Queimar e esmigalhar as inflorescências secas com frutos e esfregar no local.</p>
--	--

É importante conversar com AIS, pessoas mais velhas e/ou lideranças para saber como o cuidado com as plantas é realizado, esclarecendo sobre a possibilidade dos cuidados complementares.

Traumas: quedas e violência

- Avaliar necessidade de analgesia e riscos obstétricos;
- Monitorar sinais de sofrimento fetal, sangramentos, dor persistente;
- Encaminhar para interconsulta com Telessaúde, quando necessário;
- Oferecer escuta ativa e abordagem sensível a possíveis violências.

Conduzir diálogo cuidadoso com apoio de lideranças, AIS e intérpretes.

7. Violência

Nós, mulheres Yanomami, preferimos parir nossas crianças sozinhas, os não indígenas têm que respeitar isso. Quando nós estamos na Casai, nos hospitais e nos postos de saúde, eles têm dificuldade de entender esse nosso modo de fazer. Por isso, depois que a criança nasce, eles só devem cortar o cordão umbilical e examinar a criança. Quando a criança nasce no posto de saúde da comunidade, nós queremos que uma de nossas mulheres mais experientes nos acompanhe e que os técnicos entreguem a placenta para a mãe do bebê ou para a sogra dela.

(Livro 2 da Oficina de formação em Direitos Humanos para mulheres Yanomami e Ye'kwana – 2024)



Este capítulo apresenta algumas condutas em relação às violências que afetam as mulheres Yanomami e Ye'kwana, sem pretensão de esgotar o debate e as possibilidades de atuação, diante da complexidade dessa temática. Destacam-se a violência obstétrica e o direito ao cuidado respeitoso, culturalmente sensível e livre de todos os tipos de violência.

Com base em relatos, diretrizes e experiências coletivas, apresentam-se condutas que devem ser adotadas pela equipe de saúde na TIY, tanto para acolher e proteger mulheres em situação de violência quanto para prevenir práticas desrespeitosas no cuidado pré-natal, parto e puerpério.



Conduta na Atenção Primária de Saúde - APS	Especificidades na TIY
<p>Atenção aos sinais de alerta: investigar explicações inconsistentes para traumatismos, dor abdominal crônica, cefaleia, fadiga, atraso na busca por atendimento, não adesão aos tratamentos.</p>	<p>O objetivo é promover um contato mais acolhedor e sensível, e realizar uma investigação mais aprofundada a fim de esclarecer a causa da violência sofrida.</p>
<p>Atenção à violência obstétrica São ações ou omissões que causem sofrimento físico, emocional ou espiritual à mulher durante a gestação, o parto, o abortamento e o puerpério:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frases ofensivas ou humilhantes; • Impedimento do direito ao acompanhante; • Recusa de atendimento a mulheres em abortamento; • Negação de métodos contraceptivos; • Procedimentos não consentidos, como corte do períneo, cesarianas desnecessárias ou laqueadura sem consentimento; • Manobra de Kristeller, tricotomia, clíster, entre outros; • Toques vaginais repetidos e sem indicação; • Impedimento do contato pele a pele com o recém-nascido ou do aleitamento precoce. 	<p>As mulheres Yanomami e Ye'kwana têm se reunido e debatido nos diversos espaços sobre as violências sofridas por elas e também sobre como querem ser atendidas e cuidar da gravidez e dos filhos como sempre fizeram, a partir de seus conhecimentos. No livro que pode ser acessado no QR CODE a seguir, elas mostram como querem ser atendidas na unidade de saúde, na Casai, nas maternidades e também nos territórios.</p> <div data-bbox="1467 739 1704 1105" style="border: 1px solid black; padding: 5px;">  <p style="text-align: center;">O que nós queremos? Cuidados para um bom parto Yanomami e Ye'kwana Boa Vista, novembro de 2024</p> </div> 

Figura 20: Capa do livro *O que nós queremos? Cuidados para um bom parto Yanomami e Ye'kwana*. Fonte: Registro da II Oficina de Formação em Direitos Humanos com as mulheres Yanomami e Ye'kwana, 2025.

Conduta na Atenção Primária de Saúde - APS	Especificidades na TIY
<p>Promover acolhimento em espaço reservado: a escuta deve ser feita, preferencialmente, por profissional de saúde do sexo feminino, com intérprete mulher, se necessário.</p>	
<p>Oferecer profilaxias para vítimas de violência sexual:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sífilis recente: penicilina benzatina 1,2 milhão UI em cada glúteo, dose única; • Gonorreia e clamídia: ceftriaxona 500mg (intramuscular) + azitromicina 1g (via oral), dose única; • Tricomoníase: metronidazol 2g, via oral (5 comprimidos de 400mg ou 8 comprimidos de 250mg), dose única; • PEP HIV (até 72h): iniciar antivirais por 28 dias após teste rápido negativo; • Contracepção de emergência: anticoncepcional oral com 50µg de etinil-estradiol (2 comprimidos), repetindo a dose após 12 horas ou anticoncepcional oral com 30µg de etinil-estradiol (4 comprimidos), repetindo a dose após 12 horas. 	
<p>Garantir seguimento pós-parto: acompanhar de forma próxima e respeitosa, assegurando escuta ativa e cuidado contínuo.</p>	
<p>Realizar rodas de conversa e ações educativas: discutir direitos sexuais e reprodutivos, saúde das mulheres e o que é violência obstétrica.</p>	<p>As rodas devem ser conduzidas em parceria com mulheres indígenas e AIS, em espaços coletivos respeitosos e culturalmente sensíveis e adequados. Em muitas regiões, as mulheres que participaram dos Encontros das Mulheres na TIY discutiram a temática e podem ajudar a pensar.</p>

Conduta na Atenção Primária de Saúde - APS

Especificidades na TIY

Notificação de violência: preencher ficha de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências Interpessoais, incluindo casos de violência obstétrica.

A notificação da violência é um ato sigiloso para fins de vigilância e cuidado em saúde. Ela é diferente da denúncia (que pode gerar investigação).

- Em caso de conectividade limitada, fazer registro paralelo em cadernos locais e repassar, quando oportuno.

Sugere-se o uso do aplicativo NotiViva para nortear o preenchimento da ficha de notificação. Acesse o QR CODE:



Notificação de violência: é dever da equipe registrar, de forma sigilosa, situações de violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais, incluindo a violência obstétrica, utilizando a ficha de notificação do Ministério da Saúde (disponível em: ficha de notificação).

É importante buscar conhecer como os Yanomami e os Ye'kwana compreendem a sexualidade para melhor abordagem das situações de violência sexual;

Entre os **Yanomami***, a primeira menstruação é um momento de passagem na vida da mulher e indica a possibilidade de início da vida sexual. Em algumas regiões, pode acontecer que os pais das meninas predeterminem seus maridos mesmo antes de sua primeira menstruação. As mais jovens permanecem nas comunidades de seus pais e, na maioria das vezes, terão seus casamentos arranjados pelos homens, como forma de esses manterem e aumentarem suas redes de aliança e influência;

Entre os jovens, somente aqueles em processo de iniciação para tornar-se xamãs devem abster-se da prática sexual.

Entre os **Ye'kwana**, a primeira menstruação também é um momento de passagem na vida da mulher. Após o primeiro sangramento, ela passará por um período de reclusão que dura muitos meses e que se inicia com um ritual em que ela tem os cabelos raspados e não pode mais usar miçanga nem pintura corporal. Após os meses de reclusão, um novo ritual é realizado e ela voltará a usar miçanga e pinturas corporais. Ela passará a ser considerada uma mulher, podendo iniciar sua vida sexual. Os jovens, hoje em dia, têm certa liberdade para escolher seus parceiros, mas, para que um casamento possa ser consolidado, é preciso haver a concordância das duas famílias. Após o casamento, a regra é que o marido vá morar na casa dos pais da esposa.

Entre os jovens, somente aqueles em processo de iniciação para tornar-se xamãs devem abster-se da prática sexual.

Conduta na Atenção Primária de Saúde - APS

Especificidades na TIY

Sistemas comunitários de denúncia e resposta: além da notificação formal, o profissional da APS pode colaborar com iniciativas locais e comunitárias de monitoramento de violações de direitos, registrando casos de violência, tais como violência obstétrica.

Baixar o app no QR CODE, registrar, de forma offline, ocorrências com áudio e/ou fotos. Esse sistema pode fortalecer a resposta local e orientar ações do poder público e das comunidades.

Em caso de violências no contexto obstétrico, registrar como “alertas de saúde” = “outros”.

O Sistema de Alerta, criado pela comunidade Yanomami e Ye'kwana com apoio do Instituto Socioambiental – ISA –, permite o monitoramento autônomo de eventos adversos de saúde, riscos ambientais e territoriais.

Sistema de Alerta:

Para utilizar o Sistema de Alertas da TI Yanomami, baixe o aplicativo ODK Collect no seu telefone. Depois de instalar o app, insira os detalhes do projeto manualmente:

URL: <https://odk.socioambiental.org/yanomami> | **Usuário:** yanomami | **Senha:** awei

Depois de conectado ao servidor, clicar em “Baixar formulário”, selecione “Sistema de Alertas Yanomami” e clique em “pegar selecionados”.

Para registrar um alerta de violência obstétrica e outros tipos de violência, selecione “preencher novo formulário”. Em seguida, clique em “Sistema de Alertas da TI Yanomami”. Na próxima página, selecione “Alerta de Saúde”. Na sequência selecione “outro alerta de saúde”. Se desejar você pode adicionar as coordenadas geográficas do lugar de onde faz o registro. Depois grave um áudio descrevendo o evento. Se desejar pode também adicionar uma foto. Finalize o formulário e o envie quando tiver acesso à internet.

Garanta que a descrição de áudio contenha os elementos essenciais de uma denúncia, isto é: O que aconteceu? Onde? Quando? E informações sobre os envolvidos, respeitando eventuais exigências de anonimato.

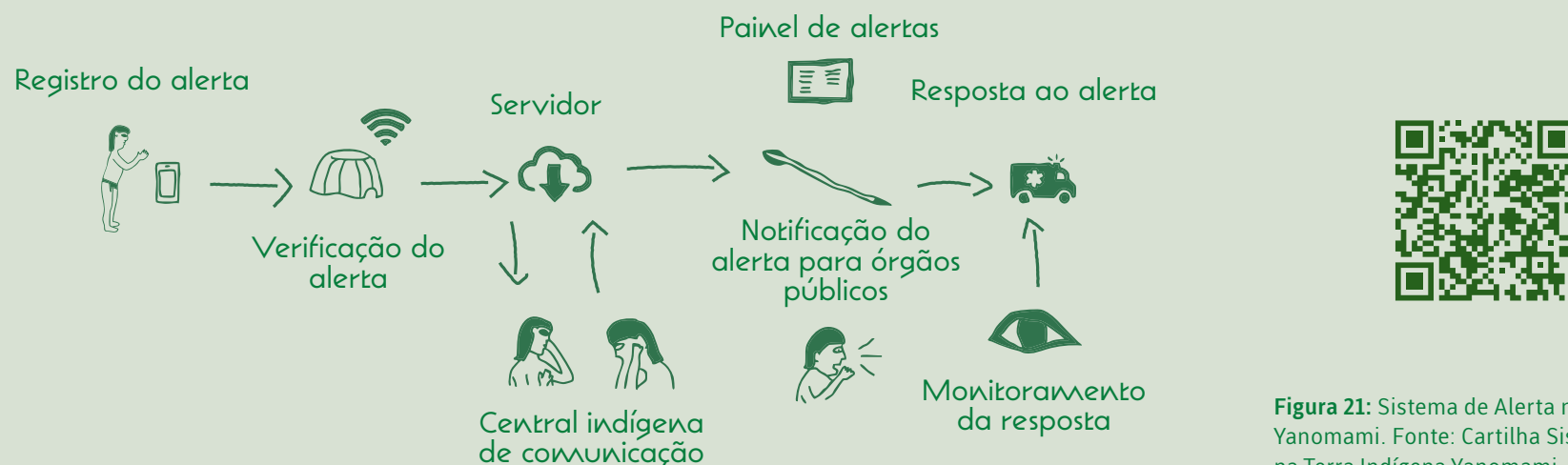
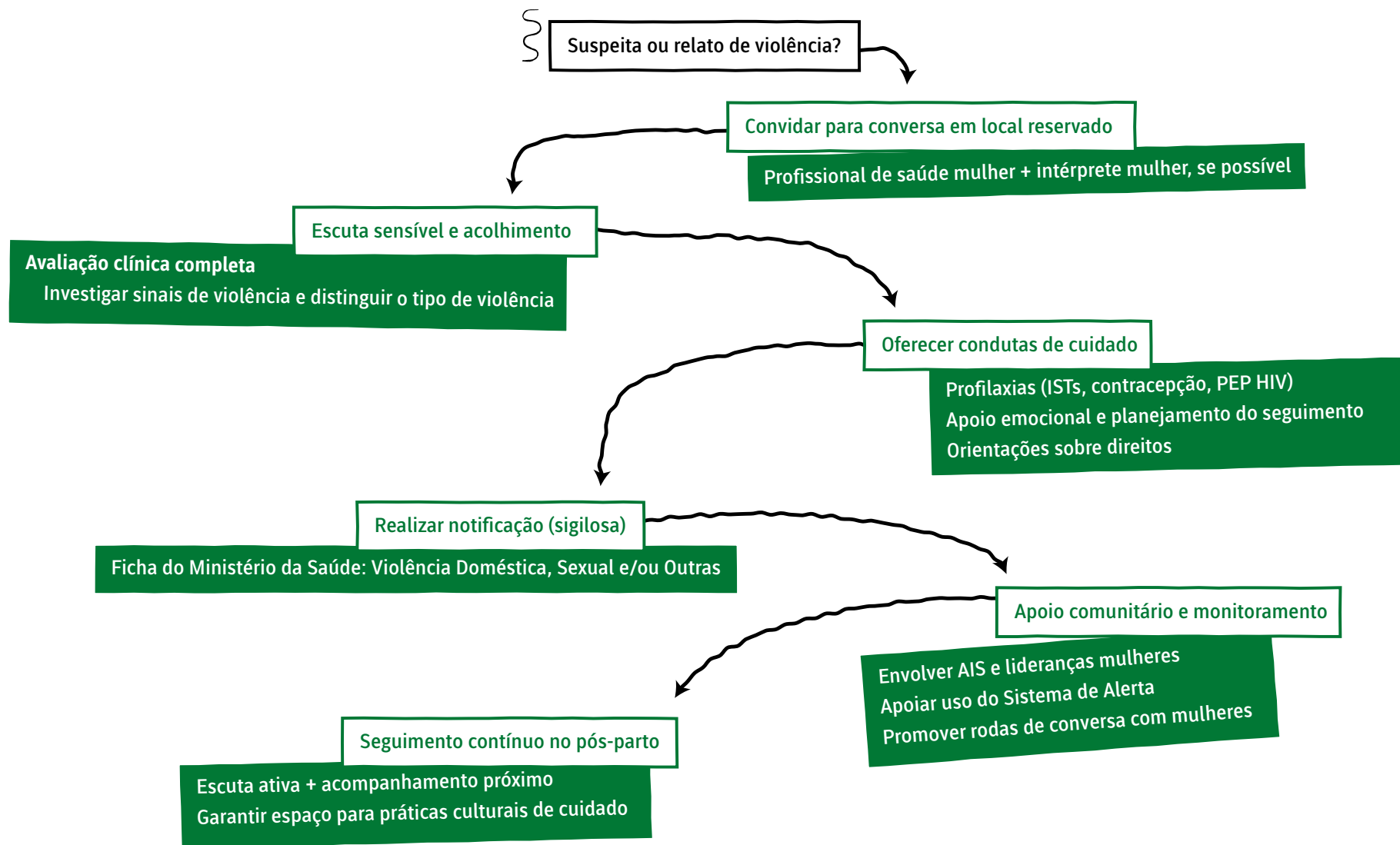


Figura 21: Sistema de Alerta na Terra Indígena Yanomami. Fonte: Cartilha Sistemas de Alerta na Terra Indígena Yanomami



8. O parto na Terra Indígena Yanomami – TIY

Nós, mulheres Yanomami, quando parimos nossos filhos na floresta, os homens não nos acompanham. Por isso, quando formos para a maternidade na cidade, não queremos a presença de médicos homens. Queremos médicas mulheres, para não sentirmos vergonha ou medo na hora do parto. Em nossa terra, apenas nós mulheres participamos do parto e, portanto, não aceitamos médicos homens, pois nos fazem sofrer.

(Ofício Hutukara Associação Yanomami - Carta do XIV Encontro das Mulheres – 2023)

Pepita, uma das nosankomo presente, disse que não está certo cremar a placenta do bebê, pois, ao fazer isso, estão cremando a inteligência da criança. Davi conta que quando uma criança que será xamã nasce, na placenta dela há uma onça (que são auxiliares dos xamãs), não pode cremar a placenta.

(Relatório da primeira oficina com as mulheres Ye'kwana 2024 Comunidade Fuduuwaadunha Ye'kwana – Auaris)



Entre 2020 e 2023, 95% dos recém-nascidos da TIY nasceram em casa ou na comunidade, sem a presença de profissionais da saúde e apenas 5% nasceram em uma embarcação ou hospital de referência – dados do Siasi analisados pelo projeto “Redes de Cuidado” (no prelo, 2025) – e as mortes maternas na TIY estão, sobretudo, associadas ao pós-parto. Isso indica a força do nascimento nos modos próprios das mulheres que vivem na TIY, os quais devemos cuidar para que sigam ao seu modo e apoiar somente quando formos acionados como serviço de saúde.

Parto Yanomami

Durante XV Encontro das mulheres Yanomami (2024), diversos relatos apontaram para um número elevado de partos que acontecem, atualmente, no posto de saúde na região de Maturacá, o que difere das demais regiões onde os partos acontecem na floresta ou dentro de casa, sem a presença de profissionais de saúde e sem a presença de homens. Destacaram também um aumento no número de encaminhamento das gestantes para o Hospital Militar em São Gabriel da Cachoeira, no momento do parto e do nascimento. Os relatos das mulheres que vivem em Palimiu, Demini, Missão Catrimani e todas as regiões da calha do rio Demini apontam para uma boa aceitação do pré-natal e para uma grande parte das gestações e dos partos que ocorrem sem intercorrências ou qualquer necessidade de intervenção por parte da equipe de saúde. Contam ainda que, quando o parto acontece durante a noite, os bebês nascem em algum canto reservado da casa coletiva, e as mulheres usam sempre o apoio de uma árvore ou um esteio para parir. Entre as mulheres Sanöma, os partos acontecem dentro de casa, com o apoio de uma rede. Logo que o bebê nasce, esperam ainda o nascimento da placenta para, depois, acolher o bebê e cortar o cordão umbilical, que pode ser cortado com um fino bambu *pirimahiki* ou similar, ou também com tesouras.

Na região da Missão Catrimani, por exemplo, a placenta precisa ser enterrada em um local propício, onde formigas tucandeiras possam comê-la, assim, como no Demini, em que a placenta é colocada em uma árvore

que tenha um ninho de formigas tucandeiras, o que faz com que a criança cresça valente e corajosa (*waithëri*). Entre os Sanöma, a placenta pode ser enterrada dentro de casa. Diante dessas diferentes destinações da placenta após o nascimento, as mulheres Yanomami têm relatado grande preocupação quando o parto ocorre na maternidade e elas não têm o conhecimento de onde e como a placenta é eliminada. Segundo os xamãs (*xapiri thëpë*), em alguns casos, essa separação placenta/território pode causar fraqueza ou doença na criança.

No primeiro parto, a mulher costuma estar acompanhada de outras mulheres de suas famílias e, caso necessário, de mulheres que têm maior experiência em auxiliar as parturientes. Já no segundo parto em diante, caso a mulher tenha tido o primeiro parto sem intercorrências, a mulher poderá ir sozinha para a floresta ter o filho, caso deseje. Entre os Yanomami, na maioria das regiões, os homens não participam do parto, apenas os xamãs podem ser chamados para auxiliar, caso a mulher apresente algum problema durante o parto.

Após o nascimento do bebê, depois de cortar o cordão umbilical, lavam e limpam o bebê e, em seguida, a mãe se assenta próximo ao fogo com o bebê, em resguardo. A partir desse momento o bebê passa a receber da mãe ou da avó as massagens *hōxāi*, uma forma de ir moldando o corpo do bebê para que fique bonito, sem imperfeições. As massagens geralmente são feitas nas pernas, nas nádegas, nas orelhas, no rosto, ao redor dos olhos, para moldar o corpo do bebê, ainda bem maleável. O corpo do recém-nascido Yanomami é denominado *iyë* – termo que também significa sangue, sangrento, cru. Em algumas regiões da TIY, o bebê pode receber uma pintura para protegê-lo dos seres maléficos. Quando se afirma que um bebê acabou de nascer, diz-se que ele está muito sangrento: *ihuru a wei iyë mahi*. É necessário aguardar o choro antes de iniciar a amamentação. A criança deve indicar que quer mamar, emitindo sons intensos, o que confirma sua saúde e sua vitalidade. A mãe permanece em reclusão devido ao sangue que flui após o parto. Durante cerca de cinco a dez dias, ela deve ficar sentada perto do fogo até que o fluxo cesse, sendo esse período variável conforme a quantidade de sangue de cada mulher.



Parto Ye'kwana

Muitas mulheres Ye'kwana vêm sendo encaminhadas, recentemente, para a maternidade em Boa Vista (RR). A decisão de encaminhar toda gestante para ter o seu primeiro filho na maternidade foi tomada pelas lideranças locais após a morte de três mulheres jovens no momento do parto, ocorridas em um curto espaço de tempo. No caso das três, tratava-se do primeiro filho.

Nos partos que acontecem na TIY, a parturiente é acompanhada por outras mulheres. A mulher, quando sente o início das contrações, vai para casa e chama sua mãe. A mãe sai em busca das ervas mada. Nem todas as mulheres chamam a mãe. Porém, após o início das contrações, a mulher não pode mais ficar sozinha devido à vulnerabilidade aos *Odo'sha*, seres maléficos que podem capturar os duplos das pessoas e podem fazê-las adoecer gravemente. Ela precisa ter acompanhante o tempo todo. O parto é comumente feito de cócoras e, além da mãe, o marido costuma ajudar, segurando a mulher, para que ela faça força. A mãe traz *woiadö* (planta) para a criança cair em cima, quando nascer, pois a criança não pode cair no chão.

Quando acontecem complicações no parto, chamam um sábio para fazer canto. Pode ser homem ou mulher, desde que seja conhecedor dos cantos. Quando o bebê nasce, todas as mulheres (exceto a parturiente) e crianças devem ir tomar banho no igarapé ou no rio, levando uma folha de bacaba. Os homens não precisam fazer isso. As mulheres e crianças devem passar a folha de cima para baixo do corpo, bem rápido, e jogar fora.

O cordão umbilical deve ser cortado com *kudaata*, se for menino, e *shiniija*, se for menina (tipos de bromélia com folhas 'dentadas') ou com o dente. Se o bebê for menino, quem corta é uma mulher. Se for menina, quem corta é um homem. Depois de cortar o cordão umbilical, deve-se colocar *manhadu* (erva) na boca da criança. Quando corta o cordão, deve-se tocar o sangue que sai com o dedo mindinho da mão esquerda e colocar embaixo da língua do bebê, para que ele não sofra quando os pais fizerem

coisas erradas. Depois, então, pega-se *manhadu* com o mesmo dedo e coloca na ponta da língua do bebê. Tudo isso deve ser feito antes de amamentar pela primeira vez. Depois, é preciso ajeitar a criança, pois, às vezes, ela nasce 'torta'. Pega nos pés, nas mãos, nos dedos, ajeita todas as partes do corpo do bebê. Depois disso, a criança é banhada com ervas *mada*, ela só poderá tomar banho com água após a queda do umbigo, quando é realizado o ritual de saída da casa pela primeira vez. Após o banho, a mãe vai amamentar.

A mulher precisa ficar perto do fogo, após o parto, para que o sangue não se acumule no ventre. Precisa cantar, antes de amarrar a rede dela, para que ela se deite com o bebê pela primeira vez. É preciso pintar a palma da mão do bebê e o rosto com a tinta *ayaawa*. Deve-se começar sempre de baixo para cima – primeiro os pés, depois o resto do corpo. A mãe e seu bebê devem estar sempre pintados com *ayaawa*. A pintura deve ser feita antes do primeiro banho de ervas do bebê. A pintura do corpo do bebê é como uma vacina, que o protege de ataques e doenças.

A placenta precisa ser enterrada em um cupinzeiro grande que esteja no chão. É preciso cavar para colocar a placenta no meio do cupinzeiro e, depois, ele é tampado com a terra escavada. Assim, a placenta será comida pelos cupins. Uma placenta que não é enterrada apodrecerá e causará doenças graves ao bebê.

Quando a criança morre no parto, a mãe deve ficar isolada. Se ela está na aldeia, não deve ir à roça e não pode fazer suas atividades cotidianas durante um mês. Ela deve tomar banho com as folhas *chuuta* e *dejooko* para limpar o corpo. Ela faz isso durante quatro dias, enquanto o resguardo durar. Não precisam ser por quatro dias seguidos, pode ser em dias alternados. O canto é necessário para limpar o corpo. A mulher não pode tomar caxiri se o filho nascer morto. Essas mesmas regras devem ser seguidas pela mulher que sofre um aborto.

Para as mulheres Ye'kwana, quando a gestação completa nove meses e não há sinais de que o parto está próximo, elas procuram o posto de saúde. Sinais de complicação que elas costumam identificar são: sangramento, dor no ventre ou quando a criança não se mexe na barriga da mãe.

Em caso de a equipe de saúde ser acionada em momentos de trabalho de parto, veja algumas recomendações:

Conduta na Atenção Primária de Saúde - APS	Especificidades na TIY	
<p>Compreender o que motiva a busca da equipe e o manejo de complicações obstétricas intraparto.</p> <ul style="list-style-type: none"> Para saber mais sobre esse manejo, ver aula “Assistência a intercorrências no parto e nascimento no território indígena: orientações para apoio na conduta clínica dos profissionais das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena”, no Portal de Boas Práticas da Fiocruz. 	Algumas perguntas podem ajudar a compreender possíveis complicações intraparto.	
	Perguntas possíveis em Yanomam:	Tradução:
	<i>Ihuru a hōkōkii kuha?</i>	Ele está preso?
	<i>Awei, a hōkō a</i>	Sim, ficou preso.
	<i>Ma, a hwai imatayou</i>	Não, está saindo.
	<i>Ihuru a nini mahiprario kuha?</i>	As dores do parto (as contrações) estão aumentando?
	<i>Awei, a nini mahiprarioma</i>	Sim, a dor está aumentando.
	<i>Ma, a nini maa kōkema</i>	Não, a dor parou de novo.
	<i>Nahi upë hwapo ha?</i>	A bolsa de água rompeu-se?
	<i>Awei, nahi upë hwapema</i>	Sim, a bolsa de água rompeu-se.
	<i>Ma, nahi upë hwanimi xoa</i>	Não, não se rompeu ainda.
	<i>Ihuru a temi tha?</i>	A criança está bem?
	<i>Awei, a temi</i>	Sim, está.
<i>Nasiki komi hwapo ha?</i>	A placenta saiu inteira?	
<i>Awei, nasiki komi hwapema</i>	Sim, saiu toda.	
<i>Ma, a hwanimi, a titia xoa, waiha a hwapi</i>	Não saiu, ainda está dentro, vai sair mais tarde.	
<p>Avaliação de Escala de MEOWS (p.59)</p> <p>Alerta amarelo: passe a monitorar os sinais vitais de 30 em 30 minutos, garanta interconsulta com obstetra – médico(a) ou enfermeira(o) – ou médico(a), para avaliar remoção.</p> <p>Alerta vermelho: preparar para remoção qualificada:</p> <p>Ver item 3.2 Cuidados para uma remoção qualificada e segura, p.60.</p>	<p>Em locais com maior risco de complicações ou dificuldade de monitoramento, é preciso fazer a remoção antecipada. - Realizar discussão sobre remoção via interconsulta para garantir escuta sensível e segurança às condições da gestante. Estabelecer plano de remoção. Ver item 3.2 Cuidados para uma remoção qualificada e segura, p.60.</p>	

9. Cuidados no puerpério



Após o parto, ficamos em reclusão.
As mais velhas cuidam e ensinam.
(Noemia, Ixima)

O puerpério é o período que se inicia logo após o nascimento do bebê, com duração variada na literatura científica e nas diversas culturas. Trata-se de um momento de intensas transformações físicas, emocionais e sociais, que requer acompanhamento cuidadoso, principalmente nas primeiras semanas após o parto. A maior parte das complicações maternas e neonatais ocorre na primeira semana puerperal, sendo as primeiras 48 horas especialmente críticas.

O puerpério, em muitas culturas, é um período em que diversos cuidados acontecem nas famílias e comunidades. No contexto da TIY, cuidados locais e práticas de resguardo realizadas pelos povos Yanomami e Ye'kwana podem envolver restrições alimentares, reclusão, uso de plantas e rituais específicos. Essas práticas protegem a saúde e devem ser respeitadas e integradas às demais ações de cuidado em saúde.

Puerpério Yanomami

As mulheres Yanomami costumam fazer o resguardo após o parto, ficando próximas a uma fogueira durante os dias em que o sangramento pós-parto cessa. Tanto durante a gestação quanto depois do nascimento do bebê, alguns alimentos podem ser proibidos tanto para a mãe quanto para o pai, assim como algumas práticas não podem ser realizadas ou determinados lugares não podem ser frequentados. É de se notar, portanto, que todas essas especificidades variam regionalmente e há uma série de variações quanto às restrições alimentares, práticas ou aos lugares permitidos durante o puerpério. A quebra de alguma restrição alimentar ou prática poderá incidir diretamente no bebê, enfraquecendo-o e até mesmo podendo ser responsável por sua morte.



Puerpério Ye'kwana

Entre os Ye'kwana, a mãe e a criança devem ficar dentro de casa até o umbigo cair. Depois que o umbigo cair, devem permanecer ainda mais um dia em reclusão, dentro de casa. Após esse momento de reclusão, um sábio deve ser convidado para levar a criança e a mãe até o rio para o primeiro banho. Deve ser utilizado o *awaana* fabricado com uma pequena cabaça preenchida com plantas especiais previamente cantadas. Depois que as plantas são colocadas na cabaça através de um pequeno orifício, ela é fechada com resina e *wadeko* (cordão de algodão) para a mãe segurar. A mãe segura uma ponta do cordão e vai sendo puxada pelo sábio à sua frente, junto com o bebê, até o rio, onde o bebê será colocado pela primeira vez na canoa e tomará o seu primeiro banho na água protegido pelo canto do sábio.

Após a primeira saída de casa, a mãe não pode sentar em um banco fabricado com *fidinha* ou *iyadijhe* (cedro).

Após o parto, a mãe e o pai seguem o resguardo, não podem comer nenhum tipo de comida sem canto, até para beber água eles têm que fazer *yaichuumadö* (canto/sopro) antes de consumi-la. Com o tempo, cada um dos alimentos que será inserido novamente na dieta, quando forem permitidos, tem que passar pelo canto. Caso contrário, sua ingestão pode afetar a saúde da criança ou da mãe e do pai.

O primeiro alimento que a mulher pode inserir na sua dieta após o parto é *wokö atuunannö'ajä* (mingau de beiju), e tem que pedir primeiro ao sábio para cantar. Esse canto é feito para pedir permissão à dona da água e para a dona da roça, para que não faça mal ao bebê e à mãe. E dentre as caças, pode comer somente *moto* (minhoca), que não faz mal ao bebê e dá muito leite no peito. Também pode comer alguns tipos de peixe, embora vários outros sejam proibidos. A mulher não pode beber água pura nos primeiros meses após o parto – ou ficará sangrando por muito tempo. Só pode tomar o mingau de beiju.



Durante o resguardo, o pai e a mãe não podem comer: tatu, anta, caititu, porco do mato, veado, paca e vários tipos de aves. Além de não poder comer essas caças, o pai também não pode caçar esses animais, mesmo que não seja para ele comer.

Existem várias atividades que os pais não devem fazer durante o resguardo, como, por exemplo: não pode cortar árvores, pois isso afeta a saúde da criança e seu crescimento – principalmente, cortar a árvore da bacaba. Não pode amolar facão e machado, pois a criança pode adoecer com feridas no pescoço e assaduras. Não pode jogar *kadaatumadi jhu'jä* (bola), porque a criança chora sem motivos e fica inquieta, já que a bola é considerada pelo povo Ye'kwana a cabeça de *Odo'sha*.

Conduta na Atenção Primária de Saúde - APS

Especificidades na TIY

Realizar visita domiciliar nas primeiras 48h pós-parto para acolhimento da mãe e do bebê, vigilância de sinais de risco e promoção do cuidado. Se o profissional acompanhou o parto, ficar com a mulher nas primeiras 4h pós parto.

Utilizar perguntas simples, com intérprete, se necessário.

Perguntas possíveis em Yanomam:

Tradução:

Suhu upë hwai tha?

“Está saindo leite?”

Awei, upë hwai

“Sim, está saindo.”

Ma, upë hwaimi

“Não, não sai.”

Iyë xiko mahi tha?

“Você está sangrando muito?”

Awei, iyë xiko mahi xoa

“Sim, ainda estou sangrando muito.”

Ma, iyë maa hikiprariyoma

“Não, já não estou sangrando mais.”

Garantir a realização da **primeira consulta puerperal** até o 7º dia após o parto (Consulta do Quinto Dia / Primeira Semana de Saúde Integral).

Realizar consulta e ações na Primeira Semana de Saúde Integral (de 7-10 dias pós-parto)

- Analisar o “viver bem e com saúde” da família no puerpério, verificar se os cuidados no resguardo da mãe, do pai e do bebê estão sendo realizados;
- Observar a mamada, examinar a criança;
- Realizar os testes neonatais: olhinho, orelhinha, coraçãozinho, pezinho;
- Avaliar sangramento vaginal pós-parto (loquiação) e sinais de infecção;
- Vacinação da mulher e criança (ver item 4 Imunizações recomendadas, p.61).

Sinais de risco para mulher: sangramento aumentado e/ou com odor fétido e/ou aspecto purulento, atonia uterina, dor à palpação abdominal, febre, pressão arterial elevada, dor ao urinar, intercorrências na amamentação, como fissura mamilar, ingurgitamento (“mama empedrada”) ou mastite.

Sinais de risco para o bebê: icterícia (“amarelão”), gemidos, vômito, diarreia, esforço respiratório, sinais de dor à manipulação, febre ou hipotermia, sinais de infecção no coto umbilical (hiperemia, secreção purulenta, odor fétido), sangramento ativo no coto umbilical, sucção débil ao seio materno, hipotonia, fontanelas abauladas ou deprimidas, ausência de diurese e evacuação.

Agendar consulta de 30 a 40 dias pós-parto.

Na TIY, nem todos os testes neonatais são realizados. As testagens são feitas para prevenção de doenças e, nesse sentido, não está indicado fazer remoção de bebês para esse fim, o que implicaria exposição do recém-nascido a riscos de adoecimento.

Manejo de possíveis complicações no puerpério

Conduta na Atenção Primária de Saúde - APS	Especificidades na TIY	
<p>Cistite e Pielonefrite Ver item 5.3 Infecções do trato urinário, p.81.</p>		
<p>Endometrite Frequentemente, entre o terceiro e sétimo dia de puerpério Diagnóstico clínico: dor à palpação abdominal, útero amolecido e aumentado de volume, colo dilatado e doloroso à mobilização e/ou saída de secreção purulenta pela vagina.</p> <p>Remoção e internação</p>	<p>Perguntas possíveis em Yanomam:</p>	<p>Tradução:</p>
<p>Infecção de canal de parto Frequentemente, nas primeiras 24 horas até o décimo dia pós-parto Casos leves: hiperemia, calor, edema local e/ou saída de secreção purulenta pela ferida operatória</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usar antibioticoterapia oral - cefalexina 500mg, via oral, de 6 em 6h, ou amoxicilina/clavulanato 500/125mg, via oral, de 8 em 8 horas, por 7 a 10 dias. <p>Graves: “calor”, “dor no baixo ventre” ou outra expressão própria – escuta qualificada é essencial. Se possível, o tratamento deve ser iniciado com antibióticos de amplo espectro. A escolha de primeira linha é a clindamicina, 900mg, intravenoso, a cada 8 horas, associada à gentamicina 1,5mg/kg, intravenoso, a cada 8 horas, ou 5mg/kg, uma vez ao dia. A ampicilina, 1g, intravenoso, a cada 6 horas, pode ser acrescentada se não ocorrer melhora do quadro em 48 horas.v</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fazer remoção e internação. 	<p><i>Wa na taari xa?</i></p> <p>Se possível, o tratamento deve ser iniciado com antibióticos de amplo espectro. A escolha de primeira linha é a clindamicina, 900mg, intravenoso, a cada 8 horas, associada à gentamicina 1,5mg/kg, intravenoso, a cada 8 horas, ou 5mg/kg, uma vez ao dia. A ampicilina, 1g, intravenoso, a cada 6 horas, pode ser acrescentada se não ocorrer melhora do quadro em 48 horas. Em locais com maior risco de complicações ou dificuldade de monitoramento, é preciso fazer a remoção antecipada. Realizar discussão sobre remoção via interconsulta para garantir escuta sensível e segurança às condições da gestante. Estabelecer plano de remoção. Ver item 3.2 Cuidados para uma remoção qualificada e segura, p.60.</p>	<p>“Posso examinar sua vagina?”</p>
	<p>Em locais com maior risco de complicações ou dificuldade de monitoramento, é preciso fazer a remoção antecipada. Realizar discussão sobre remoção via interconsulta para garantir escuta sensível e segurança às condições da gestante. Estabelecer plano de remoção. Ver item 3.2 Cuidados para uma remoção qualificada e segura, p.60.</p>	

Manejo de possíveis complicações no puerpério

Conduta na Atenção Primária de Saúde - APS

Especificidades na TIY

Ingurgitamento mamário

- Frequentemente, entre o terceiro e o quinto dia pós-parto
- Ensinar ordenha manual, orientar livre demanda.

Valorizar saberes locais sobre massagens, uso de plantas e outras possíveis práticas de cuidado com a amamentação.

Mastite

Frequentemente, na fase de apojadura (descida do leite: a partir da segunda semana após o parto)

Casos leves: edema, calor, hiperemia, dor, endurecimento local e/ou abscesso mamário.

- Cefalexina 500mg, via oral, de 6 em 6 horas, por 7 dias + compressas frias nas mamas.

Abscesso: presença de abscesso mamário

- Usar drenagem cirúrgica + antibiótico;
- Amamentar deve ser incentivado;
- Fazer remoção e internação acompanhada do bebê e de um familiar.

Em locais com maior risco de complicações ou dificuldade de monitoramento, é preciso fazer a remoção antecipada. Realizar discussão sobre remoção via interconsulta para garantir escuta sensível e segurança às condições da gestante. Estabelecer plano de remoção. Ver item 3.2 Cuidados para uma remoção qualificada e segura, p.60.

Infecção de ferida operatória (em caso de cesárea)

Frequentemente, entre o quinto e sétimo dia de puerpério

Casos leves: acometimento apenas da pele / epiderme.

- Usar cefalexina 500mg, via oral, de 6 em 6 horas, ou amoxicilina/clavulanato 500/125mg, via oral, de 8 em 8 horas, por 7 a 10 dias.

Casos graves: celulite com comprometimento sistêmico - febre ou abscesso

Antimicrobianos são indicados em casos de comprometimento extenso e/ou com sinais e sintomas de acometimento sistêmico:

- Cefazolina 1g, intravenoso, de 8 em 8 horas (1ª escolha em pacientes internados);
- Cefalexina 500mg, via oral, de 6 em 6 horas (2ª escolha);
- Oxacilina 1 a 2g, intravenoso, de 4 em 4 horas (esquema recomendado nos casos mais graves).

Tempo recomendado de tratamento: 7 a 10 dias

- Fazer remoção para internação, usar antibiótico intravenoso e drenagem.

Em locais com maior risco de complicações ou dificuldade de monitoramento, é preciso fazer a remoção antecipada. Realizar discussão sobre remoção via interconsulta para garantir escuta sensível e segurança às condições da gestante. Estabelecer plano de remoção. Ver item 3.2 Cuidados para uma remoção qualificada e segura, p.60.

10. Cuidados no abortamento

Foi aqui, nesta terra, que as coisas se transformaram, por isso me preocupou muito. Quando não tinham os napêpê, quando vivíamos sós, antes do contato, não estávamos assim! Não era dessa forma. Eu sou velha, então sei [...] alguns bebês arreentam antes da hora (*as mulheres têm abortos espontâneos), algumas perdem sangue pela vagina. Minha filha perdeu o bebê, aconteceu isso com ela também. Antes, quando não morávamos aqui, o lugar onde morávamos era muito limpo, onde viviam nossos antepassados era muito limpo, por isso estávamos bem. Agora estamos perto da terra dos brancos e por isso estamos tão mal.

(Chiquinha - comunidade Monopi – Relatório ISA XIV Encontro das Mulheres Yanomami – 2023)



Aborto entre as Yanomami

Entre os Yanomami, de algumas regiões da TIY, a perda gestacional – ou o natimorto – é compreendida como uma ação de espíritos maléficos. Várias outras doenças são atribuídas às ações dos xapiri, que são espíritos auxiliares dos xamãs. Apenas os xamãs conseguem enxergar os xapiri e agir através deles contra essas ações maléficas. Alguns xapiri são conhecidos por matar as crianças na barriga da mãe, como *Ōkarimari* (o espírito da cobra sucuriju), conhecido por copular com a mulher durante a noite escura e engravidá-la. A mulher atacada por esse espírito pode sofrer uma perda gestacional por se tratar de um bebê que é filho de um agente não humano. Além desse espírito maléfico, existem outros seres responsáveis pela perda gestacional, como: *Tiriri* (ser da escuridão); *Yurikori*; *Në wāri* e *Pore poreri* (espírito do fantasma). Em alguns casos, a morte materna após o parto pode ser atribuída também à agência desses espíritos maléficos.

Aborto entre as Ye'kwana

Entre os Ye'kwana, a perda gestacional – ou o natimorto – também pode ser consequência de ataques de seres maléficos *Odo'sha*. Esses ataques acometem principalmente as pessoas que estão com um corpo enfraquecido pelo não cumprimento das regras de restrição alimentar, dentre outras regras a serem observadas em diferentes etapas da vida. Na gestação, quando a gestante e o pai do bebê não seguem os cuidados como as prescrições alimentares e restrições de condutas nas atividades cotidianas, poderão ocorrer abortamentos, complicações no parto ou até mesmo a morte no parto.

A mulher não pode tomar caxiri quando sofre um aborto.

Conduta na Atenção Primária de Saúde - APS	Especificidades na TIY
<p>Identificação do abortamento: interrupção da gestação até a 20ª/22ª semana ou com produto da concepção < 500g</p> <p>Classificação:</p> <ul style="list-style-type: none">• Precoce: até 12 semanas;• Tardio: entre 12 e 20 ou 22 semanas;• Quadro clínico: dor abdominal e sangramento.	
<p>Acolher e orientar com base nos direitos sexuais e reprodutivos, autonomia e integralidade.</p>	<p>Valorizar o apoio e a integração com mulheres mais velhas, indicadas pela mulher puérpera e AIS mulheres, quando houver.</p>

Conduta na Atenção Primária de Saúde - APS

Especificidades na TIY

Exames clínicos e laboratoriais:

- BHCG urinário ou quantitativo;
- Tipagem sanguínea e imunoglobulina anti-D para Rh negativo;
- Testes rápidos para sífilis, HIV, hepatites B e C;
- Triagem para anemias e malária.

- Adaptar a solicitação de exames à realidade do território;
- Evitar remoções exclusivamente para testagens;
- Na ausência de exames, acompanhar quadro clínico de forma próxima.

Abortamento Completo:

Comum até 8 semanas de gestação

- Expulsão total até a 8ª semana;
- Cólicas cessam e sangramento reduz;
- Monitorar sinais de infecção uterina: febre, sangramento, odor fétido e avaliar remoção, se presentes;
- Analgésicos e antiespasmódicos para cólica: Hioscina: 1 comprimido, via oral, de 6 em 6 horas, em caso de cólicas.

- Acompanhar evolução com visitas domiciliares, escuta atenta e observação sensível;
- Discutir o tratamento com a mulher, valorizar o apoio de outras mulheres e AIS mulheres, quando houver.

Abortamento Incompleto:

Comum após 8 semanas de gestação

- Cólica e sangramento persistentes – Conduta: expectante/aguardar, fazer acompanhamento (exitosa em até 80% dos casos); ou
- Realizar remoção para conduta medicamentosa (misoprostol 200mcg via vaginal, de 12 em 12 horas, até 48h) ou cirúrgica em hospital;
- Administrar antiespasmódicos e analgésicos nas pacientes com cólicas: Hioscina: 1 comprimido, via oral, de 6 em 6 horas em caso de cólicas;
- Inibição da lactação - Cabergolina: 1mg (2 comprimidos), via oral, em dose única, se necessário.

- Acompanhar evolução com visitas domiciliares, escuta atenta e observação sensível;
- Discutir o tratamento com a mulher, valorizar o apoio de outras mulheres e AIS mulheres, quando houver.

Remoção: o misoprostol não está disponibilizado para a APS, por isso a remoção deve ser avaliada em caso de conduta medicamentosa ou cirúrgica. Ver item 3.2 Cuidados para uma remoção qualificada e segura, p.60.

Em locais com maior risco de complicações ou dificuldade de monitoramento, é preciso fazer a remoção antecipada. Realizar discussão sobre remoção via interconsulta para garantir escuta sensível e segurança às condições da gestante. Estabelecer plano de remoção. item 3.2 Cuidados para uma remoção qualificada e segura, p.60.

Conduta na Atenção Primária de Saúde - APS

Especificidades na TIY

Abortamento Retido:

- Produto da concepção permanece por 28 dias/3 semanas no útero: realizar conduta expectante se não houver sinais de complicações.
- 1º trimestre: aguardar naturalmente o início do trabalho de abortamento com monitoramento para sinais de infecção; ou fazer remoção para proceder ao esvaziamento cirúrgico por Aspiração Manual Intrauterina – AMIU – ou medicamentoso.
- 2º trimestre: realizar remoção para misoprostol + esvaziamento cirúrgico (AMIU ou curetagem).

Acompanhar evolução com visitas domiciliares, escuta atenta e observação sensível.

Discutir o tratamento com a mulher, valorizar o apoio de outras mulheres e AIS mulheres, quando houver.

Remoção: o misoprostol não está disponibilizado para a APS, por isso a remoção deve ser avaliada em caso de conduta medicamentosa ou cirúrgica. Ver item 3.2 Cuidados para uma remoção qualificada e segura, p.60.

Em locais com maior risco de complicações ou dificuldade de monitoramento, é preciso fazer a remoção antecipada. - Realizar discussão sobre remoção via interconsulta para garantir escuta sensível e segurança às condições da gestante. Estabelecer plano de remoção. Ver item 3.2 Cuidados para uma remoção qualificada e segura, p.60.

Abortamento Infectado:

- Febre, dor à palpação, secreção purulenta, odor fétido;
- Tratamento: antibiótico de amplo espectro;
- Metronidazol – 500mg – 1g, intravenoso, a cada 6 horas, por 7 – 10 dias, ou clindamicina – 600 – 900mg, a cada 6 ou 8 horas, intravenoso, por 7 – 10 dias, associado com gentamicina – 1,5mg/kg/dose, intravenoso ou intramuscular, a cada 8 horas, por 7 – 10 dias ou amicacina – 15mg/kg/dia, a cada 6 – 8 horas, intravenoso ou intramuscular, por 7 – 10 dias;

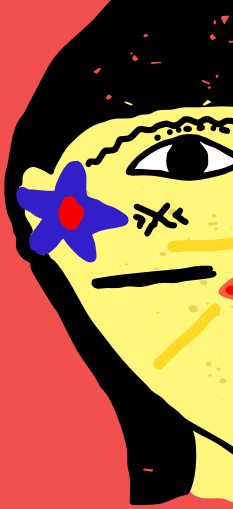
- Acompanhar evolução com visitas domiciliares, escuta atenta e observação sensível;
- Discutir o tratamento com a mulher, valorizar o apoio de outras mulheres e AIS mulheres, quando houver;
- Para remoção, ver item item 3.2 Cuidados para uma remoção qualificada e segura, p.60.
- Realizar remoção para cirurgia e remoção do foco infeccioso, se necessário.
- Para o alívio da dor durante o abortamento, podem ser usados três tipos de fármacos, únicos ou em combinação: analgésicos, que aliviam a sensação de dor; tranquilizantes, que reduzem a ansiedade; e anestésicos, que apagam a percepção física durante o abortamento cirúrgico;
- Indica-se o uso de anti-inflamatórios não esteroides: ibuprofeno 200 a 600mg, a cada 6 horas.

Diagnóstico diferencial: mola hidatiforme

- O sinal mais comum é o sangramento, seguido pela expulsão das vesículas molares. Sinais: útero aumentado, ausência de BCF, vesículas molares, níveis elevados de hCG;
- Tratamento: aspiração a vácuo e seguimento ambulatorial com dosagem de hCG por até 1 ano;

- Avaliar necessidade de remoção para realização da cirurgia.

Referências



ALBERT, B.; GOMEZ G. *Saúde Yanomami: um manual etnolinguístico*. Belém: Museu Paraense Emílio Goeldi, 1997. 304 p. (Coleção Eduardo Galvão). Disponível em: https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers14-09/010021801.pdf. Acesso em: 27 abr. 2025.

ARAGÃO, F. F. de; TOBIAS, A. F. *Pharmacological treatment of pain in pregnancy*. BrJP, v. 2, n. 4, p. 374–380, out. 2019.

BELO HORIZONTE, Secretaria Municipal de Saúde. *Protocolo Pré-natal e puerpério*. 2.ed. rev. e atual. 134 p. Minas Gerais: SMS-BH, 2019. Disponível em: https://moodle.unasus.gov.br/vitrine29/pluginfile.php/24742/mod_resource/content/3/protocolo-pre-natal-perperio.pdf. Acesso em: 6 maio 2025.

BIRCHER C. *Clinical Guideline for: The use of the Modified Early Obstetric Warning Score (MEOWS)*. NHS. 2022. Disponível em: <https://www.nnuh.nhs.uk/publication/modified-early-obstetric-warning-score-meows-mid33-ao13-v7/>. Acesso em: 03 dez. 2024.

BRASIL. *Fundação Nacional de Saúde. Manual de diagnóstico e tratamento de acidentes por animais peçonhentos*. 2. ed. Brasília, DF: FNS, 2001. 120 p. Disponível em: <https://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/Manual-de-Diagnostico-e-Tratamento-de-Acidentespor-Animais-Pe--onhentos.pdf>. Acesso em: 25 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde; Fundação Nacional de Saúde, 2002. 40 p. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf. Acesso em: 27 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada* – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 163 p. color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno n. 5) ISBN 85-334-0885-4. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf. Acesso em: 6 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica*. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 60 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos: Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno n. 4). Disponível em:

https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf. Acesso em: 27 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção ao pré-natal de baixo risco* / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em: 2 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres* / Ministério da Saúde, Instituto SÍrio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230 p.: il. ISBN 978-85-334-2360-2. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf. Acesso em: 27 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. *Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida* [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 51 p. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: 27 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças*. 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/consultas-publicas/2017/arquivos/ManualTecnicoParaoDiagnosticoDaInfeccaoPeloHIVRevisao20174edicao30102017Consultapublica.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. *Protocolo de Notificação e Investigação: Toxoplasmose gestacional e congênita* [recurso eletrônico]/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 31 p.: il. ISBN 978-85-334-2655-9. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_notificacao_investigacao_toxoplasmose_gestacional_congenita.pdf. Acesso em: 6 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde; Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. *Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada: saúde da mulher na gestação, parto e puerpério*. São Paulo: Ministério da Saúde; Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2019. 56 p. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta/resource/pt/biblio-1223374>. Acesso em: 27 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Nota Técnica nº 84/2021-CGAFB/DAF/SCTIE/MS* – Canetas de insulinas humanas e agulhas de 4mm no SUS. Brasília, 2021. Disponível em: <https://diabetes.org.br/nota-tecnica-no-84-2021-cgafb-daf-sctie-ms-canetas-de-insulinas-humanas-e-agulhas-de-4mm-no-sus/>. Acesso em: 27 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. *Nota Técnica nº 65/2021-CGZV/DEIDT/SVS/MS* – Orientações à rede privada de saúde sobre diagnóstico laboratorial e controle de qualidade da malária. Brasília, 2021. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2021/nota-tecnica-no-65-2021-cgzv-deidt-svs-ms/view#:~:text=Informa%20%C3%A0%20rede%20privada%20de,treatamento%20dos%20casos%20de%20mal%C3%A1ria](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2021/nota-tecnica-no-65-2021-cgzv-deidt-svs-ms/view#:~:text=Informa%20%C3%A0%20rede%20privada%20de,treatamento%20dos%20casos%20de%20mal%C3%A1ria.). Acesso em: 27 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. *Guia de tratamento da malária no Brasil* / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. 2.ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_tratamento_malaria_brasil.pdf. Acesso em: 6 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST*. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf/view. Acesso em: 6 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. *Manual de gestação de alto risco* [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 692 p. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/manual-de-gestacao-de-alto-risco-ms-2022/>. Acesso em: 27 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Nota Técnica nº 118/2023-CGICI/DPNI/SVSA/MS* – Incorporação das vacinas COVID-19 no Calendário Nacional de Vacinação Infantil. Brasília, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2023/nota-tecnica-no-118-2023-cgici-dpni-svsa-ms/view>. Acesso em: 27 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manejo paciente com Diarreia*. Cartaz. 2023. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/cartazes/manejo_paciente_diarreia_cartaz.pdf Acesso em: 8 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Calendário Técnico Nacional de Vacinação da Gestante*. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/calendario-tecnico/calendario-tecnico-nacional-de-vacinacao-da-gestante>. Acesso em: 27 abr. 2025.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2024* [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. 252 p. ISBN 978-65-5993-710-3. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacaonacional_medicamentos_2024.pdf. Acesso em: 27 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Nota Técnica Conjunta nº 251/2024-COEMM/CGESMU/DGCI/SAPS/MS e CGAN/DEPPROS/SAPS/MS* – Suplementação de cálcio (Carbonato de Cálcio) para pessoas gestantes. Brasília, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-conjunta-no-251-2024-coemm-cgesmu-dgci-saps-ms-e-cgan-deppros-saps-ms.pdf/view>. Acesso em: 27 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Nota Técnica nº 41/2024-CGICI/DPNI/SVSA/MS* – Atualização das recomendações da vacinação contra HPV no Brasil. Brasília, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-no-41-2024-cgici-dpni-svsa-ms/view>. Acesso em: 27 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. *Estratégia de vacinação contra a Covid-19* – 2024. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. 67 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/covid-19/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/estrategia-de-vacinacao-contra-a-covid-19-2024-2a-edicao/view>. Acesso em: 27 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. *Guia de vigilância em saúde: volume 3*. 6. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude-volume-3-6a-edicao/view>. Acesso em: 25 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual técnico para o atendimento de indígenas expostos ao mercúrio no Brasil* / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Ministério dos Povos Indígenas. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. 288 p. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atendimento_indigenas_expostos_mercurio.pdf. Acesso em: 30 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Ata Reunião da Câmara Técnica de Assessoramento em Imunizações – CTAI*. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/ctai/atas-de-reunioes/ata-reuniao-da-ctai-21-02-2025.pdf/view>. Acesso em: 22 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderneta da gestante*. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/g/gravidez/publicacoes>. Acesso em: 22 maio 2025.

DUMONT, E. *Fazer gente, sem corpo mole: cuidados na gestação, parto e pós-parto Yanomami*. 2024. Monografia (Bacharelado em antropologia) - Universidade Federal de Minas Gerais, 2024.

FERREIRA, Helder Perri; MACHADO, Ana Maria Antunes; SENRA, Estêvão Benfica (Org.). *As línguas Yanomami no Brasil: diversidade e vitalidade*. São Paulo: Instituto Socioambiental – ISA; Boa Vista: Hutukara Associação Yanomami, 2019. (Saberes da floresta Yanomami; v. 17). ISBN 978-85-8226-076-0. Disponível em: <https://acervo.socioambiental.org/sites/default/files/publications/YAL00061.pdf>. Acesso em: 22 maio 2025.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). *Protocolo FEBRASGO para o manejo de diabetes gestacional*. 14 jun. 2018. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/530-protocolo-febrasgo-para-o-manejo-de-diabetes-gestacional>. Acesso em: 27 abr. 2025.

FILLION, Myriam et al. *Degradação ambiental, mercúrio e saúde no Tapajós*. Projeto Caruso. Santarém, 2008. Disponível em: http://professor-ruas.yolasite.com/resources/Cartilha%20Caruso%202008_Mercurio_Ecohealth.pdf. Acesso em: 22 maio 2025.

GARNELO, L. et al. Avaliação da atenção pré-natal ofertada às mulheres indígenas no Brasil: achados do Primeiro Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, p. e00181318, 2019.

GONÇALVES, M. V. C. et al. Postpartum endometritis and sepsis: a review. *Revista Médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, v. 22, supl. 5, p. S21-S24, 2012. Disponível em: <https://rmmg.org/artigo/detalhes/667>. Acesso em: 6 maio 2025.

JORQUERA, G.; ECHIBÚRU, B.; CRISOSTO, N.; SOTOMAYOR-ZÁRATE, R.; MALIQUEO, M.; CRUZ, G. Metformin during Pregnancy: Effects on Offspring Development and Metabolic Function. *Front Pharmacol*, v. 11, p.653, 17 jun. 2020. doi: 10.3389/fphar.2020.00653. PMID: 32625081; PMCID: PMC7311748. Disponível em : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32625081/>. Acesso em: 10 fev. 2025.

KAC, G. et al. *Gestational weight gain charts: results from the Brazilian Maternal and Child Nutrition Consortium*. *Am. J. Clin. Nutr.*, v. 113, n. 5, p. 1351-1360, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqaa402>.

MACHADO, Ana Maria. Nossos filhos estão nascendo apodrecidos. Será que as doenças estão fazendo isso com eles?. *Sumaúma*, 22 dez. 2023. Disponível em: <https://sumauma.com/nossos-filhos-estao-nascendo-apodrecidos-sera-que-as-doencas-estao-fazendo-isso-com-eles/>. Acesso em: 27 abr. 2025.

MARCHA DAS MULHERES INDÍGENAS. Documento Final da Marcha das Mulheres Indígenas (2019). *InSURgência: revista de direitos e movimentos sociais*, Brasília, v. 7, n. 2, p.339–345, 2021. doi: <https://doi.org/10.26512/insurgncia.v8i2.39122>. Acesso em: 27 abr. 2025.

MARZAGÃO, T. P.; SILVA, I. C. N.; MACHADO, C. J. Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte (SMS-BH). Protocolo Pré-natal e Puerpério. 2.ed. rev. e atual. [cerca de 134 p.]. Minas Gerais: SMS-BH; 2019. Resenhas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 5, p. 1989–1990, maio 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/rwhqTFjDkc96bpmYjhQ9mMb/>. Acesso em: 27 abr. 2025.

MATUSZKIEWICZ-ROWIŃSKA, J.; MALYSZKO, J.; WIELICZKO, M. Urinary tract infections in pregnancy: old and new unresolved diagnostic and therapeutic problems. *Arch Med Sci.*, v.11, n.1, p.67-77, 16 mar. 2015. doi: 10.5114/aoms.2013.39202. Epub 14 mar. 2015. PMID: 25861291; PMCID: PMC4379362. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25861291/>. Acesso em: 10 fev. 2025.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. *Rezende obstetrícia fundamental*. 14.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. x, 1002 p. ISBN 978-85-277-3257-4.

RIO DE JANEIRO (RJ). Secretaria Municipal de Saúde. *Guia rápido pré-natal: atenção primária à saúde: ciclos da vida*. 4.ed. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2025. (Série F. Comunicação e educação em saúde).

SCHNEEBERGER, C.; GEERLINGS, S. E.; MIDDLETON, P.; CROWTHER, C. A. Interventions for preventing recurrent urinary tract infection during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, [S. l.], v. 2015, n. 7, CD009279, 26 jul. 2015. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009279.pub3>. PMID: 26221993. PMCID: PMC6457953.

SOUSA, A. A. R. de et al. Impactos econômicos na saúde humana decorrentes do uso de mercúrio na mineração ilegal de ouro na Amazônia brasileira: uma avaliação metodológica. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, [S. l.], v.18, n.22, p.11869, nov. 2021. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph182211869>. Licença: CC BY 4.0.

VASCONCELOS, I. da S.; COSTA, SB.; MORAES, CM de.; CARBONELL, RCC.; MESQUITA, RMGR de. Caracterização Clínica e Epidemiológica dos Acidentes Ofídicos no Hospital Geral de Boa Vista, Roraima. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, [S. l.], v. 15, p. e154111536588, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i15.36588. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/36588>. Acesso em: 25 maio. 2025.

WIDMER, M.; GÜLMEZOĞLU, A. M.; MIGNINI, L.; ROGANTI, A. Duration of treatment for asymptomatic bacteriuria during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, [S. l.], 2011. (13 RCT; 1622 mulheres).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Human Reproduction Programme. *WHO recommendations on maternal and newborn care for a position postnatal experience*. Geneve: World Health Organization, 2022. 224p. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2022/05/9789240045989-eng.pdf>. Acesso em: 6 maio 2025.

YANOMAMI, Morzaniel Iramari et al. (Org.). Tradução Bruce Albert. *Hwërimamotima thë pë ã oni = Manual dos remédios tradicionais Yanomami*. São Paulo: Instituto Socioambiental. Série Urihi anë thëpëã pouwi: saberes da Floresta Yanomami; v. 2. / Boa Vista, RR: Hutukara Associação Yanomami, 2014.

ZAJDENVERG, L.; FAÇANHA, C.; DUALIB, P.; GOLDBERT, A.; NEGRATO, C.; BERTOLUCI, M. Planejamento, metas e monitorização do diabetes durante a gestação. *Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes* (2023). doi: 10.29327/557753.2022-12, ISBN: 978-85-5722-906-8.



Hwërimamotima thë pë ã oni – Manual dos remédios tradicionais Yanomami. Disponível em: <https://acervo.socioambiental.org/acervo/publicacoes-isa/manual-dos-remedios-tradicionais-yanomami>



O que nós queremos? Cuidados para um bom parto Yanomami e Ye'kwana. Disponível em: <https://acervo.socioambiental.org/acervo/documentos/o-que-nos-queremos-cuidados-para-um-bom-parto-yanomami-e-yekwana>



Oficina de formação em Direitos Humanos para Novas Lideranças Yanomami e Ye'kwana. Disponível em: <https://acervo.socioambiental.org/acervo/documentos/oficina-de-formacao-em-direitos-humanos-para-novas-liderancas-yanomami-e-yekwana>



Direito das mulheres. Disponível em: <https://acervo.socioambiental.org/acervo/documentos/direito-das-mulheres>



Construção da linha de cuidado do câncer de colo de útero para as mulheres do DSEI Yanomami e Ye'kwana. Disponível em: <https://acervo.socioambiental.org/acervo/documentos/construcao-da-linha-de-cuidado-do-cancer-de-colo-de-utero-para-mulheres-do-dsei>

Vídeos

As Mulheres Yákonamã e o Cuidado com as Crianças

Disponível em: <https://youtu.be/HFUMQhX23Yw>



Cenário da Saúde Sexual e Reprodutiva no DSEI Yákonamã e Ye'kwana

Disponível em: <https://youtu.be/zYJTNzPVFzk>



Construindo a linha de cuidado do câncer do colo do útero no DSEI - YY

Disponível em: <https://youtu.be/0a9rFIWeARU>



Mortalidade de mulheres: dois indicadores de avaliação

Disponível em: <https://youtu.be/k7Br9nUGEQc>



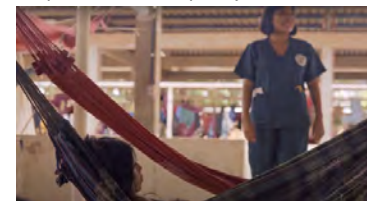
Protagonismo Feminino na Terra Indígena Yákonamã

Disponível em: <https://youtu.be/wbgfYbhr8NM>



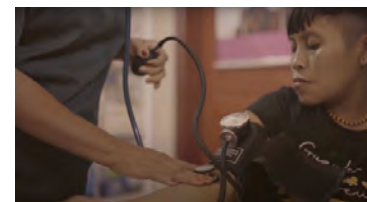
Como realizar o pré-natal na Terra Indígena Yákonamã

Disponível em: <https://youtu.be/04EBXXp8iNY>



Prevenção e cuidado da hipertensão entre gestantes na TIY

Disponível em: <https://youtu.be/q6UdNndCZxQ>



Redes de cuidado



TIY



Realização

PROEX
PRÓ-REITORIA
DE EXTENSÃO

UFMG



HOSPITAL
Sofia
Feldman
cuidado de mãe pra mãe



SESAI
SECRETARIA DE SAÚDE INDÍGENA

FIOCRUZ

SUS

MINISTÉRIO DA
SAÚDE



MINISTÉRIO DOS
POVOS INDÍGENAS

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO

