

**Universidad Politécnica Salesiana Ecuador**

**Facultad de Ciências Humanas y Educación**

**Carreira de Antropologia Aplicada**

**Tesis Previa a La Obtención Del Título de Licenciatura em  
Antropologia Aplicada**

**Tema : As Interpretações sobre Oncocercose dos Yanomami  
da comunidade de Aratháú Desde 2000 até 2008.**

**Autora:Joana Claudete das Mercês Schuertz**

**Diretor: Luis Herrera**

**Quito-2010**

## Dedicatória



Dedico este trabalho à minha família, ao meu esposo José Francisco, e aos meus filhos Simone e Thiago que me ajudaram, e para minha querida mãe, pelo seu carinho e amor.

Dedico a todo povo Yanomami pela sua história e beleza de vida, que me ensinou a ser feliz, mesmo nos momentos tristes. Dedico a todos que acreditam na vida, A Deus que tudo me deu, a todos que aprendi a amar, e aos que eu não soube cativar.

## **Agradecimentos**

A Deus.

Aos queridos yanomami que sempre me aceitaram com carinho. Aos meus familiares que sempre me deixaram a vontade para trabalhar, em especial a minha mãe, meus irmãos e meu esposo que sempre me ajudaram.

Agradecimentos à compreensão dos meus filhos, Simone e Thiago.

Aos meus Professores, Gardênia, Ricardo, Dimitri, Fabiano, Gabriela, Patrício Guerreiro, Dolores, José Ferreira, mesmo estando distante têm contribuído para minha aprendizagem.

Agradeço aos funcionários que me ajudaram, e ao Marcos Aurélio Yanomami que trabalhou como intérprete.

Agradecimentos ao Ministério da Saúde, Fundação Nacional da Saúde e, pelo apoio, ao Coordenador do Programa e Controle da Oncocercose.

Enfim, obrigado a todos aqueles que direta ou indiretamente me ajudaram na realização deste trabalho.

## Epígrafe

As grandes montanhas, que até ontem guardavam o último refúgio deste povo, estão sendo movidas pela violência, a filha da ganância. Os rios e igarapés, nossos irmãos menores, são devassados pelas dragas, feridos de morte. Os animais desaparecem sob a coragem dos aventureiros que buscam a riqueza fácil. Estão ameaçadas as últimas regiões sagradas do Universo yanomami, Yonan e Sanumã. Virá o dia e o tempo virá de se cumprir a grande Profecia dos filhos de Onam: “quando os lugares sagrados forem tocados, a noite virá, virá a noite como brisa da manhã, pois eu estarei me pondo fraco. A noite virá como o vento, pois eu estarei morrendo”.

Ailton Krenak, ao povo Yanomami.

## Resumo

Este trabalho visa conhecer a percepção dos yanomami sobre a Oncocercose dos indígenas de Aratháú. Focalizamos a importância do conhecimento antropológico nas comunidades indígenas. A Oncocercose foi identificada no Brasil no início da década de 70, no território yanomami. No tempo atual, ainda permanece restrita àquela área. O Programa Brasileiro está comprometido com o esforço latino-americano de Eliminação da Oncocercose. Desde 1997, inquéritos parasitológicos, foi realizado nesta área de Aratháú, isto nos mostrou área hiperendêmica. No entanto, o contato e a presença de não indígena, resultou de diversas endemias, malária, tuberculose, e a Oncocercose. O principal objetivo deste trabalho é analisar qual é a visão e o saber yanomami sobre a Oncocercose, como estes têm reagido ao tratamento da doença, e qual a interferência na sua cultura. A História das representações sociais de saúde e doença faz menção aos elementos naturais e sobrenaturais que habitam tais representações, provocando os sentidos e impregnando a cultura, os espíritos, os valores e as crenças dos povos. Neste contexto, a doença tem sua representação associada a sentimentos de culpa, medos, superstições, mistérios. Essa experiência depende o que se entende por doença e como ela é interpretada. Através deste trabalho, os dados obtidos poderão nortear os demais profissionais da equipe de saúde que vem prestando assistência de saúde neste local.

## **Abstract**

This work aims to ascertain the perception of yanomami on Onchocerciasis of the natives of Arathaú. It was based upon the importance of anthropological knowledge in indigenous communities. The Onchocerciasis has been identified in Brazil at the beginning of the decade 1970, in the Yanomami territory. At the present time, although it remains restricted area. The Brazilian Program is committed to the effort of Latin American Elimination of Onchocerciasis. Since 1997, parasitological surveys were conducted in this area of Arathaú; this area has shown us hiperendemic. However, the contact and the presence of non-indigenous resulted from various endemic diseases, malária, tuberculosis, and Onchocerciasis. The main objective of this study is to analyze what is the Yanomami vision and knowledge on Onchocerciasis, as they have responded to the treatment of disease, and how interference in their culture. The history of social representations of health and disease mentions the natural and supernatural elements that inhabit such representations, causing the senses and spread into culture, the spirits, values and beliefs of the people. In this context, the disease has its representation associated with feelings of guilt, fear, superstitions, mysteries. This experiment depends on what is meant by disease and how it is interpreted. Through this work such data can guide the rest of the team of health professionals that is providing assistance to health there.

## **Lista de Abreviaturas e Siglas**

CCPY - Comissão Criação Pro - Yanomami

DEMA - Departamentos de Meio Ambiente

DSEI-Y - Distrito Sanitário Especial Yanomami

FUB - Fundação Universitária de Brasília

FUNAI - Fundação Nacional do Índio

FUNASA - Fundação nacional de Saúde

IACO - Conferência Inter-Americana de Oncocercose

INPA - Instituto de Pesquisa da Amazônia

MEVA - Missão Evangélica da Amazônia

MNTB - Missão Novas Tribos do Brasil

MS - Ministério da Saúde

MTC - Ministério da Ciência e Tecnologia

OEPA - Onchocerciasis Elimination Programme For The Americas – Programa de Eliminação da Oncocercose nas Américas.

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONG's - Organização não Governamental

Urihi - Saúde Yanomami

## LISTRA DE FIGURAS

Figura 1 – Corredeiras, local de reprodução do pium.....	16
Figura 2 – Mapa área yanomami no Brasil.....	19
Figura 3 – Mapa controle social – Etnias.....	19
Figura 4 – Quadro rotas para área yanomami .....	27
Figura 5 - Mapa dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEIs .....	33
Figura 6 – Tabela população yanomami de Aratháú .....	40
Figura 7 – Gráfico população yanomami de Aratháú .....	41
Figura 8 – Índios da Maloca Aratháú .....	41
Figura 9 – Ciclo de vida da <i>Oncocerca volvulus</i> .....	45
Figura 10 – Paciente com Lesão Onconercótica .....	46
Figura 11 – Lâmina contendo microfilária, obtida de paciente residente em Aratháú .....	47
Figura 12 – Indígena com lesão ocular .....	47
Figura 13 – Coleta de biópsia: indígena de Aratháú .....	49
Figura 14 – Leitura biópsias .....	49
Figura 15 – Yanomami tomando remédio .....	50



## SUMÁRIO

Dedicatória.....	i
Agradecimentos.....	ii
Epigrafe.....	iii
Resumo .....	iv
Abstract .....	v
Sigla Utilizadas .....	vi
Listra de Ilustrações .....	vii
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>1. SAÚDE NO MUNDO OCIDENTA .....</b>	<b>14</b>
<b>2. O QUE É ONCOCERCOSE? .....</b>	<b>15</b>
<b>3. HISTORIA DA ONCOCERCOSE NO BRASIL .....</b>	<b>16</b>
<b>4. REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>20</b>
4.1. Como entende a Saúde, a Epidemiologia e sua relação com a Antropologia e as visões dos Yanomami. ....	28
<b>5. RELAÇÃO YANOMAMI - MEIO AMBIENTE - ONCOCERCOSE .....</b>	<b>35</b>
5.1. Como os yanomami conhecem a Oncocercose? .....	37
<b>6. POPULAÇÃO A SER ESTUDADA.....</b>	<b>40</b>
6.1. O povo Yanomami de Aratháú .....	41
<b>7. COMO É TRANSMITIDA A ONCOCERCOSE? .....</b>	<b>44</b>
7.1. Manifestações cutâneas.....	45
7.2. Como é o Parasita? .....	46
7.3. Manifestações oculares.....	47
<b>8. COMO É REALIZADO O EXAME DE ONCOCERCOSE.....</b>	<b>48</b>
8.1. O que os yanomamis pensam a respeito da coleta do exame? .....	48
8.2. O que os yanomamis acham do tratamento da Oncocercose? .....	49
<b>8. CONSTRUÇÃO DO PROJETO SAÚDE YANOMAMI .....</b>	<b>51</b>
9.1. A Implantação do Distrito Sanitário Yanomami .....	52
9.2 - As frentes de contato e a saúde yanomami .....	56
<b>10. A PRÁTICA INDIGENISTA E A QUESTÃO SANITÁRIA ENTRE OS POVOS</b>	

<b>YANOMAMIS</b> .....	57
10.1. Contextualizando a organização social yanomami .....	57
10.2. O contato- Relações inter étnicas .....	58
10.3. Os Yanomami no contexto do programa de “Integração” Nacional .....	60
10.4. Os Garimpeiros no Território Yanomami .....	61
10.5. A Prática da Assistência a Saúde – Uma Análise Social dos conflitos Inter comunitários entre os Yanomami .....	62
10.6. A visão dos Profissionais de saúde no atendimento de campo .....	63
10.7. As situações de conflitos no momento de tratamentos a saúde nas comunidades .....	66
10.8. A participação dos agentes indígenas nos tratamentos .....	67
10.9. Nova perspectiva para a saúde indígena Yanomami .....	68
<b>CONCLUSÃO</b> .....	70
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	71
<b>APÊNDICE</b> .....	73

## INTRODUÇÃO

O estudo é parte da avaliação e consiste em requisito obrigatório para a Conclusão do curso de Ciências Sociais com habilitação em Antropologia Aplicada da Universidade Politécnica Salesiana do Equador.

Neste trabalho procuramos focar as Interpretações sobre a Oncocercose na população indígena no pólo de Aratháú, o que é Oncocercose, e que forma os indígenas conhece.

A Oncocercose, sob forma endêmica, é conhecida no Brasil desde os anos 1970, antes somente alguns casos isolados da doença, em missionários estrangeiros ou seus familiares que referiam contato com índios do extremo norte do País.

Até hoje a endemia está limitada ao território do povo yanomami, numa área de aproximadamente 192.000 km<sup>2</sup>, parte no Brasil e parte na Venezuela. Sendo que no Brasil vivem aproximadamente 18.500 indivíduos distribuídos nos Estados federativos de Roraima e do Amazonas.

Os aldeamentos de Aratháú se concentram prioritariamente no lado meridional da serra do Parima, compreendendo uma área de quase 95.000 km, onde vivem aproximadamente 460 indígenas.

O interesse por este tema se coloca a partir da minha vivência entre os yanomami, por aproximadamente 15 anos na função de técnica de Laboratório. Meu encontro com os yanomami foi possível quando em 1992 comecei a trabalhar na casa do índio e especificamente no Distrito Sanitário Yanomami, onde depois comecei a trabalhar na área yanomami.

Nos anos de 1992, eu comecei a trabalhar no diagnóstico da Oncocercose, no laboratório da casa do índio, tudo começou como uma brincadeira. Achava bonitas as microfilárias e comecei a diagnosticar todos os indígenas que estava internados e acompanhantes na casa do índio. Também tinha bastante facilidade em coletar as biópsias, porque já trabalhava com na coleta de Hanseníase antes na região de Caracas, na (Fundação SESP). Nesta época, fiz várias coletas de biópsia por meio de agulha com bisturi. Assim, fiz várias colorações e tinha lâminas para estudo.

Em 1993, Cláudio Chaves, Oftalmologista do Instituto de medicina Tropical do Amazonas, me convidou para ajudar nas coletas de biópsia para trabalhos acadêmicos de Doutorado. Vários exames foram realizados e no início de 1993, demos início aos inquéritos, o índice de positividade era muito alto. Neste mesmo período, viajei para o Xitei, Homoxi, e Surucucu, onde fiz inquéritos clínicos e parasitológicos para sua tese de doutorado.

Após ter realizado este trabalho com Cláudio Chaves, comecei a trabalhar em parceria com (INPA) que fizeram os levantamentos primários de Entomologia, em conjunto com a Fundação Nacional de Saúde.

Desenvolver assistência de saúde em área é uma tarefa complexa e requer habilidades de quem a executa, dadas as condições adversas que o profissional poderá encontrar na floresta subindo e descendo serras.

Essa pesquisa buscou analisar as relações cotidianas dos indígenas e profissionais de saúde no pólo base de Arathauí no momento da distribuição da medicação, e no contexto Antropológico da doença.

Levar assistência de saúde aos indígenas não se constitui apenas em garantir um direito assegurado na Constituição Federal, mas também que possa servi-lo na promoção do seu bem estar social, conhecendo aspectos culturais e antropológicos.

Diante do exposto, este trabalho procura responder a questão central de como os indígenas vêem a doença, por que a forma de interpretação da doença para o yanomami é completamente diferente da nossa e isso os coloca em uma situação de descrença em relação à medicina ocidental.

A doença para o yanomami consiste num sistema de relações entre vários componentes que envolvem a pessoa do doente e os diversos poderes sociais e naturais maléficis exteriores à sua comunidade. Porém os causadores das doenças, para os yanomami, não são os agentes físicos e climáticos, mas os espíritos malignos que agem, invisível e ocultamente, para provocar a morte. O Pajé é o único que aprende, com a ajuda dos heróis antepassados e com o uso do paricá, a enfrentar o mundo dos espíritos, a descobrir o meio para dominá-los e afastá-los do doente. A sua ação terapêutica é sempre espetacular e serve, principalmente, para estabelecer uma interna relação emotiva entre o paciente e os presentes.

## 1. SAÚDE NO MUNDO OCIDENTAL

Campos (1987) aponta a história da saúde no mundo ocidental em dois momentos. A Era Pré-Histórica e a Era Histórica. A era pré-histórica caracteriza-se como um período de ausência de registros das formas de vida das comunidades, uma vez que as informações contidas se resumem apenas em achados paleontológicos. Presume-se que as ações de saúde desse tempo eram dirigidas pela imitação, atitude dos animais e pela repetição de experiências intuitivas. À medida que os indivíduos foram se estruturando em bandos, as regras de convivência foram se estabelecendo e algum tipo de sistema de saúde foi desenvolvido, ainda que incipiente.

A era Histórica inicia-se com o aparecimento da escrita e se constitui um marco no avanço do conhecimento. Essa era se subdivide em duas fases: a fase Pré-Científica e a Científica. Na fase Pré-Científica, predominou o Misticismo e o Empirismo. No Misticismo, os problemas de Saúde eram explicados pelos fenômenos sobrenaturais. A cura das doenças era atribuída aos sacerdotes, feiticeiros e ministros religiosos que invocavam os deuses da Medicina. O Empirismo foi marcado por rupturas entre dogmas e preceitos religiosos, por uma nova visão do mundo, baseado na observação e na análise dos fenômenos naturais e sociais. Este período foi assinalado por uma principiante sistematização do conhecimento Naturalista da doença, com definição dos esquemas de diagnóstico e tratamento de várias enfermidades (Campos, 1987)

O avanço na organização europeia do conhecimento de saúde foi interrompido durante a idade média, pelas guerras de conquista do Império Romano. As guerras destroem parte do acervo dos conhecimentos e práticas documentadas, o que sobrou foi colocado sob o rígido controle da igreja. A idade média ficou conhecida como um período de retrocesso do conhecimento. Os experimentos que não obedeciam aos padrões oficiais eram considerados heréticos. Seus autores eram condenados à fogueira ou a degradação.

Em função das guerras durante as cruzadas e depois com as guerras de conquista do novo mundo, grandes quantidades de massas humanas foram

deslocadas para outros continentes e, com isso também se disseminavam as doenças. As epidemias de Peste, Varíola e Febre Amarela logo se espalharam pelas extensas regiões do Novo Continente, acometendo as populações mais vulneráveis.

O período Científico resultou de uma conjunção de forças políticas, sociais, culturais e econômicas idealizadas com o movimento renascentista. Leda Huhne (1987) analisa a época do renascimento como umas mais ricas experiências da história humana, marcada por rupturas e inovações próprias do descortinamento de uma nova era, a passagem do modo de produção feudal para o período de transição do sistema capitalista. O Renascimento possibilitou o crescimento das cidades, do comércio, a valorização do homem como ser de cultura e a ruptura do saber místico.

Campos (1987) compreende essa época como uma fase em novos conceitos que foram aceitos na explicação dos fenômenos de saúde e, em que iniciou a aplicação de procedimentos e de metodologia científica ao estudo da saúde coletiva. Foi um período de significativos avanços nas áreas de saneamento, de medicina preventiva, de medicina integral e de pesquisas no campo da Bacteriologia.

## **2. O QUE É ONCOCERCOSE?**

É uma enfermidade produzida por uma filária chamada *Onchocerca volvulus*, que ocasiona danos na pele e pode chegar a produzir graves alterações nos olhos causando cegueira.

Raras vezes penetram nos capilares sanguíneos e, por este motivo, não podem ser observadas nas preparações comuns de sangue.

Frequentemente invadem os tecidos do globo ocular, provocando alterações graves que levam até a cegueira parcial ou total, motivo pelo qual esta doença também é conhecida como cegueira dos rios.



Figura 1 - Corredeiras, local de reprodução do pium.  
Fonte: FUNASA

### 3. HISTÓRIA DA ONCOCERCOSE NO BRASIL

A história da Oncocercose no Brasil teve início em 1967, quando Bearzoti *et al.*, confirmaram o caso de uma criança que tinha dois nódulos, na cabeça. O paciente de três anos de idade era filho de missionários estrangeiros que adquiriu esta enfermidade, segundo supôs-se mais tarde, de uma missionária religiosa instalada em serra do Parima, Estado de Roraima na fronteira entre Brasil e Venezuela.

Posteriormente outros três casos de missionários estrangeiros, foram reportados por Mario, Dias Moraes e Chaves. Os três pacientes haviam vivido por vários anos, entre índios do grupo yanomami rio Toototobi, afluente do Rio Demini, no Estado do Amazonas.

Assim, estes investigadores criaram a hipótese de que a Oncocercose era endêmica no extremo norte do Brasil em região habitada pelos yanomami. Sabia-se que existia a doença na Venezuela e como estas tribos têm hábitos de movimentação frequente entre os dois Países, pensou-se que a porta de entrada da enfermidade era pela Venezuela.

A hipótese foi confirmada em 1973 por Moraes *et al.*, ao encontrar 57 indígenas yanomami adultos positivos com microfilárias de *Oncocerca volvulus*, entre 91 examinados no Rio Toototobi, esta taxa de positividade de 62.6% foi superada por uma investigação mais completa posteriormente.

Em 1978, Moraes *et al.*, realizaram duas biópsias de pele (escápula direita e quadril esquerdo) nas pessoas maiores de 15 anos de idade e comprovaram que

91.7% dos 97 indivíduos examinados eram positivos. Mostrou-se uma carga de microfilárias em maior número no quadril (14.2 microfilárias/mg de pele) que em parte superior do corpo, escápula, (5,8 microfilárias/mg de pele).

Resultados semelhantes foram encontrados na serra de Surucucus, Estado de Roraima onde, a primeira investigação realizada em 1974 mostrou que a Oncocercose estava presente em 47.3% dos examinados. Um estudo posterior, com biópsia de pele, demonstrou que 95% dos indígenas estavam infectados.

“A Oncocercose, dentro do Território Yanomami, a prevalência da enfermidade não era uniforme e inclusive em alguns lugares era serra em outras baixas do território. Este trabalho foi notório em os assentamentos humanos ao longo do rio Urariquera, Mucajaí, e Catrimani. Sem dúvidas, a variações de prevalências dentro do grupo está relacionada com a distribuição das espécies vetores de *Oncocerca volvulus* e intimamente ligada à altitude das áreas. Descobrimento da Oncocercose foco Yanomami” (MORAES e Dias 1967).

Torreela (1976) assinalou que Da Silva Araújo, em 1875, em um artigo publicado na Bahia, descreveu um parasito que chamou de *Filária dermathemica*, que tanto a sintomatologia como a descrição da parasitose, inclusive as medidas das microfilárias conferem com a Oncocercose. Ressaltou que talvez a Oncocercose já existissem no Brasil, muito tempo antes deste caso assinalado, possivelmente devido ao intenso tráfico de escravos procedentes da África.

Corrêa e Moraes (1979) evidenciaram que a *Filária dermathemica* na realidade era *Wuchereria bancrofti*. Bearzoti *et. al.* (1967) relataram que o primeiro caso de Oncocercose adquirida no Brasil em uma criança, filho de missionários estrangeiros, procedentes de Roraima. Moraes e Dias (1972), Moraes *et. al.* (1974), Moraes e Chaves (1974a), (1974b) e trabalhos subsequentes, evidenciaram a forma endêmica da Oncocercose na área Yanomami. Gerais e Ribeiro (1986), descreveram que foi detectado, no Município de Minaçú/Go, um caso de uma pessoa do sexo feminino de 18 anos de idade, residente em uma pequena vila que abriga os trabalhadores e seus familiares de uma indústria de amianto e dista mais de 3.000 km do foco Oncocercótico Brasileiro. O paciente infectado nasceu e sempre viveu nessa cidade e nunca esteve na reserva yanomami. Com certeza algum infectado que lhe emigrou e transmitiu a doença. Porém, não foi constatado foco nessa área, que seria a primeira fora da área yanomami.

Py Daniel (1989), cita o caso de um missionário francês, que veio da África Ocidental- Gabão e Camarões, portador da doença, que viveu desde 1938, por várias décadas, na cidade de Tefé-AM.

Apesar de ser atribuída ao tráfico de escravos a disseminação da Oncocercose para as Américas, ela não aparece no sudeste do Brasil onde foi a maior concentração destes, vindo aparecer apenas um foco isolado que ainda não se sabe ao certo como este se originou no Centro-Oeste (MINAÇÚ-GO).

Ao que tudo indica foi levado para por garimpeiros, e por encontrar na região um bom vetor, poderia formar um foco na região.

Levantaram-se a hipótese de ter Oncocercose neste local ou, talvez pessoas que já estavam contaminadas, estavam trabalhando neste local. A endemia, além dos índios, vulnerabiliza vários funcionários das instituições, (Funai, Funasa, Exército Brasileiro, Missionários, e Ong's (Organização não governamental) que são prestadores de Serviços (Urihi, Diocese, Secoya, IBDS, M.D.M.)



Figura 2 - Mapa área yanomami no Brasil  
Fonte: FUNASA

A área de Oncocercose no Brasil está situada no extremo norte do país, nos estados de Roraima e Amazonas, região fronteiriça com a Venezuela, habitada por uma população de aproximadamente 18.000 indígenas yanomami do lado do território brasileiro (censo FUNASA, 2008).

Os locais de maior endemicidade se concentram nas áreas mais altas da serra do Parima (principalmente próximo à fronteira com a Venezuela): regiões



## 4. REFERENCIAL TEÓRICO

A metodologia de ação foi baseada em períodos prolongados de permanência em campo, aprendizagem da língua e participação constante das atividades cotidianas, permanência nas malocas de 45 dias, trabalho na área da saúde, e expedições de dias de caminhadas a procura dos indígenas para tratamentos de saúde e rituais, a etnografia constituem um suporte grandioso e indispensável, buscar a convivência das diversidades e da diferenciadas, ter novos sentidos de alteridade social, de entender as diferenças dos outros. (Guerreiro 2000b: 20).

No capítulo inicial, o enfoque é saúde no mundo ocidental, a história da oncocercose no Brasil, que foi baseado na leitura de Campos (1987), que afirma que para os yanomami importa defender a terra, o meio ambiente, o céu, o vento, as árvores, os xabori (xamãs) porque Omam é como um governo, como Presidente do mundo, mais poderoso que qualquer governo do mundo.

No segundo capítulo e terceiro enfoque, foi na construção do projeto Saúde yanomami, a implantação do Distrito e contato da saúde yanomami. Foi baseada nas leituras de Albert e Ramos como o marco da história do contato entre os yanomami.

Oncocercose é o resultado da infestação no homem pela *Oncocerca volvulus*, uma filária cujos adultos se encontram em geral dentro de nódulos subcutâneos, enquanto as microfilárias vivem na derme, entre as fibras do conjuntivo e no interior de vasos linfáticos e provocam lesões na pele (envelhecimento precoce). Raras vezes penetram nos capilares sanguíneos e por este motivo, não podem ser observadas nas preparações comuns de sangue. Frequentemente invadem os tecidos do globo ocular, provocando alterações graves que levam até a cegueira parcial ou total, motivo pelo qual esta doença também é conhecida como cegueira dos rios.

Coelho *et al*, (1998) assinalaram a presença de 1.182 indivíduos infectados (30%) dentro dos 3.974 examinados no foco amazônico de Oncocercose. Como essa área é de difícil acesso, acreditava-se que a doença estava restrita aos índios das etnias yanomami e Ye'kuana e a outros residentes da reservas, especialmente missionários e garimpeiros.

Py-Daniel, (1997), relata que no início da década de 1990, a reserva yanomami foi definitivamente demarcada e os garimpeiros foram retirados oficialmente pelas autoridades brasileiras em uma operação denominada “Selva Livre”, esta retirada de garimpeiros possivelmente infectados com o parasita pode sugerir que em novas áreas onde se encontrem condições favoráveis para a transmissão do parasita possa vir a ocorrer a dispersão da Oncocercose no Brasil.

Katholi *et al* (1995), fazem outra consideração importante na epidemiologia da oncocercose, que é a intensidade da transmissão, a qual é um produto das taxas de contato hospedeiro-vetor e da prevalência da infecção nas populações locais de vetores.

Shelley *et al.* (1997), afirmam que as espécies de *Simulidae* envolvidas na transmissão de *O. volvulus* nas áreas do foco amazônico são conhecidas. Segundo levantamentos entomológicos, o principal vetor no foco yanomami é o *Simulium guianense*, seguido de *S. oyapockense/roraimense*. Outras espécies com capacidade vetorial demonstrada e presentes nas áreas de transmissão são *S. exigum* e *S. incrustatum*.

Migliazza (1972) relata que os yanomami ocidentais, falantes da língua yanomam, estão situados principalmente no território brasileiro, representam a maior parte desta população com 56% seguidos pelos yanomami orientais, falantes da língua yanomamo, que ocupam a área sul- Ocidental na Venezuela e no Brasil, com 25%, os Sanuma. Ramirez (1994) discorre que estes formam conjuntos culturais e linguísticos distintos, composto de quatro ou cinco subgrupos adjacentes que falam língua da mesma família .

Neves (1998) narra que um casal de filárias vive até dez anos e cada fêmea produz até um milhão de microfírias por ano, cuja longevidade é de 2 a 2,5 anos”.

No período de 1993 a 1996, a Fundação Nacional de Saúde (FNS/MS,) em parceria com o Instituto de Pesquisa da Amazônia (INPA/MCT), realizou amplo inquérito clínico epidemiológico, com os objetivos de atualizar os conhecimentos sobre a distribuição da Oncocercose na área yanomami e de levantar dados de base, prévios às atividades de tratamento que serão desenvolvidas nas áreas endêmicas. Paralelamente, foram realizadas avaliações clínica-oftalmológicas.

A Oncocercose Humana é uma doença causada pelo parasita nematódeo *Onchocerca volvulus leuckart*, 1892 (Nematoda: Filarioidea), transmitido somente por simulídeos (Diptera: Simulídae). O homem hospedeiro definitivo, no qual o

parasita se multiplica, e os simúldeos, são os hospedeiros intermediários, onde ocorrem vários estágios larvais que não se multiplicam (CrossKey, 1990).

O diagnóstico clínico é possível apenas quando aparecem os sintomas típicos (nódulos superficiais, prurido intenso, perda de elasticidade na pele, e em casos extremos, lesão no nervo óptico com perda de agudeza visual e finalmente cegueira). Estes sintomas causados pela presença de um grande número de microfilárias de *O. volvulus* no corpo do hospedeiro, que em geral concentram-se na pele e nos olhos. Estas microfilárias são detectadas, na maioria dos casos, quando a doença já está bem estabelecida. A maior parte das pessoas afetadas por esta parasitose está na África, onde 17,7 milhões de casos foram registrados. Nas Américas, a Oncocercose ocorre em áreas relativamente bem delimitadas (focos) situadas em seis Países: Brasil, Colômbia, Equador, México, Venezuela, Guatemala. (OMS, 1995).

No Brasil, a área do foco está situada na parte noroeste do Estado de Roraima e norte do Estado do Amazonas. Esta área corresponde á área de reserva dos povos Yanomami e Ye'kuana, que é dividida em terrenos altos e baixos nos quais a endemia aparece com diferentes perfis. A parte alta, de aproximadamente 600 a 1.800 metros de altitude, é hiperendêmica, com mais de 60% da população infectada. Nas áreas de terrenos baixos a doença é hipoendêmica, com até 20% de indivíduos infectados. Existe uma terceira área, considerada mesoendêmicas, com percentuais entre 21 e 59% de pessoas infectadas (Shelley et al., 1997). O último levantamento realizado no Brasil (entre 1993 e 1996) assinalou a presença de 1.182 indivíduos infectados de 3.974 examinados (30%) (No foco Amazônico de Oncocercose (Coelho et al., 1998, Py-Daniel,1997)

Como essa área é de difícil acesso, acreditava-se que a doença estava restrita aos índios das etnias Yanomami e Ye'kuana e a outros residentes da reserva, especialmente missionários e garimpeiros, funcionários que prestam serviço na área. Porém, a focalidade da transmissão da doença e a ocorrência (em altas densidades) de espécies antropofílicas de vetores em locais onde não há registro da doença levaram Morais *et al.* (1979), Py-Daniel (1979) e Shelley *et al.* (1979) a alertar sobre a possibilidade de estabelecimento de focos secundários devido à migração de pessoas infectadas com o parasita para áreas do Brasil ainda não endêmicas.

Uma das principais considerações no desenho de estudos epidemiológicos sobre oncocercose é, portanto identificar a possibilidade de instalação de focos secundários em áreas não endêmicas. O diagnóstico clínico somente pode detectar pacientes em populações onde já ocorreram contatos com pessoas infectadas. As populações de garimpeiros na área do foco poderiam ser estudadas para estabelecer a prevalência de infecção e mapear as rotas migratórias das pessoas infectadas. Entretanto, as atividades dos garimpeiros são ilegais e se caracterizam por constantes deslocamentos, que inviabilizam esse tipo de abordagem.

O diagnóstico da Oncocercose é simples, A realização de biópsias, detecção de microfilárias do parasito na pele (biópsia) ou nos olhos, ou de verme adultos em nódulos subcutâneos. A realização de biópsia de pele para observação do parasito a fresco é um método bem sensível, se o índice de microfilárias for muito pouco, o exame pode dar negativo, um resultado incorreto. Mas existem outras técnicas moleculares (baseadas na Reação em Cadeia da Polimerase - PCR) recentemente desenvolvidas, que oferecem uma alternativa eficaz, sensível e específica para o diagnóstico da infecção (Herzog *et al.*, 1999).

A utilização de diversas técnicas em estratégias integradas de detecção do parasita aumenta a eficácia dos esforços diagnósticos. Os resultados dos exames parasitológicos (através de biópsias da pele) são insatisfatórios em áreas com baixo nível de infecção e em pacientes com infecção pré-patente. Quando as biópsias contêm baixas quantidades de microfilárias, cerca de 30% dos resultados em falsos negativos (Taylor *et al.*, 1987) A aplicação de técnicas moleculares nas mesmas biópsias usadas nos exames parasitológicos (preservadas em etanol para identificação do DNA do parasita) aumenta a sensibilidade e especificidade do diagnóstico, auxiliando assim o conhecimento do perfil epidemiológico (Shelley, 2002).

Outra consideração importante na epidemiologia da Oncocercose é a intensidade da transmissão, a qual é um produto das taxas de contato hospedeiro-vetor e da prevalência da infecção nas populações locais de vetores (Katholi *et al.*, 1995).

Como já dito, no início da década de 1990 a Reserva Yanomami foi definitivamente demarcada e os garimpeiros foram retirados oficialmente pelas autoridades brasileiras em uma operação denominada "Selva Livre". Essas retiradas de garimpeiros possivelmente infectados com o parasita podem sugerir que em

novas áreas onde se encontrem condições favoráveis para a transmissão do parasita possa vir a ocorrer a dispersão da Oncocercose no Brasil. (Py-Daniel, 1997).

A análise de W. Hern chama atenção para os efeitos produzidos pelas epidemias e degradação ambiental sobre a saúde. O autor também discute as implicações epidemiológicas e sociais decorrentes de alterações na dinâmica populacional.

O grande desafio neste século, de se construir uma nova abordagem da questão saúde, que não se restrinja aos aspectos econômicos e filosóficos, mas contemple as dimensões antropológicas e sociológicas, ensejando o resgate na vida dos homens, de modo a permitir que estes construam o progresso e possam partilhar plenamente de seus frutos. (ABRASCO, 1990, p 61)

A relação íntima entre saúde e cultura não é um tema novo na Antropologia. W.H.R. Rivers (1979, original 1924), com formação em medicina, já ele se preocupava com a caracterização ou a classificação da medicina primitiva segundo categorias de pensamento, identificado na época como pensamento mágico, religioso, ou naturalista. Estabelecidas por Frazer, Taylor, e outros, estas categorias foram comuns nos vários debates sobre o pensamento primitivo. Assim, Rivers se preocupava em identificar as medicinas primitivas como manifestações de modos de pensamento lógico no qual o tratamento da doença logicamente seguiria a identificação da causa (1979: 29 51).

A doença não é um estado estático, mas um processo que requer interpretação e ação no meio sociocultural, o que implica numa negociação de significados na busca da cura (Staiano, 1981).

Revela-se o crescente interesse antropológico na análise do fenômeno saúde doença, fugindo evidentemente à visão naturalizada, dominante no modelo biologista e mecanicista, configurando-se ainda a presença antropológica na análise das distintas práticas de cura, sempre crescente em nossa sociedade desigual e capitalista (Alves, 1982).

Desde o início da década de 70, a Antropologia Social e Medicina obteve maior impulso. Diante do desenvolvimento, popularidade e investigação, para a atividade antropológica, conseqüentemente, como unidade de referência para saúde e doença (Fontes, 1976).

A pajelança cabocla é uma forma de culto mediúnico, constituída de crenças e práticas muito difundidas na Amazônia, que também é uma prática médica local, cuja abrangência, sobretudo das plantas e animas da floresta (Galvão 1976).

A doença como processo biológico não acontece isoladamente nas sociedades indígenas, contanto não traz só doenças novas, mas mudanças nas relações com o ambiente e também mudanças nas relações com os outros, nas quais circulam mudanças socioculturais (Werner, 1985).

Na reconstrução do conhecimento social no trabalho de campo, as técnicas antropológicas usadas nas investigações de campo por Rosana Guber, tais como a observação com a participação nas entrevistas, e trabalho de campo, refere-se aos seus princípios epistemológicos e aos papéis decisivos, como os de informante e de investigador.

O trabalho de campo antropológico se foi definido como a presença direta, geralmente individual e prolongada, do investigador em lugar onde se encontra os autores membros da unidade sócio-cultural que deixa a estudar. No trabalho de campo as técnicas são os investigadores para acender o sujeito do estudo e seu mundo social. (Guber. Rosana 2001 p23).

A Antropologia nos pode dar uma compreensão global da enfermidade. As chaves simbólicas de muitos sintomas é uma série de conselhos e cautelas sobre a aplicação de certos métodos terapêuticos quando se trata de reinsertar ao enfermo a sociedade. A loucura é um fenômeno não só psiquiátrico, mas também cultural pode ser estudado desde ambos os pontos de vista. (Angel. B.Espina. 1996).

A reação, este desconforto teórico, não é o abandono do que a Antropologia sempre prezou na formação e no ofício antropológico – o trabalho de campo, cercado, evidentemente, dos recursos metodológicos a ele inerentes e de todas as questões que o desvendamento e o encontro com o “outro” implicam. Revela o crescente interesse antropológico na análise do fenômeno saúde-doença, fugindo evidentemente à visão naturalizada, dominante no modelo médico biologista e mecanicista. (Canesqui, A.M, 1968)

Entre as várias medicinas populares praticadas no Brasil, estudamos especialmente a chamada “pajelança cabocla”, muito popular, sobretudo na Amazônia rural, composta por um conjunto de prática de cura xamanística, com origem em crenças e costumes dos antigos índios, são seres invisíveis que se

apresenta durante os rituais incorporados no pajé (isto é, o xamã), que é a figura central da sessão de cura. (Maués, R.H, 1978)

Este ramo da Antropologia é definido como um campo de estudo que se preocupa com as pessoas em diferentes culturas e grupos sociais, explicam as causas relacionadas à saúde e doença, as crenças sobre tipos de tratamentos e a quem recorrer quando doente. É também o estudo das doenças e práticas relativas ao corpo, tanto nos estados de saúde como da doença. (Ferreira Jaqueline. 1976)

Por fim, o capítulo que aborda a prática indigenista e a questão sanitária entre os povos yanomami foi baseado nos autores Guber em El Salvage metropolitano e, perspectiva de análise Antropológica de Rosaldo em cultura e verdade tem sido um guia indispensável nas experiências de campo entre os yanomami. As experiências de campo nas aldeias indígenas fazem-me lembrar que deparei com o autor Renato Rosaldo quando comecei a ler o texto cultura e verdade, um dos textos que mais gostei (etnógrafo solitário) Depois que viajou para uma terra distante superou e encontrou realmente o que ele queria (Rosaldo 2000.51)

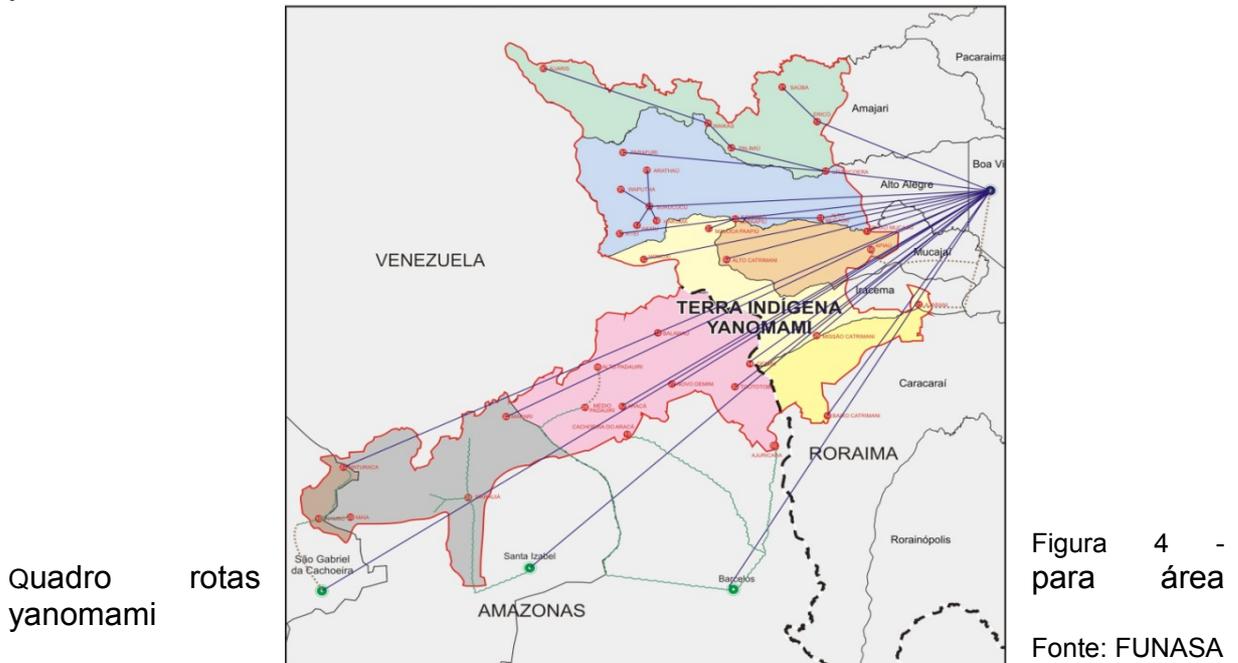
Metodologia Utilizada: A estratégia utilizada foi baseada na sensibilização prévia da comunidade, para que se alcançasse o número desejado de pessoas a serem examinadas.

- População alvo e áreas de estudo
- Diagnóstico do parasita (como os yanomami vê a doença)
- Análise dos dados coletados
- Trabalho de Educação em saúde (preparação de cartilha bilíngue)
- Entrevistas e questionários aplicados para os yanomami (em anexo)

### **Problemática da Investigação:**

Em razão das características culturais das populações e principalmente em decorrência das dificuldades logísticas e operacionais, o inquérito foi realizado em uma fração da população. Esta amostra não foi definida aleatoriamente, mas baseada na apresentação voluntária das pessoas quando da visita da equipe de saúde responsável pelo inquérito. Os indivíduos submetidos ao inquérito eram cadastrados em formulários onde se coletavam informações relativas ao nome, idade, sexo, altura e presença de nódulos sugestivos para Oncocercose.

As problemáticas encontradas na realização de investigação de campo foram: Como a região é de difícil acesso, só entra através de Helicóptero e Avião isso dificultou algumas vezes o cronograma de viagem onde tivemos adequar ao serviço logístico da Funasa. Conforme o quadro abaixo as viagens para área yanomami são bastante restrita.



#### 4.1. Como entender a Saúde, a Epidemiologia e sua relação com a Antropologia e as visões dos Yanomami.

Antes da chegada dos missionários, da Funai e Fundação Nacional de saúde os indígenas viviam sós na floresta, vários grupos que tiveram de enfrentar sozinhos o habitat hostil, no qual viviam e se defendiam com seus precários conhecimentos médicos, das insídias de animais e insetos perigosos, que põem em constantes riscos a saúde e a sobrevivências.

Porém, os causadores das doenças para os yanomami, não são os agentes físicos e climáticos, mas os espíritos malignos que agem, invisível e ocultamente, para provocar a morte. O Pajé é o único que aprende, com a ajuda dos heróis antepassados e com o uso do paricá, a enfrentar o mundo dos espíritos, a descobrir o meio para dominá-los e afastá-los do doente. A sua ação terapêutica é sempre espetacular e serve principalmente para estabelecer uma intensa relação empática entre o paciente e os presentes afugentar os malefícios dos espí



O Pajé tem um contato direto, imediato, espontâneo e sugestivo com o paciente, que se abandona, confiante as suas práticas terapêuticas e lhe transmite, em cada sessão xamânica, a certeza absoluta de livrá-los de todos os males, até voltar, novamente, às suas atividades cotidianas. Percebe-se assim a importância insubstituível e fundamental da função terapêutica do pajé no tratamento das doenças que acometem os yanomami.

São muitas as variedades das doenças que tornam dolorosa a vida dos yanomami. Algumas são próprias do habitat tropical, mas muitas foram e são transmitidas, infelizmente por todos aqueles que têm o interesse de que este povo desapareça o mais cedo possível e deixe o terreno livre para dar continuidade ao verdadeiro progresso civilizatório.

Assim, o povo yanomami, hoje, deve defender-se, não só dos maléficos influxos dos espíritos, mas também dos ataques concêntricos impiedosos de grupos econômicos políticos, que teimam em integrá-los e aniquilá-los do mapa geográfico e social do País. Dos ataques dos espíritos capitalistas, a terapia não será nada fácil, para que este povo viva e continuem a dar a sua contribuição a história humana.

Como é diferente o relacionamento médico-paciente em muitos hospitais de nossa sociedade branca. O tratamento está cada vez mais mecanizado, computadorizado, baseados nos áridos e frios dados químicos e orgânicos e na absoluta confiança nas pílulas e xaropes, cuidando só do organismo físico, sem tocar no mundo dos afetos e das emoções.

Ao chegar ao meio dos *wabutahere*, se tentou estabelecer um relacionamento amigo e respeitoso com os Pajés do *xabono*. Nasceu, com o pata-pata, uma simpatia e uma afeição que nos ajudaram a vencer as distâncias psicológicas e culturais recíprocas e estruturar uma relação de estima, que continua aprofundando, com o passar dos anos. Pata-pata nos ajudou a entender a terapia xamânica e várias vezes, fez questão de que nós participássemos dos ritos de iniciação xamânica.

Apesar de não captar perfeitamente todo o significado do cerimonial xamânico, olhava para ele e para os outros pajés, e me perguntava se o que estava vendo era realidade. Às vezes somos conscientes no preparo do campo médico, porém este limite nos ajudou a ser mais humildes mais prudentes e mais confiantes com todos os pajés, ao mesmo tempo, a preparar o caminho para que os agentes de

saúde pudessem um dia chegar e agir e trabalhar no sentido da saúde dos indígenas yanomami.

Apesar das grandes distâncias e dos isolamentos, das dificuldades de abastecimentos de medicamentos, das desconfianças dos yanomami na aceitação dos medicamentos dos brancos, a contribuição sanitária foi propícia. Comprovações disso são a diminuição da mortalidade infantil, incrementos demográficos e os prolongamentos indiscutíveis de vida.

Os indígenas que vivem mais distantes sem contato algum, as graves doenças não atingem tanto como o que tem mais contatos. E para os yanomami os brancos significam desestruturamento, doença, morte. Quando eles acometem qualquer tipo de doença, gripe, tuberculose, diarreia, sarampo, malária, o chefe coloca a culpa nos brancos. São todos vestidos e com um manto por cima quando sacodia a capa, saía fumaça e aquela fumaça entrava em nós. “ Quando os brancos tiram as roupas deixam as doenças nas roupas deles. Morremos por causa das (*Xawauras*), os brancos. Eles fabricam as doenças e se os brancos não existissem não haveria doenças.”

Mas os olhares dos brancos para os indígenas também é diferente, confesso que fiquei bastante surpresa, quando vi a indígena dando sua mama para o catitu, porco-do-mato, e a outra mama para seu filho, e também várias vezes para os filhotes de onça e cachorro. Fiquei bastante impressionada, mas para eles tudo é normal.

Uma doença epidêmica que persegue os grupos yanomami é a malária, o drama maior é que as crianças, entre gritos, recusavam-se a tomar o remédio cuspiam logo que recebia a medicação. A medicação era escassa não podia estragar em hora tão necessitada para todos os yanomami. Aos que recusavam remédios por problemas culturais, não forçávamos, embora com grande aperto no coração. Todos os que tomavam se salvavam, em primeiro lugar as crianças, auxiliadas pelas mães que acreditavam e colaboravam. A malária é a má companheira desses grupos, além de todos outros problemas que atingem. Os mais velhos da comunidade tomava quina da floresta com erva que combate à malária.

Para outras doenças é importante a ação psicológica do Pajé. Se conseguir convencer o doente de que ele tem o poder de afastar a doença má, de protegê-lo com invocações dos *hekura* e de transmitir a cura, este, então, se convencerá de que, com certeza, sarará.

Se ao contrário o pajé chegar à conclusão de que aquele espírito mau ou o pajé ou de outra aldeia enviaram a doença e que ele não está em condições para afastá-los, então proporá para chamar a consulta outros pajés ou decretará o fim do paciente, praticamente assinando à condenação da morte (o certificado de óbito) Os parentes e amigos do doente continuam oferecendo-lhe alimentos e a confortá-los, mas se o paciente estiver convencido que foi atacado pela força poderosa de um pajé inimigo, chegará a conclusão de que está perto a sua hora, esperará a morte.

Não se perturba, não grita, mas se fecha em um silêncio profundo, quase não se responde aos familiares, num abandono que não é de um agonizante, mas de uma pessoa que desiste da luta pela vida. Ao seu redor os parentes cientes, também eles, da situação irreversível, iniciam o choro e as mulheres começam a usar o sinal de luto no rosto, pintando as borboletas com cinza misturadas as lágrimas. Este choro alterna-se com altos gritos que duram por intermináveis horas.

É bom frisar que a saúde mental é boa neste grupo de yanomami, o equilíbrio individual é diretamente ligado à estabilidade da comunidade e de sua harmonia com a natureza que envolve.

“Também até hoje não tem casos de AIDS acho que é porque não tem tempo se para divertir e brincar com a vida”. Assim falou o tuxaua da comunidade... Para eles a vida é um **DOM** que eles precisavam dar tudo de si para que a comunidade possa continuar na luta pela sobrevivência e, assim, perpetuar a raça e transmitir o patrimônio dos ancestrais. Certas doenças são manifestações típicas de uma cultura consumística, que infelizmente concentra os eixos da existência no lucro e no descartável.

*Urihi* tem o sentido de lar extenso a floresta, “onde estão as frutas, roça, caça e os peixes dos rios da água que vêm das montanhas, onde espíritos poderosos preservam nossa natureza que não podem ser destruída, pois ajuda a segurar esta última camada de uma área, este céu que se desabou e vai acabar não só com os Yanomami, mas com todos nós”.

Na abordagem do processo Saúde-Doença Yanomami são considerados por eles componentes à própria pessoa que adoece, e também de maneira relevante, diversos poderes humanos ou não humanos, externos a sua comunidade (Albert e Gomes 1992).

Além do corpo humano em si, existem quatro componentes não materiais contidos nele: o pensamento consciente (percepções, sensações, comportamento

social); o princípio vital (energia e animação do corpo); o pensamento inconsciente (estados alterados de consciência, dores, doenças) e o “duplo animal” (correspondente ligado à pessoa desde o nascimento, que tem destino idêntico).

O adoecer, de acordo com estes princípios, é ter a energia e animação do corpo agredidos, ou o “duplo animal” ferido, o que resulta em inverter a relação normal destes componentes que mantém a vida, indo assim na direção da morte, situação em que o pensamento inconsciente anula o pensamento consciente e sai como um fantasma do corpo material.

Com exceção da morte por velhice, não há causas materiais para doenças em nível individual, que necessitam de intervenção de um Xamã para tratar das agressões humanas e não humanas.

A malária, como “carro-chefe” entre estes novos agravos introduzidos nos Yanomami da área de estudo, acometeu praticamente todos estes indígenas, inclusive aqueles mais isolados e sem assistência. A doença ocorreu sob a forma de surtos epidêmicos, com elevada morbi-mortalidade, ocasionando uma drástica degradação sanitária nos Yanomami, o que comprometeu as atividades de subsistência, a capacidade reprodutiva além de forte impacto sobre as condições gerais de vida, ocasionando fragmentação, extinção e reorganização de muitos grupos Yanomami, numa desestruturação sócio-cultural jamais ocorrida nestas dimensões entre estes indígenas.

Inquérito relativo a este período de 1987 a 1989 detectou taxa geral de mortalidade de 14%, numa população estimada de 7000 Yanomami, sendo que mais da metade dos óbitos identificados foi atribuído à malária (MS/FNS/RR, 1992).

Foi a partir da experiência de trabalho de campo neste difícil período que os Yanomami viveram, que a equipe de saúde que aqui trabalhava à época foi chamada a subsidiar o Ministério da Saúde para estruturar a Saúde Indígena, permanecendo um mês em Brasília junto com técnicos da então Fundação SESP/SUCAM, elaborando o Decreto Presidencial nº 23, de fevereiro de 1991, que sistematizou e normatizou a assistência à saúde indígena no Brasil na forma de Distritos Sanitários Especiais Indígenas, transferindo da FUNAI, órgão do Ministério da Justiça, para o Ministério da Saúde a responsabilidade pela coordenação das ações de saúde e atenção aos povos indígenas, e implantou pioneiramente o DSY, que passou a funcionar a partir desta data de fato.

A Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) passou a ser a gestora do Subsistema de Atenção a Saúde Indígena, na estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas que integra a Política Nacional de Saúde, compatibilizou as determinações da Lei Orgânica da Saúde com a Constituição Federal. Ela prevê, dentre outras coisas, o direito das populações a um atendimento diferenciado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que respeite suas especificidades culturais.

Em 30 de setembro de 1999 a Fundação Nacional de Saúde lança a portaria nº 852, criando formalmente os Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEIs, que tem como atribuição atuar como unidade de execução das ações destinadas à promoção, proteção e recuperação da saúde do índio, objetivando o alcance do equilíbrio bio-psico-social, com o reconhecimento do valor e complementaridade das práticas da medicina indígena, segundo peculiaridades e o perfil epidemiológico de cada comunidade.

O Subsistema de Saúde Indígena do SUS está organizado em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas, conforme **Figura 5**. É um espaço étnico-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado, que não guarda relação direta com os limites de estado e municípios onde estão localizadas a terras indígenas. Visa a promover a reordenação da rede de saúde e práticas sanitárias, e desenvolver atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da

assistência com controle social.



**Figura 5** - Mapa dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEIs.

**Fonte:** FUNASA

O Distrito Sanitário Yanomami - DSY foi pioneiro no país, funcionando desde 1991, com avanços e retrocessos, acumulou experiências e metodologias de trabalho que hoje servem de referência, em termos de organização dos serviços de saúde indígena no país, os quais são calcados uma base de recursos humanos cujo perfil, adequação e comprometimento com o trabalho são fundamentais no avanço de gestão e efetividade de assistência atualmente em fase de transição para o nível de Secretaria, dentro do mesmo Ministério da Saúde.

Os dados configuram a informação epidemiológica, que deve subsidiar a tomada de decisão para ação em Saúde, operacionalidade, bem como diretrizes técnicas e políticas públicas de Saúde Indígena.

Finalmente, recomeçando do início, sobre a concepção Yanomami do processo saúde-doença e do conhecimento do valor e complementaridade de suas medicinas tradicionais, segundo especificidade e singularidades, contempladas formalmente em proposta dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, faz-se necessário a retomada desta interlocução e integração dos dois sistemas de saúde.

Existe uma extensa rede de “Xamãs” distribuídos nas aldeias com atuação em suas respectivas áreas de relações intercomunitárias, e conseqüentemente nas regiões epidemiológicas, os quais trabalham até tão intensamente e quantos os 31.000 atendimentos realizados pela EMSI.

Há os Xamãs especialistas na resolução de determinadas situações, os quais às vezes são solicitados via radiofonia a realizarem seus serviços a distancia, quando tomam ou inalam a “Yakoana” ou “Paricá” fazendo o “Xapurimu”, evocando os poderosos espíritos “Hekura” que conhecem mais os caminhos para a resolução de agravos mais difíceis.

Eles têm níveis diferenciados de formação e graduação, inclusive com escola e professores específicos, sendo a principal delas a do Demini, sob o comando do “*Patathë*” Lorival.

Infelizmente, por questões de formação e outras, constata-se que a grande maioria dos técnicos que trabalham em área não conhece esta medicina tradicional, nem reconhecem seu valor, nem buscam a integração dos dois sistemas em freqüentes situações de doenças que ocorrem na área.

Em dezembro de 2010 o DSY completará 20 anos de existência e funcionamento, não se julgando tarde a implantação da própria “Escola do DSY”, dentro das diretrizes preconizadas e respeitando suas peculiaridades sócio-culturais, que devem se sobrepor a outras linhas de atuação e perfis inadequados a esta realidade.

Este processo deve contemplar ações integradas e inter-setoriais, de caráter multidisciplinar e multi-institucional resgatando pessoas experientes e compromissadas para sua construção e fortalecimento.

Sugerimos, de imediato capacitações específicas, cursos de educação continuada na língua Yanomami/ Ye’Kuana bem como em abordagem antropológica para a saúde, com envolvimento essencial da Hutukara Associação Yanomami.

Além disto, recomendamos a realização do “Encontro dos Xamãs” ainda para 2010, com apoio formal institucional propiciando a interlocução dos dois sistemas de saúde, no sentido de resgatar um pouco de nossa dívida para com este povo, que humildemente devemos reconhecer, durante 20 anos de contato direto, temos mais a aprender do que ensinar.

“O todo esconde as partes” e a Epidemiologia, que estuda as doenças do povo, ajuda com o processo de análise da ciência para entender cada parte do todo e depois o processo de síntese, para entender o todo a partir das partes...

Só que o todo é a maior que a soma das partes em interatividade, recursividade, coesão, fortaleza, corpo, princípio vital, poder, como o espírito de equipe comprometida, o critério de eficiência e deficiências, e a construção de nossa parte, juntos, num todo.

## **5. RELAÇÃO YANOMAMI - MEIO AMBIENTE - ONCOCERCOSE**

O território yanomami compreende uma imensa área de floresta Ombrófila densa e com uma variação muito grande no relevo que vai desde vales e planícies até as grandes elevações.

A reserva ainda possui uma rede hidrográfica significativa que é sempre mantida por causa do alto índice pluviométrico durante quase o ano todo, desta forma os rios e igarapés que formam as bacias hidrográficas estão sempre com um volume de água consideravelmente alto.

Dois importantes rios de Roraima (Uraricoera e Mucajaí) têm suas nascentes dentro desta reserva.

O impacto ambiental provocado pela ação antrópica na área indígena já vinha desde muitos anos, primeiro foram os Americanos, depois veio Exército Brasileiro, com construção de pelotões especiais de fronteira, com abertura de pistas, e depois veio a exploração mineral de forma artesanal e sem nenhuma preocupação com o meio ambiente, como já relatamos as dezenas de milhões de garimpeiros que adentraram a reserva, a busca do ouro e cassiterita.

O aspecto global deve levar em consideração os fatores comuns que os incêndios provocam no nível mundial. Há se destacar os serviços ambientais que a manutenção da floresta em seu padrão atual pode proporcionar ao planeta. Esses são discutidos globalmente dentro de três Convenções: Biodiversidade, Recursos Hídricos e Clima.

“A Oncocercose dentre as perdas associadas à diminuição da biodiversidade estão os potenciais usos farmacêuticos e as alternativas alimentares que algumas espécies vegetais podem ter. Os yanomami possuem uma importante agenda de produto da floresta que são utilizados na forma de fármacos. Estes fármacos podem ser uma rica alternativa ao desenvolvimento sustentado da etnia, proporcionando a geração de estudos que desencadeiam curas para diferentes tipos de doenças, como câncer ou AIDS” (William Millikem e Bruce Albert 1997).

Roraima é um Estado privilegiado porque os principais eixos de abastecimentos de água à população urbana local nascem nos complexos rochosos das áreas protegidas pelas comunidades indígenas (Serra Parima e Pacaraima), Já existe um consenso mundial no sentido de se estabelecer, através de legislação, o pagamento de taxas ou royalties sobre o uso da água limpa. Este serviço ambiental é um forte triunfo a favor das etnias, como os yanomami que detêm as nascentes de alguns dos principais rios de Roraima como o Uraricoera e o Mucajaí.

Para os yanomami defender a terra, o meio ambiente, o céu, o vento, as árvores, a terra, os *xabori* (xamas) sabem fazer isto, é o trabalho deles porque eles entendem *Omam* (Deus, criador), e o jeito dele. “*Omam* é como um governo, como Presidente do mundo, mais poderoso que qualquer governo humano. Os governos (do Brasil), ETs... A poluição que os brancos estão trazendo é uma fumaça das fábricas, dos fogos (desmatamento), fumaça das bombas (branco faz guerra, joga esta bomba atômica e a fumaça surge, cobrindo o mundo inteiro. Esta fumaça dá muita doença na gente, e os *xabori* ficam muito preocupados com isto)” (Entrevista com Davi Kopenawa)

### 5.1. Como os yanomami conhecem a Oncocercose?

Os yanomami não vêm a Oncocercose como doença, mas acham que é feitiço que jogaram neles.

“Os *hupucri* (espíritos de doença) moram por baixo da terra, junto com cassiterita, ouro - sai com pó, suja os olhos, causa a Oncocercose, *Oman* escondeu *xawaura* dentro da terra, *Nabuwakari* (branco estrangeiro) usa maquinário, cava buraco muito fundo na terra-ferro- para fazer peça de avião, de trem. Solta muita poeira, fumaça que o vento leva, faz muita gente doente.” (entrevista de Davi Kopenawa Yanomami).

Para Albert (1997) a forma de interpretação da doença para o yanomami é completamente diferente da nossa. Isso os coloca em uma situação de descrença em relação à medicina ocidental. A doença para o yanomami consiste num “Sistema de relações entre vários componentes que envolvem a pessoa do doente e os diversos poderes sociais e naturais maléficos exteriores a sua comunidade” (Albert. B.1994 p.44).

A causa última da maioria das doenças é tratada pelo xamanismo. O xamã (*xabore*) em seu transe incorpora espíritos auxiliares e adquire a capacidade de localizar e extrair os objetos patogênicos deixados no corpo interior do doente, ou resgatar sua alma, se for o caso. Os remédios industrializados ocupam o lugar da sua terapêutica sintomática *xawaura* é o termo utilizado pelo yanomami para designar doença que acometem muitas pessoas ao mesmo tempo.

Os yanomami acreditam que as doenças e mortes são atribuídas as inclinações agressivas de seres sobrenaturais, entre eles, dominam os espíritos maléficos da floresta, insetos monstruosos. São especialmente associadas a locais de mata fechada, lagos, colinas, beira de rios e a fenômenos atmosféricos. (Albert, B 1985)

Com a idéia de doença dos que curam e dos que são curados, das curas sonhadas, imaginadas, espiritualizadas, e vivenciadas e representadas. E o processo de trocas entre os que curam e os que são curados se efetua entre o saber do doente quanto a sua doença e a experiência vivida pelo médico. Para ele a compreensão do médico sobre a doença nunca é neutra, pois ele tem também suas

representações sobre a mesma da história de nossas práticas médicas e de nosso pensamento.

Sevalho (1993) ao discorrer sobre a história das representações sociais de saúde e doença faz menção aos elementos naturais e sobrenaturais que habitam tais representações, provocando os sentidos e impregnando a cultura, os espíritos, os valores e as crenças dos povos. Nesse contexto, a doença tem sua representação associada a sentimentos de culpa, medos, superstições, mistérios. No entanto, essa experiência depende muito do que se entende por doença e o fato desse entendimento refletir questões socioculturais mais amplas.

O xamanismo é uma sofisticada terapia psicossomática que deve ser considerada essencial para reforçar a segurança psicológica e, portanto a resistência orgânica dos pacientes (Albert e Gomez, 1997).

Os yanomami desenvolvem um cuidado próprio com uma nítida distinção entre a cura xamânica que busca reduzir os agentes e vetores etiológicos da enfermidade, e a cura caseira, voltada para a redução dos sintomas. Cultivam um tipo particular de erva que freqüentemente misturam a alucinógenos e outras plantas, formando um composto ao qual eles atribuem poderes mágicos e terapêuticos (Eusebi, 1991).

“A Oncocercose e a presença do xamã no seio do grupo tem duas faces. A primeira é positiva, atuando nas profilaxias e na cura das doenças. A face negativa da atuação do xamã diz respeito a sua capacidade de se tornar inimigo a qualquer momento, atacando os seus concidadãos, podendo causar mortes” (Vilança, 2000).

Ao planejar desenvolver ações de saúde com populações indígenas deve-se considerar a interrelação entre a medicina ocidental e o xamanismo, procurando compreender as crenças e costumes locais. Os conhecimentos populares são próprios de uma comunidade, se diferenciando de acordo com a cultura local.

Em 1993 registramos muitos casos de Oncocercose numa população de 100 indígenas, 80% era positivo nos índios yanomami xiriana, que hoje a comunidade se chama Arathaú, na época os indígenas coçavam muito que chegava a sangrar seu corpo, eles disseram que esta *xawaura*, doença de branco, veio de garimpeiros, mas que faz muito tempo que tem este *roremape* na pele e que não era para eu fazer nada porque não tinha jeito foi feitiço que os *xamathare* jogarão neles, o que mais

surpreendeu foi que também a criança estava cometida pela esta epidemia chegaram varias crianças com nódulos.

Depois de tanto estudo na região passamos quatro anos acompanhado tanta tristeza, me lembro bem que para melhorar passavam óleo mineral junto com urucu, melhorava um pouco e também fazia albendazol dose únicas, e na época da epidemia de malária percebia que quando tomava a medicação para malária, também melhorava um pouco as coceiras.

A partir de 2001 começamos o tratamento com ivermectina (mectizam<sup>®</sup>) duas vezes ao ano, foi melhorando e tem vários pacientes que depois de cinco anos de tratamento o exame negativou, os indígenas ficaram impressionados com os resultados e hoje eles procuram a medicação e todos tomam, porque no início do tratamento teve rejeição e as crianças cuspiam. Tinha que observar bem.

Luiz Laudato (p.246) Ele fala que na região que trabalhava em Marauaiá, até hoje não se registrava caso, mas na Venezuela era epidemia da doença conhecida como cegueira dos rios, filariose cutânea causada pelo *Onchocerca volvulus*". É caracterizada pela presença de nódulos subcutâneos, além de coçarem muito as lesões oculares. Está doença preocupa muito os agentes sanitários que trabalham na área yanomami. Lançam vários gritos de alarme devido os garimpeiros que vivem na região e que se pode alastrar para outros brancos que vivem entre os yanomami.

A respeito dos remédios usados pelos indígenas Laudato disse que o mais usado pelos yanomami é o Hidromel que é o mel derretido na água. Costumam tomá-los, para combater a fraqueza, durante as verminoses, diarréias, ou malária.

Procuram o hidromel, particularmente, durante as doenças do aparelho respiratório.

Curam os reumatismos esfregando na pele alguns tubérculos. Com problemas de diarréia aguda, fazem dietas tradicionais, mas custa muito para sarar. Comem barro branco, tirado das beiras dos rios quando tem ameba e grande quantidade de vermes. Quanto a enurese, as crianças tomam água de chuva, conservada nos cogumelos coliformes, chamados peribo.

Para curar as crianças dos vermes, esfregam o anus com galho descascado de uma planta (*axokamakehi*).

Ele também relata que usam o esterco de anta como remédio para curar as crianças atacadas de diarréia persistente, este remédio empírico leva a modificação da flora intestinal.

Em algumas dermatoses, os yanomami aproximam da parte atingida, um tição ardente, depois de ter espalhado pelo corpo uma boa camada de Urucu.

Para outra doença é importante a ação psicológica do Pajé. Se conseguir convencer o doente de que ele tem poder de afastar a doença má, de proteger com as invocações dos *hekura* e de transmitir a cura, este então se convencerá de que com certeza sarará.

A doença - maldição - neste primeiro interpretativo, muito claramente pelas sociedades mais tradicionais, a doença é apreciada como o efeito de uma vingança gratuita. Ela é o ocidente que ocorre por acaso, pelo destino, pela fatalidade, contra a qual nada se pode. O doente (ou todo o grupo) vive então o que lhe acontece como um escândalo e uma injustiça.

Considerando uma vítima que padece pelo que não provocou, ele proclama sua inocência e sua indignação. Ele se interroga, não compreende e grita o que já tivemos algum dia a ocasião de ouvir: “O que é que eu fiz para o bom Deus”. A doença é atribuída à onipotência da “natureza” considerada “má”, interpretação que encontramos principalmente na explicação contemporânea do câncer bem como no pensamento astrológico e também genético, a doença.

Segundo Freud, se exprime principalmente na crença em uma divindade maldosa como na tragédia grega.

## 6. POPULAÇÃO A SER ESTUDADA

A população estudada neste trabalho representa cerca de 6% da população Yanomami. Isso corresponde a 369 indivíduos, sendo 180 do sexo masculino e 189 do sexo feminino, com idade variada entre 05 a 80 anos.

Comunidades	População	
	Masculino	Feminino
Apinasiki	30	27
Arathaú	63	64
Maisitheri	23	28
Wanapiki	34	39
Xahôxipii	30	31
<b>Total</b>	<b>180</b>	<b>189</b>

Figura 6 – Tabela população yanomami de Arathauí  
Fonte: FUNASA

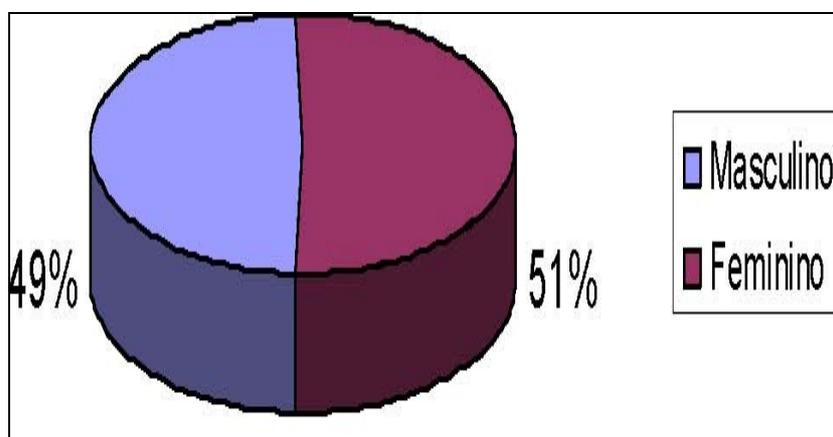


Figura 7 – Gráfico população yanomami de Arathauí  
Fonte: FUNASA

### 6.1. O povo Yanomami de Arathauí

De acordo com a história, os missionários estavam à procura de um local que eles pudessem construir suas moradias e fazer uma pista, e nesta época eles tiveram contato com indígenas nesta região do Xiriana, quando subia o rio Parima.

De acordo com Pellegrini (1998), a história de contato permanente entre os índios desta região que se dá com a chegada de missionários da *Unevangelized Fiel's Mission*, hoje Missão Evangélica da Amazônia – MEVA em 1961.



Figura 8 - Índios da Maloca Arathauí  
Fonte: FUNASA

O objetivo primário dessa missão era a evangelização desses grupos. Shapin (Apud Pellegrini) observa que em 1968, no ato de seu trabalho de pesquisa de campos, entre esse povo, verificou o esforço dos missionários para traduzir a Bíblia para a língua yanomami, a fim de mais tarde poder ensiná-los a ler como evangelizadores, eles também prestam cuidados de saúde para aqueles grupos vizinhos e os doentes eram “tratados com remédios e orações”.

A região do Arathaú de povoamento antigo, tanto que, na mesma posição onde hoje se encontrava o antigo Xiriana as cartas topográficas do Radan, datadas de 1976 já indicavam a presença humana que hoje é o *Wanapikiltheripé*.

O povoamento deste local, nos anos 1980 tiveram agressão devido os garimpeiros que estavam presentes neste local e com isto teve um índice de mortalidade de malária.

A região do Arathaú é originada por um conjunto de deslocamentos em direções diversas: se denominou este nome devido o rio que é Arathaú, e nesse local tem muitas Araras que significado (Arathaú).

Arathaú vem de um povo autodenominado Kuropo, onde hoje é a pista, antiga pista Pé na cova “dos tempos do garimpo”.

Os Xiriana (*Wanapikitheri* – vem de outro povoamento *Naharahahitherip'e* (lê-se Nafarofafi) As outras comunidades, *Apinarikitheripê* e *Xahuxipitheripé* descendem da antiga região do *Konkara*, de onde também vieram comunidades do Parafuri e ocupavam vários outros sítios antes de estabelecerem nesta região).

Eles possuem grande proximidade de relações entre si. Faziam parte também da região de Xiriana as comunidades de Kataroa e de Porapil, mais após o esvaziamento da primeira e as inimizades da segunda, estas passaram a ser atendidas pelo pólo de Surucucus.

Nos anos 1990 conhecida anteriormente como Região do Xiriana, que genericamente abrangia áreas hoje atendidas pelo Pólo-base de Surucucu, compreendemos hoje a região do Arathaú como a região do Rio Parima, próximo a cachoeira Xiriana.

Esta região era atendida através de Helicóptero, não havia posto de atendimentos, a pista que havia aberta era de garimpeiros, muito pequena, e mal posicionada, e que se tornava perigosa para operação, impossibilitando decolagem de aeronave nesta região.

Trata-se de uma região com elevações abruptas, mas a ocupação dá-se, sobretudo nos vales dos cursos de água, afluente do próprio Parima.

No ano de 2000, com assistência da Urihi, houve uma grande evolução neste local, nova construção da pista e com posicionamento melhor, e feito uma construção pequena para atendimentos emergenciais, mas já estando com permanência fixa da Urihi.

No ano de 2001 a 2003, os trabalhos sendo desenvolvido pela Urihi, com aumento da População, tiveram que melhorar a estrutura da casa de apoio e atendimento a saúde, onde a Urihi fez construção de uma casa de apoio e uma farmácia para atendimento.

Em 2003, foram treinados em Boa Vista 7 yanomami que passaram 45 dias, iniciando a alfabetização na língua materna. Durante todo o ano de 2003, os mesmos deram continuidade à alfabetização e os conhecimentos básicos do Sistema decimal, em área, com o acompanhamento de um educador não yanomami.

A partir de 2003, começaram o trabalho de Educação e se expandiram onde existem 4 escola yanomami, que também são Projeto pela CCPY, URIHI, que tem um total de 89% do pólo base sendo beneficiado.

Em 2004, já com as construções prontas, com instalações, de 10 painéis solares, com 4 caixas de água, com local apropriado para internações dos pacientes mais graves, para facilitar o monitoramento das doenças de tuberculose, e outras assistência à saúde como tratamento de inflamações respiratórias agudas - IRA graves e pneumonias.

Em 2004, a Urihi tinha planos de uma construção de uma escola, que seria para estudo treinamentos de Professores multiplicadores, no local de origem na língua materna e de Português.

Em 2005 a Funasa fez convênio com a Universidade de Brasília (UNB) as atividades de saúde continuaram, mas com qualidades inferior a Urihi, metas baixas, por ocasionar irregularidades no convênio. O convênio terminou em 2007. Em 2008 foram realizados convênio com a Secoya.

As roças são subdivididas discretamente, quase impossíveis de serem identificadas, elas são reconhecidas pelos yanomami, porque as divisões são feitas de troncos caídos, modificação do relevo, pelas árvores que se separam ou por pé de canas, esta subdivisão é para cada família.

Quanto às caças, tem variedades nesta região, macacos, paca, cutia, peixes. São as principais fonte consumida pelos yanomami de Aratháú.

Nesta região tem muitas araras, eles usam para comer e também eles as têm na maloca como animal de estimação. Quando matam, eles usam as penas para enfeitas, cocar, brincos, colares, braçadeiras.

Dentro da organização da aldeia, todas as famílias possuem pelo menos uma roça próxima à maloca, e as roças são queimadas e plantadas pelos homens e também são identificadas pelo nome do dono que as plantou, e depois as mulheres ajuda no momento de buscar o alimento na roça, em contribuição de preparar o alimento.

O aumento da densidade demográfica é consequência da não ruptura do grupo. Em parte isto já ocorreu e está ocorrendo em Aratháú.

Quando a aldeia yanomami começa a exceder a capacidade suporte do ambiente, devido ao incremento na densidade populacional, ocorrem conflitos na aldeia, os quais ocasionam na separação da mesma em grupos menores. Este movimento migratório se dirige para sítios diferentes, seguindo caminhos distintos.

Tal fato pode ser observado para comunidades que estão próximas ao Aratháú. Os principais fatores que estariam efetuando na fixação e não ruptura da população em Aratháú seriam: O Posto de saúde, que foi responsável pela maior parte das movimentações para Aratháú durante 2003, a pista de pouso que forma o elo dos yanomami com o mundo não yanomami (*nape*).

Xiriana é a aldeia mais afetada por presença de contato não indígenas. Nesta região sempre existe presença de garimpeiros. Estes contatos podem ser tanto benéficos, transferência rápida de um yanomami com risco de vida para um hospital, como prejudiciais, perda cultural e descaracterização étnica. No entanto, a visão dos indígenas da região é que sempre saem prejudicados, mas eles fazem suas trocas porque sempre aparecem com coisas diferentes que não faz parte da cultura.

## **7. COMO É TRANSMITIDA A ONCOCERCOSE?**

A Oncocercose é transmitida através da picada de uma mosca do gênero *Simulidium*, conhecida popularmente como pium ou borrachudo, a qual cresce nos

riachos e cachoeiras ou corredeiras. As microfilárias da pele do paciente, quando ingeridas pelos vetores, (pium ou borrachudo) evoluem nestes sem multiplicar-se e no fim de 6 a 12 dias, após dois estágios de mudanças denominados de L1 e L2, transformam-se em larvas infectantes (L3).

Estas larvas podem ser inoculadas em novo hospedeiro, no momento em que o inseto volta para se alimentar.

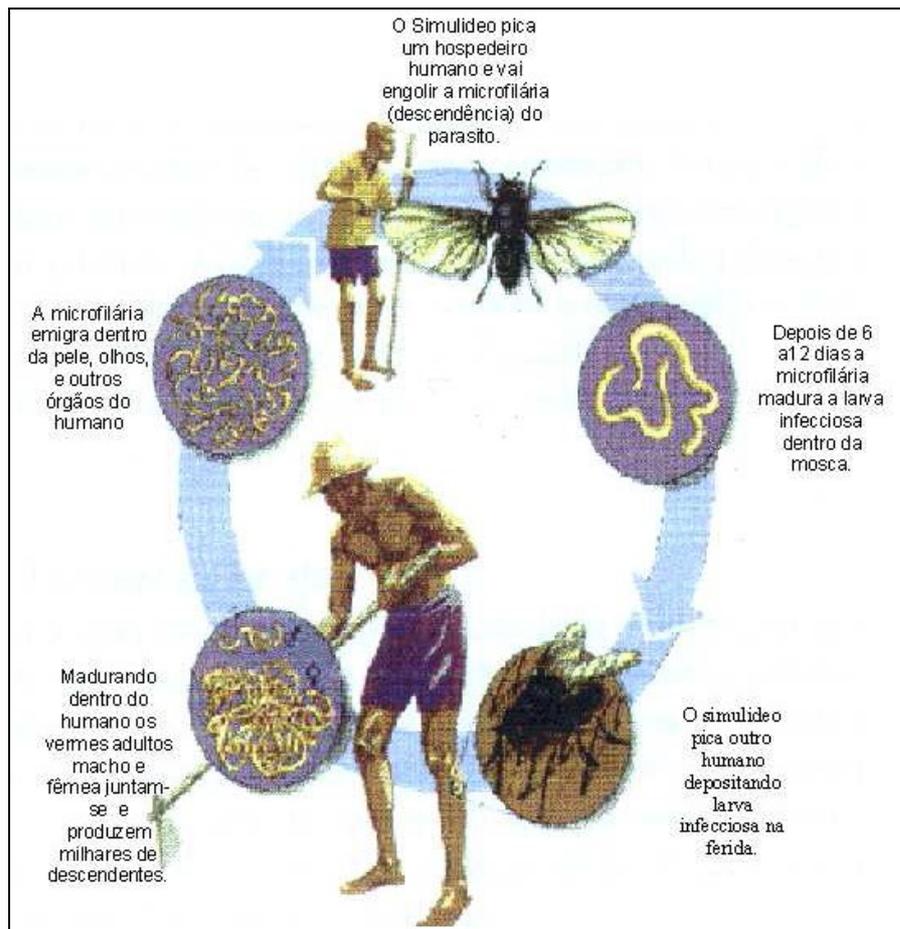


Figura 9 - Ciclo de vida da *Oncocerca volvulus*  
Fonte: OEPA

### 7.1. Manifestações cutâneas

Os vermes adultos vivem de 09 a 14 anos. E as microfilárias de 06 a 24 meses. A duração máxima da vida reprodutiva dos adultos foi estimada em 11 anos. As microfilárias mortas provocam uma reação inflamatória ao seu redor, que é a causa das principais manifestações clínicas da Oncocercose.

Os vermes na pele podem produzir coceira e inchaço. A coceira é, às vezes, tão intensa a ponto de se constituir na principal queixa das pessoas devido a que provoca insônia, irritabilidade e redução da capacidade de trabalho. Além disso, a

coceira persistente determinada lesões secundárias de coçadura, como escoriações, formação de crostas e fibras colágenas e elásticas. A pele sofre espessamento, fibrose e perde a elasticidade natural da pele leva a formação de dobras cutâneas pendentes na face, nos joelhos, axilas e virilhas.



Figura 10 - Paciente com Lesão Onconercótica  
Fonte: FUNASA

## 7.2. Como é o Parasita?

As microfilárias podem alcançar a vida adulta, as fêmeas podem alcançar 80 cm de comprimento e os machos, 5 cm. Ambos, muito delgados (com aparência de um fio) apesar do comprimento, ficam enovelados e envoltos por tecido conjuntivo frouxo dentro de nódulos fibrosos, no subcutâneo dos pacientes. Os nódulos característicos medem de 0,5 cm a 2 cm podendo atingir 5 cm ou mais de diâmetro.

São massas indolores, arredondas ou alongadas, bem circunscritas, visíveis e facilmente palpáveis quando formadas sobre superfícies ósseas. Há, no entanto, lesões profundas, impalpáveis, que resultam do desenvolvimento de microfilárias no



conjunto entre os músculos.

Figura 11 - Lâmina contendo microfilária, obtida de paciente residente em Aratháú

Fonte: FUNASA

### 7.3. Manifestações oculares

As microfilárias de *O. Volvulus* migram extensivamente por toda a derme superior e podem penetrar no globo ocular, causando alterações capazes, eventualmente, de levar a cegueira. Este é o principal componente clínico da Oncocercose.

Todas as alterações oculares resultam das reações inflamatórias em torno das microfilárias que morrem no interior do olho.

A lesão mais precoce é a ceratite punctata, que consiste em discretas áreas esbranquiçadas na córnea, cada uma das quais representa uma reação inflamatória em torno de uma única microfilárias.



Figura 12 - Indígena com lesão ocular  
Fonte: FUNASA

## 8. COMO É REALIZADO O EXAME DE ONCOCERCOSE

A biópsia pode ser feita por meio de vários instrumentos, sendo hoje usado o “*punch*” ou pinça esclerocorneal (o modelo de Holtz tem a preferência, por ser o mais resistente e o mais barato).

Com eles conseguem-se retalhos de tamanho bastante uniforme (2 mm), o que evita a pesagem sistemática dos fragmentos, quando se deseja obter o número de microfilárias por miligrama de pele, ou seja, a densidade de infecção. O instrumento, entretanto, não é descartável, exigindo esterilização (dez minutos em solução de glutaraldeído a 2%), seguida de lavagem em água limpa (duas vezes) e secagem, processo demorado para emprego em larga escala, a não ser que disponha de um número razoável de exemplares. O lugar de eleição para as biópsias cutâneas, nos focos sul-americanos, é a cintura pélvica, em geral abaixo da crista ilíaca, nos dois lados. O procedimento ainda pode incluir biópsias suplementares, tomadas das panturrilhas. No local escolhido, a pele é desinfetada com um chumaço de algodão, embebido em álcool-iodado, e deixada secar completamente.

### 8.1. O que os yanomami pensam a respeito da coleta do exame?

Para os yanomami a coleta de biópsia é muito delicado, porque eles acham que não devem ser retirado nada dele, uma vez depois de ter coletado mais de 200 exames o tuxaua queria que devolvessem os retalhos cutâneo da pele que foi retirado para que fossem desprezados por eles numa certeza que não trouxemos nada para cidade.

A partir desta missão aprendemos que todo o material coletado deveria ser examinado na própria maloca e acompanhado pelos yanomami. Para compreender algo do mundo espiritual dos indígenas, primeiro tem que ter uma noção de elementos mais importantes de sua metafísica.



Figura 13 - Coleta de biópsia: indígena de Aratháú  
Fonte: FUNASA



Figura 14 - Leitura biópsias

Fonte: FUNASA

## 8.2. O que os yanomami acham do tratamento da Oncocercose?

Os yanomami normalmente se apresentam ao profissional de saúde para pedir um remédio específico de acordo com seu autodiagnóstico prévio (na maioria das vezes sintomática). Pedem remédios contra dor de cabeça, tosse, diarreia, fraqueza, verminose, malária, dores generalizadas, medo, etc. Às vezes, pedem remédios porque sonharam, ou tomar para não adoecer (Pelligrini. M. 1994).

Os yanomami não conhecem medicação, e não sabem os seus significados, mas acham que a medicação injetável é melhor e às vezes eles mesmos, sem saber o que é, preferem injeção.

Em 1997 iniciamos o trabalho, somente em 2001 demos início ao tratamento da população sempre supervisionado pelo médico do Programa de Controle, após o exame clínico para a identificação de possíveis contra-indicações e presença ou não de nódulos oncocercótico.

A equipe que foi administrar o primeiro ciclo de tratamento no Aratháú estava composta por médico (Funasa) auxiliar de enfermagem (Urihi) Técnico de laboratório (Funasa) Interpretador (Urihi) Entomologista e Oftalmologista (Fiocruz)

Os indivíduos foram avaliados da seguinte forma, descartando mulheres gestantes, lactente (até o sétimo dia) e menores de 5 anos ou menores que 15 kg. E pessoas com problemas neurológicos.

A dose ministrada foi de 150mg/kg de ivermectina duas vezes ao ano (06 em 06 meses) em toda a comunidade, exceto nos indivíduos que não atendam às exigências.

O prolongamento dos tratamentos bianual por vários anos decorre do fato de que os vermes adultos podem viver no corpo humano por até 15 anos.

Após uma dose de mectizam se reduz a densidade de microfilárias em pele a um nível que diminuem a transmissão de *O. volvulus* por vetor.

O tratamento contínuo conduzirá à interrupção definitiva e a alcançar a meta da eliminação.



Figura 15 – Yanomami tomando remédio  
Fonte: FUNASA

## 9. CONSTRUÇÃO DO PROJETO SAÚDE YANOMAMI

A origem da atenção a saúde dos yanomami começou basicamente no fim da década de 1950 e início dos anos 1960 com os missionários católicos da ordem da Consolata no Ajarani e Catrimani, Salesianos no Alto Rio Negro e, protestantes da MEVA em Waikás e Mucajai”.

De 1967 a 1968, parte da população yanomami do Brasil e da Venezuela foi acometida de uma epidemia de sarampo. No Brasil os danos foram mais visíveis na região do Ajarani em 1973 a 1975, onde os óbitos ocorridos foram também causados por gripe e complicações pulmonares (Brasil. FUNDAÇÃO NACIONAL DE Saúde 1991, p.25). Na Venezuela, os danos foram mais perversos, só na região de Oca morreram três mil Yanomami (TIERNEY, 2002, p.104).

Em 1975, foi elaborado um plano de atendimento coordenado pela FUNAI, com vacinação para os yanomami da região do rio Catrimani e no Surucucu, visando prevenir doenças infecto-contagiosa nas comunidades “atingidas pelo contato indiscriminado de garimpeiros” e colonos. A morosidade burocrática e a falta de logística deixou a região do Surucucu sem cobertura vacinal, enquanto a região do Ajarani apareciam os primeiros casos de Tuberculose “(op.cit.p.26).

De 1980 a 1987, a Comissão pela Criação do Parque Yanomami – CCPY fez um levantamento geral do quadro sanitário dos yanomami, identificando as áreas mais atingidas pelo sarampo, buscando intensificar ações básicas como vacinações, atendimentos básicos e uma organização dos primeiros dados epidemiológicos e censo populacional.

De 1987 a 1990, percebe-se um retrocesso das atividades de saúde, quando o Exército e FUNAI proibiram a permanência de equipes de saúde, missionária e antropólogos na área yanomami, ficando apenas equipes da FUNAI para desenvolver os projetos de saúde. Em 1988, realizou-se vacinação e atendimento médico e odontológico nas regiões de Catrimani, Paapiú, Demini, Toototobi, Mucajai, Erico, Palimiú e Waikas. Porém, o Projeto de nutrição nunca foi implantado.

Em 1990, foi criado o primeiro Plano Emergencial de Atenção à Saúde (PEASY) nas comunidades yanomami, uma iniciativa do Ministério da Saúde com a colaboração de algumas entidades civis e Procuradoria da República. O objetivo desse plano visava o atendimento nas aldeias para diminuir o número de internações na Casa do Índio. Nos primeiros meses do plano, houve uma intensificação das ações e se conseguiu fazer um diagnóstico da real situação de saúde dos yanomami.

Dado ao conhecimento dessa situação foi determinado pelo Ministério da Saúde em articulação com as universidades, outros Ministérios, Institutos de Pesquisa e a Organização Pan-Americana de Saúde- OPAS um grupo de trabalho

que elaborou um Projeto de saúde de “longa duração e de atendimento global e intensivo” para os yanomami (op.cit.p.27)

## **9.1. A Implantação do Distrito Sanitário Yanomami**

A implantação do Distrito Sanitário Yanomami foi possível dado a um contexto social histórico específico. Primeiro, pela luta de Antropólogos, representantes da FUNAI, comitês para os direitos dos índios que desde 1968 fizeram “moções” e colocaram para o governo brasileiro vários projetos para demarcação das terras yanomami, visando garantir sua “sobrevivência física e preservar sua cultura” (CIDR, 1988, p. 66) e segundo, pelo acentuado quadro de “mortalidade” apresentado por estes povos a partir da década de 1980.

“A Oncocercose a situação que se agravou no ano de 1987 com a “corrida do ouro”, onde cerca de “40 mil garimpeiros” ocuparam o território yanomami alterando significativamente seu perfil epidemiológico e ocasionando desorganização na estrutura social” (Brasil. Fundação Nacional de Saúde, 1991).

Confalonieri (1993) aponta um momento em que as condições foram criadas para a efetivação do Distrito Sanitário Yanomami. Em 1986, com a reforma do sistema de saúde no Brasil foi instituído o Sistema Único de Saúde - SUS. O sistema versa pela: Universidade VIII Conferência Conferência Nacional de Saúde. Nesta Conferência foi promovido um debate sobre uma política de extensão dos serviços e saúde para as populações indígenas. Apesar deste direito está garantido no Estatuto do Índio desde 1973, onde a saúde das populações indígenas é de responsabilidade da União. Segundo orientação desta Conferência, realizou-se neste mesmo ano tema específico a Conferência Nacional de Proteção a Saúde do Índio (p. 39).

Esta Conferência constituiu um fórum de debate entre o governo e representantes da sociedade civil que atuavam em apoio a causa indígena, para discutir uma proposta que orientasse o atendimento de saúde das populações indígenas. Nessa reunião, deliberaram por promover o desenvolvimento de estratégias de atenção primária, a nível local, que respeitem as especificidades éticas culturais, garantir a participação de representantes indígenas na formulação de políticas e na

execução de ações e serviços de saúde, criar uma agência específica para assuntos de saúde indígena, no âmbito do Ministério responsável pela Coordenação do SUS, reconhecer que a saúde dos grupos indígenas é determinada pela forma de ocupação do seu território e adjacência, bem como pela particularidade de seu contato com a sociedade nacional, reafirmar o respeito e o reconhecimento das formas diferenciadas das nações indígenas no cuidado com a saúde (op.cit.p.39).

O autor destaca ainda como os “desdobramentos” destas propostas foram fundamentais, para estimular a criação de um setor no Ministério da Saúde para responder pelas ações de saúde junto às populações’ indígenas. Este setor, Coordenação de Saúde do Índio – DESAI, vinculado à Fundação Nacional de Saúde, criado pelo Decreto presidencial número 23 de 04 de fevereiro de 1991, que reafirmou a responsabilidade da União com a assistência de saúde dos povos indígenas. Esse mesmo Decreto transferiu assistência de saúde da FUNAI para a FNS, e definiu que as “ações e serviços” serão desenvolvidas segundo o modelo dos distritos sanitários de natureza especial.

Coube à FNS em cooperação com a FUNAI, elaborar e coordenar os projetos de saúde indígena (op. Cit.p.41). Magalhães (2001) salienta esta medida como uma “possibilidade para os yanomami encontrar o reequilíbrio da vida econômica, política e social, o controle epidemiológico, a integralidade da assistência médica e a restauração do equilíbrio ambiental” (p.125)

Através do mesmo decreto que assegurou a transferência do Sistema de Saúde do Ministério da Justiça para o Ministério da Saúde, foi criada a Portaria Interministerial n 316 que Instituiu o Projeto de Saúde Yanomami- DSY, O DSY que se configura no Distrito Sanitário Yanomami. foi criado em 11 de Abril de 1991 (op, cit, p.126). E neste mesmo ano, em 15 de novembro de 1991 foi reconhecida através da portaria n 580, o Parque Indígena Yanomami (Laudato, p.37)

A constituição da República Federativa do Brasil de 1988, em um dos seus princípios gerais, define a “saúde como direito de cidadania, direito de todos e dever do Estado, a ser garantido mediante políticas econômicas e sociais”. (BRASIL CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988). Determina ainda que as ações de saúde devam ser implementadas por um sistema único que terá como diretrizes a descentralização das ações de saúde para o município, o atendimento integral e a participação da comunidade.

O SUS foi regularizado com a lei n 8.080, de 19 de Setembro de 1990 (ALMEIDA, 1998, p.15). Esta lei permitiu a criação de comissões subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde e, no campo da saúde indígena, fundou-se a Comissão Inter setorial de Saúde Indígena – CISI que tem como objetivo articular, controlar e executar em nível nacional, políticas e programas de saúde voltadas para as populações indígenas. “O primeiro destes Distritos a ser operacionalizado foi o Distrito Sanitário Yanomami em Roraima e no Amazonas, sob a administração da Fundação Nacional de Saúde” (CONFALONIERI, 1993.p.41)

Na segunda Conferência Nacional de Saúde para povos indígenas realizadas em 1993 em Luziania-GO, ficou acordado em seu relatório final que o modelo assistencial para a atenção a saúde indígena teria como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI como um subsistema de saúde indígena no âmbito do Ministério da Saúde, diferenciado e com controle social (Magalhães, p. 130).

Durante as discussões que percebe a implantação de um sistema de atenção a saúde indígena yanomami, levou-se em consideração as especificidades das “práticas sócio-culturais dentro do seu espaço territorial, com o objetivo de melhor desenvolver as atividades de saúde (BRASIL. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. 1991 p.66).

O Distrito Sanitário Yanomami foi dividido geograficamente em áreas de Relações inter comunitárias (ARI). A divisão tomou por base as “intrincadas teias de relações” entre as comunidades que tendem a criar conjuntos de comunidades onde o “Contato Social” é mais intenso do que com outros grupos semelhantes. “A interação das pessoas ao longo dessas relações repercute necessariamente na maneira como as doenças se propagam pelo território. Yanomami. Dentro desses conjuntos, algumas comunidades têm contatos mais intensos e freqüentes do que outras. Cada ARI foi subdividida em sub-regiões que constituem um conjunto de comunidades ou aldeias. As comunidades podem conter uma ou várias habitações, as malocas, com unidades compostas de muitas famílias com interação íntima e cotidiana (op.cit.p.66).

“A Oncocercose nas ARI foram improvisados barracos de madeira, velhas construções utilizadas pelos garimpeiros. Uma estrutura simples que funciona como alojamento e como unidade de atendimento de saúde. O pólo-base se constitui em pontos de referências para a busca de atendimento por parte dos yanomami e para a ida de equipes as comunidades” (BRASIL FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1991p. 66).

E também o espaço de gerenciamento local das atividades de saúde e lugar de acomodação das equipes durante o período de estadia no campo. É base de comunicação com a sede (em Boa Vista) e com os demais Pólos, possuindo uma mini-estrutura de unidade de saúde, depósito, farmácia e uma enfermaria, tudo muito rústico e fugindo completamente dos modelos tradicionais dos pólos de saúde que se conhece. As equipes de saúde se revezam nesses pólos com permanência por um período de trinta dias, depende das entidades em que trabalha. São equipes formadas por dois profissionais de saúde, geralmente um auxiliar de enfermagem e um microscopista ou um técnico de laboratório. Nos pólos com maior população e maior número de profissionais. Nos pequenos pólos, ficam geralmente um profissional acumulando as duas funções, uma vez que tem auxiliar que exerce a atividade de microscopia.

A demanda do profissional Enfermeiro é muito restrita. Esses profissionais atuam em pólos com o número de maior população (Auaris, Surucucu, Homoxi, Xitei, Missão Catrimani, Marari) onde os problemas de saúde são mais complexo, e ou quando há uma necessidade emergencial, em caso de surto, ou uma grave epidemia de doenças como, diarreia, coqueluche, tuberculose e outras, de maior impacto. Eventualmente, se tem o profissional médico em área, só numa situação equivalente a citada acima.

A necessidade de organizar os serviços, a distância e a dispersão entre as comunidades estimularam a divisão das responsabilidades no atendimento dessa população entre a FUNASA, FUNAI e as organizações não governamentais, as missões Evangélicas e a missão católica (BRASIL MINISTERIO DA SAUDE, 1999).

A Fundação Nacional de Saúde não conseguiu garantir a assistência qualitativa e permanente nas regiões de sua atuação. As normas governamentais, que não permitam a contratação de recursos humanos, e a precária gerencia técnica local foram os elementos que contribuíram para manutenção dos baixos indicadores de saúde. Por outro lado, nas regiões onde a assistência era executada pelas ONGs, observou-se uma significativa melhora dos indicadores, como mortalidades infantil, mortalidade geral e taxas de crescimento populacional, uma vez que atuavam em áreas com uma população relativamente menor (op.cit).

## **9.2 - As frentes de contato e a saúde yanomami**

Albert (1992) aponta o século XVIII como o marco da história do contato entre os yanomami. Os primeiros contatos se deram com as frentes de expansão, de início colonial e depois nacional (p. 162). Para Ramos (1985) uma das razões que os mantiveram longe desse contato foram as dificuldades de acesso a seu território que se situava nas terras montanhosas.

Ramirez (1999) salienta que em 1800 este povo gozava de uma relativa estabilidade social, primeiro, em função da desocupação do território anteriormente ocupado pelos indígenas Arawak e Karib, segundo, pela incorporação da cultura da banana e, terceiro, pelo baixo nível de adoecimento entre eles. Esses fatores sinalizaram para um acentuado crescimento populacional, permitindo assim que eles buscassem ocupar outras zonas como forma de se afastar da pressão demográfica das comunidades centrais sobre as periféricas (p. 13)

Um contato mais permanente entre os yanomami data mais precisamente dos fins dos anos 50 com a implantação dos postos do SPI e das missões católicas e evangélicas. A construção destes postos serviu de base para o início do processo de sedentarismo dos grupos locais atraídos pelas trocas de objetos manufaturados (Op. cit. P.31).

A partir das décadas de 1970 e 1980 aumenta o fluxo de pessoas no território yanomami, seja de garimpeiros interessados nas reservas de minérios ou estudiosos buscando conhecer a organização social yanomami.

## **10. A PRÁTICA INDIGENISTA E A QUESTÃO SANITÁRIA ENTRE OS POVOS YANOMAMI.**

### **10.1. Contextualizando a organização social yanomami**

Albert e Gomes (1997) analisam os yanomami como uma sociedade de caçadores agricultores habitantes da floresta tropical do oeste do Maciço Guianense.

Vivem na fronteira entre Brasil e Venezuela, numa região montanhosa e de difícil acesso. Estes grupos formam um conjunto cultural e lingüístico composto de quatro línguas (yanomam, Sanuma, e yonan ou Ninan) cada uma apresenta vários dialetos e subdialetos (Ramirez, 1999 p.12) São ocupantes de uma região limítrofe, entre os dois países, numa área territorial de aproximadamente 192.000, *km<sup>2</sup>*, estima-se que sua população total no Brasil e Venezuela está em torno de 22.000 índios (p.29).

No Brasil, ocupam uma “área continuam de 9.419.108 hectares” (Magalhães, 2001 p. 84), “distribuídos em mais de 100 comunidades” (Brasil, Fundação Nacional de Saúde, 1991),” A população habitada os estudos de Roraima e Amazonas as regiões do Rio Branco (oeste de Roraima) e a margem esquerda do rio negro (norte do Amazonas) (Albert, Gómez, 31, 1997).

“A Oncocercose nos yanomamis que residem em malocas estilo circular ou em casas retangulares, o shapono (Lizot, p. 524), geralmente em uma única casa coabitam varias famílias, ligadas por laços de inter casamentos. As famílias são numerosas, atingindo um total que varia de trinta a cem pessoas. A comunidade residencial mantém entre si um conjunto de relações sociais, rituais freqüentes, constantes intercâmbios, trocas, alianças matrimoniais e de rivalidades” (EMIRI, 1994, p. 22).

Lizot destaca que as atividades econômicas yanomami são baseadas na agricultura, na caça, na pesca e na coleta. A caça é sua principal ocupação, diariamente, os homens se deslocam sozinhos ou em pequenos grupos para a floresta, utilizando arcos e flechas com pontas dos mais variados tamanhos, indicado para a caça de pequenos e grandes animais (p. 502). Os instrumentos de caça são fabricados por eles, com matéria extraída da natureza e com objetos introduzidos pelo contato com outros grupos, em particular os Ye'kuana.

Mais recentemente tiveram acesso a outras ferramentas, como instrumentos metálicos de alumínio e de nylon. Nota-se, que nesta fase, a aquisição destes instrumentos não foi suficiente para alterar sua forma de vida, porém deve ter contribuído para aumentar a produção alimentar (op.citp. 512)

A produção de bens e alimentos e as tarefas domésticas são distribuídas pelos membros da família ou comunidade, de modo a não criar privilégios para alguns. Da mesma forma, o consumo de bens e alimentos e os recursos, de um modo geral, são para todos igualmente distribuídos. Se houver excedente de algum produto, principalmente de caça, serão convidados os vizinhos para partilhar da

divisão. Esses encontros são oportunos para trocas de notícias, planejamentos das caçadas coletivas, arranjo de casamentos, enfim, se solidificam as alianças políticas (Lizot, p. 497).

Outros momentos de grande encontro para os yanomami é, por ocasião das festas em homenagem aos mortos, quando várias comunidades são convidadas para reverenciar um ente querido. A cerimônia dura em média uma semana, com grande distribuição de alimentos aos visitantes. Eles cantam e dança, trocam objetos e resolvem conflitos (Lizot, p.554)

## **10.2. O contato - Relações inter étnicas**

Segundo Oliveira (1976), o fenômeno da modernização dos transportes teve papel fundamental na diminuição do isolamento entre as pessoas. Graças a este invento foi possível a expansão das civilizações, “fato que colocou as pessoas em contato umas com as outras. Isto permitiu o contato inter étnico, um sintoma de relações entre indivíduos e grupos de diferentes procedências nacionais, raciais ou culturais. Albert (1992) coloca que, até bem pouco tempo, os yanomami eram tidos como um povo poupado desse contato intencional com a sociedade nacional, talvez pelo relativo isolamento de seu território. Reconstruindo esta história do contato, ele a divide em quatro fases: contato indireto com as étnias-tampão, contato direto, contato intermitente e contato permanente.

Na primeira fase, de 1730 a 1930, configura-se o estabelecimento da frente de expansão colonial, marcado pelo contato indireto com as “etnias-tampão”, através de saques ou trocas. Este período se caracteriza por uma alteração da estrutura tecnológica, sem função do acesso aos objetivos metálicos e a entrada de novos gêneros de cultivo, propiciando uma mudança no sistema produtivo.

Há indícios de crescimento demográfico e de contaminação da população por epidemias de doenças infecciosas. Ele sugere que as epidemias adquiridas durante as expedições de guerra ou de comércio são atribuídas pelos yanomami à feitiçaria (p. 162).

A segunda fase ocorre de 1910 a 1940 e foi marcada pelo o contato direto com a sociedade nacional, através dos coletores de produtos da floresta, de exploradores estrangeiros ou membros da Comissão Brasileira de Demarcação de Limites- CBDL e do Serviço de Proteção aos Índios (SPI). Os Yanomami adquiriam

os produtos metálicos e manufaturados diretamente dos brancos, e esse contato foi fundamental para a expansão das epidemias e a conseqüente diminuição do crescimento demográfico.

A terceira fase consiste no contato intermitente e compreende ao período de 1920 a 1965. Para o autor, este momento refere-se mais especificamente aos yanomami do Rio Catrimani. Nessa fase, os yanomami mantém contato esporádico com representantes da sociedade nacional e com um posto do SPI, buscam estabelecer diretamente suas trocas de produtos manufaturados por produtos agrícola e de trabalhos avulsos ou sazonais, como coleta de frutos, carregamento dos pertence dos brancos e do desmatamento das roças dos representantes da fronteira regional (p.169)

Eles rompem com as alianças de grupos migrantes do norte, com quem estabelecem trocas de metais que adquiram dos Ye'kuana e procuraram manter alianças com yanomami vindos do sul, que tinham contato mais direto com os brancos. Nota-se maior difusão das doenças infecciosas e da malária, causando um declínio demográfico significativo (op.cit. p, 169)

“A última fase, marcada pelo contato permanente, iniciado a partir dos anos 1950, se destaca pela fixação de postos missionários e indigenistas em Maturacá, no Amazonas em 1994 (Missão Nossa Senhora de Lurdes), e no rio Catrimani em Roraima em 1965. A implantação dos postos contribuiu para o sedentarismo da população vizinha, pois o acesso ao atendimento de saúde destes colocava-os em vantagem em relação aos grupos mais afastados, uma vez que tinham a oportunidade de prestar serviço aos “brancos” por produtos manufaturados (p.173).

Para o autor, nesse período, houve interrupção na expansão territorial das etnias, mais um crescimento representativo dos grupos locais advindos das migrações da população proveniente do centro, certamente atraído pela oferta de produtos manufaturados em troca de prestação de serviços (op, cit.p.173)

### **10.3. Os Yanomami no contexto do programa de “Integração” Nacional**

A década de 1970 foi importante no cenário histórico brasileiro, pela implantação dos Projetos de integração nacional que visavam à integração da Amazônia a economia do País. A construção da transamazônica e da Perimetral Norte estimulou os grupos econômicos multinacionais a investir na exploração dos

recursos florestais, minerais, desmatamentos para pastagem e na construção e na construção das hidroelétricas. Esse aporte de recursos representou, na economia brasileira, uma dívida externa de grande magnitude com conseqüências viáveis até os dias atuais.

Subjacente à ideologia, havia a proposta de incentivo à exploração do subsolo amazônico, a ocupação do vazio demográfico, a distribuição de terras para imigrantes nordestinos, para aliviar os perigos de tensões provocados pela seca e a concentração de terras dos grandes latifúndios, e a preocupação da Segurança Nacional em defender as fronteiras do território brasileiro das ameaças de invasão dos países vizinhos (Laudato, p.26 e 28).

A Perimetral Norte ou BR-210 foi construída passando em território yanomami na região dos rios Ajarani e Catrimani, em sentido leste-oeste, partindo da BR 174 a 11 km ao norte de Caracarai. A estrada fazia parte do projeto do governo brasileiro de construção de rodovias para o desenvolvimento da região amazônica, cujo objetivo era ligar as fronteiras do leste do Brasil com a Colômbia. Fazia parte do programa de desenvolvimento, o povoamento da região. Em 1974, quando a BR 174 já atingia o território yanomami, o Instituto Nacional de Colonização e reforma Agrária–INCRA autorizou o assentamento dos colonos às margens dessa rodovia.

A entrada do grande fluxo de operários e colonos ocasionou sérias conseqüências para a situação sanitária dessa população. Eles foram acometidos de doenças, tais como: gripe, sarampo, coqueluche e tuberculose, transmitidas pelos trabalhadores encarregados do desmatamento e ocupação da área. Além do impacto no quadro sanitário, agregava-se a isso um desequilíbrio social, com prostituição e mendicância (Roraima, centro de Informação da Diocese, 1988, p.54)

Enquanto agrava-se o quadro de saúde dos yanomami, a imprensa apresentava no cenário nacional os resultados de levantamentos das pesquisas do Projeto Rondon Brasil (1975), levando ao conhecimento público a existência de recursos minerais (ouro, cassiterita e materiais radiativo) na Amazônia e em Roraima, e mais particularmente no território yanomami. Nessas pesquisas constatou-se ainda pobreza dos solos para a agricultura. A divulgação desses resultados despertou interesses econômicos nacionais e internacionais, causando um progressivo movimento de garimpeiros para a reserva yanomami (Brasil Fundação Nacional de Saúde, 1991 p, 13).

#### **10.4. Os Garimpeiros no Território Yanomami**

A propaganda que dava a conhecer as riquezas de minério no espaço yanomami serviu para agilizar a entrada de garimpeiros a partir da década de 1980.

Através do garimpo de Santa Rosa no Rio Uraricoera em 1987 e das pistas do Baixo Mucajai e Paapiu, construídas e abandonadas pela Força Aérea, foi possível a expansão para o interior da área yanomami.

Os yanomami foram submetidos a formas de contato maciço, conseqüentemente, provocando mudanças de grande magnitude no perfil epidemiológico, causando perdas demográficas, degradação do meio ambiente, do quadro sanitário e desestruturação social.

MacMillan (1997) constata as implicações da garimpagem nas terras das sociedades sensíveis como os yanomami por um lado, os índios possuem baixa resistência as doenças do velho mundo levadas inadvertidamente pelos garimpeiros, e por outro, a subsistência deles depende do funcionamento da saúde do ecossistema (p. 188)

Albert e Gómez (1997) enfatizam a importância do cuidado com o ecossistema, já que o sistema produtivo, em suas dimensões ecológicas e nutricionais, “é essencial para o bom desempenho da saúde do grupo”. “Através da caça, da pesca e da coleta, os yanomami adquirem as proteínas indispensáveis ao equilíbrio alimentar”, da agricultura (bananas e tubérculos) retiram os demais nutrientes constituintes das reservas energéticas. Portanto, fica evidente que a população mais isolada, onde o contato é menos intenso, apresenta condições de saúde e nutricional aparentemente melhor, mesmo em regiões onde a caça é mais escassa (p.34)

#### **10.5. A Prática da Assistência a Saúde – Uma Análise Social dos conflitos Inter comunitários entre os Yanomami**

Neste segmento, buscaremos responder, à luz de um estudo exploratório e a qual a percepção dos profissionais de saúde frente às situações de conflitos inter comunitários entre os yanomami da região do Parima, especialmente os do surucucu. Não pretendemos aqui apresentar uma abordagem pormenorizada dos conflitos inter comunitários, apenas compreender em que contextos sociais

convivem e trabalham esses profissionais e como devemos lidar com esse fenômeno social.

Esse trabalho parte do princípio de que os processos que fazem parte da relação de assistência a saúde e conflitos inter comunitários perpassam por relações que podem ser entendidas em um universo de significados distintos. Porém, nesse sentido, essa versão visa compreender essas relações com base na natureza dos conceitos de cultura. (Santaella, 1994)

O conceito de cultura aqui abordado diz que cultura é “a capacidade que os humanos têm (e só eles têm) de dar significado às ações que praticam, a realidade natural ou construídas que os cerca, as condutas de animais e pessoas. Capacidade partilhada por todos os seres humanos” (Silva, 1988, p. 5) Essa concepção entende ainda como cultura “a capacidade singular da espécie humana de ordenar (e desordenar) o mundo em termos simbólicos” (Shalins, 1997, p.41)

“Geertz (1989) aponta a cultura como a “semiótica” ciência a procura de interpretação dos significados e sentidos (p. 15). Mello assevera que a cultura é dinâmica e por ser dinâmica as mudanças ocorrem em razão das necessidades das novas situações (p. 53) Os conflitos intercomunitários são situações sociais, passíveis de mudanças.

No nosso caso os conflitos intercomunitários devem ser entendidos como um fenômeno social específico dos grupos locais habitantes do Pólo-base de Surucucu.

Este fica à uma hora e meia de vôo de avião monomotor, uma pequena região de lavrado circundada de floresta tropicais localizada no município de Alto Alegre, Estado de Roraima. Esta região possui uma pista de pouso para Aeronaves, mais ou menos de 1600 metros. Habitam nesta região, além dos indígenas, profissionais da Fundação Nacional de Saúde, da FUNAI, e do 5º Pelotão de Fronteira do Exército Brasileiro.

De acordo com Marcos Pelegrini (1998), a história de contato permanente entre os Yanomami de Surucucu, se dá com a chegada de um missionário da Unevangelizerd Fields Mission, hoje Missão Evangélica da Amazônia – MEVA em 1961 O objetivo primeiro dessa missão era a evangelização desses grupos. Shapiro (Apud Pellegrini) observe que em 1968, no ato de seu trabalho de pesquisa de campo, entre esse povo, verificou o esforço dos missionários para traduzir a bíblia para a língua yanomami, a fim de mais tarde poder ensiná-los a ler.

Como evangelizadores, eles também prestavam cuidados de saúde para aqueles grupos vizinhos e os doentes eram “tratados com remédios e orações” (p.41)

Na década de 1970, em função da política de favorecimento nas relações de trocas pelos missionários, os outros yanomami, habitantes das comunidades próximas, se sentiram injustiçados e destruíram a missão (p. 57). Nesse período, estava em Surucucu uma empresa subsidiária da Companhia de Mineração Vale do Rio Doce, esta fazia pesquisa sobre a existência de minérios, para confirmar o levantamento apontado pelo Projeto Rondon Brasil naquela região.

Em função desse conflito, essas atividades foram suspensas e para intervir nesses conflitos foi designado para Surucucu um representante da FUNAI, que já possuía experiência de trabalho com yanomami em outras regiões. Em Surucucu, esse servidor buscou estabelecer uma “frente de atração” entre esses indígenas baseados no “fornecimento de produtos industrializados e remédios” (op. Cit. P. 58)

Essa fase coincide com a invasão do território por garimpeiros e como consequência, a introdução das doenças entre os indígenas. Além das doenças, houve um aumento dos conflitos entre índios e garimpeiros (Colchester, 1983, p.84).

#### **10.6. A visão dos Profissionais de saúde no atendimento de campo**

Um atendimento de saúde mais sistematizada para o povo yanomami de Aratháú inicia-se na década de 90. Esse programa surge no contexto de um conjunto de proposta de saúde mais ampla para contemplar as populações indígenas como um todo. A nova conjuntura política de saúde que se instalava no país buscava garantir o cumprimento dos direitos sociais desses povos, direitos assegurados na Constituição Federal de 1988. E nesse período que foi criado o Distrito Sanitário Yanomami.

Como medidas para amenizar as conseqüências causadas pelo impacto das doenças na saúde dos yanomami foram instaladas postos de atendimentos nas áreas de maior impacto causado pelo garimpo. Esses postos foram estruturados, aproveitando os barracos construídos por garimpeiros. Segundo Pelligrini, era tão grave o quadro desses indígenas que comunidades inteiras se instalavam nas proximidades desses pólos em busca de tratamento, às vezes, após longos dias de

caminhadas trazendo os doentes nas costas. Além da motivação em adquirir produtos manufaturados dos servidores (op. Cit. P.4)

O autor enfatiza ainda que as relações sociais nesses postos se dessem em clima de muita tensão. Os desentendimentos entre os yanomami de diferentes comunidades que ali se abrigavam e também com funcionários da FUNAI e FNS que em função da sobrecarga de trabalho, das condições logísticas da base central, da infraestrutura local, da barreira linguística, da incompreensão dos yanomami em atender os sistemas de tratamento da medicina ocidental, da falta de preparo das equipes para trabalhar com yanomami ou ainda pela falta de compromisso com o trabalho de saúde, não conseguiam atender e nem entender as expectativas dos yanomami. (op.cit.p.5)

No campo, os servidores se alojam temporariamente em Surucucu, este é o pólo de referência e de dispersão das equipes para as aldeias. Como este pólo dispõe de uma melhor estrutura, ele se caracteriza como o ponto de referência para os doentes e centro de planejamento das ações locais de saúde. Desta base, as equipes são deslocadas para as comunidades, que contam atualmente com as equipes são que contam atualmente com as equipes de saúde distribuídas nos sub-polos e aldeias.

O deslocamento para as aldeias é feito a pé ou de helicóptero. Quanto às viagens são feitas a pé, a capacidade de realização do trabalho é mais limitada, a área de cobertura de atendimentos é pequena e superficial. Por outro lado, quando o atendimento é feito de helicóptero se consegue ampliar o atendimento a mais comunidades e atingir um melhor índice.

O trabalho na aldeia é feito sem muito rigor técnico, dada as condições de higiene do meio ambiente, as casas são bem fechadas e sem ventilação. Somando-se a isso, têm-se as limitações de conhecimentos técnicos dos profissionais, poucos recursos materiais e a ausência de uma equipe multidisciplinar. Nota-se que parte das equipes de profissionais de saúde atuantes em campo perpassam por uma deficiência na formação da informação. São profissionais com pouca experiência de assistência e sem base de conhecimentos antropológicos.

As equipes ficam hospedadas nas aldeias ou em barracas armadas dentro das Xaponas. Quando a equipe chega à aldeia, o líder daquela casa cede lugar para as equipes atarem as redes. Este lugar é geralmente perto do espaço ocupado pela

a sua família. Em algumas comunidades, os yanomami são muito receptivos, chegando a construir jirau para os profissionais acondicionaram seus pertences.

Eles não se negam em fornecer a lenha e ajudam a pegar água, desde que os seus serviços sejam recompensados com bens materiais.

As aldeias yanomami são construídas em regiões muito serranas e de difícil acesso, as pessoas com pouca habilidade em caminhadas e sem um bom preparo físico, certamente encontrarão muita dificuldade nas escaladas.

Creemos que é um ponto, o trabalho de assistência entre os yanomami é uma atividade que requer muita habilidade e sensibilidade dos executores e planejadores. Outro é em relação à formação dos profissionais de saúde que é muito técnica e pouco humanística. É necessário, portanto uma reflexão das escolas de formação de profissionais de saúde sobre as realidades de assistência a saúde existentes no Estado. Na aldeia, o atendimento é orientado através do censo populacional. Este censo é organizado por famílias para facilitar a identificação das pessoas.

Para os yanomami, este padrão de atendimento é difícil, pois vivem a vida toda nesta forma, acreditam que a saúde é importante, mas ainda a presença do *xapore* (xamã) é mais importante, pois às vezes a gente está junto com eles na maloca, e eles afastam e fica mais longe, por crerem mais no tratamento da medicina tradicional deles que na assistência prestada pela equipe. Desta forma, às vezes os tratamentos realizados não conseguem chegar até o final do esquema terapêutico.

Para Guber Rosana, no trabalho de campo, as técnicas antropológicas usadas na investigação tais como a observação com a participação nas entrevistas, e trabalho de campo, referem-se aos seus princípios epistemológicos e aos papéis decisivos, como os de informante e de investigador. O trabalho de campo antropológico foi definido como a presença direta, geralmente individual e prolongada, do investigador em lugar onde se encontra os autores membros da unidade sócio-cultural que se deixa a estudar. No trabalho de campo as técnicas são investigativas para acender o sujeito do estudo e seu mundo social (Guber 2001 p.23)

## **10.7. As situações de conflitos no momento de tratamento a saúde nas comunidades**

Na discussão deste item, vamos citar alguns exemplos. Ocorreu recente a queda de um helicóptero devido a conflito dos indígenas, o piloto do helicóptero ficou apavorado quando viu os indígenas matando um índio que ele mesmo havia trazido de helicóptero, no entanto ele tentou salvar uma vida de uma pessoa que estava doente, mas complicou por outro lado. Este indígena não poderia ser removido para o hospital de Surucucu, eles eram inimigos e quando o piloto saiu muito rápido se esqueceu de tirar o protetor das turbinas do helicóptero, pois assim que ele subiu, caiu logo em seguida, morreu duas pessoas, piloto e mecânico.

Diante deste caso, podemos perceber como o atendimento em campo é complexo e exige muita habilidade por parte de quem o desenvolve, As decisões em relação ao tratamento, na maioria das vezes, tem de ser resolvidas por dois profissionais que têm suas atribuições funcionais limitadas por um código de ética.

Alem das limitações éticas, a própria situação problema coloca em cheque o sistema emotivo e psicológico deste profissional. Diante da situação, impera o sentimento de impotência. Primeiro, pela incapacidade técnica e de recursos para dar resolução ao problema, e segundo, em convencer os familiares a acatar qualquer decisão.

Uma relação contraditória se configura neste caso. Para um profissional despreparado de conhecimento da cultura yanomami, e grande parte destes o são, o choque é o de não saber como conduzir a situação. Quando a família não aceita o sistema de tratamento do profissional e opta pela morte.

Para Albert (1997), a forma de interpretação da doença para o yanomami é completamente diferente da nossa e isso os coloca em uma situação de descrença em relação à medicina ocidental. A doença para o yanomami consiste num “Sistema de relações entre vários componentes que envolvem a pessoa do doente e os diversos poderes sociais e naturais maléficis exteriores a sua comunidade” (p. 44)

Na visão dos profissionais de saúde, dentre as situações de enfrentamento do trabalho de campo, alguns fatores têm dificultado essas atividades: o limitado conhecimento técnico, a escassez dos recursos materiais, a incompreensão dos yanomami em relação aos nossos sistemas de saúde, a barreira linguística, o reduzido número de servidores nos postos e os constantes conflitos intercomunitários. Dentre estes, os mais difíceis para o trabalho intercultural entre os yanomami são, “a questão da língua, a pequena quantidade de funcionários e os conflitos entre as malocas”,

Os conflitos são uma das situações que tem propiciado mudanças no comportamento das comunidades locais, seja no interior do grupo ou nas relações intercomunitárias, Durante os períodos de ataques, o clima de tensão entre os membros da aldeia é intenso, Dependendo da intensidade e do grau de vivência, eles têm formas diferentes de reação. Eles podem fugir em massa para outras comunidades dos parentes e de grupos aliados ou se refugiando em sua própria aldeia. Lizot coloca que a divisão envolvendo várias facções ocorre quando o conflito é “muito violento” que põem em risco a “integridade das comunidades”.

### **10.8. A participação dos agentes indígenas nos tratamentos**

Na aldeia, o atendimento é orientado através do censo populacional. Este censo é organizado por famílias para facilitar a identificação das pessoas, o papel dos agentes indígenas é nos ajudar identificando os nomes das famílias, nos casos de mudança, casamento, troca de nomes, o papel do agente indígena é muito importante neste sentido.

As aldeias yanomami são construídas em regiões muito serranas de difícil acesso, para pessoas com pouca habilidade em caminhadas e sem um bom preparo físico, certamente encontrará muita dificuldade. O agente indígena acompanha até a comunidade servindo também de um guia na selva, e ajudando na língua, pois a maioria dos agentes indígenas entendem um pouco do português.

Para o trabalho de Oncocercose, a prioridade é localizar os indígenas e ajudar a tirar o peso e altura para receber a medicação, isto é um serviço que nem todos fazem, pois ainda não sabem a matemática. Para Albert (1997) a forma de interpretação da doença é completamente diferente da nossa e isso os coloca em uma situação de descrença em relação à medicina ocidental. A doença para o yanomami consiste num sistema de relação entre vários componentes que envolvem a pessoa do doente e os diversos poderes sociais e naturais maléficos exteriores a sua comunidade (p.44).

A dificuldade e compreensão dos yanomami em relação ao nosso sistema de saúde, a barreira lingüística, são fatores que desencadeia o abandono do agente indígena.

Segundo Lizot – a divisão sexual do trabalho entre os yanomami é bem definida, as tarefas agrícolas e a caça são atribuições do homem (p.517) O

afastamento da rotina normal de vida, não garante um sustento para sua família, altera significativamente a sua forma de vida, como também a de sua família.

Os pagamentos feitos aos agentes indígenas promovem uma mudança total em suas vidas, pois fazem compras em Boa Vista e compram materiais que não têm aplicação prática na rotina diária deles, como exemplo DVD e celulares. Outros que necessitam de pilhas para usar na comunidade, acabam adquirindo em quantidade muito superior à necessária. Além disso, não sabem selecionar os filmes para assistirem, compram qualquer um que encontram, às vezes comprando até filmes pornográficos. O dinheiro está entrando na comunidade yanomami e os indígenas ainda não sabem como gastar, há vários que ainda não conhecem o dinheiro.

### **10.9. Nova perspectiva para a saúde indígena Yanomami**

A partir de 1998, em virtude da ineficiente atenção de saúde dada aos povos indígenas, o Estado juntamente com as organizações da sociedade civil e lideranças indígenas promoveram um debate para rever o sistema de políticas vigente no País e propuseram uma reformulação desse modelo.

Essa discussão também foi relevante para fortalecer as bases políticas que motivaram a transferência “definitiva” de toda responsabilidade da atenção básica de saúde para Ministério da Saúde que até antes era compartilhada com o Ministério da Justiça. A partir dessa discussão ficou definido que a Fundação Nacional de Saúde, órgão vinculado ao Ministério da Saúde, faria a execução dessa assistência.

Em 23 de setembro de 1999, através da lei n 9.836 foi “instituído o Subsistema de Atenção a Saúde Indígena no seio do Sistema Único de Saúde -SUS” (Brasil, Fundação Nacional de Saúde (s.d.p.8)).

A política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas foi aprovada na 114ª reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde, em 8 de fevereiro de 2001. A assistência de saúde tem sido executada pelas ONGs, através de convênios firmados com a Funasa, que é o órgão gestor desta assistência.

Quanto às ações de maior complexidade, estas são referenciadas para a rede hospitalar do SUS em Boa Vista, para os yanomami residentes em Roraima e Manaus, para os residentes no Estado do Amazonas.

Quando essa rede não consegue dar resolução a um problema de saúde, estes doentes são encaminhados para outras redes fora do Estado pelo Sistema de Tratamento fora do Domicílio - TFD. (Brasil. Ministério da Saúde, 1999, p.7)

Os doentes e acompanhantes vindos da área (reserva indígena) são encaminhados para a Casa do Índio, (uma unidade mista de saúde, mantida com recursos do Ministério da Saúde, autorizada a desenvolver ações em nível primários e secundários de atenção à saúde). “As Casas do Índio (Unidades diferenciadas de saúde indígena) foram criadas pela FUNAI” para acomodar os indígenas que eram conduzidos às cidades para cuidados específicos. A priori, as casas do índio não dispunham de infraestrutura adequada de serviços médicos e de enfermagem (Confalonieri, 1993, p.36)

## CONCLUSÃO

A realização deste trabalho pode ser entendida como a tentativa de elaborar uma leitura do denso e complexo conjunto de situações que edificam a organização dos serviços de saúde direcionada aos yanomami de Aratháú, no contexto de como fazem o tratamento de Oncocercose e o que os indígenas acham desta doença.

Buscou-se compreender e explicar tais situações, a partir de uma conduta ética em relação ao tratamento dos dados de campo, e experiência.

Ao colocar esta pesquisa em nível de debate, quero dizer que me sinto um tanto apreensiva e preocupada. Apreensiva porque a expectativa do pesquisador iniciante se centra na conclusão dos resultados, e preocupada com a atuação dos profissionais de saúde no contexto intercultural.

Quero dizer ainda que o objeto pesquisado pertence a um campo social que envolve amplas temáticas de estudo que, com certeza, precisa ser investigada com maior profundidade e compreensão, a partir do significado das doenças e de suas relações sociais específicas.

No entanto, mesmo numa tentativa primeira de identificar a percepção dos profissionais de saúde diante dos trabalhos intercomunitários dos yanomami de Aratháú, pude constatar, na realização deste trabalho, que os profissionais envolvidos na assistência a saúde destes índios não estão preparados para atuar em sociedades diferentes, como a yanomami, tanto do ponto de vista da formação técnica como em causas específicas, culturais e antropológicas.

Tomando como ponto de análise os conflitos intercomunitários de Aratháú, foi possível constatar que o jogo político entre estes grupos locais se apresenta como uma força. Uma força capaz de dinamizar um conjunto maior de comunidades, de juntar aliados para fazer valer o seu prestígio de *Waitheri mahi* demonstrado nos gestos, na fala e nas ações.

Nos embates do corpo a corpo, a simbologia da força também é notada, nem sempre o derrotado é aquele que foi mais machucado, mais ferido, pois aquele que mais ferimentos tiverem, pode ser reconhecido como o mais valente, o mais corajoso, porque se expôs mais, foi mais audacioso.

## REFERENCIAS

Barbosa, Reinaldo Ambrósio et al. Homem e ecologia no Estado de Roraima, Manaus, INPA 1997 p 111 – 146.

Funasa, Cartilha da Oncocercose, Brasília – DF 1999 p. 6-9

Moraes, Mario A.P & FRAIHA NETO, Habib. Oncocercose, Belém, Idesp, Coordenação de Documentação e informação, 1976.

Neves, David Pereira, |Parasitologia Humana- 8º ed. São Paulo: livraria Atheneu – 1991 p. 314 – 321.

OEPA, Onchocerciasis Elimination Program for the Americas, 1998 p. 1 – 6.

Bearzoti. P. Lane E. Menezes Jr, J. Rerlato de um caso de Oncocercose Adquirida no Brasil- Revista Paulista de Medicina, V. 70, p. 102, 1967.

Coelho, G.E, et al. Identificação de áreas de Estratificação epidemiológica no foco de Oncocercose na Região Yanomami, Roraima, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, V. 14, n. 3 p. 607- 611 julho /set. 1998.

Gerais, B.B, Ribeiro, TC, “Onchocerca Volvulus”, primeiro caso autóctone da Região Centro Oeste, Revista da Sociedade Brasileira de |Medicina Tropical, V, 19, (supl.), p. 105- 107 1989.

Moraes, M, A.P, Chaves, G, M – Um caso de Oncocercose no Território de Roraima, Brasil, Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo, V. 16, p. 110-113, 1974.

Moraes, M.A. P Dias, L.B. Oncocercose mo Estado do Amazonas. Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo, V. 14, p. 330- 333 1972.

PY- Daniel, V. Oncocercose no Solimões. Ver. Saúde Pub. São Paulo. V. 23, p.260, 1989.

Pellegrine, Marcos, Falar e comer. (1998)

Magalhães, Edgard Dias. O estado e a Saúde indígena: A experiência do Distrito Sanitário Yanomami UNB, 2001 Dissertação (Mestrado em Política Social).

Ramos, Alcida Rita – Categorias Éticas do pensamento Sanumã: 1985.

Campos, Juarez de Queiroz “et al”, Introdução a Saúde Publica. São Paulo: J.Q. 1987.

Chaves – Oncocercose Ocular na Amazônia Brasileira Universidade de São Paulo – faculdade de Medicina de Ribeirão Preto 1994.

Correia, M.O. A & Moraes M.A.P (1979) , *Filaria dermathemica* e Oncocercose (Em Brasil se descobriu a Oncocercosis em 1875), Ver. Inst, Adolfo Lutz, 39 (1) 79 - 83.

River Blindness Foundation (1993) *Onchocercosis or River Blindness, a Technical Review for Health Professionals and Scientists*, Texas, USA, 16 p.

Carli Attilio Geraldo *Parasitologia Clínica. Seleção de métodos e técnicas de laboratório para Diagnóstico das Parasitose Humanas.*

Bruce Albert (IRD) – *Fronteira – pecuária e terra Indígena Yanomami em Roraima (I)*

## APÊNDICE

### Roteiro de Entrevista

Nome: \_\_\_\_\_

Maloca: \_\_\_\_\_ Pólo-Base: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ sexo: \_\_\_\_\_ data: \_\_\_\_\_

1. O que pode sentir uma pessoa que a tem a doença oncocercose e que não está tomando o remédio? Alguns yanomami tenta curar com xama.
2. Como vive o verme adulto da oncocercose? Quanto tempo o verme adulto pode viver no nosso corpo?
3. O que fazem os filhotes do verme adulto, que os brancos chamam de microfilárias, no corpo da pessoa que tem a doença?
4. Como a doença oncocercose passa de uma pessoa para outra?
5. O que precisa acontecer para que uma microfilária possa crescer e virar um verme adulto?
6. Qual é o exame que os brancos fazem para saber se uma pessoa tem a doença oncocercose?
7. O que o remédio para tratar a doença oncocercose faz com as microfilárias (filhotes) e com as fêmeas adultas?
8. De quanto em quanto tempo temos que tomar o remédio para a doença oncocercose?
9. O que pode acontecer quando alguém que tem a doença oncocercose, e não está tomando o remédio, visita a sua aldeia? O que os funcionários do posto de saúde devem fazer quando chegam esses visitantes?
10. O que mais você gostaria de aprender sobre a doença oncocercose?

11. Se os yanomami não sabem o que é Oncocercose, como vão aceitar a medicação, uma vez que eles não veem como doença.
12. Para os yanomami, tomar remédio, isto não é coisa de branco, existe mito sobre isto.
13. Os conflitos intercomunitários interferem nos tratamentos.
14. Alguns yanomami acham que Oncocercose não é doença, foi feitiço que lhe puseram.