



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

GABRIELA MAFRA E LIMA

SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA NA REGIÃO DE AUARIS NO DSEI YANOMAMI, NAS  
FRONTEIRAS DE PAÍSES, CULTURAS E MEDICINAS

SÃO PAULO  
2021

GABRIELA MAFRA E LIMA

SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA NA REGIÃO DE AUARIS NO DSEI YANOMAMI, NAS  
FRONTEIRAS DE PAÍSES, CULTURAS E MEDICINAS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Saúde Indígena  
da Universidade Federal de São Paulo para  
obtenção do título de Especialista em Saúde  
Indígena

Orientação: MARIANA MACIEL QUEIROZ

SÃO PAULO  
2021

## **RESUMO**

Auaris é uma região do DSEI Yanomami e Yekuana, localizada na fronteira entre Roraima e Venezuela, que tem particularidades a serem analisadas para que as possibilidades de resolução sejam focadas nas necessidades de cada etnia ali presente. Considerando que enquanto os Sanuma chegam a morrer de desnutrição enquanto alguns Yekuana já começam a ser diagnosticados com hipertensão, diabetes e obesidade, dentre várias outras diferenças culturais e de condições de vida, podemos, a partir dos estudos e análises críticas do território, buscar estratégias para desenvolver uma atenção em saúde diferenciada e adaptada às necessidades de saúde de cada povo.

A presença dos postos de saúde transformou um povo nômade em comunidades fixas que criam raízes aos redores de onde se pode ter acesso à medicina ocidental e escambo (tanto de mão de obra quanto de artesanatos). Essa realidade interfere na quantidade de caça, pesca e solo fértil para plantações, devido à extração dos "recursos naturais". Antigamente se extraía e se usava os recursos de uma região e quando já não havia fartura, eles saíam em busca de novos terrenos para explorar, e assim as florestas se recompunham. Em contrapartida, hoje precisam viajar por dias para realizar boas caçadas. É claro que o fato de permanecerem próximos é favorável para que realizemos nosso trabalho com educação e a busca por garantir os direitos que merecem. Mas será que estamos dando a eles soluções para um problema que foi desencadeado por nós? O povo Yekuana é historicamente conhecido por suas habilidades na construção de canoas, o que os permitia ir mais longe em busca de suprimentos. Suas plantações são vastas, e seus conhecimentos igualmente ricos. O povo Sanuma detém muitos saberes sobre a floresta, mas como caçadores-coletores precisam migrar, o que tem se tornado cada vez mais difícil para eles.

Além de ser uma região com alto índice de desnutrição causado pela diminuição de recursos ambientais e o crescimento populacional, Auaris é uma área endêmica de malária. As estratégias de combate à doença não estão apresentando respostas, devido à grande incidência de falha terapêutica, por diversos motivos, além do agravante de ser uma região que está na fronteira com a Venezuela, que enfrenta grandes problemas quanto à atenção à saúde indígena. Todos esses fatores têm contribuído para elevar o número de casos de malária e tuberculose na região de Auaris.

Conhecer os problemas de saúde da região e buscar entender seus motivos é o primeiro passo para se traçar um plano de ação de combate a eles. Utilizando dos princípios básicos do SUS com foco na equidade, podemos elaborar estratégias focadas para cada etnia.

### **Palavras-chave:**

Cultura dos Povos Indígenas. Saúde Indígena. Sistema de Saúde Indígena.

## APRESENTAÇÃO

Meu nome é Gabriela Mafra e Lima, sou natural de Ji-Paraná- RO, nasci dia 05 de fevereiro de 1991. Filha de Aparício Tertius e Iêda Cristina. Aproximadamente 9 meses após meu nascimento, meus pais decidiram que nos mudaríamos para Petrolina, no estado de Pernambuco, e lá vivemos por 6 anos; nesse tempo nasceu minha primeira irmã, a Lorena. Logo nos mudamos para Minas Gerais, uma cidade chamada Governador Valadares, e depois de 3 anos retornamos a Ji-Paraná, onde nasceu minha segunda irmã, nossa Giovanna.

Aos 19 anos, após prestar vestibular para vários cursos diferentes, e chegar a cursar 3 deles por um breve período, juntamente com minha família decidi que estava pronta para sair de casa em busca de realizar meu sonho de estudar medicina. E foi em 2011 que minha jornada teve início. Me mudei para Santa Cruz De La Sierra, na Bolívia e lá morei por 7 anos. Tal experiência tem colaborado na minha atual situação de trabalho em vários aspectos, como por exemplo a fluência em espanhol, que tem me aproximado de muitos pacientes Yekwana que moram na Venezuela e conseguem se comunicar comigo com certa facilidade. Além de todo aprendizado científico, eu trouxe comigo uma bagagem de resiliência que, ao meu ver, está sendo fundamental para que eu seja capaz de exercer minha profissão na Terra Indígena Yanomami.

Tenho buscado exercer uma medicina diferenciada, adaptada à realidade em que meus pacientes vivem, porém baseada nos princípios do SUS, e sempre apegada ao acolhimento de qualidade, pois acredito que dessa forma realizarei um trabalho em que eu posso somar os saberes da medicina ocidental aos tradicionais, visando a menor interferência possível e buscando não causar dano, tanto fisiológico quanto cultural. Sou grata pela experiência de conviver com o povo Sanuma e Yekwana 15 dias por mês, grata por aprender direta e indiretamente com eles, sobre medicina, filosofia e tudo o que tange à vida.

Meu desígnio com esse trabalho é aprender, mas também gostaria de deixar à disposição do DSEI-Yanomami um material de leitura fácil que possa ser acessado por qualquer integrante das equipes, a fim de contribuir para o conhecimento do maior número de pessoas possível, a respeito do território em que trabalhamos, para que dessa forma, a partir da compreensão das questões ambientais, sociais, econômicas e consequentemente de saúde, possamos buscar melhorias.

Fotografia 1. Visita ao Sub-polo Kalissi



Fonte: Acervo pessoal, outubro de 2019.

## CAPÍTULO 1 - ASPECTOS FÍSICOS, DEMOGRÁFICOS E SOCIOAMBIENTAIS DO DSEI

Segundo o Instituto Socioambiental (ISA, 2020) o território Yanomami cobre aproximadamente 192.000 km<sup>2</sup>, situados em ambos os lados da fronteira Brasil-Venezuela na região do interflúvio Orinoco - Amazonas (afluentes da margem direita do rio Branco e esquerda do rio Negro), onde vivem cerca de 35 mil indígenas. No Brasil, são aproximadamente 19.000 pessoas, distribuídas em 37 regiões, numa área total de 9,6 milhões de hectares (96.650 km<sup>2</sup>), que equivale a mais de duas vezes o estado do Rio de Janeiro. As distâncias entre essas regiões são muito grandes e de difícil percurso. Esse território abrange parte do estado do Amazonas, municípios de Santa Isabel do Rio Negro, São Gabriel da Cachoeira, Barcelos e no estado de Roraima: Mucajaí, Caracará, Amajari, Iracema e Alto Alegre, onde se encontram todas as comunidades.

Tabela 1. Distribuição polos base do DSEI-Y pelos estados e cidades. Julho 2020.

ESTADO	CIDADE	POLO BASE
Roraima	Amajari	Auaris
		Waikás
		Palimiú
		Sáuba
		Ericó
		Uraricoera
		Parafuri
		Aratháú
		Waputha
		Surucucu
		Hakoma
Roraima	Alto Alegre	Haxiú
		Xitei
		Kayanaú
		Alto Mucajaí
		Baixo Mucajaí
		Alto Catrimani
		Apiáú
		Maloca Paapiú
		Homixi
		Ajarani
Roraima	Caracará	Missão Catrimani
		Baixo Catrimani
		Balawaú
		Toototobí
		Deminí
		Ajuricaba
		Novo Deminí
Amazonas	Barcelos	Alto Padawirí
		Médio Padawirí
		Cachoeira do Aracá
		Aracá
		Maiá
		Mararí
Amazonas	Santa Isabel do Rio Negro	Marauiá
		Maturacá
Amazonas	São Gabriel da Cachoeira	Inambú

Fonte: DSEI Yanomami e Yekuana, Boa Vista-RR, julho de 2020.

Conforme Thiago Ribeiro (2021) " o clima predominante em Roraima é similar aos demais estados que abrigam a Floresta Amazônica, basicamente equatorial e tropical-úmido, e o relevo contido no território é maiormente plano". É possível encontrar, em regiões como Maturacá, acesso à energia elétrica, devido à proximidade com a cidade. Já em outros polos como Auaris, onde o acesso é apenas aéreo, nos deparamos com grandes dificuldades estruturais. Porém a dificuldade de acesso pode ser considerada positiva no que concerne à contaminação por ISTs por exemplo, que tem baixo índice nessas regiões mais distantes, bem como o abuso de álcool e envolvimento em garimpo ilegal.

A migração crescente de venezuelanos, que ocorre principalmente pela fronteira que dá acesso ao Polo Base Auaris (território recorte que será estudado nesse trabalho), tem sido um fator de grande relevância para a maior atenção e cuidado nos estudos de prevenção e controle de doenças como malária, que atualmente, em sua maioria, é considerada importada, segundo a equipe de controle de endemias do DSEI -Yanomami. Esse é um dos motivos pelos quais consideramos importante conhecer os limites das terras e saber quais comunidades estão próximas das divisas, para que assim possamos realizar um controle maior de enfermidades trazidas do país vizinho, podendo assim garantir a todos dois grandes direitos: à universalidade e o direito de ir e vir.

Figura 1. Território do DSEI-Y, localização dos polos base com destaque no Auaris.



Fonte: Imagem cedida pelo DSEI-Y para SILVA e BETHONICO, 2010, p.239.

O garimpo ilegal é um problema que faz parte da realidade do povo Yanomami na maioria das regiões. Em Auaris sabemos que há, pois já fui abordada por um indígena que dizia: "Ouro sardinha! Ouro sardinha!" Como isso ocorreu na minha primeira entrada em área, fiquei assustada, sem entender o que estava acontecendo. Todos haviam me dito que lá não era zona de garimpo. Mais tarde o enfermeiro me explicou que o indígena estava me oferecendo ouro em troca de uma lata de sardinhas. Eles não contam muito sobre onde fica o garimpo, mas acreditamos que a extração não é feita sem a ajuda de não indígenas. Apesar de o garimpo ser explícito em uma outra região por onde passei, em Auaris não vemos barcas, não vemos doenças tipicamente agravadas pela presença do garimpeiro, tampouco a presença de objetos e bebidas que classicamente levam como presente. Acreditamos ser um ponto pequeno e distante de comunidades que costumamos visitar. Na realidade de um povo que tem roças escassas e passa fome, as possibilidades e consequências do garimpo seriam devastadoras. Por outro lado, podemos contar com o apoio do ISA, presente na comercialização dos cogumelos e dos artesanatos produzidos pelos Sanumã. É comum vê-los com redes novas, roupas e materiais diversos que são comprados pelo instituto com o dinheiro arrecadado na venda dos seus produtos.

## **CAPÍTULO 2 - ASPECTOS HISTÓRICOS, POLÍTICOS E DE ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO DSEI**

Em setembro de 1999 a FUNASA criou os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), destinados à prestação de apoio e assistência à saúde das populações indígenas, afim de que conseguíssemos alcançar o maior número de indígenas, levando uma assistência de qualidade e mais adaptada à realidade etnocultural de cada povo. Hoje contamos com 34 DSEI's distribuídos por todo o país, sendo 2 deles aqui no estado de Roraima: DSEI-Y (Yanomami e Yekwana) e DSEI Leste.

Antes do DSEI, o povo Yanomami tinha o apoio de algumas ONG's, e no ano de 2000, após a concretização do projeto de descentralização, passaram a ser conveniados e trabalhar lado a lado. Esta nova política de organização tornou possível algumas melhorias estruturais como a construção de novos polos-base e de pistas de pouso e decolagem para acesso a eles, haja visto que a maior parte dos polos têm como meio de transporte principal as aeronaves. Além de investimento em equipamentos médico-hospitalares básicos, medicamentos e contratação de equipe multidisciplinar de saúde capacitada e em número adequado para atender às demandas. Tais mudanças trouxeram resultados positivos e melhorias nos índices de mortalidade e malária já nos primeiros meses, ademais a cobertura vacinal apresentou um aumento expressivo. Investimentos também foram feitos na formação de AIS's e educação em saúde, o que rendeu mais autonomia para que os Yanomami pudessem participar mais de perto das questões de saúde e vir contribuir para o controle social. (GONÇALVES, Marco Antonio, 2000).

Já no ano de 2001 começaram a acontecer as reuniões dos conselheiros indígenas e não indígenas, organização mantida até os dias de hoje com a finalidade de que, juntos, os usuários, prestadores de serviço, trabalhadores, gestores e convidados possam, em debate, expressar suas opiniões e sugestões para o aperfeiçoamento do sistema. Atualmente o DSEY-Y conta com 38 enfermeiros, 198 técnicos de enfermagem, 8 médicos, 2 psicólogas e 2 odontólogos, 235 AIS, 18 AISAN e 5 biólogos, que são distribuídos segundo a demanda por 37 polos-base e 36 UBSI, totalizando 73 pontos de atenção em saúde. Além da equipe da sede, que possui as seguintes subdivisões:

- ♦ DIASI- Divisão de Atenção à Saúde Indígena: Este setor é o responsável por todas as questões referentes à Saúde Indígena, e está dividido em núcleos:

Núcleo 1:Análise de Situação da Saúde (Vigilância do óbito, Vigilância epidemiológica, Vigilância ambiental em saúde, SIASI e Demais sistemas de Saúde)

Núcleo 2: Planejamento, gestão do trabalho e educação permanente (Educação Permanente, Interculturalidade, Planejamento do trabalho das EMSI, Planejamento de aquisição e monitoramento de consumo/uso de insumos e equipamentos);

Núcleo 3: Saúde das Mulheres e das Crianças (Saúde das Crianças, Saúde das Mulheres, Gestaçã, parto e puerpério, Vigilância Alimentar e Nutricional);

Núcleo 4: Ciclos de vida e promoção da saúde (Imunização, Saúde Bucal, Saúde Mental, Saúde sexual e reprodutiva, Medicina Tradicional e valorização dos saberes e das práticas);

Núcleo 5: Prevenção e controle das doenças e dos agravos (Doenças e agravos monitorados nacionalmente (Tuberculose, Malária, Doenças em eliminação, etc.), Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)).

- ♦ SELOG- Seção de Logística;
- ♦ SEOFI- Secretaria de Finanças e Orçamentos;
- ♦ SEAD- Seção de Apoio Administrativo;
- ♦ SESANI- Serviço de Edificações e Saneamento Ambiental Indígena. (Ministério da Saúde; Secretaria Especial de Saúde indígena, P.13 e 14).

O controle social fica a cargo de 294 conselheiros locais. Entre eles, 80 conselheiros distritais, sendo 40 indígenas e 40 não indígenas. É importante citar que além das conferências ordinárias bimestrais, os indígenas têm representantes que trabalham na sede, na Assessoria Indígena, que são encarregados também por comunicá-los via radiofonia, sobre decisões tomadas na cidade, ou qualquer mudança que possa vir a acontecer que seja relevante informá-los. Além disso, toda segunda e quinta-feira, das 14:00 às 16:00 é o horário específico para a “modulação indígena” na radiofonia. Todas as frequências são disponibilizadas para que eles troquem informações com os parentes de outras comunidades, da CASAI, ou até mesmo com os Responsáveis Técnicos de cada núcleo, tendo assim a possibilidade de reivindicar e questionar qualquer que seja sua demanda.



### **CAPÍTULO 3 - JUSTIFICATIVA DA ESCOLHA DO “TERRITÓRIO RECORTE”**

Até a data atual tenho trabalhado na região de Auaris, e por conhecer mais sobre a realidade dos povos que lá habitam, foi que optei por tê-los como minha referência durante o desenvolvimento deste projeto. Acredito na imprescindibilidade de aprofundamento dos conhecimentos a respeito de qualquer tema, território ou povo, para que uma visão crítica possa ser desenvolvida e a partir daí seja possível traçar estratégias em busca de melhorias. Como já citei, gostaria de disponibilizar este material para o DSEI, após a conclusão do curso; e penso que relatar as debilidades e particularidades da região, a partir do meu ponto de vista, pode ter alguma serventia futuramente. Tungíase, malária e desnutrição, fazem parte do cotidiano da equipe de saúde, apesar de serem enfermidades com programas específicos para tratar destes assuntos. No decorrer do trabalho abordaremos outros temas e as possíveis causas para que os índices dessas doenças sejam mais altos em Auaris do que em outros polos.

E com a finalidade de contribuir para o controle de algumas das situações abordadas, desenvolverei o trabalho de conclusão de curso trazendo informações que possam motivar e embasar tomadas de decisões e possíveis alterações nas condutas, para alcançarmos melhorias na saúde da população de Auaris.

Fotografia 2. Paciente em tratamento de tungíase pela décima segunda vez, com lesões em diversas partes do corpo.



Fonte: Acervo pessoal, janeiro de 2020.

Fotografia 3. Paciente com desnutrição grave há aproximadamente 1 ano.



Fonte: Acervo pessoal, novembro de 2019.

## **CAPÍTULO 4 - ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS E CULTURAIS DO "TERRITÓRIO RECORTE"**

Localizada nos limites do território pertencente ao município de Amajari, na fronteira com a Venezuela, (Fig.1) a região toda é considerada a mais habitada de todo o TI Yanomami, atualmente com 3998 indígenas, em sua maioria Sanuma (subgrupo Yanomami) e Yekuana.

O povo Yekuana, também conhecido como Maiongong, de língua da família Karib, reside majormente na Venezuela. No Brasil têm suas comunidades na região de Auaris (Kalissi, Pedra Branca e Fuduwaaduinha) e Waikás. A história do contato desse povo com os espanhóis, assim como a de vários outros, teve início de forma sutil passando a ideia de que seriam aliados, mas ao longo do tempo se deram conta de que havia uma relação de senhores e escravos. Os invasores exploravam sua mão de obra na construção de fortes militares e os obrigavam à conversão ao catolicismo (ISA,2020).

Ainda se pode ouvir dos homens maduros [Maiongong] narrativas que eles por sua vez ouviram de seus antepassados sobre o aprisionamento de aldeias inteiras para o trabalho escravo, as longas filas de Maiongong acorrentados levados para os seringais, histórias dos tempos em que as indústrias extrativistas eram montadas nas costas de índios escravizados. Os Maiongong perderam uma boa parte de sua população, aprenderam português e ou espanhol, adquiriram espingardas e recuperaram seu orgulho como grandes construtores de casas e de canoas e como grandes comerciantes. Quando os Sanuma apareceram, as terras Maiongong estavam semivazias em consequência de epidemias e escravização... As espingardas adquiridas dos brancos à custa de muito sofrimento histórico, serviam agora ao povo Maiongong para dissuadir os Sanuma a parar com a guerra e forçá-los à coexistência pacífica... Dos Maiongong eles adquiriram hábito de plantar e preparar a mandioca brava e de manejar canoas. Também passaram a ter cães, panelas, terçados, machados e miçangas muito antes de terem contato contínuo com os brancos (Ramos, 1996, Pg. 132-133; citada por ISA,2020).

Ainda hoje é possível perceber a destreza que têm em suas construções. Paredes são firmes, as canoas são confiáveis e suas plantações fartas. É um povo pacífico; constantemente vemos os Sanuma transitarem pelas comunidades e colherem umas bananas ou macaxeiras. São saudáveis, de forma geral, o índice de desnutrição infantil é baixíssimo entre eles, porém, são os mais altos quando falamos em suicídio. Por esse motivo recebem muito bem a assistência psicológica que a SESAI oferece. Aceitam com facilidade a ajuda das equipes de saúde de modo geral, mas não deixam suas tradições. Conversando com um AIS Yekuana, pude perceber a preocupação sobre 'manter a cultura viva'. Ele relata que muitos adolescentes querem ir para a cidade e morar com algum parente para estudar, e quando terminam os estudos, já não querem mais voltar. Recebi no posto algumas mulheres gestantes que não se sentiam seguras para dar a luz na comunidade, outros que preferem a medicina ocidental e justificam relatando a praticidade de acesso à medicação.

Com a abertura de uma pista de pouso na região em 1965, a presença constante de missionários, a instalação do 5º Pelotão Especial de Fronteira, e em tempos mais recentes, a criação de um Polo Base do Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami e Ye'kwana (DSEI-YY), Auaris passou a sofrer com um processo penoso de sedentarização e superpopulação. A concentração populacional no entorno dessa infraestrutura tem acarretado a falta de caça e pesca e a diminuição de áreas adequadas ao plantio de roças, fazendo com que Auaris tenha hoje alguns dos piores indicadores de saúde da TI Yanomami, com o maior índice de desnutrição infantil e o maior número de óbitos entre crianças menores de 1 ano. Mas as comunidades Sanöma e Ye'kwana têm vivenciado esses problemas de modo distinto. Para os Ye'kwana, o principal problema está nas doenças advindas do consumo de alimentos industrializados, comprados com os salários de professores e agentes indígenas de saúde e com o dinheiro proveniente de benefícios sociais (ISA,2020).

O povo Sanuma claramente é o que mais sofre com toda essa problemática de sedentarização e interferência não indígena. A base de suas refeições é predominantemente a macaxeira, que utilizam para o preparo do 'xibé' e do beiju. O beiju muitas vezes vem acompanhado da pimenta, mistura que acredito ser a maior causadora de tantos casos de epigastralgia em pacientes acima de 20 anos. A pesca é precária, uns dizem que é devido às pedreiras rio acima, outros contam que já houve muito peixe, porém com o uso do timbó (planta tóxica usada nas práticas de pesca) peixes grandes e pequenos acabavam morrendo antes de se reproduzirem. Como todos os grupos Yanomami, os Sanuma também são de natureza nômade, o que explica a forma como eles usufruem do ambiente onde residem. Exploram as terras, e quando percebem que já não há mais caça, se mudam. Entretanto, a presença dos polo base em determinadas regiões, lhes dá a sensação de segurança, o que os impede de sair em busca de terras mais produtivas e acabam sofrendo as consequências refletidas na desnutrição principalmente

nas crianças e idosos. Há relatos de alguns projetos que a Universidade Federal de Roraima tentou implantar, envolvendo práticas agrícolas e de piscicultura. Porém, como é de costume, quando se deparam com a fartura, não há grandes preocupações com o que há de vir.

No final de 2019 pude presenciar a filmagem de um documentário em que o homem mais velho e mais sábio dentre os Yekuana, deixou registrado grande parte de seus saberes quanto à medicina tradicional. Após as gravações, todo o conteúdo foi digitado e se tornará propriedade do Museu do Índio, no Rio de Janeiro. Apenas os Yekuana e o museu terão acesso a esse material. Ao questionar o professor da comunidade sobre a intenção deles ao montar essa espécie de livro e não compartilhar conosco nem buscar lucros com isso, ele relatou que há uma insegurança sobre quem será o detentor dessas informações tão valiosas quando o sábio morrer. Ele comentou que o sábio falava sobre os mistérios da natureza, sobre a serventia de cada planta e como prepará-las para o uso. Os Yekuana utilizam muito as pinturas de proteção feitas com urucum e um outro preparo incluindo carvão que dá numa colocação escura, maiormente presente nas mulheres e crianças. Além de outros compostos que são feitos para colocar sobre os fermentos.

Hoje alcançamos uma relação nunca vivida, segundo alguns pacientes, em que negociamos a aplicação da medicina tradicional e não tradicional. Por diversas vezes atendi crianças levadas por apresentarem alguma lesão dérmica, que os pais relatam que estavam usando 'pomada da natureza'. Apesar de eles quererem continuar o tratamento tradicional, buscaram ajuda da equipe de saúde quando percebem que não está funcionando. E com a finalidade de não abolir o uso de medicamentos culturais, fazemos a associação de ambas as medicinas. O trabalho com os Sanumã é igualmente focado em manter as tradições. Mais que os Yekuana, os Sanumã utilizam da cura espiritual, rezadores e pajés, tradicionalmente chamados de xapori que, na região, aceitam trabalhar em conjunto com a equipe de saúde. Minha única experiência com um rezador Yekuana foi numa situação em que um recém nascido apresentava síndrome respiratória aguda grave e por isso solicitei que ficasse internado no posto. Os avós não aceitaram, disseram que essa doença era devido ao mal comportamento do pai do bebê, e que tudo se resolveria com um pajé e mandaram buscar o melhor da região, que morava numa comunidade da Venezuela. Foram dias difíceis, até que o pajé chegou e disse: "isso não é coisa da floresta, pode levar pra o posto de saúde!". Os avós questionaram mais uma vez, já que a cultura diz que mãe e filho só podem sair de casa depois de pelo menos 7 dias pós-parto. Mas o problema foi facilmente resolvido com uma reza e pinturas de proteção. Mamãe e filhinho estavam seguros contra os espíritos do mal, e puderam permanecer no posto para receber o atendimento adequado.

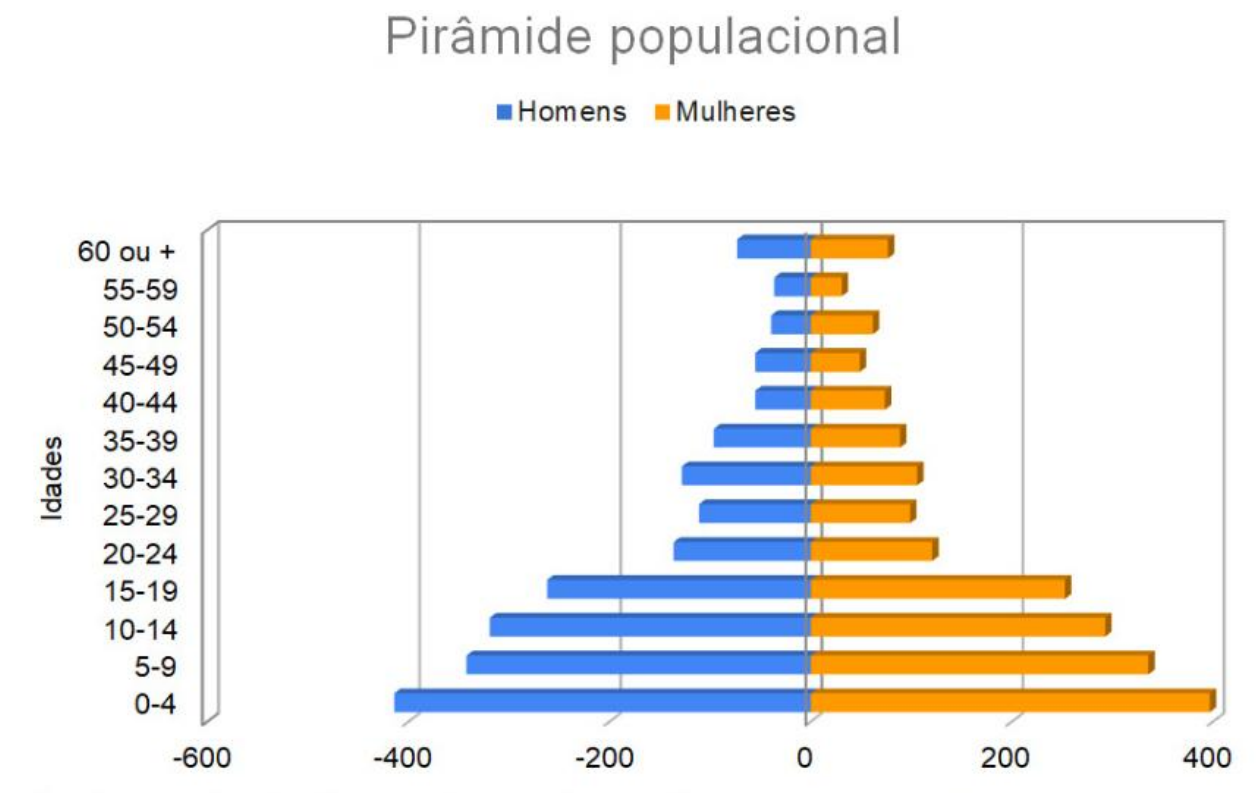
Ao longo dos anos em que trabalhei com esses povos, fui percebendo que a relação entre o bem estar da mãe e o do recém nascido e o comportamento do pai/marido, é algo muito presente entre as duas etnias de Auaris. Tanto na alimentação, com restrições para certos tipos de peixes, quanto com o contato com outras mulheres ou animais. Certa vez, um indígena sofreu um acidente ofídico, e de acordo com a cultura, mulheres menstruadas, grávidas ou homens que tenham suas esposas grávidas, não podem se aproximar. Apenas um integrante da equipe estava apto a prestar atendimentos enquanto os demais olhavam bem de longe. Além de costumes em vida, existem particularidades relacionadas à morte; aprendi com os colegas mais antigos que após o óbito não se pode dizer o nome do falecido. Algumas vezes eles não relatam que o parente faleceu e só descobrimos quando vamos à comunidade pra realizar a rotina do calendário vacinal. Chamamos pelo nome e todos agem como se a pessoa nunca tivesse existido. Muitos deles não permitem que tiremos foto, pois acreditam que quando morrem, o espírito fica preso à terra junto com a imagem. Não se pode enterrar os corpos, eles devem ser queimados. O que nos leva a uma grande diferença entre os Yekuana e os Sanuma. Os Yekuana não tocam nos falecidos, me explicou um dos AIS. E se acontecer de algum paciente falecer enquanto um profissional da saúde tenta reanimá-lo, teremos que passar por um ritual de limpeza antes de voltar a atender, segundo um dos técnicos em enfermagem, Yekuana e membro da EMSI de Auaris. Os Sanumã que ficam encarregados por transportar e queimar os corpos Yekuana em troca de algum alimento. Quando um Sanuma morre, eles fazem grandes recepções para chorar o óbito. Parentes viajam dias e dias para ir chorar junto aos familiares do falecido, e quando têm muita caça e caxiri essa "festa do óbito", como eles traduzem pra nós, pode durar vários dias.

## CAPÍTULO 5 - ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DO "TERRITÓRIO RECORTE"

"O Censo do IBGE de 2010 revelou um crescimento da população indígena muito acima da expectativa, passando de 294 mil para 734 mil pessoas em apenas nove anos. Esse aumento expressivo não poderia ser compreendido apenas como um efeito demográfico (ou seja, devido à mortalidade, natalidade e migração), mas a um possível crescimento no número de pessoas que se reconheceram como indígenas, principalmente nas áreas urbanas do País." (IBGE -2020)

Apesar do fator citado pelo estudo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística que explica o grande crescimento da população indígena, em todo o território Yanomami podemos perceber um crescimento significativo na população. Além da diminuição do número de óbitos devido à assistência em saúde prestada pela Secretaria Especial de Saúde Indígena, com Coeficientes de Mortalidade Infantil, Neonatal e Pós-neonatal de 9,57 por 1000 nascidos vivos; e um Coeficiente de mortalidade geral de 6,5 por 1000 indivíduos, há também um aumento na taxa de natalidade, que em 2019 foi 52,28 e a de fecundidade em 71,58%. A faixa etária mais populosa na região de Auaris é a dos 0 a 4 anos com 811 crianças, seguida da dos 5 a 9 anos, com 678.

Figura 2. Pirâmide sexo etária da região de Auaris baseada no censo populacional de 2019.



Fonte: Censo cedido pelo DSEI com dados aplicados em atividade da pós graduação em Saúde Indígena da UNIFESP- 2020.

Considerando que o território é habitado por 3998 indígenas e 1489 são menores de 10 anos, segundo o censo populacional de 2019, podemos julgar que é uma população jovem. Esta é uma característica presente em populações que passaram por tempos difíceis anteriormente e hoje estão crescendo rapidamente, como ocorre também em regiões da África, por exemplo.

As causas desses fatores estão diretamente relacionadas às melhores condições de vida, e podem acarretar



grandes mudanças positivas, como a perpetuação da etnia em nosso país; mas também questões que envolvem finanças e requerem maior investimento, na área de imunização por exemplo. Além dos impactos negativos, como a escassez de alimentos e a elevação dos índices de desnutrição.

Haja vista que a cultura indígena preza pela independência do indivíduo, desde muito jovem as crianças aprendem a caçar e cultivar seus alimentos. O menino já manuseia seu arco e flecha, a menina se acostuma a levar as grandes cestas cheias de macaxeira, e dessa forma se tornam parte da comunidade como contribuintes. A grande problemática desse costume está na marginalização do indivíduo que não pode contribuir, tampouco prover para si próprio. Como é o caso das crianças menores e alguns idosos da região de Auaris, onde encontramos o maior número de desnutridos do DSEI-Y, em que 26,12% das crianças estão classificadas com Muito Baixo Peso para a Idade, 27,78% são de Baixo Peso para a Idade e apenas 36,17% consideradas com peso adequado. Ou seja, das 1489 crianças entre 0 e 10 anos, aproximadamente 804 estão abaixo do peso, e aproximadamente 90% dos casos em indígenas Sanomã.

Isso nos leva de volta ao fator negativo do aumento populacional "abrupto". O povo que antes era nômade e utilizava de uma terra até o momento em que ela não fosse mais fértil; que caçava e pescava sem precisar viajar por dias, hoje se vê criando raízes aos arredores dos postos de saúde e enfrentando grandes dificuldades no quesito alimentação, o que os tem inserido cada vez mais nos hábitos alimentares não indígenas.

São comuns diálogos como :

-Dra. Gabi, tenho cesta pra trocar. Você quer ?

- O que você quer em troca, Sr. Xako ?

-Quero um pacote de sal, um de açúcar, um café, e uma bolacha.

Entre os Sanomã, o índice de obesidade, hipertensão e diabetes é baixíssimo, pois é raro que um deles consiga acesso à alimentação industrializada. Já os Yekuana conseguem com mais facilidade. Além da fartura em suas roças, eles contam com alguns familiares que moram na cidade e lhes enviam alimentos na aldeia, e profissionais técnicos em enfermagem e agentes de combate a endemias da mesma etnia que são parte da EMSI, e têm livre acesso à cidade nos aviões da SESAI. A prevalência de Diabetes foi de 0,39%, Hipertensão Arterial : 0,29% e Obesidade 2,53%, sendo aproximadamente 95% dos casos de Doenças Crônicas não Transmissíveis, em Yekuana, apesar de não ser a etnia mais populosa, com apenas 679 indígenas enquanto os Sanomã são 3319, segundo levantamento epidemiológico da região em 2019.

A incidência de doenças diarreicas e de vias respiratórias é alta, são diagnósticos obtidos em vários pacientes por dia, principalmente em crianças Sanuma, o que acredito ser um reflexo das diferenças socioambientais dos dois povos de Auaris. Os antiparasitários são dados semestralmente para todos os pacientes acima de 2 anos de idade, porém, é comum recebermos pessoas relatando sintomas característicos de parasitose. A água utilizada para o consumo diário vai diretamente do rio para suas "rabocas". Há um projeto de instalação de poços para o uso da equipe de saúde e para a comunidade, contudo, até o momento não foi possível a execução do projeto devido ao acesso dificultoso. Assim como a instituição de um formato de dispensação de lixo, ecologicamente correto e mais seguro para a população, que até o momento tem sido feita de forma inadequada.

A malária tem sido um dos grandes desafios do DSEI Yanomami e Yekuana. Na região de Auaris, a malária era importada na maioria dos casos. Hoje, 636 casos, do total de 972, são autóctone. As visitas domiciliares para realização de Busca Ativa têm a média de 96% da população alcançada e pouco menos da metade dos casos positivos são de detecção passiva, especialmente nos Sanuma. Os poucos casos mensais que afetam aos Yekuana da região, acontecem após atividades de caça ou de viagens longas. (DSEI Yanomami, 2020).

## **CAPÍTULO 6 - REDE EXPLICATIVA E PLANO DE SOLUÇÕES DE UM PROBLEMA DE SAÚDE DO "TERRITÓRIO RECORTE"**

Embasados na pirâmide etária da região, podemos afirmar que há um alto número de menores em Auaris, em virtude de uma alta taxa de natalidade, característica presente em países subdesenvolvidos. Os povos Sanumã e Yekuana, de modo geral, são considerados povos que valorizam a independência. As crianças são inseridas nos afazeres da comunidade desde cedo; é comum vermos meninos de 5 anos já brincando com seus arcos e flechas e facas. Assim como as meninas desde novas vão pra roça, ajudam a ralar a macaxeira pra produção de seus derivados, além de cuidar de seus irmãos menores. Observamos que o fato de eles apreciarem a independência, a variar pelo do ponto de vista, pode ser considerado um problema, já que quando não há a capacidade do integrante da família de prover para si, depois da idade aceitável culturalmente, ele corre o risco de ser negligenciado. Isso pode ocorrer com idosos, crianças e pessoas com deficiências.

Fotografia 4. Idosa com desnutrição grave e malária diagnosticados durante visita domiciliar em fevereiro de 2020.



Fonte: Acervo pessoal, fevereiro de 2020

Tendo essas informações em mente, não é difícil deduzir que uma população indígena muito jovem terá problemas com desnutrição sempre que houver escassez de alimento. O fator nutrição deficiente somado às

enfermidades infecto parasitárias frequentes que agravam a perda de peso, são motivos de óbitos na região. Existem programas focados especialmente nesse ponto. Temos aproximadamente 30 pessoas cadastradas no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), entre crianças e idosos, que recebem alimentação mensalmente, normalmente contendo itens típicos de uma cesta básica e frango. Eles passam por pesagem mensal até que saiam da classificação de desnutrição. Entretanto, existem questões culturais que atrasam o processo de ganho de peso. Muitas famílias se contentam com a alimentação enviada pela SESAI, e utilizam dela como a principal fonte de mantimento familiar, apesar de todo o trabalho de conscientização que é feito a respeito do motivo pelo qual existe o SISVAN, uma ou duas semanas depois de ser entregue, o alimento chega ao fim e assim a criança vai ganhando peso muito lentamente.

Além dos agravos à desnutrição causados pelas diarreias e infecções respiratórias frequentes, voltamos ao tema da malária, que tem sido protagonista em Auaris nos últimos anos. Cerca de um terço do quantitativo total semanal dos casos de malária, é de pacientes que já estavam em tratamento anteriormente e houve recaída. Segundo um estudo realizado por SILVINO et al. (2016), publicado na revista Plos One em julho de 2016, uma das causas para os episódios de reincidência pode ser a mutação genética da enzima responsável por metabolizar a primaquina, medicamento utilizado para combater as formas latentes do parasito no fígado. Mas além das causas genéticas e das que ainda estão em estudo, sabemos que a falha terapêutica ocorre quando não há a toma adequada da medicação, e essa é uma realidade em Auaris. Posso exemplificar em casos que são frequentes:

Caso 1: Quando há alimentação indígena (alimento enviado pela SESAI para que nós da equipe preparemos para os indígenas internados. Somos responsáveis pelo preparo de 3 refeições diárias.), e o paciente é menor, solicitamos que a mãe fique no posto com a criança durante o período do tratamento para que realizemos a administração da medicação. Quando ela aceita ficar, solicita a presença de todos os seus filhos, o que nos leva algumas vezes a ter 5 pacientes internados e 25 acompanhantes. Sempre que ocorrem essas situações em que solicitam muitos acompanhantes, tanto no polo quanto quando precisam ser removidos para a CASAI, procuro acolher suas necessidades e ansiedades por estarem fora de suas casas e deixando seus filhos, porém nem sempre podemos ajudar. Já ouvi justificativas como: “se eu não trouxer meu marido ele vai me jogar fora e arrumar outra” ou “tem muito encantado aqui no posto, meu marido precisa vir para me proteger”, além de várias justificativas mais recorrentes como “preciso de alguém para me ajudar a pegar lenha e fazer fogueira” e “não tenho com quem deixar meus outros filhos”. Apesar de serem justificativas compreensíveis, temos limitações de espaço e de alimentação. E nem sempre podemos receber todas as famílias. Mesmo após conversarmos, juntamente com os AIS, alguns decidem ir embora e isso nos leva ao segundo caso.

Caso 2: Ocorre de o paciente, por algum motivo se negar a permanecer no posto de saúde ou nós não termos alimentação suficiente para mantê-lo internado. Se ele mora em uma comunidade próxima, fica responsável por ir ao posto para tomar a medicação e ser avaliado. Apesar de não termos prontuário, fazemos uma lista com todos que devem ir, e se não vão, vamos até ele. Mas se mora longe temos que entregar a medicação para o AIS da comunidade, e esperar que ele administre as doses da forma como explicamos. Mas é comum um paciente chegar relatando que piorou e que o AIS não está entregando a medicação, ou irmos até o paciente para entregar a dose do dia, e ele ter viajado para caçar pois se sentia melhor mesmo antes de acabar o tratamento.

Caso 3: Como o acesso à região de Auaris é exclusivamente aéreo, para as EMSI, temos dias marcados para que os voos de rotina sejam realizados. Todo dia 11 e 26 de cada mês, ocorrem os vôos para troca de equipe e abastecimento de insumos. Acontece que os vôos chegam e saem do polo base de Auaris, mas temos 2 subpolos para onde vão funcionários e passam aproximadamente 12 dias e voltam para o polo antes do dia do vôo. Durante esses 12 dias, realizamos as campanhas de vacinação, as pesagens, busca ativa e também fazemos atendimento de livre demanda. Porém, quando temos pacientes internados no subpolo e chega o dia do vôo de rotina, temos que levá-lo para o polo base ou deixar a medicação com o AIS. Muitas vezes são vários pacientes em tratamento de malária que não temos como levar, apenas fechamos o posto e deixamos a medicação. E assim ficam até que a nova equipe retorne. Ficam em média 4 dias com o posto de saúde fechado, e se comunicam conosco via radiofonia, para no caso de haver alguma emergência realizarmos o resgate via fluvial.

Percebemos que a falha terapêutica entre as crianças é frequente. Em várias momentos estivemos sem Primaquina de 5 mg e tivemos que trabalhar com a diluição da medicação de 15 mg para poder fracionar até obtermos a dose adequada, o que dificulta que os pais das crianças e até mesmo os AIS administrem a medicação na comunidade.

O grande problema dessas situações é a ausência do tratamento supervisionado ou a falta de condições para



realizá-lo. Um dos sintomas da malária é o vômito, e a maioria dos pacientes não sabia que se ele vomita a medicação, precisa tomar novamente. O tratamento de malária não se resume apenas em cumprir o esquema protocolado pelo Ministério da Saúde, existem sinais e sintomas a serem tratados em conjunto, mas nem sempre a condição para isso nos é dada.

## **CAPÍTULO 7 - REFLEXÃO SOBRE UMA ATIVIDADE DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO “TERRITÓRIO RECORTE”**

Costumamos dizer que o AIS é como uma ponte entre a EMSI e o restante da comunidade, tanto pela função de encurtar a distância entre as línguas tão distintas, quanto por trazer até nós informações diversas sobre sua aldeia. Ele não é apenas um representante indígena nas equipes de saúde, mas também um representante da saúde na comunidade. E falo sobre saúde tendo consciência da definição da palavra segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) que define saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades. Por isso, minha obrigação, como defensora do SUS, é conhecer as debilidades da comunidade e garantir que seu direito à saúde seja cumprido como manda a lei. Mas, se a definição de saúde inclui bem-estar social, como acessá-los sem a ajuda de um AIS para que possamos nos comunicar? Sem visita domiciliar para identificar os mais diversos problemas? Sem professores e AISAN? Educação, saúde pública e a antropologia são a base da Saúde Indígena.

Certa vez perguntei a um AIS como ele se preparou para trabalhar ali. Ele disse que é filho do tuxaua e que sempre colocam filhos de tuxaua que falam um pouco de português, para trabalhar com a saúde. Identifiquei situações em que alguns deles trabalham voluntariamente por anos, até serem contratados, por perceberem que precisamos de ajuda e algumas vezes os que são contratados não respondem às necessidades. Acredito que o treinamento e aperfeiçoamento deve ser feito com frequência. Eles devem entender qual é a real obrigação deles, tanto para que não haja desvio de função, quanto para que não aconteça de deixarem a comunidade desassistida. Lá no Auaris, a escala dos AIS fica a cargo do enfermeiro do polo. Ele sempre fica atento para que não haja sobrecarga com as funções de cada um dentro do polo-base, dando a eles o tempo necessário para cuidar de suas roças, atender às demandas dentro da comunidade e ir nas atividades de caça. Estive em um outro polo, certa vez, em que os AIS estavam se negando a administrar medicações. Em algum momento lhes foi dito que essa não é atribuição deles. Realmente não está escrito em lugar nenhum, porém após as capacitações adequadas, como um plano a longo prazo, pode ser uma solução para muitos problemas como por exemplo: muitas vezes não temos alimento para manter o paciente internado, e temos que entregar-lhe a medicação para fazer uso em sua casa. Ele se esquece, fica com medo de tomar ou simplesmente decide não tomar mesmo que tenhamos explicado sobre a importância do tratamento e sobre como tomar. E assim o problema se complica e ele volta um mês depois, muito pior que anteriormente. Outra capacitação que seria muito relevante, além do auxílio na administração de medicação via oral previamente prescrita pelo profissional capacitado, seria sobre como identificar precocemente problemas que devem ser repassados para a equipe de saúde.

Ocorreu de um AIS ser convocado para sair de área no voo de rotina, para passar por uma capacitação. Quando ele retornou eu perguntei o que ele havia aprendido, e ele me disse que aprendeu a preencher os papéis. Certo, essas questões são realmente importantes, precisamos de dados, estatísticas e tudo o que nos auxilia a fazer uma avaliação do trabalho desenvolvido em cada região. Os sistemas são fundamentais nos dias de hoje, porém, retirar um indígena de área é custoso financeiramente, já que o acesso é aéreo, custoso psicologicamente para ele, custoso por ter que mantê-lo na CASAL, pelo risco que existe quando estão na cidade devido aos casos de fuga e envolvimento com álcool, prostituição e outros. E submetê-lo a isso para realizar apenas treinamentos sobre preenchimento de papéis, é um desperdício.

Além de treinar os Agentes Indígenas de Saúde e de Saneamento, o preparo dos professores é essencial para que possamos desenvolver uma saúde de qualidade, tendo em vista que se a educação em saúde for continuada e reforçada nas escolas, nosso trabalho enquanto EMSI será consolidado. O apoio e participação deles vem sendo de muita serventia para nós de Auaris. Temos um professor que auxilia nossas ações de promoção à saúde, participa de algumas visitas domiciliares, aponta questões de conflitos na comunidade e informa casos de crianças que frequentemente adoecem, enquanto alguns nem comparecem às escolas. Certa vez perguntei a ele, o motivo de ele ser mais participativo que os outros e ele me respondeu: “ eu já fui até pra o Rio de Janeiro, Dra.”, e pela resposta vi que eles também entendem a importância das capacitações. Quando penso em treinamento do indígena como uma resposta possível a curto, médio e longo prazo, não é com a intenção de torná-los mais parecidos conosco, e julgar que nossa forma de saber é a correta, mas é sobre empoderá-los. Sobre dar a eles conhecimento sobre as leis das pessoas que os governam, dar a eles autonomia, e mostrar que eles não recebem o total do que se tem direito. E que na nossa realidade, não temos verba para treiná-los, mas num mundo de “teorias da conspiração” informação e educação de qualidade limitada às classes mais altas, e minorias alienadas, é favorável a um governo desinteressado em sanar a desigualdade. Professores, AIS e AISAN munidos de informação e exercendo o controle social, podem ser bons aliados na busca por melhorias na Saúde Indígena.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentre os vários programas que existem na SESAI, o de imunização tem sido o que funciona melhor. Antigamente tínhamos problemas com a conservação das vacinas e após a doação dos refrigeradores temos conseguido armazená-las da forma adequada. Não que agora seja uma tarefa fácil, levando em conta as questões de logística quando temos que escolher qual comunidade visitar quando a quantidade de combustível não é suficiente para irmos a todas; a rotina dos indígenas que muitas vezes não conseguimos encontrar nas aldeias após viajarmos por até 3 horas de barco, ou alguns minutos de helicóptero (meio de transporte mais caro utilizado no DSEI-Y). Mas superamos as dificuldades que são inerentes à região e à Saúde Indígena, o mais difícil de superar é a sobrecarga que alguns profissionais recebem pela módica quantidade de profissionais com quem dividir tantas tarefas.

A Saúde Bucal conta com apenas oito dentistas, o que segundo a responsável técnica pelo programa, não atende à demanda, assim como as duas psicólogas são insuficientes, tornando a longitudinalidade uma pendência na aplicação dos princípios do SUS.

Os demais programas também sofrem por insuficiências, sejam elas de insumos ou recursos humanos. E por mais que as coisas saiam como o planejado na sede, no momento de executar, nós que estamos na ponta fazendo o que se planeja em sede se tornar realidade, muitas vezes somos parados pela falta de condições de trabalho.

Enquanto encontramos problemas na quantidade de profissionais em área, a sede também precisa de funcionários. Além de precisarem retirar o profissional da área da saúde pra exercer cargos que são considerados desvio de função, por não terem condições de contratar profissionais da área administrativa, o número de pessoas que apresentou laudo médico e não pode retornar ao cargo para o qual foi contratado, é alto. O trabalho na região de difícil acesso é desgastante física e emocionalmente, por isso os diagnósticos nos laudos variam entre problemas físicos e psicológicos. Cito esses pontos pois acredito que o aumento de recursos humanos pode ser uma solução para grande parte das dificuldades relatadas no decorrer deste estudo. Assim como o aumento do investimento em combustível para a realização de visitas domiciliares que auxiliam no diagnóstico precoce de doenças; investimento na capacitação de AIS, em pesquisas nas áreas de antropologia (cargo que recentemente foi retirado do DSEI-Y), e até mesmo profissionais capacitados para somar seus conhecimentos aos tradicionais indígenas sobre plantação, cultivo, psicultura e novas formas de prover seus alimentos. Existe uma diferença considerável entre interferir culturalmente e oferecer melhores condições de vida. De certa forma, seria como devolver o que lhes foi tomado há centenas de anos. Não se pode reparar o dano que lhes causamos, mas deixar de fazê-lo e garantir que seus direitos sejam respeitados é um começo.

O trabalho que temos desempenhado na região de Auaris muitas vezes nos traz respostas (aparentemente) positivas e imediatas, como quando retornamos a uma comunidade Sanuma após a primeira visita domiciliar do mês, e escutamos da liderança: “não tem ninguém doente aqui, está tudo bem”. Embora saibamos que a definição de saúde não é a ausência de doenças, respeitamos o conceito de saúde deles. São pessoas que naturalmente se adaptam com facilidade, mas a grande questão está em quão conscientes são a respeito de como poderia/deveria ser diferente. Ouvir deles que está tudo bem pois não há doenças e têm um punhado de farinha, e alguns beijos para passar a semana, pode ser visto como algo filosófico a respeito de como o não indígena precisa de muito pra se considerar feliz, mas por outro lado pode ser apenas uma demonstração de que eles se acostumaram com a sobrevivência e não conhecem qualidade de vida. Poderíamos julgar que está tudo bem realmente, afinal, eles detêm o direito de fala. Mas nós sabemos que não usufruem da totalidade de seus direitos e vê-los sucumbir sem almejarmos mudanças não é respeitar a cultura, mas sim ser negligente.

“Tanto nos textos mais antigos, nas narrativas que foram registradas, como na fala de hoje dos nossos parentes na aldeia, sempre quando os velhos vão falar eles começam as narrativas deles nos lembrando, seja na língua do meu povo, onde nós vamos chamar o branco de Kraí, ou na língua dos nossos outros parentes, como os Yanomami, que chamam os brancos de Napê. E tanto os Kraí como os Napê sempre aparecem nas nossas narrativas marcando um lugar de oposição constante no mundo inteiro, não só aqui neste lugar da América, mas no mundo inteiro, mostrando a diferença e apontando aspectos fundadores da identidade própria de cada uma das nossas tradições, das nossas culturas, nos mostrando a necessidade de cada um de nós reconhecer a diferença que existe, diferença original, de que cada povo, cada tradição e cada cultura é portadora, é herdeira. Só quando conseguirmos reconhecer essa diferença não como defeito, nem como oposição, mas como diferença da natureza própria de cada cultura e de cada povo, só assim poderemos avançar um pouco o nosso reconhecimento do outro e estabelecer uma convivência mais verdadeira entre nós” (KRENAK, Ailton. O Eterno Retorno do Encontro, 1999).

Durante esta pós-graduação para a qual realizo esse trabalho de conclusão de curso, pude desenvolver um senso

crítico a respeito do etnocentrismo e toda sua influência negativa sobre o trabalho das EMSI de modo geral. Apesar de sempre ter tido algumas convicções pessoais sobre não querer interferir em nada que seja da estrutura cultural dos indígenas, não me sentia embasada o suficiente antes de fazer o curso de Saúde Indígena. Já havia passado por situações em que me perguntavam se eu não quero ver o povo Sanuma “evoluir e ser inteligente”, quando protestava contra os colegas que diziam que eles têm que aprender nossa língua, vestir roupa, fazer casa grande, tomar banho mais vezes, entre outros absurdos. Hoje sei que não me faltará confiança para defender os interesses deles sempre que me couber, pois tenho consciência de que por trás de cada material disponibilizado que me motivou e encorajou, existe um professor ou pesquisador que se dedicou profundamente em adquirir conhecimento para que profissionais como eu tenhamos condições de realizar uma atenção diferenciada e adaptada. Diferente do que acreditávamos e adaptada ao grande direito ao respeito.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBERT, Bruce. Yanomami, **Intituto Socioambiental- Povos Indígenas do Brasil**, Disponível em: <https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Yanomami>, acessado em 07 de fevereiro de 2020.

Brasil, Nota Técnica n.º 10/2020, Ministério da Saúde, Secretaria Especial de Saúde Indígena, **Departamento de Atenção à Saúde Indígena**, Coordenação de Gestão da Atenção da Saúde Indígena, Brasília, 02 de abril, 2020.

Brasil, Orientações para construção de Plano de Trabalho para execução dos convênios no âmbito da Saúde Indígena, **Ministério da Saúde, Secretaria Especial de Saúde Indígena**. Disponível em: <https://fundacaosyposs.com.br/docs/trefconvs.pdf>, acessado em 14 de março de 2020.

RIBEIRO, Thiago. "Aspectos naturais de Roraima"; **Brasil Escola**. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/brasil/aspectos-naturais-roraima.htm>. Acessado em 17 de abril de 2021.

DSEI Yanomami - dados populacionais e epidemiológicos de 2020.

FUNAI. Território Etnoeducacional Yanomami e Yekuana propõe revisão de normas da educação. Disponível em: <http://www.funai.gov.br/index.php/ascom/2219-territorio-etnoeducacional-yanomami-e-ye-kuana-propoe-revisao-de-normas-da-educacao?limitstart=0#>, acessado em 07 de fevereiro de 2020.

GONÇALVES, Marco Antonio. ONG É CRIADA PARA AMPLIAR ASSISTÊNCIA SANITÁRIA AOS YANOMAMIS, **Yanomami online**. Disponível em : <http://www.proyanomami.org.br/frame1/saude.htm>, acessado em: 22 de fevereiro de 2020.

KRENAK, Ailton. O Eterno Retorno do Encontro. **Novaes, Adauto (org.), A Outra Margem do Ocidente**, Minc-Funarte/Companhia Das Letras, 1999

**MOREIRA-LAURIOL, Eliane. Ye'kwana, Intituto Socioambiental- Povos Indígenas do Brasil, disponível em:** <<https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Ye%27kwana>> , acessado em setembro de 2020

SILVINO, Ana C. R. et al. Variation in Human Cytochrome P-450 Drug-Metabolism Genes: A Gateway to the Understanding of Plasmodium vivax Relapses, **Plos One**. Disponível em : <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0160172> , acessado em 15 de janeiro de 2021.

Survival. Yanomami. Disponível em: <<https://www.survivalbrasil.org/povos/yanomami>>, acessado em 22 de fevereiro de 2020.