

III - Saúde destróçada

1 - A experiência do Plano Emergencial de Atenção à Saúde Yanomami (PEASY, 1990)

Maria Stella Castro Lobo

Eu gostaria de agradecer o convite em prol da retomada da saúde Yanomami e de saudar, especialmente, os colegas que estão hoje na linha de frente, neste momento tão difícil. A ideia aqui é contar um pouco sobre as ações de saúde desenvolvidas durante o Plano Emergencial de Atenção à Saúde Yanomami (PEASY), em 1990, quando foi encontrado um cenário epidemiológico em muito semelhante ao visto hoje, e então iniciada a implementação do sistema de saúde local. Naquela ocasião, trabalhei como representante da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), tanto na assistência médica, quanto na organização dos serviços de saúde. Apesar de ter trilhado outros caminhos profissionais desde então, carrego próxima esta experiência ao longo dos anos. Reviver aqueles tempos sempre me traz um turbilhão de emoções; tanto as boas—a convivência com os Yanomami; quanto de revolta, por estarmos novamente discutindo o risco de genocídio, 30 anos depois, por conta de políticas públicas omissas e de interesses econômicos predatórios.

Para contextualizar, desde que o projeto RADAM⁶ divulgou o potencial de exploração mineral na região, em 1975, ondas de invasão do garimpo ocorreram na área. Isso evoluiu num crescendo até que, ao final da década de 1980, Romero Jucá (então presidente da FUNAI) proibiu a permanência na área das organizações não-governamentais—o que incluía antropólogos, profissionais de saúde—alegando risco de vida, ao passo que estimulou (ou fez vista grossa) para a entrada de 40 mil garimpeiros. Com esse quadro, seguiu-se o que também vemos hoje: malária em proporções epidêmicas, desnutrição, alcoolismo, tuberculose, violência, destruição ambiental, contaminação por mercúrio e tudo mais.

Depois de uma série de denúncias, de articulação interinstitucional (como a Ação pela Cidadania) e de sensibilização de organismos internacionais, o governo federal, finalmente, instituiu o plano emergencial de 1990, que também foi implementado nos primeiros meses de um governo recém-empossado, o de Fernando Collor de Mello.

1) O plano tinha coordenação do Ministério da Saúde, com o apoio e a *expertise* necessária das instituições que já atuavam na área (FUNAI, CCPY, Diocese de Roraima) e outras, de ensino e pesquisa (UnB, UFRJ, Fiocruz), havendo apoio logístico da Aeronáutica (para deslocamento com helicópteros).

6 O Projeto Radar da Amazônia (RADAM) foi criado em 1970, no âmbito do Ministério das Minas e Energia, com o objetivo de fazer o mapeamento e levantamento de recursos naturais na região, através imagens aéreas de radar, captadas por avião. Cinco anos mais tarde, foi expandido para o território nacional, passando a se chamar Projeto RADAM Brasil. Em 1985, foi incorporado ao IBGE [nota das organizadoras].

Para além do atendimento das urgências, os dois grandes pilares do plano seriam: o censo e a busca ativa de casos de malária. O censo era importante para planejamento de ações futuras e avaliação do impacto na mortalidade (que foi estimada de 15% a 30%, principalmente, por malária). A busca ativa seria a forma mais efetiva de se acabar com a cadeia de transmissão da doença. Para isso, o maior número possível de comunidades deveria ser visitado, e a abordagem não poderia se restringir à demanda espontânea.

Aqui, vale destacar alguns aspectos operacionais do trabalho de campo:

- Primeiro, a importância da equipe multidisciplinar (idealmente, composta por profissionais de saúde, antropólogos, intérpretes, microscopistas; eventualmente, entomologistas).
- Só para exemplificar a importância dos antropólogos na equipe, o desafio do censo na identificação dos indígenas era enorme! Numa população que preserva o nome pessoal como algo da mais profunda intimidade, algo que não se compartilha, encontravam-se listas de censo com o mesmo “nome” para todos, *taimi*, que significa “eu não sei”. Muitos indígenas também “escolhiam” um nome de branco para se relacionar com as equipes de saúde, mas não raro trocavam os nomes escolhidos. A dificuldade era muito maior quando se tratava do nome ou menção aos mortos. Portanto, antropólogos tinham papel fundamental para identificar, construir mapas com

graus de parentesco, ajudar nas consultas e autópsias verbais, quando se queria abordar as mortes nos anos precedentes, reduzindo as estatísticas de óbitos por causas mal definidas, além de anotarem os deslocamentos e reagrupamentos de comunidades (que se intensificam durante epidemias).

- Outro aspecto era a importância da comunicação: urgências de toda natureza demandavam comunicação e transporte para Boa Vista (radiofonia, na ocasião, era essencial e havia escassez de aparelhos). Imagino que existam novas formas de comunicação hoje em dia (para tele saúde e tele consultas). Naquela época, não existiam celulares, nem internet, nem GPS; somente uns mapas impressos com imagens de satélite que serviam para plotar a localização das malocas. [Até sinal de fumaça Alcida e eu precisamos fazer para resgate por helicóptero, quando chegamos por canoa a uma comunidade de Auaris que não constava no mapa].
- Quanto à busca ativa da malária, todos eram examinados e, independentemente dos sintomas, tinham lâminas coletadas para diagnóstico. Tratamentos eram completados, preferencialmente, dentro da própria aldeia. Passada a correria inicial, esse período de consolidação dos tratamentos costumava ser propício para socializar e interagir com os Yanomami, rir juntos, participar de suas rotinas e rituais, finalmente, para conhecê-los e aprender muito com eles.

- Em algumas circunstâncias, chegávamos com vacina e também aplicávamos em todos, já que a cobertura era então muito baixa, próxima de zero.
- 2) Em março de 1990, um seminário de avaliação do plano emergencial recomendou o desenvolvimento e estruturação de ações de saúde contínuas, de curto e médio prazos, em consonância com a política nacional de saúde.
 - 3) Iniciou-se então a elaboração do sistema de saúde local, com base nos princípios do SUS, com a preocupação de observar um contexto culturalmente diferenciado.

O SUS (Sistema Único de Saúde), que tão bem conhecemos hoje, era um sistema de saúde também recém-nascido: acabara de ser criado na constituição de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica de Saúde, de 1990.

A responsabilidade institucional da saúde indígena era da Fundação Nacional de Saúde, também criada em 1990 com a fusão da Fundação SESP e a SUCAM. Abarcava o departamento de Saúde Indígena e a coordenação regional da área Yanomami estava sediada em Boa Vista. O primeiro Distrito Sanitário Especial Indígena foi o DSY (Distrito Sanitário Yanomami, depois chamado DSEY), criado em 1991.

Voltando aos princípios norteadores do SUS, teríamos: Universalização, Equidade e Integralidade. Em outras palavras, a saúde é direito de todos e dever do Estado; grupos mais vulneráveis devem ter prioridade de cuidado para que se reduza a desigualdade (mostrada nas diferenças de taxas

de mortalidade entre Yanomami e população geral); e o cuidado deve ser garantido em todos os níveis, desde a atenção básica, até os procedimentos mais complexos.

Na prática de campo, as diretrizes organizacionais seriam:

- I. Descentraliza, com atenção básica garantida dentro das comunidades, dado que mais de 80% dos problemas de saúde podem ser ali resolvidos.
- II. Regionalizar, com a organização dos serviços dentro das áreas de relação intercomunitária (ARIs), considerando as formas de relacionamento entre os grupos, o que, naturalmente, coincide com a cadeia de transmissão de doenças. [Chegamos a reconstituir retrospectivamente uma epidemia de sarampo que ocorrera nos anos 70, na Venezuela, somente seguindo o rastro das visitas entre os grupos desde o Brasil, após acusação de que um pesquisador americano teria levado a doença por meio da vacina].
- III. Hierarquizar ou garantir a transferência para níveis de saúde de maior complexidade, quando necessário (posto de Surucucu, Casa do Índio, hospitais de Boa Vista para cuidados secundários; hospitais de maior porte e universitários, para casos terciários). [Tivemos na UFRJ um Yanomami com leucemia aguda, quando o que precisávamos era educar os brancos para lidar com a dificuldade da língua e barreiras culturais. Ao final, foi um aprendizado para todos].

IV. Finalmente, a diretriz mais importante, seria a da Participação Social: afinal, nós é que éramos os *nabë*, os estrangeiros. Os indígenas deveriam ser os protagonistas no dia-a-dia do sistema, tomando as principais decisões. Naquela ocasião, incentivava-se a formação de indígenas profissionais de saúde e sua participação em conselhos. [Trabalhei em equipe com intérprete e microscopista Ye'kwana que ainda eram exímios navegadores e auxiliavam nas viagens de canoa pelo encachoeirado rio Auaris]. Creio que a criação da Hutukara, em 2004, coroou esse espaço institucional da representação indígena.

Operacionalmente, creio que muita coisa se manteve...

- Na Coordenação Regional de Boa Vista, montou-se um sistema de informação e de planejamento de transporte, logística, farmácia, alimentação, que abarcava a Casa do Índio. Nos idos de 1990, a informatização e computadores pessoais eram também ferramentas recentes.
- Dentro das áreas de relação intercomunitária, polos-base representavam áreas de acesso, geralmente, por meio de pistas de pouso, e contavam com estrutura básica de provisão de saúde. Polos com pistas maiores pela presença de batalhões do Exército, como Surucucu e Auaris, também eram base para distribuição dos suprimentos. Em todos eles, se organizava um pequeno posto de saúde, com medicações básicas e de suporte para eventuais casos mais graves. [Tenho lindas lembranças de plantões junto à rede, lado a lado com o Xamã, em casos de coma malárico, e os índios costumavam se recuperar muito bem...]

- Dos Polos-base seguiam as equipes volantes para visita-ção sistemática das aldeias (a pé, de helicóptero ou por canoa), tal como acontece hoje com a estratégia de saúde da família.
- A cobertura da assistência contava com o convênio com organizações não-governamentais que assumiram diferentes ARIs (Médicos sem Fronteiras em Homoxi, Médicos do Mundo em Paapiu, missões católicas em Catrimani, missões evangélicas em Auaris, CCPY em Demini/Toototobi, etc.).
- Vale destacar que a criação do DSY não contemplava uma política clara de recursos humanos, o que talvez tenha sido a sua maior fragilidade. Houve concursos públicos (pelo Ministério da Saúde), em sua maioria, para contratos temporários, o que prejudica a formação continuada dos profissionais. Procedeu-se também a convênios com universidades para formação de pessoal (como o programa de residência médica com a UFRJ). Desejava-se um plano de carreira da saúde indígena. [Naqueles primeiros anos, tudo era muito movido pela paixão].
- Treinamento, conscientização e sensibilização de Recursos Humanos eram o fator determinante para o bom funcionamento das ações; tanto para os aspectos técnicos, com rotinas de trabalho e protocolos clínicos padronizados, quanto para o encontro entre culturas distintas, diferentes concepções de saúde-doença, tratamento dos mortos, respeito aos rituais. [Por exemplo, havia toda

uma preocupação para que os Yanomami falecidos em Boa Vista tivessem seus corpos devolvidos às aldeias para que fossem procedidos os rituais funerários]. Foi desenvolvido um Manual de Campo com esses aspectos e discutido em oficinas, quando da chegada de novos profissionais. [Em sua epígrafe, constavam as “Instruções para Chorar”, de Julio Cortázar].

- 4) Enfim, esses são os primórdios do DSEY. Creio que vale perguntar: o que mudou no período 1990-2023? Ou, o que se pode depreender como ensinamento da experiência de 1990, guardadas as devidas proporções?
- Nos anos do governo Bolsonaro, a intenção genocida, agora com a participação explícita do governo federal, agravou a intensidade do impacto. [Os indicadores mostrados pelo pesquisador Paulo Basta neste volume são estarrecedores].
 - Existe real interesse de resolução do problema pelo governo Lula recém-empossado, com políticas acertadas (de saúde e de asfixia do garimpo), mas há que se garantir mecanismos de manutenção das ações a longo prazo, com coordenação, planejamento e atenção aos processos de trabalho.
 - Embora o número de garimpeiros intrusos pareça ter a mesma ordem de grandeza (cerca de 40 mil), e a população Yanomami informada tenha triplicado, há relatos de que o estrago atual tenha escala industrial (talvez por maior abrangência da área afetada, talvez por ma-

quinário mais destrutivo, sem contar as mudanças comportamentais... [tal como na definição do antropoceno, que incorpora, em era geológica, o impacto destruidor do homem sobre a Terra]. Creio que vale investigar essas razões.

- Também parece que aumentou significativamente a co-optação dos indígenas para as atividades do garimpo, com o distanciamento das instâncias de saúde e episódios de violência. Pela primeira vez, também ouvi falar em casos de suicídio entre os Yanomami ...
- Sobre a malária: depois de anos de uso inadequado e descontinuado de medicamentos para malária por garimpeiros, existe grande risco de se encontrar resistência medicamentosa na região, prejudicando seu controle. Nestes 30 anos, houve a introdução de novas tecnologias adjuvantes, como testes rápidos, mosquiteiros impregnados de longa duração (sobre isso, relatório recente apontou mau uso). [Não adianta ter o mosquiteiro, se ele não for usado corretamente]. Enfim, são necessários protocolos claros e precisos, e não falta *expertise* nos quadros do Ministério e Fiocruz para que sejam elaborados. Infelizmente, a vacina ainda é um sonho, os estudos mostram baixa eficácia, mas existem vários ensaios clínicos em andamento. Quem sabe este não é um horizonte de longo, longo prazo?
- Também presumo que agora sejam encontradas doenças crônico-degenerativas. Em 1990, os Yanomami eram um

dos últimos grupos humanos no planeta que não tinham hipertensão arterial.

- Nunca é demais repetir que é necessária uma política de RH de longo prazo que considere os muitos riscos de saúde e de violência por que passam os profissionais de saúde. Isso é algo que a pandemia de COVID nos ensinou; os profissionais de saúde são tão ou mais vulneráveis aos riscos e precisam estar inteiros para cuidar dos demais.
- Ultimamente, tem se falado num programa Mais Médicos específico para populações indígenas. Não sei como anda esta discussão.

Finalmente, fica sempre a dúvida sobre quando se terá chegado ao ponto de não retorno [quando não se pode mais reparar o colapso sanitário instaurado, tal como um buraco negro]. Tínhamos essa dúvida em 1990, temos agora também. Acredito que ainda não chegamos a isso; nós, humanos, somos muito resilientes. E o plano emergencial de 1990 mostrou uma tremenda capacidade de recuperação. [A fala de Clara Opoxina, neste volume, quando afirma que, mesmo no caos, eles não perderam a capacidade de rir, é um indicador de grande esperança].

- Estamos à disposição para contribuir e nunca é demais repetir a homenagem feita aos profissionais das equipes no primeiro relatório de atividades do DSY.

Fica aqui nossa homenagem a esses heróis dos dias de hoje; e aos Yanomami, claro!

- Termino, pois, com uma dedicatória à dedicação: àqueles que deram duro na mata, no meio dos mosquitos, da chuva, da lama, da malária, da falta de tudo (menos da burocracia). Àqueles que enxergaram os Yanomami (desses, vários que dizem ter para com eles a dívida da própria visão). Àqueles que protegeram o DSY com a própria pele, obrigada!