

## Lições de tempos urgentes: a experiência da atenção à saúde Yanomami ontem e hoje

Lessons from urgent times: the experience of Yanomami health care then and now

Lecciones de tiempos urgentes: experiencias de atención de la salud a los Yanomami ayer y hoy

Maria Stella de Castro Lobo <sup>1</sup>  
Maria Lúcia de Macedo Cardoso <sup>2</sup>

doi: 10.1590/0102-311XPT065623

*“Se os Yanomami e todos os inúmeros outros povos ainda não ocidentalizados do planeta chegaram até aqui, mais ou menos resguardados de tais valores materialistas e gananciosos, por que não supor que trazem algo valioso dentro de si? Por que não supor que existe algo muito grande por trás de tamanho contraste cultural?”*

<sup>1</sup> (p. 1).

O povo Yanomami vive na região montanhosa entre as bacias dos rios Amazonas e Orinoco, recoberta por floresta tropical úmida, no oeste dos estados brasileiros de Roraima e Amazonas e sudeste da Venezuela. São seis subgrupos – Sanõma, Ninam, Yanonami, Yaroamë, Yãnoma e Yanomam <sup>2</sup> – que compartilham uma unidade cultural e linguística. Mais da metade da população encontra-se no Brasil. No território, coabita a etnia Ye'kwana, de família linguística Karib e contato mais antigo, além de seis grupos que deliberadamente preservam-se do contato com a sociedade nacional. No total, são 26.854 pessoas, em 379 comunidades, ocupando 9,6 milhões de hectares <sup>3</sup>.

Os Yanomami são conhecidos por largo senso de humor; um povo que ri. Seu sistema social, político e econômico é permeado por grande mobilidade territorial, expressa numa intrincada rede de caminhos <sup>4</sup>. Moram em pequenas aldeias e movimentam-se por motivações diversas: caça e manejo de recursos naturais e roças; divisões de grupos por razões políticas ou familiares; visitas para fortalecimento de laços e trocas entre grupos; participação em cerimônias e rituais. A presença de missões religiosas, postos da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) e pelotões do Exército brasileiro (projeto militar de ocupação e integração Calha Norte, 1985) interferem nessa lógica, exercendo uma força centrípeta de concentração populacional em torno de suas instalações. Já o garimpo ilegal, estradas e invasões em seu território têm magnitude explosiva: afastam, atraem, destroem, dizimam. Isso aconteceu, com intensidade flutuante, ao longo das últimas décadas, produzindo enorme impacto na vida, saúde e sociedade yanomami. Contudo, nos últimos quatro anos, adquiriu contornos de genocídio, por omissão governamental deliberada e incentivo às atividades ilegais <sup>5</sup>.

<sup>1</sup> Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

<sup>2</sup> Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

### Correspondência

M. S. C. Lobo  
Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro.  
Cidade Universitária da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ 21941-592, Brasil.  
ms.lobo@uol.com.br



Em janeiro de 2023, foi declarada a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN/Yanomami) em decorrência da desassistência absoluta a essa população, e estabeleceram-se medidas de enfrentamento da crise <sup>6,7</sup>. Em dezembro de 1989, 34 anos antes, foi aprovado o Plano Emergencial de Atenção à Saúde Yanomami (PEASY/1990) com finalidade de reverter as precárias condições de vida e saúde encontradas <sup>8</sup>. Este intervalo de décadas denota a existência de uma questão estrutural, oriunda de projetos militares desenvolvimentistas, interesses econômicos de exploração predatória e política de saúde indígena oscilante desde a década de 1970. Apesar do subsistema de saúde indígena no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) só ter surgido em 1999, sabe-se que a experiência do PEASY/1990, seguida da criação do Distrito Sanitário Yanomami (DSY), trouxe importantes subsídios para formulação da política nacional de saúde indígena <sup>9,10,11</sup>.

Desde que o projeto RadamBrasil (Ministério das Minas e Energia) divulgou o potencial de exploração mineral na região, em 1975, ondas de invasão do garimpo ocorreram na área. A intrusão garimpeira aumentou de tal maneira que, entre 1987 e 1989, o senador Romero Jucá (então, presidente da FUNAI) proibiu a permanência das organizações não-governamentais na área – o que incluía antropólogos e profissionais de saúde – alegando risco de vida. Em contrapartida, permitiu a entrada de 40 mil garimpeiros. Consequentemente, seguiu-se o mesmo cenário hoje observado: malária em proporções epidêmicas, desnutrição, alcoolismo, tuberculose, violência, destruição ambiental e desestruturação do modo de vida tradicional <sup>12</sup>.

Depois de uma série de denúncias, articulação interinstitucional e sensibilização de organismos internacionais, o Governo Federal instituiu o PEASY/1990, também implementado nos primeiros meses de um governo recém-empossado. O plano tinha coordenação do Ministério da Saúde, com o apoio e a *expertise* das instituições atuantes na área (FUNAI, Comissão pela Criação do Parque Yanomami – CCPY –, e Diocese de Roraima), e outras, de ensino e pesquisa (Universidade de Brasília – UnB, Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, e Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz), havendo apoio logístico do Ministério da Aeronáutica.

Além do necessário atendimento às urgências, seus grandes pilares eram a realização de censo e busca ativa de casos de malária. O censo era importante para avaliação do impacto na mortalidade (estimada em 15% a 30% <sup>13</sup>) e planejamento de ações futuras; a busca ativa seria a forma mais efetiva de interromper 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.

Operacionalmente, as principais características do trabalho de campo eram: respeito à cultura; ênfase nas equipes multidisciplinares (profissionais de saúde, antropólogos, intérpretes, microscopistas, entre outros); mecanismos de comunicação para remoções; e teleconsultas (na ocasião, por radiofonia).

Para exemplificar a abordagem interdisciplinar, grande era o desafio do censo na identificação dos indígenas. Numa cultura em que o nome individual é algo íntimo e sigiloso, pronunciá-lo denota desrespeito <sup>13</sup>. Encontravam-se listas de censo com o mesmo “nome” para todos: Ya Taimi, que significa “eu não sei”. Muitos também “escolhiam” um nome de branco para se relacionar com as equipes de saúde, mas não raro trocavam os nomes escolhidos. A dificuldade era maior quando da menção aos mortos pois, para a maioria dos subgrupos Yanomami, seus nomes são impronunciáveis. Antropólogos auxiliavam profissionais de saúde na identificação, definição de graus de parentesco, apoio em consultas e autópsias verbais, além do registro de deslocamentos e reagrupamentos de comunidades. O silêncio sobre o nome dos mortos e a indisponibilidade da evidência física dos mesmos, dado que seus corpos são cremados, tornam as autópsias verbais especialmente importantes para conhecimento do número, causa das mortes e redução das estatísticas de óbitos por causas mal definidas (34% dos óbitos) <sup>13,14</sup>. Vale ressaltar que a interpretação tradicional da doença entre os Yanomami parte de uma concepção própria do corpo, e seus mecanismos causais dependem do status das relações intercomunitárias (feitiço comum provém das comunidades amigas; feitiço guerreiro, das inimigas; xamanismo agressivo, daquelas mais distantes; finalmente, existe o ataque do duplo-animal, dado que todo Yanomami tem um animal com destino indissociável ao seu nos longínquos da floresta). Nestas autópsias, 11% dos óbitos relatados foram por feitiço ou *xawara* (epidemia causada pelo garimpo) <sup>13</sup>.

Na busca ativa da malária, todas as pessoas eram examinadas e tinham lâminas coletadas para diagnóstico. Tratamentos eram completados preferencialmente dentro da própria aldeia para aumento da adesão e redução de resistência medicamentosa. Em algumas circunstâncias, chegava-se com vacinas para doenças imunopreveníveis, já que a cobertura era baixa.

O seminário de avaliação do plano emergencial, em 1990, recomendou o desenvolvimento e estruturação de ações de saúde contínuas, de curto e médio prazos, em consonância com a política nacional de saúde, além do desenvolvimento de ações intersetoriais, como a demarcação de área contínua (homologada em 1992), retirada do garimpo e medidas de recuperação ambiental <sup>15</sup>.

Assim, iniciava-se a implementação do sistema de saúde local, com base nos princípios do SUS e foco na diversidade cultural. Estas diretrizes haviam sido definidas na I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, em 1986, que incorporou os debates vigentes no Movimento da Reforma Sanitária e reivindicou o respeito e o reconhecimento das formas diferenciadas dos povos indígenas no cuidado com a saúde.

A responsabilidade institucional ficou a cargo da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), recém-criada em 1990, pela fusão da Fundação Serviços de Saúde Pública (SESP) com a Superintendência de Companhias de Saúde Pública (SUCAM). A FUNASA abarcava a Coordenação de Saúde do Índio e coordenações regionais. A coordenação de âmbito federal nos diversos níveis visava escapar de interesses econômicos locais, nem sempre afeitos à causa indígena. O DSY foi o primeiro Distrito Sanitário Especial Indígena, criado em 1992, integrando ações e serviços das diversas organizações civis e religiosas que atuavam na área <sup>11</sup>.

Na prática de campo, as diretrizes organizacionais eram: (1) descentralização, com atenção básica garantida dentro das comunidades, pois mais de 80% dos problemas de saúde podem ser ali resolvidos; (2) regionalização em áreas de relação intercomunitária (ARIs), que não consideram divisões geopolíticas oficiais, mas as formas de interação entre comunidades e a consequente cadeia de transmissão de doenças; (3) hierarquização e integralidade, com garantia de transferência para níveis de saúde de maior complexidade, quando necessário (para cuidados secundários, a Casa do Índio – CASAI –, estrutura organizada para cuidados de saúde e assistência social para aqueles deslocados para a cidade; para os terciários, hospitais de maior porte e universitários); (4) participação social, visto que os indígenas deveriam ser os protagonistas no dia-a-dia do sistema, tomando as principais decisões. Incentivava-se a formação de indígenas profissionais de saúde, a criação de plano de carreira da saúde indígena, participação em conselhos e estímulo à educação pautada na perspectiva intercultural.

Operacionalmente, montou-se, na Coordenação Regional de Boa Vista (Roraima), um sistema de informação e planejamento para transporte, logística, farmácia e alimentação. Dentro das ARIs, polos-base representavam áreas de acesso, geralmente por meio de pistas de pouso, contando com estrutura básica de provisão de saúde. Nestes, organizava-se um pequeno posto de saúde, com medicações básicas e de suporte para eventuais casos mais graves (quando profissionais de saúde e xamãs proviam seus respectivos cuidados à beira da rede). Dos polos-base, partiam as equipes volantes para visitação sistemática das aldeias (a pé, de helicóptero ou por canoa). Para cobertura da assistência, organizações não-governamentais assumiram as ARIs, por meio de convênios (Médicos sem Fronteiras, Médicos do Mundo, missões católicas e evangélicas, CCPY). Nos anos subsequentes (notadamente entre 1999-2004), a Urihi Saúde Yanomami teve papel fundamental na manutenção da cobertura da área. Neste período, houve redução média da mortalidade infantil em 76%, da incidência parasitária anual da malária em 84%, tendo sido praticamente zerados os casos mais graves de malária falciparum em algumas áreas <sup>16</sup>.

Vale destacar que a criação do DSY não contemplava uma política clara de recursos humanos, o que foi a sua maior fragilidade. Houve concursos públicos do Ministério da Saúde, em sua maioria, para contratos temporários, o que prejudica a formação continuada dos profissionais. Procedeu-se também convênio com universidades para formação de pessoal (programa de Residência Médica da UFRJ). Treinamento, conscientização e sensibilização de colaboradores eram fatores determinantes para o bom funcionamento das ações; tanto para aspectos técnicos, com rotinas de trabalho de campo e protocolos clínicos padronizados, quanto para o encontro entre culturas distintas, diferentes concepções de saúde-doença, tratamento dos mortos, respeito aos rituais. Foi desenvolvido um Manual de Campo <sup>1</sup> com estes aspectos para treinamento de novos profissionais.

### O que a experiência da emergência dos anos 1990 nos permite refletir sobre o cenário de 2023?

- O Governo Lula, recém-empossado, interveio com medidas urgentes de saúde e de asfixia do garimpo <sup>7</sup>. Sob a coordenação da Secretaria de Saúde Indígena do Ministério da Saúde (SESAI), foi instituído Centro de Operações de Emergência (COE Yanomami), com articulação interinstitucional (governo local, Força Nacional do SUS, Forças Armadas, entre outros). Para retaguarda, montaram-se hospitais de campanha na CASAI/Roraima e no polo-base de Surucucus. Pelo grande volume de atendimentos e motivos operacionais, prevalece o atendimento por demanda espontânea; casos mais graves são transportados para Boa Vista. Tal estratégia de emergência promove aglomeração nas unidades de atendimento, com fila para retorno dos pacientes para as aldeias, aumentando o risco de adoecimentos como o surto de COVID-19, em março e abril de 2023, na CASAI/Roraima <sup>17</sup>. Como nos ensinam os Yanomami, as ações integradas com xamãs e seus espíritos auxiliares, dentro das aldeias, são importantes para a saúde do universo, para que não haja a queda do céu <sup>18</sup>.
- Para o desenvolvimento de ações estruturantes de longo prazo, vale garantir coordenação, modelo de financiamento, ênfase nos processos de trabalho (não somente nas estruturas) e política de recursos humanos. Nesta, é essencial a capacitação para o encontro cultural, escuta para a perspectiva da medicina tradicional, sensibilidade sistêmica e atendimento preferencial dentro das aldeias, evitando-se ao máximo as remoções. Mesmo que o aprendizado do idioma demande tempo e dedicação (a maioria dos Yanomami é monolíngue), o reconhecimento cultural pode ser realizado de diversas formas, transpondo a barreira linguística, e constituindo-se parte fundamental da formação de profissionais que atuam na área. Como nos ensinam os Yanomami, para compreensão do processo saúde-doença, tão importantes quanto as estatísticas dos *napëpë* (não-indígenas, estrangeiros) são as histórias contadas oralmente, de geração em geração, e a ingerência dos xamãs <sup>18</sup>.
- Ao longo dos anos, a malária se comporta como evento sentinela da presença do garimpo, dada a forte correlação entre este e a incidência da doença <sup>19,20</sup>. Depois de anos de uso inadequado e descontinuado de medicamentos por garimpeiros, existe risco de se encontrar resistência medicamentosa na região, prejudicando seu controle. No período, houve introdução de novas tecnologias adjuvantes, como testes rápidos e mosquiteiros impregnados de longa duração (por vezes, com uso inadequado). Existe possibilidade de tratamento em massa para reduzir a densidade parasitária e transmissão das formas mais graves da doença, até que mecanismos de atenção básica sistemática e contínua sejam implantados <sup>21</sup>. No longo prazo, e na ausência de vacina eficaz, vigilância epidemiológica, busca ativa nas aldeias e retirada do garimpo são indispensáveis para controle da doença. Como nos ensinam os Yanomami, quando os brancos tiram o ouro da terra, eles queimam, mexem em cima do fogo como se fosse farinha. Isto faz sair fumaça e cria a *xawara*, que é esta fumaça do ouro. Depois, esta “epidemia-fumaça”, vai se alastrando na floresta, lá onde moram os Yanomami, mas também na terra dos brancos, em todo lugar <sup>18</sup>.
- Embora o número de garimpeiros tenha a mesma ordem de grandeza, a atual destruição tem escala industrial e equipes de saúde não conseguem penetrar em algumas áreas. Isto decorre de maior abrangência da área afetada, sequestro de estruturas de saúde, novas tecnologias de extração do ouro, transporte e comunicação, vultoso financiamento da atividade ilegal e presença do crime organizado. Também aumentaram a cooptação dos indígenas para as atividades do garimpo, episódios de violência física e sexual e desavenças com equipes de saúde <sup>20</sup>. Há evidências de que grupos distantes do garimpo também foram atingidos. Se, no passado, as ações se restringiam à retirada de garimpeiros e implosão de pistas clandestinas, discutem-se hoje ações mais abrangentes, como o rastreio de toda a cadeia do ouro – da extração à venda – e maior fiscalização efetiva por órgãos de controle e regulatórios (Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis – IBAMA, Instituto Chico Mendes de Conservação da Biodiversidade – ICMBio, Forças Armadas, Agência Nacional de Aviação Civil – ANAC, e Agência Nacional de Telecomunicações – ANATEL). Após os dois primeiros meses de atuação do Governo Federal, indígenas vigilantes da situação relatam que, apesar da retirada parcial, garimpeiros mantêm atividades intensas no período noturno e enterram maquinário e alimentos, na expectativa de retornarem. Como nos ensinam os Yanomami, há que se resgatar todas as naturezas, não só dos humanos, mas de tudo que vive ao redor, como rios, florestas, animais, em projeto de desenvolvimento sustentável <sup>18</sup>.

• Para proteção territorial e garantia da saúde, busca-se um modelo estratégico de vigilância do território indígena Yanomami, integrando as agendas epidemiológica, ambiental e do garimpo, entre outras intersetoriais<sup>20</sup>. Isto será possível com vontade política, moderna tecnologia de informação e empoderamento dos agentes de fiscalização nos diversos níveis – desde a notificação de doenças e atividades de garimpo, até a aplicação de protocolos e sanções – e elaboração de políticas públicas de maior amplitude. Para que seja efetivo, o protagonismo indígena é essencial: como agente que denuncia e exige do poder público; como liderança, interlocutor e ator político; como profissional de saúde, de educação e gestor que reconhece a situação e planeja a partir das reais necessidades. Como nos ensinam os Yanomami, a formação escolar e universitária e a criação de associações – Kurikama, Hutukara, Ayerka, Kumirayōma, Texoli, Taner, Urihi Yanomami, Seduume, entre outras –, e a formação escolar e universitária contribuem para que o diálogo interétnico transcorra de forma mais horizontal. Organizações e profissionais indígenas que ensinam para a humanidade suas riquezas, valores e alguns segredos para a sobrevivência do planeta.

Historicamente, o plano emergencial de 1990 mostrou tremenda capacidade de recuperação; agora, se eficazmente implementadas, as ações indicam que, uma vez mais, os Yanomami retornarão à sua tessitura de espaço e tempo. Isso é fruto da resistência diária nas aldeias, das mais de cem denúncias de seus líderes, organizações e parceiros, e do trabalho incessante dos xamãs. Mesmo no caos, os Yanomami nunca deixaram de rir – o que sempre é indicador de grande esperança.

## Colaboradores

M. S. C. Lobo colaborou na redação e revisão do manuscrito e aprovou sua versão final. M. L. M. Cardoso colaborou na redação e revisão do manuscrito e aprovou sua versão final.

## Agradecimentos

Agradecemos a Alcida Rita Ramos pelo compartilhamento de sua experiência e acervo documental sobre a saúde yanomami, disponibilizado na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS).

## Informações adicionais

ORCID: Maria Stella de Castro Lobo (0000-0002-7627-3959); Maria Lúcia de Macedo Cardoso (0000-0002-3809-4730).

## Referências

- Pellegrini M, Menegolla IA, Silva MA, Oliveira CE, Braz A, Ramos AR. Manual de campo. <https://ds.saudeindigena.iciet.fiocruz.br/handle/bvs/4501> (acessado em 23/Mar/2023).
- Ferreira HP, Machado AMA, Senra EB, organizadores. As línguas Yanomami no Brasil: diversidade e vitalidade. São Paulo: Instituto Socioambiental/Boa Vista: Hutukara Associação Yanomami; 2019.
- Instituto Socioambiental. Terra Indígena Yanomami. <https://terrasindigenas.org.br/pt-br/terras-indigenas/4016> (acessado em 03/Abr/2023).
- Ramos AR. O paraíso ameaçado. *Antípoda* 2008; 7:101-17.
- The Lancet. Bolsonaro threatens survival of Brazil's indigenous population. *Lancet* 2019; 394:444.
- Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 28, de 20 de janeiro de 2023. Declara Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência de desassistência à população Yanomami. *Diário Oficial da União* 2023; 20 jan (edição extra).
- Brasil. Decreto nº 11.405, de 30 de janeiro de 2023. Dispõe sobre medidas de Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional e de combate ao garimpo ilegal no território Yanomami. *Diário Oficial da União* 2023; 31 jan.
- Brasil. Decreto nº 98.478, de 6 de dezembro de 1989. Aprova o Plano Emergencial de Atenção à Saúde Yanomami, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1989; 7 dez.
- Pontes ALM, Machado FRS, Santos RV, Brito CAG. Diálogos entre indigenismo e Reforma Sanitária: bases discursivas da criação do subsistema de saúde indígena. *Saúde Debate* 2020; 43:146-59.
- Athila AR. Epidemias, protagonismos y derechos específicos de salud: la creación del Distrito Sanitario Yanomami y la política de salud indígena en Brasil (1991-2021). *Astrolabio. Nueva Época* 2022; (28):21-30.
- Ministério da Saúde; Ministério da Justiça. Portaria Interministerial nº 316, de 11 de abril de 1991. Aprova projeto e criação do Distrito Sanitário Yanomami, sob a administração da Fundação Nacional de Saúde. *Diário Oficial da União* 1991; 15 abr.
- Ramos AR. O papel político das epidemias: o caso Yanomami. *Série Antropologia* 1993; 153:2-21.
- Menegolla IA, Lobo MSC, Pithan OA, Varga IVD, Ramos AR. Primeiro relatório do Distrito Sanitário Yanomami: avaliação das atividades e diagnóstico de saúde. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 1991.
- Soleman N, Chandramohan D, Shibuya K. Verbal autopsy: current practices and challenges. *Bull World Health Organ* 2006; 84:239-45.
- Assessoria Especial para Assuntos de Saúde na Amazônia Legal, Ministério da Saúde. Encontro para avaliação do plano emergencial de atenção à saúde Yanomami. <https://ds.saudeindigena.iciet.fiocruz.br/handle/bvs/4925> (acessado em 23/Mar/2023).
- Francisco DA, Oliveira CE. Resumo das atividades de assistência à saúde Yanomami. *Boletim Urihi* 2003. <http://ds.saudeindigena.iciet.fiocruz.br/handle/bvs/4924> (acessado em 23/Mar/2023).
- COE SUS Yanomami, Ministério da Saúde. Informe semanal 6. Atuação dos grupos de trabalho até 24/03/2023. <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/resposta-a-emergencias/coes/coe-yanomami/informediario/missao-yanomami-informe-semanal-6/view> (acessado em 26/Mar/2023).
- Kopenawa D, Albert B. A queda do céu: palavras de um xamã yanomami. São Paulo: Companhia das Letras; 2015.
- Hutukara Associação Yanomami; Associação Wanasseduume Ye'kwana. Yanomami sob ataque: garimpo ilegal na Terra Indígena Yanomami e propostas para combatê-lo. <https://acervo.socioambiental.org/acervo/documentos/yanomami-sob-ataque-garimpo-ilegal-na-terra-indigena-yanomami-e-propostas-para> (acessado em 23/Mar/2023).
- Lobo MSC. O caso Yanomami do Brasil: uma proposta estratégica de vigilância epidemiológica [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1996.
- Brady OJ, Slater HC, Pemberton-Ross P, Wenger E, Maude RJ, Ghani AC, et al. Role of mass drug administration in elimination of *Plasmodium falciparum* malaria: a consensus modelling study. *Lancet Glob Health* 2017; 5:e680-7.

---

Recebido em 04/Abr/2023

Aprovado em 06/Abr/2023