

# contact 30

junho 1983

Comissão Médica Cristã do Conselho Mundial de Igrejas

CEDI - P. I. B.
DATA 31/12/86
COD. I1D0004

## A saúde dos indígenas



# Rubão: Uma vida em defesa dos índios

*"Alguns poucos brancos tiveram a honra de ser convidados pelos índios para morrer junto a eles pois, como bem observam, os civilizados não sabem morrer."*

Rubens Beluzzo Brando (Rubão)\*

Estamos publicando abaixo trechos da reportagem do jornal "O Estado de São Paulo" do dia 20 de dezembro 1982 com o título: "A morte de Rubão, o médico que queria ser índio".

Morreu entre os índios, quase que como um deles.

O helicóptero da FAB voltava ao posto da Funai em Sururucus, vindo de uma das muitas aldeias índias da Tribo Yanomami situadas na extensa área do Território de Roraima. Falta-  
vam 15 minutos para chegar ao seu destino quando o piloto viu-se obrigado a uma aterrissagem forçada.

Em pane, e desviado por um vale estreito, o helicóptero ficou enganchado na copa das gigantescas árvores. As opções de sobrevivência dos quatro passageiros eram poucas. O piloto resolveu continuar tentando fazer funcionar o motor; alguns resolveram saltar, descendo pelos galhos das árvores. Entre eles, Rubens. Não teve tempo: numa das tentativas o piloto conseguiu fazer funcionar o motor. Rubens foi atingido e seu corpo foi cortado.

Os outros passageiros — a antropóloga Guiomar Mello, o yanomami Ivanildo e o piloto — conseguiram escapar antes que o aparelho pegasse fogo.

Não foi apenas mais um acidente de helicóptero, tão comuns nessa inóspita região. Colocou fim à vida de um homem que quase não deixou herdeiros de seu idealismo, de seus conhecimentos, de seu trabalho pioneiro: levar a saúde às tribos indígenas, basicamente ligado agora ao esforço de vacinação dos yanomamis, vitimados já por vários surtos de sarampo e coqueluche, desde que entraram em contatos formais com o homem branco e suas doenças, principalmente em 1974 com a construção da rodovia Perime-

tral Norte, que atravessou a sua área. Dr. Rubens estava ali vacinando, tentando prevenir que muitos outros ainda fossem dizimados. Os problemas de saúde da tribo vêm-se agravando desde que foram descobertas minas de ouro em suas terras. Garimpo e garimpeiros têm levado à área doenças até então desconhecidas nessa região de Sururucus, onde cerca de 3.500 yanomamis habitam.

Para Cláudia Andujar, é difícil admitir que ele está morto. "Rubão", aquele médico alto, forte, "que caminhava tão bem, subindo e descendo entre os troncos de árvores nas longas caminhadas a pé" — dias na floresta, de uma aldeia a outra, numa região inóspita. Quando todos queriam desistir, era o que "injetava ânimo" no grupo. Seu respeito pelos hábitos culturais era tão grande, que certa vez levou o corpo de um índio falecido na cidade, por uma longa distância até um outro yanomami, para que este o cremasse, segundo os costumes tribais, e assim, pudesse entregar as cinzas até a família. Mantinha o sotaque caipira, ao mesmo tempo em que procurava aprender a língua yanomami. Produzia extensos relatórios e pesquisas. Se ia a uma aldeia, vacinava todos: saía à procura dos que estavam no rio; batia de porta em porta; sabia quantos índios haviam sido vacinados, com rígido controle. Deixou, com certeza, até um mês atrás, 1.000 yanomamis imunizados.

Rubens foi enterrado no Cemitério São Paulo na última quinta-feira. Em sua memória, o bispo de Roraima, dom Aldo Mongiano, celebrou uma missa no mesmo dia da tragédia. Em Assis, além de uma missa também foi marcado um Ato Público pela demarcação das terras indígena. E hoje, aqui em São Paulo, às 19h30, na Capela Nossa Senhora do Sion (avenida Higienópolis, 983), será celebrada a missa do 7º dia, organizada pela Comissão Pró-Índio e Pró-criação do Parque Yanomami.

\* Relatório do estágio em Anhembi — SP.

Nascido em São Paulo no dia 12/05/52, Rubão formou-se médico pela Escola Paulista de Medicina em 1978. Durante 4 anos do curso de graduação participou ativamente do programa desenvolvido pela citada escola no Parque Nacional do Xingu, tendo visitado a área diversas vezes, colaborando com pesquisas científicas, programas de vacinação e assistência médica. Em 1978, numa tentativa de ampliação do programa da Escola Paulista, esteve nas reservas indígenas Xavante de Areões e Coluene. Em 1979 ingressou na Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP) e neste mesmo ano, como médico residente do Departamento de Medicina em Saúde Pública, fez o curso de médico sanitário promovido pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. No primeiro semestre do ano seguinte, realizou o "Diagnóstico de Saúde de Populações Indígenas do Interior do Estado de São Paulo", tendo permanecido vários meses nas reservas indígenas de Araribá, Vanuíre e Icatu. Em junho de 1980, como vice-presidente da Comissão Pró-Índio de São Paulo, coordenou a mesa redonda "Medicina em Áreas Indígenas", realizada durante a 32ª reunião anual da S.B.P.C.

A partir de 1980 exerceu a consultoria para assuntos de saúde da série de 18 volumes intitulada Povos Indígenas do Brasil, que está sendo publicada pelo CEDI.

Ainda vinculado à residência médica da Faculdade de Botucatu, empreendeu sua primeira viagem à área Yanomami (12/80 a 02/81), para levantamento dos dados que constituem objeto do trabalho "Relatório Yanomami 82: Situação de Contato e Saúde-Recomendações para a Criação e Estruturação do Parque Indígena (CCPY, São Paulo, 1982).

Em agosto e setembro de 1981, esteve novamente na região, para auxiliar no atendimento aos surtos de sarampo e coqueluche, ocasião em que escreveu "Investigação Epidemiológica sobre Surtos de Sarampo e Coqueluche entre os Yanomami e Sugestões referentes à Implantação de Estrutura Assistencial na Área".

Em 1982, quando médico estagiário do Hospital Vital Brasil/Instituto Butantã, publicou juntamente com João Luiz Costa Cardoso, "Acidentes por Animais Peçonhentos" (Biblioteca Brasileira de Livro Médico em Slides — Livraria Editora Santos).

Em meados de 1982 foi contratado pela Fundação Nacional do Índio para trabalhar junto à 10ª Delegacia Regional de Boa Vista. Seu objetivo era coordenar os trabalhos de saúde na área Yanomami, cuja estruturação está sendo prometida pela FUNAI a partir de 1983.

No dia 14 de dezembro de 1982, morreu vítima de acidente de helicóptero, quando se dirigia para uma aldeia em trabalho de vacinação, próximo à região dos Sururucus.

Casado com Renéé, deixa dois filhos pequenos.

Mesmo com a sua decisão de ir trabalhar em Boa Vista, a contratação pela FUNAI demorou 12 meses. Foi uma luta!! . . .

Contratado para trabalhar junto à 10ª Delegacia Regional de Boa Vista em 1982, seu objetivo era coordenar os trabalhos de saúde na área Yanomami; Rubão largou tudo o que fazia em São Paulo e viajou para Boa Vista.

Nesta época escreveu algumas cartas para a equipe do Centro Ecumênico de Documentação e Informação (CEDI). Nelas, Rubão fala de suas experiências, andanças e da sua vontade de coordenar o Programa de Saúde para a Área.

Muito antes do que esperava ele foi chamado a morrer com seu povo: os índios.

Os trechos que se seguem foram retirados de suas cartas publicadas pelo Boletim nº 5 do CEDI.\*

*Boa Vista, 02 de junho de 1982*

*O Brasil acaba de marcar seu primeiro gol contra a Argentina. Eu, como não ligo para futebol, lamento os votos que o PDS fatura e venho te escrever, enquanto a cozinheira luta com a TV, cuja antena é uma pinça anatômica. Aqui na nova Casa do Índio, não se ouve rojões nem vibrações. Estou longe da família, e este é meu grande problema. Saudades. Carência. Fiquei 3 semanas numa casa que a FUNAI alugou para os 3 do PGPI fazerem seu trabalho. A casa foi devolvida e me mudei para cá. Mande construir 2 baús, guardo tudo dentro e amarro minha rede onde der. Aqui é fogo, porque tem muita goteira. Como agora, começa a chover e a qualquer instante posso ter que interromper esta para cobrir a escrivaninha, onde também fica o rádio. Mas duro mesmo é para os tuberculosos caquéticos se protegerem da chuva de madrugada. Não se aguentam nem com eles, imagina remover cama e andar ligeiro. Esta Casa do Índio já seria assunto para uma boa história. O engenheiro da FUNAI, Dr. Macedo, o mesmo que projetou o Hospital do Sururucu, procurou fazer algo no estilo indígena, mas deu pra trás. O complexo é constituído por uma grande maloca central, ligada a várias outras pequenas. Aumentou a superfície, gastando mais material para parede e teto, diminuindo o volume, não sobrando espaço para nada. Sou interrompido por uma índia que vem trazer minha rede que estava molhando. Durmo junto com eles, debaixo destes corredores que ligam a maloca central às pequenas. Só que chove em tudo. E mais, tem carapanã demais. Anopheles. Como disse o diretor da SUCAN, foi criado um novo importante foco de malária a 15 km de Boa Vista.*

\* CEDI — Centro Ecumênico de Documentação e Informação  
Rua Cosme Velho, 98 — Fundos  
22.241 — Rio de Janeiro — RJ



*Hoje de manhã emprestei o carro do outro médico e fui até a cidade pesar dois Yanomami para poder entrar com a dosagem correta de medicamento para tuberculose. (Não tem balança na Casa do Índio). Dois novos casos, provenientes do Mucajai, do grupo do Concha Velha, também conhecidos como os do Apiau. Dizem que deixaram um no caminho, que não conseguia prosseguir viagem. Só quero ver como vamos fazer para tratar desse pessoal. Segurá-los 6 meses aqui é quase impossível. Na semana passada estive em área de Wapixana, atendendo a um surto de malária. Foi bom para ter uma idéia dos outros grupos do Território. Minha permanência nesta área (Guariba e Amajari), se prolongou, porque o avião da FUNAI quando foi me buscar, passou antes no Ericó (próximo a Boas Novas) para remover um doente e capotou como o da VASP em Brasília, partindo-se ao meio, sem óbitos, no entanto. Pura sorte. Sem avião fica mais difícil. Gasta muito mais dinheiro. Assim que cheguei desta viagem, fui até a Sururucu buscar um que fraturou o crânio (carência proteica ou falta de mulher, os antropólogos divergem). Só aí já foi 100.000 cruzeiros. No hospital de Boa Vista, deu pra sentir o pouco caso para com os chamados "índios primitivos". Enquanto eu tentava convencê-lo a tirar o cinto que segura o pênis, a atendente displicentemente cortou-o. Se este índio morrer, Bezerra prevê grandes guerras no Sururucu. Alguém que fique em cima é ótimo, mas tem que ter uma paciência e diplomacia incomum.*

*Sobre Yanomami é preciso manter a unidade que esta interdição contígua permitiu. Aproveitar a deixa. Preocupado com a situação no Amazonas, me dispus ir até lá, onde a coisa é pior. O delegado da 1ª agradeceu mas dispensou. Fui transferido do DGO para a 10ª DR. o que restringe minha atuação. Temos que batalhar a estrutura administrativa autônoma, prevista na portaria de interdição.*

*22:15hs. — O Brasil ganhou e continuei me sentindo junto com os perdedores. A chuva havia parado e fui me banhar nas águas do Caumé, para ser buscado pelo motorista. Um dos Yanomami com tuberculose ao receber transfusão sanguínea teve intensa reação e um outro paciente, também tuberculoso, entrou em forte crise dispneica. Este é idoso, tipo pele e osso, bastante acabado, tem prognóstico reservado. Mas o garoto deveria sair bem, embora seu estado seja grave. Enfim, com dois casos encacados, atrasei a ida ao aeroporto, onde deveriam ter chegado mais três pacientes. Quando cheguei a criança já tinha morrido, lá mesmo no aeroporto. Fui até o Pronto Socorro, chegava uma camionete com três moças bonitas ensanguentadas, duas em parada cardíaca-respiratória, além de outros casos menos urgentes.*

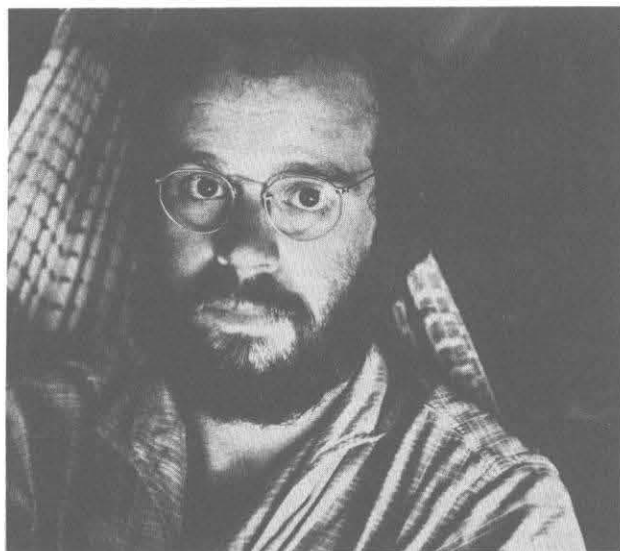


Foto de Claudia Andujar

Rubão entre os Yanomami, em dezembro de 1980

*O governador, que também é médico, ajudava o plantonista, mas mesmo assim, não dava para interromper. Os demais funcionários da FUNAI, provavelmente na rua comemorando a vitória. Ninguém em casa. Telefonei pro médico legista da secretaria de Segurança Pública, e ele falou pra deixar o corpo no necrotério e dar o atestado de óbito. Não havia formulário para atestado (a sala da administração tava trancada) e o necrotério, uma casa vazia sem ninguém sequer para receber o corpo. O legista acabou concordando comigo que assim não dava, que de fato, outro dia os cachorros iam levando um cadáver. Era para pedir para um guarda tomar conta. Isto tudo com dois passando mal a 15 km de Boa Vista. O outro médico da FUNAI entrou de plantão do PS, deixei o corpo com ele e vim para a Casa do Índio. O Yanomami tinha piorado, levamos correndo para o PS e finalmente acabamos voltando para cá. A enfermeira do PS ainda reclamou, dizendo que são só duas e não vai dar para olhar o menino. Pensei em ficar lá, mas aqui havia o outro e de lá se apertar muito o colega pode chamar outros médicos.*

*Como você pode ver, há momentos em que tudo se aperta. Salve a seleção.*

*Acabamos de jantar. Fou um barato, a atendente me contou sua história de vida. Precisava gravar. Imaginava uns 20, tem 29 anos e 4 filhos — e ligou as trompas há alguns anos! Wapixana da maloca da Taba Lascada. O pai abandonou a mulher e filhos, a mãe deu ela prum civilizado que a abandonou quando engravidou, casou outra vez ("no civil e no católico, virei civilizada"), mas o marido a espancava. Fugiu e casou com um índio. Agora diz que deu certo, porque ele também é índio. Trabalha no Sururucu. Fez até 5ª série, alegre e jovial, ajuda muito no serviço. Veio há pouco me comunicar que outro paciente de TB tá lá no rio e que uma sucuriçu pode pegar ele.*

Pois é, o dia acabou mal.

O outro paciente (o mais velho) piorou, levamos ao Pronto Socorro e lá chegando soubemos que o menino morreu. Tô arrazado. Já é outro dia. O mais velho também morreu. Ontem fui até o Ajarani cremar o menino, etc.

Abraços para você e demais companheiros.

Ass. Rubão

Boa Vista, 13 de junho de 1982

Lá em Brasília eu não parava de te dar razão: não dá para trabalhar na Funai. Aqui em Roraima, pelo contrário, estou me sentindo bastante útil, embora consciente da limitação de esforços individuais. Passo o dia na Casa do Índio, e o tempo passa rápido. Tem em média 100 pessoas internadas das quais 60 em tratamento médico. Só examiná-las e fazer a prescrição toma um bom tempo. Tenho que admitir que os meninos do Rondon até que ajudam e que os outros dois médicos embora tenham outros interesses, cumprem seu horário de trabalho (o que não costuma acontecer em São Paulo).

As condições de trabalho obviamente são precárias (falta desde balança até termômetro) e as patologias variadas e complexas (muita doença associada). Mas se assim não fosse, não seria Roraima, Brasil. O que não podia acontecer é gastar 5 milhões de cruzeiros numa mini hidroelétrica no Sururucu e faltar calção para os pacientes que só tem uma velha roupa imunda e com sarna.

Aqui estamos apreensivos com a transferência do Dinarte (delegado). A 5ª etapa de vacinação no

Sururucu foi adiada devido ao mau tempo e com um outro, entre outras coisas, o prosseguimento desta campanha poderá ser afetado. Amanhã devo ir para Boas Novas para atendimento e vacinação. O ano passado aplicamos lá algumas doses de sarampo (vacina). Em setembro houve um surto entre os grupos rio acima. Será interessante saber se os que nós vacinamos pegaram ou não sarampo. Este surto foi pouco comentado, eu nem tinha conhecimento. Epidemias em Brasília são tratadas como assunto confidencial. Há dois dias fui até a periferia constatar um óbito e fornecer o atestado. O rapaz vinha trazendo a filha de um mês, com desinteria e a menina morreu no caminho. Dos 4 filhos que tiveram este é o terceiro que se foi.

Um grande abraço para você e pros amigos do CEDI e Pró-Índio.

Ass. Rubão

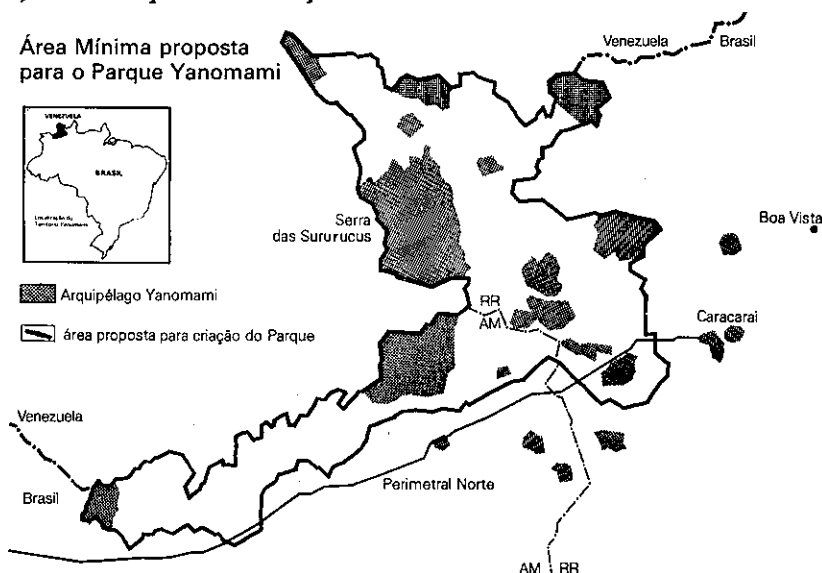
... Através do trabalho com os índios, Rubens conseguiu unir o gosto pelos homens e o gosto pela terra.

Ele precisava do contato com a Natureza e entendia os homens forjados por este contato.

Havia um todo coerente, suas mãos pegavam a criança, a planta e o sapinho com cuidado certo. Sua cabeça recolhia com igual respeito a sabedoria de todas as culturas. Seu coração era cheio de amor generoso pelas coisas desse mundo.

A luta pela qual deu a vida, reflete seu respeito pelo universo e uma piedade ativa pela condição dos seres vivos.

Renée (sua esposa)



Os Yanomami — ocupam tradicionalmente regiões de serras e cabeceiras de rios, na fronteira entre o Brasil e a Venezuela. A população estimada é de 18.000 índios, dispersos em cerca de 200 malocas, sendo que 9.000 deles vivem no Brasil em áreas do território de Roraima e do Estado do Amazonas.

A necessidade da criação do Parque Indígena Yanomami se tornou premente a partir de 1974 quando a Rodovia Peri-

metral Norte cortou o sul do território Yanomami. Em pouco tempo treze aldeias — situadas entre os quilômetros 40 e 105 — foram reduzidas a 8 pequenos grupos de famílias, que hoje vivem maltrapilhas à margem da rodovia.

Em março de 1982, o Ministro do Interior interditou 7.700.000 hectares para os Yanomami. Esta medida é provisória, podendo ser sustada a qualquer momento.



# Vivendo com os índios Makuxí de Roraima e aprendendo com eles

Sandra Maria Cardoso Barbosa\*

## Período pré-indígena

Cada um de nós nasce com uma missão (carma) a ser cumprida. A minha foi a medicina. Ainda criança, senti os primeiros impulsos — parcialmente realizados com a conclusão do curso de medicina na Universidade do Amazonas. Juntamente com a alegria brotava uma certeza: era apenas o começo da luta...

À procura de maiores conhecimentos, segui para o Rio de Janeiro — Hospital Raphael de Paula Souza (pneumologia sanitária). Aí permaneci por quase 5 anos (internato e residência-médica). Pude comprovar a suspeita de que a maioria das doenças (senão todas) provêm do descompasso entre o Homem e o Meio Ambiente. Convivi com o tradicional tratamento para a tuberculose, estudando os frequentes casos de “iatrogenismo”. Essa experiência motivou meu progressivo questionamento da prática alopática e me foi de grande valia no tocante à farmacologia ministrada diariamente. Foi um período de questionamentos infinitos, de estudo da farmacologia e das plantas medicinais (a que há muito me dedicava), muitas dúvidas, necessidade de estar mais perto do povo, do paciente — como um ser uno e não dual, uma personalidade-alma, um “ser humano” merecedor de todo respeito. Comecei a perceber que o paciente não era apenas uma DOENÇA, um cérebro, um fígado ou um intestino doentes.

O contato com a realidade indígena coincidiu com meu retorno a Manaus. Conheci o CIMI — Conselho Indigenista Missionário, órgão da CNBB, que desenvolve um trabalho junto às populações indígenas, respeitando a consciência desses povos e ajudando-os na caminhada de libertação e autodeterminação. O CIMI muito difere do órgão tutelar oficial — FUNAI, Fundação Nacional do Índio, cuja linha de ação é totalmente voltada para um paternalismo assistencialista que dificulta a luta desses povos...

No começo de janeiro de 1979, participei em Manaus da primeira Assembléia Indígena, onde pude conviver alguns dias com índios e missionários (religiosos e leigos). D. Aldo Mongiano, bispo de Roraima me mostrou a possibilidade de trabalhar naquele território, e em fevereiro passei lá uma semana, conhecendo a Missão Surumu e algumas al-

deias próximas. Deixei tudo acertado para a metade do ano. Eu precisava me preparar para me dedicar aos índios. Em Manaus iniciei um trabalho voluntário em diversas áreas: pediatria, maternidade, doenças tropicais. No Instituto Nacional de Pesquisa da Amazônia (INPA), foi um estágio na área de Botânica e fui contratada pelo Instituto de Medicina Tropical.

Na ausência do médico da FUNAI, eu era sempre chamada à Casa do Índio para dar assistência a índios WAIMIRI ou ATROARI (considerados pela população como “selvagens”). Eram muito comentados os “massacres de brancos” na época da construção da BR-174 (Manaus/Venezuela), que corta grande parte do território desses povos. Quando caíam doentes (quase sempre por vírus levados pelo homem branco), eram levados contra a vontade para Manaus. Era uma hostilidade justificável. Carinho e perseverança mudaram um pouco o relacionamento (mesmo falando línguas diferentes).

Roraima possui ainda um outro grupo isolado — os YANOMAMI — considerado “patrimônio da humanidade”, por ser o último grupo indígena vivendo totalmente em condições primitivas. Ocupam uma parte de Roraima e outra da Venezuela, com uma população em torno de 16.400. Entre os semi-integrados estão os WAI-WAI, os MAIONGONG e os INGARICÓ. Entre os integrados, que somam a grande maioria, estão os TAUREPANG, WAPIXANA e os MAKUXÍ — que vivem no território de



\* Dra. Sandra está atualmente em São Paulo especializando-se em plantas medicinais.



Roraima, nas proximidades da Venezuela e da Guiana Inglesa. Minha experiência indígena passou-se na Missão Surumu e Maloca do Gavião, em sua maioria vivida com os índios MAKUXÍ . . .

### Período indígena

A cerca de 200 km de Boa Vista, encontra-se a Missão S. José, na região do Surumu, iniciada há cerca de trinta anos e mantida por religiosos italianos (em sua maioria) da Missão Consolata. Conta com alguns prédios, como a igreja, o hospital, a escola, a Casa das Irmãs e dos Padres e Leigos. A Fazenda S. José, propriedade da missão, se dedica à criação de bovinos, equinos e outros. Possuem ainda uma horta, carpintaria e outras oficinas onde trabalham os índios do internato.

A região do Surumu possui cerca de 19 malocas (aldeias) indígenas e mais de 60 fazendas. As fazendas dos brancos e as malocas indígenas convivem no típico clima de oprimido e opressor. Às vezes surge a tática do “compadrismo”, outras o conflito declarado. A FUNAI, quase sempre conivente com o branco, deixa o índio frustrado e cada vez mais desacreditado de sua política.

### Hospital São Camilo

No hospital os recursos eram poucos e muitos casos precisavam ser encaminhados para Boa Vista. As dificuldades de transporte eram imensas. Adquirimos um cavalo (chamado “Branquinho”) que muito me ajudou em termos de locomoção por aldeias próximas. Passamos a viver num intenso regime de trabalho e observação.

Era grande a corrida aos remédios industrializados (principalmente soros, antibióticos, hepatoprotetores, vermífugos, vitaminas, etc.). A madre enfermeira (com quem muito aprendemos), estava perto de 70 anos de idade. Possuía um dinamismo como eu nunca tinha visto. Contava mais de trinta anos de Território, era considerada “patrimônio” da região.

Em nossas longas conversas falei da beleza de seu trabalho — mas era necessário uma linha de ação menos assistencialista e mais independente. Infelizmente, alguns meses após minha chegada, quando já tinha conseguido mudar um pouco os rumos do hospital — tentando tornar a permanência deles nos dias de internação mais próxima de suas vidas nas malocas — a irmã teve que se afastar, transferida para outro país. Em seu lugar veio outra bem mais jovem, com boa vontade, mas ficou difícil levar avante aquela linha de ação. Isso me deixou muito amargurada, mas não abandonei o objetivo. Em muitas noites de reflexão (às vezes de madrugada),



Forma característica de secar o “beiju” (tapioca)

olhando as estrelas em toda a sua plenitude, enquanto lá dentro um paciente grave estava sob os meus cuidados à luz do lampião, cheguei a pensar em abandonar tudo. O cansaço físico em muito contribuía para esses pensamentos negros. Mas à minha volta estavam os índios envolvidos pelo “silêncio” que tanto os caracteriza. Estavam sempre ali, mudos, uma presença tão marcante, que qualquer palavra ou gesto seriam secundários. E a nossa força voltava imensa . . .

Numa visão crítica da Missão Surumu, posso perceber erros e acertos. Um dos pontos críticos e que há muito vem sendo objeto de estudo e questionamentos é o Internato Indígena (misto). Moças e rapazes são retirados das aldeias após acertos entre comunidade e missão. Num período de 4 a 5 anos permanecem estudando (1º grau), realizando trabalhos — algumas vezes estranhos às suas culturas. No fim do curso são poucos os que voltam para as comunidades de origem: vão para a cidade Boa Vista, no afã do “status do branco”, e lá sofrem toda ordem de segregacionismo e preconceito por parte da população que não os aceita, como *índios*. São rotulados como “caboclos”. Um ponto positivo e devesas louvável que percebemos na missão: a realização anual (janeiro) da grande *Assembléia Indígena* do Território de Roraima. Durante 3 a 4 dias, a Missão Surumu abre suas portas e empresta a casa aos índios para discutirem sobre os seus problemas, que não são poucos: demarcação de terras, invasão das terras pelos fazendeiros, projetos governamen-



tais (extração de minérios, garimpagem, construção de hidroelétricas, abertura de estradas), além do crucial problema da cachaça — que há anos seguidos deteriora o corpo e a alma do índio. Nas Assembléias, cerca de 300 índios chegam à Missão (apenas os líderes das comunidades: tuxauas, secretários, professores). Nesses dias fala-se na Missão até 5 línguas.

### Maloca do Gavião

A 60 km da Missão Surumu (quase 1 dia a cavalo), encontra-se a Maloca do Gavião, todos do grupo Makuxí, com uma população em torno de 120 pessoas. Formam uma espécie de “clã”: o casal mais velho tem cerca de cem anos de idade. Pela não proximidade e pouco contato com os “civilizados”, é uma maloca que ainda guarda muito de seus usos e costumes.

As mulheres exercem seus papéis de uma forma mais característica, seja no uso da língua, preparo de utensílios, alimentos e bebidas indígenas, assim como no uso da medicina indígena — ajudadas pelo Pajé (em sessões de pajelança), no caso de doenças. Trabalhei junto com este. As doenças para os Makuxí são explicadas pela sua vasta mitologia. Os responsáveis são os “pais” dos bichos (veado, capivara, etc.), das plantas, pedras, serras, água, céu (arco-íris) e ainda através do CANAIMÉ (ataque dos próprios “parentes”, geralmente das proximidades da Guiana, ex-Inglesa, que lhes tira a vida com mortes verdadeiramente agressivas), ou ainda do tipo *somático* — onde as suas tristezas, inseguranças, frustrações, etc. vêm à tona como *válvula de escape*, e os fazem adoecer — e morrer! . . .

Utilizam a agricultura como fonte básica de alimentação (mandioca, milho, abóbora, melancia, banana, batata), além dos produtos da caça, pesca e coleta. Ignoram quase por completo as causas básicas dos cuidados de saúde e formas de prevenção das doenças, por uma simples razão — as doenças nunca foram deles, mas trazidas pelos brancos. O contato indireto com a transmissão de vírus e bacilos, chegou a dizimar aldeias inteiras, pela falta de resistência a doenças “estranhas” aos seus organismos. Isto ainda ocorre em nossos dias, como pude presenciar na Maloca do Gavião. Um parente de outra aldeia esteve conosco; na época era portador de uma GRIPE em plena fase de transmissão. Foi o suficiente para adoecerem quase 40 pessoas. Usando apenas a medicina natural — grandes doses de limão puro, ou associado ao xarope de mel de abelha com limão assado (deixado no “sereno”) e, no máximo, aspirina durante os processos febris, após 2 semanas conseguimos sanar a epidemia.

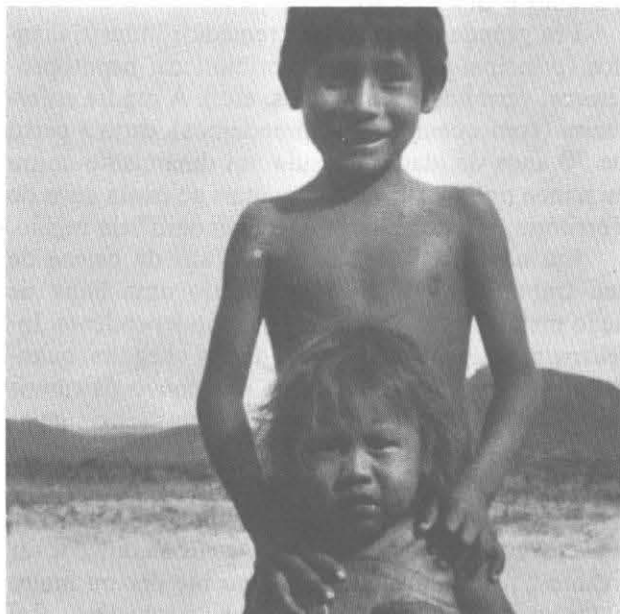
Geralmente se alimentam duas vezes ao dia (manhã e tardinha) e nos intervalos estão sempre a comer frutas ou vinhos preparados das mesmas. A

*quantidade* é outro fator que nos chamou atenção. Prezam a “partilha” e, como estão sempre a se visitar na hora da alimentação, é comum vermos várias pessoas ao redor de uma só panela. Este é um dos momentos mais bonitos entre eles, pois estão conversando sobre os assuntos do dia, rindo e brincando uns com os outros, não demonstrando qualquer preocupação com o que terão de comer amanhã, ou no momento mesmo, pois “dá para todos” . . .

Utilizam para beber água de algumas cacimbas (tipo olho-d’água); no igarapé, além de nós banhavam os cavalos, porcos e “criavam” alguns jacarés que, para nossa surpresa, conviviam “pacificamente” conosco, sem nenhum dano.

Possuem uma resistência sem limites — principalmente as mulheres — que, desde muito cedo são iniciadas no trabalho duro e pesado. Constatamos entre elas a ocorrência de “distensão abdominal”: barriga tufada pelas verminoses e tipos de alimentação, com constante formação de “gases”, que devem ser expelidos. Isso se transforma em mais um fator de “risos”. Os membros superiores e inferiores apresentam alguns tipos de micoses superficiais de pele (exemplo: Sarna) ou de couro cabeludo, tipo Pediculose (piolho). Catar piolho é para eles uma grande manifestação de carinho e lazer. Muitas vezes os ingerem quando matam os piolhos nas unhas . . .

Possuem excelente acuidade visual e auditiva (mesmo os mais velhos). Dormem logo depois do sol se pôr e quase sempre estão acordados pelas 3 horas da manhã, quando iniciam as conversas e as visitas. Deambulam quase sempre a pé ou a cavalo, por grandes distâncias, não demonstrando qualquer cansaço físico. Nessas andanças levam consigo o “rancho” (farinha), consumida pura ou associada, caso pesquem ou cacem no caminho . . .



Crianças Makuxí da Aldeia do Gavião



guiram seduzi-los, como observamos em outras ma-  
locas. Ignoram nomes e indicações. Como trata-  
mento utilizam ainda bastante sua própria medicina,  
através de chás, xaropes, emplastos, decoctos, além  
das sessões de pajelança ou de rezas simples (até  
mesmo por mulheres) . . .

### Período pós-indígena.

Agora estamos em São Paulo. A “lição de vida”  
junto aos índios Makuxí nos marcou humana e pro-  
fissionalmente, a ponto de assumirmos de vez a me-  
dicina naturalista. A nossa crença nas *plantas medi-  
cinalis* nos trouxeram até aqui para o complemento  
científico e as estamos estudando em dois cursos  
(USP e Universidade de Mogi das Cruzes). Uma  
carta nos chegou esta semana da Missão Surumu:  
uma amiga nos fala que os índios não nos esquece-  
ram e esperam nossa volta a qualquer hora.

Em nosso cotidiano, nos instantes de mentaliza-  
ções, temos ido muitas vezes até os Makuxí, que fa-  
zem parte de nós; nos momentos em que vemos  
(mesmo com dificuldades) o “sol se por” e quando a



Índios Makuxí, carregando as “cestas” (vasilhas para água e  
outros líquidos).

noite chega, trazendo em meio ao nublado céu de  
São Paulo as nossas estrelas TRÊS-MARIAS, é  
como se transcendêssemos toda esta selva de con-  
cretos, chegando até seus risos cristalinos, seus va-  
lores e o próprio silêncio que os caracteriza.

## Cartas de nossos leitores:

Há um artigo do Dr. Stuart J. Kingma, Diretor da  
Comissão Médica Cristã do Conselho Mundial de Igre-  
jas, publicado por CONTACT, nº 29 de abril de 1983 —  
*A Esperança e a Reconciliação num Conceito Coerente  
de Cura* — que diz: “A capacidade do organismo huma-  
no de curar a si próprio é certamente uma das maravi-  
lhas da criação. Os mecanismos utilizados são comple-  
xos e múltiplos; são postos em ação “espontaneamente”  
pela sabedoria inconsciente do organismo. A cura de la-  
cerações e fraturas, por exemplo, não é alcançada atra-  
vés dos curativos aplicados ou pelo gesso que envolve o  
membro traumatizado. Na realidade, o corpo cura a si  
mesmo, enquanto que o tratamento apenas ajuda a evitar  
certas influências que a retardaria. Da mesma maneira,  
os mecanismos de defesa sempre alertas e as reações  
imunológicas, tornam possível ao organismo enfrentar as  
infecções e intoxicações, outros tipos de trauma (tanto  
físicos como mentais e emocionais), alguns tumores, etc.  
Esta contribuição espontânea funciona em todas as si-  
tuações, constituindo, sem dúvida, o elemento mais im-  
portante da cura. Este é um fenômeno que merece ser re-  
conhecido e profundamente encorajado ou precisamos,  
pelo menos, remover tudo que possa retardar sua ação”.

A leitura feita situa-nos no campo médico, no campo  
de saúde e, ampliando este campo como o faz o próprio  
Dr. Kingma neste mesmo artigo podemos fazer outra lei-  
tura deste mesmo texto, situando-nos no campo educa-  
cional. Passamos a compreender, também por aí, que  
não são métodos e técnicas ou escolas e currículos ou  
professores e supervisores (que são apenas o “gesso” ou  
o “tratamento”) que promovem o desenvolvimento do ser  
humano.

Os métodos e técnicas ou escolas e currículos ou pro-  
fessores e supervisores são ajudas, importantes sem dúvi-

da, mas que devem ser apenas ajudas para, no mínimo,  
remover certas influências que possam retardar o desen-  
volvimento que o próprio ser procurará, porque esta é  
uma destinação humana, por maiores que sejam os  
problemas que se enfrentem. Devem ser ajudadas para,  
no melhor do que se puder fazer, proporcionar os diver-  
sos ambientes, as diversas situações, os diversos mate-  
riais, no processo de desenvolvimento que cada ser pro-  
curará em si mesmo, por si mesmo e para si mesmo — se  
o “gesso” ou o “tratamento” não forem os fins em si  
mesmos, para imobilizações do próprio desenvolvimento,  
como têm sido para reprodução de misérias de maiorias  
e perpetuação de privilégios de minorias.

Concluindo o artigo, diz ainda o Dr. Kingma que “o  
principal obstáculo para a cura é a prática corrente de  
negar às pessoas a oportunidade de participarem da pró-  
pria cura. Isto é intensificado pela atual mistificação e  
medicalização do processo de cura, que nega às pessas a  
oportunidade de compreender a natureza unificada e  
abrangente da cura. No nível mais primário, isto retarda  
a mobilização da esperança e da energia orgânica den-  
tro do paciente”.

E podemos fazer outra releitura: tal qual em Saúde,  
tal qual em Educação, tal qual em Política, tal qual em  
Economia, tal qual em tudo, para negar às pessoas as  
oportunidades, intensificar as mistificações e negar às  
pessoas a compreensão dos seus próprios caminhos de  
desenvolvimento, por ser esta uma estratégia única para  
a perpetuação de misérias, perpetuação de dominações,  
perpetuação de explorações de maiorias que querem a  
vida que lhes é negada por minorias necrófilas.

O que diz o Dr. Kingma poderá ser relido como de  
Saúde, como de Educação, como de Política, como de  
Economia, tal é a profundidade e a simplicidade porque  
tal é a realidade e a vida que se encontram no seu artigo.