

SÉRIE ANTROPOLOGIA
ISSN 1980-9867

417

**DA OBSERVAÇÃO À PARTICIPAÇÃO: REFLEXÕES SOBRE
O OFÍCIO DO ANTROPÓLOGO NO CONTEXTO
DO DISTRITO SANITÁRIO YANOMAMI**

Maria Inês Smiljanic
Brasília, 2008

Universidade de Brasília
Departamento de Antropologia
Brasília
2008

Série Antropologia é editada pelo Departamento de Antropologia da Universidade de Brasília, desde 1972. Visa a divulgação de textos de trabalho, artigos, ensaios e notas de pesquisas no campo da Antropologia Social. Divulgados na qualidade de textos de trabalho, a série incentiva e autoriza a sua republicação.

ISSN Formato Impresso: 1980-9859

ISSN Formato Eletrônico: 1980-9867

1. Antropologia 2. Série I. Departamento de Antropologia da
Universidade de Brasília

Solicita-se permuta.

Série Antropologia Vol. 417, Brasília: DAN/UnB, 2008.



Universidade de Brasília

Reitor: Timothy Martin Mulholland

Diretora do Instituto de Ciências Sociais : Lourdes Maria Bandeira

Chefe do Departamento de Antropologia: Lia Zanotta Machado

Coordenador da Pós-Graduação em Antropologia: Wilson Trajano Filho

Coordenadora da Graduação em Ciências Sociais: Kelly Cristiane da Silva

Conselho Editorial:

Lia Zanotta Machado

Wilson Trajano Filho

Kelly Cristiane da Silva

Editora Assistente:

Marcela Stockler Coelho de Souza

Editores Impressa e Eletrônica:

Rosa Venina Macêdo Cordeiro

EDITORIAL

A Série Antropologia foi criada em 1972 pela área de Antropologia do então Departamento de Ciências Sociais da Universidade de Brasília, passando, em 1986, a responsabilidade ao recente Departamento de Antropologia. A publicação de ensaios teóricos, artigos e notas de pesquisa na Série Antropologia tem se mantido crescente. A partir dos anos noventa, são cerca de vinte os números publicados anualmente.

A divulgação e a permuta junto a Bibliotecas Universitárias nacionais e estrangeiras e a pesquisadores garantem uma ampla circulação nacional e internacional. A Série Antropologia é enviada regularmente a mais de 50 Bibliotecas Universitárias brasileiras e a mais de 40 Bibliotecas Universitárias em distintos países como Estados Unidos, Argentina, México, Colômbia, Reino Unido, Canadá, Japão, Suécia, Chile, Alemanha, Espanha, Venezuela, Portugal, França, Costa Rica, Cabo Verde e Guiné-Bissau.

A principal característica da Série Antropologia é a capacidade de divulgar com extrema agilidade a produção de pesquisa dos professores do departamento, incluindo ainda a produção de discentes, às quais cada vez mais se agrega a produção de professores visitantes nacionais e estrangeiros. A Série permite e incentiva a republicação dos seus artigos.

Em 2003, visando maior agilidade no seu acesso, face à procura crescente, o Departamento disponibiliza os números da Série em formato eletrônico no site www.unb.br/ics/dan.

Ao finalizar o ano de 2006, o Departamento decide pela formalização de seu Conselho Editorial, de uma Editoria Assistente e da Editoração eletrônica e impressa, objetivando garantir não somente a continuidade da qualidade da Série Antropologia como uma maior abertura para a inclusão da produção de pesquisadores de outras instituições nacionais e internacionais, e a ampliação e dinamização da permuta entre a Série e outros periódicos e bibliotecas.

Cada número da Série é dedicado a um só artigo ou ensaio.

Pelo Conselho Editorial:
Lia Zanotta Machado

SUMÁRIO

Título: Da observação à participação: reflexões sobre o ofício do antropólogo no contexto do Distrito Sanitário Yanomami

Resumo:

Entre 1996 e 1998, realizei pesquisa em três pólos base do Distrito Sanitário Yanomami assistidos, então, pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e pela Comissão Pró-Yanomami (CCPY). Em outubro de 1999, retornei à T. I. Yanomami, como assessora do Instituto pelo Desenvolvimento Sanitário em Meio Tropical (IDS), para realizar trabalho de campo na região do alto Cauaburis e auxiliar a implementação de um projeto de saúde na região. Proponho-me, aqui, a refletir sobre o papel do antropólogo na implementação de um sistema diferenciado de atenção à saúde, buscando compreender em que medida esta atuação é constrangida por nossos vínculos institucionais e em que medida ela reflete princípios que guiam nossa prática profissional. Com este objetivo, confrontarei aqui minha experiência com equipes multidisciplinares de saúde em duas situações distintas: como acadêmica em trabalho de campo e, portanto, como um elemento externo à equipe, e como antropóloga assessora de um projeto de saúde e parte integrante dessa equipe.

Palavras-chave: Yanomae, Yanomami, Saúde Indígena, Toototobi, Maturacá, Equipe Multidisciplinar de Saúde.

Title: From observation to participation: reflections about the anthropologist's work in the Distrito Sanitário Yanomami

Abstract:

From 1996 to 1998 I carried out research in three main bases of the Distrito Sanitário Yanomami (Yanomami Health District – a government division of the Brazilian National Health Foundation) assisted, then by the Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) and by the Comissão Pró-Yanomami (CCPY). In October 1999, I returned to the Yanomami Indian Lands as an assessor for the Instituto pelo Desenvolvimento Sanitário em Meio Tropical (IDS – Institute for Health Development in Tropical Environments), to do field work in the region of the upper Cauaburis river and help in implementing a health project in that region. I propose, here, to reflect on the role of the anthropologist in implanting a differentiated system of health attendance, aiming to understand to what degree this action is constrained by our institutional ties and to what degree it reflects principles which guide our professional practice. With this objective, I shall confront here my experience with multiprofessional health teams in two distinct situations: as an academic in field work and, thus, an external element to the team, and as an anthropologist who is assessing a health project as an integral part of the team.

Keywords: Yanomae, Yanomami, Toototobi, Maturacá, Indigenous Health, Multiprofessional Health Team

Da observação à participação: reflexões sobre o ofício do antropólogo no contexto do Distrito Sanitário Yanomami¹

Maria Inês Smiljanic
Departamento de Antropologia/UFPR

Por muito tempo, a inexistência de uma política pública de atenção à saúde indígena eficaz contribuiu para que as ações de saúde entre os Yanomami assumissem um caráter emergencial e para que as intervenções dos antropólogos que atuavam em área apresentassem um certo perfil. Diante da necessidade de deter o genocídio em curso, os antropólogos engajaram-se nas equipes de saúde, com a finalidade de servirem como tradutores, mediar as relações entre os profissionais biomédicos e os Yanomami e até mesmo, em alguns casos, cobrirem a eventual carência destes profissionais.

Esta foi a situação enfrentada, entre 1974 e 1976, pelos antropólogos envolvidos no Projeto Yanoama, instituído pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI) durante a construção da Perimetral Norte, quando as equipes de trabalho da Camargo Correia cortaram o território Yanomami com seus maquinários, levando consigo doenças desconhecidas, prostituição e outros problemas comuns à implementação de grandes projetos junto às populações indígenas. E foi também a situação dos antropólogos que, depois de terem sido afastados da área yanomami pela Funai por um período de três anos, retornaram à área em 1990, encontrando o território Yanomami devastado pelo garimpo ilegal².

Este quadro começou a mudar em 1991, com a criação da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e do Distrito Sanitário Yanomami (DSY). O DSY foi o primeiro Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) a ser implementado pelo Ministério de Saúde³. Desde então, apesar dos reveses no sistema de atenção à saúde indígena em âmbito nacional, as ações governamentais voltadas para a saúde Yanomami começaram a assumir um novo contorno⁴.

1 Agradeço a Esther Jean Langdon e Luiza Garnelo, pela leitura de uma primeira versão deste texto e pelas sugestões feitas na ocasião; a Maria Gorete Gonçalves Selau, por ter disponibilizado o relatório de sua visita à Maturacá em 1986; ao CNPq, por ter concedido financiamento, por meio do Edital MCT/CNPq 006/2003, para meu retorno ao campo em 2004; e à Fundação Araucária, que financiou o Seminário de Etnologia e Indigenismo, realizado na Universidade Federal do Paraná em 2007, onde uma versão deste texto foi apresentada.

2 Ver Albert 1991 e Ramos 1991.

3 Portaria Interministerial no 316 de 11/4/1991 (Lobo 1996).

4 Em 1986, os participantes da VIII Conferência Nacional de Saúde apontaram a necessidade de incorporar o sistema de atenção à saúde indígena ao Sistema Único de Saúde, respeitando as especificidades culturais dos povos indígenas. Estas diretrizes foram incorporadas pelo Estado, tomando a forma de política pública em 1991, quando o sistema de saúde indígena passou a ser definido como um subsistema do SUS, sob responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde. Em 1994, esse processo sofreu um retrocesso, com a criação de uma Comissão Interministerial presidida pelo Ministério da Justiça/FUNAI para cuidar da saúde indígena (Lobo 1996). Em agosto de 1999, após inúmeras discussões e de uma campanha contrária por parte da Funai envolvendo, inclusive, lideranças indígenas, uma série de medidas legislativas regulamentaram as condições de assistência aos povos indígenas, estabelecendo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS e transferindo os recursos humanos e

A partir de 1992, a Comissão Pró-Yanomami (CCPY), os Médecins du Monde (MDM), os Médicos Sem Fronteira (MSF), a Diocese de Boa Vista e a FUNASA assumiram a responsabilidade pelo atendimento médico na T.I. Yanomami. Assim, com a criação do DSY, pela primeira vez na história do contato dos Yanomami com a sociedade nacional, as comunidades yanomami passaram a ser alvo de uma política pública que visava garantir o acesso da população yanomami aos serviços de atenção à saúde, dando-se início a uma nova fase na qual, apesar das dificuldades encontradas por essas entidades, os planos emergenciais foram substituídos por projetos continuados.

As mudanças na política de atenção à saúde indígena contribuíram para que a atuação dos profissionais envolvidos nesses projetos também assumisse novas características, pois permitiram que antropólogos e sanitaristas utilizassem a experiência por eles acumulada para refletirem sobre os caminhos a serem trilhados para uma melhor organização do sistema de atenção à saúde yanomami⁵. Ramos (1991), precursora dos estudos antropológicos entre os Yanomami no Brasil e membro da equipe do Projeto Yanoama na década de 1970, baseada em sua experiência de campo e na sua atuação com equipes multidisciplinares de saúde, irá então apresentar uma série de sugestões visando a implementação de um sistema de atenção à saúde Yanomami mais eficiente. Albert (1995), antropólogo que trabalha entre os Yanomami desde 1975, irá assessorar o Projeto Piloto para Controle de Oncocercose, propondo parâmetros antropológicos para o controle desta doença entre os Yanomami engajando-se na produção de cartilhas e manuais de saúde voltados para a formação de AIS, microscopistas e outros profissionais não-yanomami de saúde. Lobo (1996), médica sanitaria que participou do projeto de implementação do DSY e que atuou como membro de diversas equipes multidisciplinares de saúde em área, também irá propor um modelo de vigilância epidemiológica que, na sua avaliação, seria mais adequado a situação Yanomami⁶.

Tendo iniciado minhas pesquisas entre os Yanomami em 1996, minha experiência é distinta daquela vivenciada por aqueles que trabalham entre eles antes da implementação do DSY. A estruturação do sistema de atenção à saúde entre os Yanomami levou a uma redefinição das áreas de atuação das agências governamentais e não governamentais dentro do território indígena, à divisão deste território em novas unidades administrativas e à construção de novos postos de apoio, onde funcionários das equipes multidisciplinares de saúde e da Funai passaram a atuar permanentemente. Desta forma, o próprio campo de atuação do antropólogo entre os Yanomami foi reestruturado, passando a englobar novas agências e novos atores.

Em 1996, a T. I. Yanomami, por sua extensão, estava dividida em, aproximadamente, 25 pólos-base que serviam como centros de referência para o atendimento numa região que compreendia várias comunidades⁷. Estes pólos base possuíam um perfil diversificado no que diz respeito à sua extensão geográfica, à população assistida, às agências de contato presentes em cada um deles, à estrutura

materiais destinados a esta finalidade da FUNAI para a Fundação Nacional de Saúde. Trata-se do Decreto no 1.156 de 27 de agosto de 1999, da Medida Provisória no 1.911-8 e da lei no 9.836/99 de 23 de setembro de 1999 (FUNASA 2000).

5 Para maiores informações sobre as mudanças na política de saúde e suas implicações para a atuação antropológica, ver Langdon 2004.

6 Um exemplo mais recente deste tipo de contribuição é a dissertação de mestrado de Magalhães (2001).

7 As informações sobre o número de pólos-base não são claras. Acredito que esta imprecisão seja decorrente do fato de que nem todos os pólos foram completamente estruturados por ocasião da criação do DSY. Ver Magalhães 2001.

física das instalações disponíveis e ao perfil das equipes de saúde.

Entre 1996 e 1998, durante o período de trabalho de campo para minha tese de doutorado (Smiljanic 1999), estive em três pólos base: Demini, Xitei e Toototobi, assistidos, naquela ocasião, pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e pela Comissão Pró-Yanomami (CCPY). Em outubro de 1999, retornei à T. I. Yanomami, como assessora do Instituto pelo Desenvolvimento Sanitário em Meio Tropical (IDS), para realizar trabalho de campo na região do alto Cauaburis e auxiliar a implementação de um projeto de saúde na região. Em agosto de 2000, depois de uma permanência de seis meses entre os Yanomami do Cauaburis e afluentes, retornei por um mês ao Toototobi. Regressei ainda ao Toototobi em 2004, com financiamento do CNPq, para dar continuidade às minhas pesquisas entre os Yanomae⁸.

Proponho-me, aqui, a refletir sobre o papel do antropólogo na implementação de um sistema diferenciado de atenção à saúde, buscando compreender em que medida esta atuação é constrangida por nossos vínculos institucionais e em que medida ela reflete princípios que guiam nossa prática profissional. Com este objetivo, confrontarei aqui minha experiência com equipes multidisciplinares de saúde em duas situações distintas: como acadêmica em trabalho de campo e, portanto, como um elemento externo à equipe, e como antropóloga assessora de um projeto de saúde e parte integrante dessa equipe.

Do Toototobi à Maturacá: o sistema de atenção à saúde Yanomami no contexto do Distrito Sanitário Yanomami (1996-2004)

1.1 O pólo-base Toototobi

O pólo-base Toototobi, em 1997, abarcava uma região onde viviam, aproximadamente, 340 pessoas, distribuídas em seis malocas⁹. O acesso era feito por via área de Boa Vista até a pista de pouso, localizada a 500 metros das instalações de apoio à equipe que atuava na região. Deste ponto, era possível acessar às comunidades Yanomae por meio das trilhas que cortavam a floresta. A comunidade mais próxima estava localizada a uma hora de caminhada do posto de apoio, e a mais distante a, aproximadamente, oito horas de caminhada. No auge da estação chuvosa, era possível alcançar cinco das seis comunidades da região por via fluvial.

Os Yanomae mudaram-se para o Toototobi no início da década de 1960, quando um grupo de missionários das Novas Tribos do Brasil fundou ali uma missão. Durante o

8 A população yanomami é de aproximadamente 25.000 pessoas, sendo que 15.000 vivem na Venezuela e 10.000 no Brasil. Ocupam uma área de cerca de 20.000.000 hectares, entre as coordenadas 0 e 5 graus norte e 61 e 67 graus oeste. No Brasil, foi demarcada a Terra Indígena Yanomami com uma área de 9.664.975 hectares, em 1992. Segundo Migliazza, os Yanomami constituem uma família lingüística isolada, composta por, pelo menos, quatro línguas diferentes: Yanomami, Yanomam, Sanumá e Yanam, cuja diferenciação remontaria até 7 séculos (1972). Ramirez considera que o Yanomam e o Yanomami são uma mesma língua; que o Ninam e o Sanumá são duas línguas distintas, e que o dialeto da região do Ajarani, Apiaú, baixo Mucajá e médio-baixo Catrimani é uma quarta língua (2001: 30-36). Os habitantes da região da região do alto Toototobi e da região do Cauaburis são falantes, respectivamente, do Yanomam e do Yanomami. Refiro-me, aqui, aos Yanomam pelo termo Yanomae, seguindo a forma como se autodenominam os moradores do alto Toototobi.

9 Os limites do pólo-base Toototobi foram revistos e, quando retornei à região em 2000, uma comunidade, anteriormente incluída no pólo-base Balawau havia passado a integrar a área atendida pela equipe multidisciplinar de saúde sediada no Toototobi.

período de funcionamento dessa missão no alto Toototobi, os Yanomae foram objeto de ações isoladas e descontinuas de equipes de saúde que pouco contribuíram para mudar o perfil epidemiológico na região. A invasão do território yanomami por garimpeiros, no final da década de 1980, contribuiu para agravar a incidência de malária no alto Toototobi, enfermidade que tornou-se, ao lado das doenças infecto-respiratórias, uma das principais causas de agravos à saúde na região. Em 1990, depois de inúmeras denúncias sobre o estado de saúde alarmante no qual se encontravam os Yanomami, foi dado início ao Plano Emergencial de Atenção à Saúde Yanomami (PEASY), com o objetivo de reverter a situação. O PEASY contou com o esforço conjunto de várias entidades e os cuidados de atenção à saúde no alto Toototobi ficaram sob a responsabilidade da CCPY, que passou a visitar esporadicamente a região.

Em 1991, os missionários das Novas Tribos do Brasil mudaram-se para a região do Novo Demini, levando com eles uma parte da população do alto Toototobi. A partir desta data, os Yanomae que optaram por permanecer no Toototobi passaram a ser assistidos pela CCPY que – por meio de convênios estabelecidos com a FUNAI e, posteriormente, com a FUNASA, e de verbas do Banco Mundial – assumiu a responsabilidade pelo atendimento biomédico na região¹⁰. As dependências da antiga missão foram reformadas, passando a abrigar uma farmácia, uma cozinha, um depósito e uma sala de rádio, um dormitório e uma oficina. Uma casa abandonada passou a servir de alojamento para os Yanomae quando estavam realizando tratamento ou trabalhos no posto.

Em 1997, atuavam no alto Toototobi cerca de cinco auxiliares de enfermagem, dois microscopistas e, esporadicamente, um guarda de endemias, que se alternavam de modo a garantir a presença constante de uma equipe de profissionais biomédicos. Alguns dos auxiliares de enfermagem não possuíam formação técnica. Eles eram instruídos para diagnosticar as enfermidades mais comuns entre os Yanomae em cursos ministrados pelo médico de campo. Os microscopistas eram profissionais certificados pela FUNASA. As atividades em área eram dirigidas por um dos auxiliares de enfermagem, nomeado chefe de posto, que respondia diretamente aos coordenadores do projeto. A presença do médico de campo no alto Toototobi era restrita aos cursos ministrados para equipes que trabalhavam em área, e à entrada com visitas ocasionais, geralmente membros de agências de fomento.

Os profissionais biomédicos permaneciam em área de trinta a quarenta e cinco dias, e para cada dois dias em campo tinham direito a um dia de folga na cidade. Durante esse período, visitavam as diferentes comunidades da região, onde desempenhavam um conjunto de atividades que respondiam às diretrizes traçadas pelo DSY e pelos coordenadores do projeto de saúde da CCPY para vigilância epidemiológica na região. O tempo de permanência nas malocas dependia das ações a serem desenvolvidas. Algumas destas atividades eram cíclicas: busca ativa de malária, realizada mensalmente; tratamento de oncocercose e tratamento em massa com mebendazol, realizados de 6 em 6 meses¹¹. Outras, dependiam do diagnóstico e/ou da evolução do quadro clínico dos pacientes: tratamento de malária falciparum, realizado com dose única em um dia; tratamentos de malária vivax e mista e tratamento de

10 Durante minha primeira permanência em campo, a CCPY era também responsável pelo atendimento em mais dois pólos-base: Balawau e Demini.

11 A oncocercose é tratada com uma dose de Ivermectin, administrada de seis em seis meses, durante um período de 12 anos. Na área yanomami, o primeiro tratamento é realizado com a presença de um médico, em decorrência da forte reação alérgica provocada pela morte das microfíliarias. As doses semestrais são, posteriormente, administradas pelos auxiliares de enfermagem que atuam em campo.

amebíase, realizados em 7 dias; tratamento de doenças infecto-respiratórias agudas¹².

A atuação dos Yanomae no projeto de saúde era restrita à limpeza da pista de pouso e das áreas adjacentes ao posto de apoio, ao serviço de guia e de carregador durante o deslocamento dos profissionais biomédicos para as malocas atendidas¹³. Eventualmente, os profissionais biomédicos contratavam os Yanomae para pequenos serviços domésticos. Para desempenharem estas atividades, os Yanomae recebiam em pagamento sabão, facões, machados, calções, chinelos, tabaco¹⁴.

1.2 Divergências entre os profissionais biomédicos e a população assistida na região do Toototobi

A rotina dos profissionais biomédicos, muitas vezes, contrastava com as atividades desenvolvidas pelos Yanomae e, até mesmo, com alguns dos procedimentos estabelecidos pelos coordenadores do projeto de saúde da CCPY.

O calendário de entrada e saída de área sobrepunha-se ao de execução das ações de saúde. Os dias que antecedia a saída de área eram vividos com ansiedade pelos profissionais biomédicos em campo, principalmente no tempo das chuvas quando, muitas vezes, o mal-tempo impedia a decolagem e aterrissagem dos vôos, adiando a troca da equipe. Quando as equipes eram trocadas, algumas vezes, as informações referentes aos atendimentos realizados durante o período precedente não eram repassadas para as novas equipes, o que resultava na descontinuidade das atividades e em algumas situações, em novo atendimento, diagnóstico e tratamento.

Os profissionais biomédicos em campo privilegiavam o convívio com os demais membros da equipe multidisciplinar de saúde e procuravam restringir suas atividades nas malocas àquelas previstas pelo cronograma estabelecido pela FUNASA e pelo coordenador do projeto. As demandas dos Yanomae para atendimentos eventuais nem sempre eram respondidas e os doentes tinham que se deslocar ao posto de atendimento, o que causava grande insatisfação aos usuários do sistema.

Fixados num pólo-base, os profissionais biomédicos desencorajavam os Yanomae a se deslocarem para outros pólo-base atendidos pela CCPY, durante o período em que estavam sendo realizados os procedimentos previstos no cronograma de atividades da equipe em área e, em qualquer situação, para os pólos-bases assistidos por outras entidades ou para regiões sem atendimento biomédico, sob o argumento de que esses deslocamentos contribuíam para a introdução de novas moléstias infecto-contagiosas e, principalmente, para reintrodução da malária no Toototobi.

Como grande parte destas viagens ocorria por ocasião das festas multi-comunitárias realizadas, geralmente, durante o início da seca, quando os produtos das roças ainda eram abundantes e as pessoas podiam se deslocar com mais facilidade pela floresta, os profissionais biomédicos justificavam-se afirmando ser essa época

12 O tratamento de malária vivax com primaquina, geralmente, é realizado em 14 dias mas, na área Yanomami, o tratamento é administrado em 7 dias, com duas doses diárias.

13 Durante o período em que estive na região do alto Toototobi, iniciou-se a formação de microscopistas indígenas. Deixei a T.I. Yanomami antes da conclusão da formação da primeira turma e, portanto, não tive a oportunidade acompanhar o processo de inserção destes microscopistas nas equipes.

14 Em tempos passados, estavam incluídos entre os bens cartuchos e linhas de algodão. Os cartuchos deixaram de ser incluídos entre os artigos de troca pela possibilidade de serem utilizados em conflitos e pelo impacto negativo que o uso de armas de fogo poderia causar sobre a caça disponível em algumas regiões e um dos membros do conselho da CCPY passou a desencorajar os pagamentos em linha por entender que esta desestimulava a produção de algodão, temendo a dependência em relação aos bens ocidentais.

extremamente propícia para a proliferação da malária, pelo fato dos primeiros meses de estiagem proporcionarem o surgimento de pequenos lagos de água limpa que serviam de criadouros para anofelinos. Os casos de malária diagnosticados entre uma e duas semanas após o retorno de um grupo de viajantes eram quase sempre atribuídos às condições sanitárias da região visitada, mesmo quando o doente não havia composto o grupo que havia se deslocado.

Os Yanomae, por sua vez, relutavam em assumir ou concluir as atividades de limpeza do posto quando elas interpunham-se àquelas que consideravam prioritárias, como o plantio e cuidado das roças ou suas obrigações rituais em relação aos mortos, e recusavam-se a servir de guia e carregadores para profissionais com os quais as relações não eram amistosas.

As divergências entre os interesses e prioridades dos profissionais biomédicos e da população assistida gerava uma série de conflitos. Os profissionais biomédicos consideravam que prestavam um serviço essencial, de caráter humanitário, e reagiam negativamente às demandas e reclamações dos Yanomae. Além disso, acusavam os Yanomae de preguiçosos, quando esses se recusavam a auxiliar alguns deles ou não concluíam os trabalhos acordados, e de hipocondríacos, quando demandavam repetidas vezes a presença da equipe nas malocas.

Os Yanomae reclamavam dos profissionais que evitavam permanecer na maloca e do comportamento inadequado de alguns deles. A estas reclamações, somava-se o descontentamento em relação a forma como eram contratados os serviços de limpeza do posto e da pista e realizados os pagamentos pelos serviços prestados. O chefe de posto procurava dividir os serviços de limpeza entre as diferentes comunidades. Entretanto, os Yanomae consideravam que algumas comunidades eram privilegiadas na divisão de tarefas, o que resultava na distribuição desigual dos bens alocados para troca entre eles. Além disso, o pagamento por serviços que não estavam previstos no projeto de saúde, contratados pelos profissionais biomédicos, era de responsabilidade destes últimos que nem sempre honravam seus compromissos.

No início de 1998, a tensão entre os prestadores do atendimento e a população assistida chegou ao seu limite, quando o representante dos Yanomae do alto Toototobi no Conselho Distrital de Saúde denunciou, numa reunião do Conselho em Boa Vista, o assédio de uma mulher Yanomae por um profissional de saúde. No Toototobi, outras acusações surgiram, e os Yanomae exigiram a demissão de dois dos profissionais que atuavam entre eles. Alguns jovens invadiram a casa onde estavam guardados os mantimentos e bens de troca da equipe de saúde, arrombaram os armários e apossaram-se das mercadorias que consideravam lhes ser de direito.

O coordenador do projeto, minimizando a relevância dos fatos denunciados pelos Yanomae e centrando seu discurso nos resultados positivos do projeto de saúde, concordou em demitir um dos profissionais, que assumiu-se parcialmente culpado, mas recusou-se a demitir o outro, que declarava-se inocente. Entretanto, os Yanomae, considerando o comportamento dos prestadores de serviço um aspecto relevante da sua atuação, recusaram-se a receber este profissional no Toototobi e, aproveitando o convite para uma festa na maloca Wathorikitheri, conversaram com Davi Kopenawa que, por fim, numa manobra política, provocou sua demissão.

Em 1998, o projeto de educação da CCPY enviou dois professores para a região do Toototobi e um deles passou a responder pela chefia do posto, até minha saída de campo em maio do mesmo ano.

1.3 O sistema de atenção à saúde na região do alto Toototobi em novo contexto

(2000-2004)

Em 1999, a FUNASA decidiu pela ampliação dos convênios estabelecidos com o terceiro setor. Uma parte dos membros da CCPY, entre eles os antigos coordenadores do Projeto de Saúde Yanomami, fundaram uma nova ONG — URIHI-Saúde Yanomami — que, por meio de convênio com a FUNASA, deu continuidade aos projeto de saúde da CCPY no alto Toototobi. Foi construído um novo posto de apoio, sobre os escombros da antiga casa que servia de alojamento para os Yanomae, que passou a integrar cozinha, alojamento, sala de educação, farmácia e sala de atendimento¹⁵.

Quando retornei ao Toototobi em 2000, uma série de mudanças na organização do sistema de atenção à saúde na região solucionara já alguns dos problemas observados anteriormente. Havia, por exemplo, sido adotadas fichas individuais para o controle dos pacientes que contribuíram para o acompanhamento da evolução do quadro clínico daqueles em tratamento pelos profissionais biomédicos.

Os jovens microscopistas, em formação durante minha primeira estada em campo, agora eram profissionais certificados pela FUNASA e haviam sido incorporados às equipes multidisciplinares de saúde da URIHI para atuarem em suas comunidades. A incorporação de microscopistas Yanomae à equipe multidisciplinar de saúde garantiu o diagnóstico imediato de novos casos de malária e um combate mais eficaz da doença. Acredito que isto, juntamente com a extensão da área assistida pela URIHI, deva ter contribuído para uma outra mudança observada em campo. As críticas dos profissionais biomédicos aos deslocamentos dos Yanomae para outras regiões havia cedido lugar a um novo discurso, baseado num modelo de vigilância sanitária que propunha-se a mapear os deslocamentos e centrar esforços no diagnóstico imediato e tratamento dos novos casos de malária¹⁶. As mudanças resultaram numa avaliação positiva por parte dos Yanomae dos serviços prestados pela URIHI.

Em 2004, as mudanças no modelo de gestão do sistema de atenção à saúde indígena, decorrentes da publicação das Portarias nº 69 e nº 70 do Ministério de Saúde¹⁷, levaram a URIHI a rescindir o convênio que mantinha com a FUNASA. A FUNASA e a Fundação Universidade de Brasília (FUB) tornaram-se, então, responsáveis pelo atendimento biomédico no alto Toototobi. A CCPY permaneceu na região, dando continuidade ao projeto de educação, iniciado em 1998. Muitos dos profissionais biomédicos não-indígenas que haviam trabalhado na URIHI foram recontratados pela FUNASA. Os microscopistas Yanomae, entretanto, não foram readmitidos. Uma parte dos profissionais recontratados foi realocada, passando a exercer suas atividades em novas regiões. Os profissionais biomédicos em campo foram instruídos a escolher jovens yanomae para exercerem a função de AIS. Esses jovens foram incorporados às equipes de saúde no exercício de tarefas que não estavam diretamente relacionadas à função tais como o transporte de remédios e suprimentos para equipe de saúde e o serviço de condutor do barco.

As informações disponibilizadas em fichas individuais para acompanhamento dos pacientes foram parcialmente destruídas pelos profissionais biomédicos em campo, sob o argumento que as informações passariam a ser registradas num novo formulário, fornecido pela FUNASA. Como o modelo do novo formulário era mais conciso, muitas

15 A farmácia do Toototobi havia sido incendiada durante a grande seca que ocorreu na região no fim de 1997 e início de 1998.

16 Na verdade, está já era a diretriz dada a equipe pelos coordenadores do projeto, que não era observada pelos profissionais em campo.

17 Langdom 2004: 42.

das informações incluídas naquele adotado pela URIHI foram destruídas, entre elas, as informações relativas ao *acompanhamento, evolução clínica e tratamento administrado*. A demora na licitação de remédios provocara, na percepção dos Yanomae, uma diminuição visível dos remédios disponíveis na farmácia do posto e a substituição de alguns remédios, como a própolis, anteriormente utilizados durante as epidemias de gripe, provocaram descontentamento.

Em 2004, em meio as cobranças causadas pela insatisfação com as mudanças decorrentes da adoção do novo modelo de gestão da saúde, surgiram, mais uma vez, acusações de assédio sexual de mulheres Yanomae por profissionais biomédicos. O médico que coordenava os serviços em área considerou as acusações infundadas e irrelevantes. Segundo os Yanomae, em reunião realizada no Toototobi, ele, utilizando-se da língua falada na região de Surucucus, comunicou-lhes que a saída do funcionário acusado implicaria na interrupção dos serviços prestados pela FUNASA na região. Um dos presentes, preocupado com a ameaça, afirmou que as acusações eram falsas. Os mais velhos, afirmando que os Yanomae estavam sendo chamados de mentirosos e descontentes, deixaram a reunião, imputando ao outro Yanomae um comportamento desrespeitoso para com os demais.

2.1 O pólo-base de Maturacá

O pólo-base de Maturacá (AM) é formado por três comunidades vizinhas – Ariabu, Maturacá e Maria Auxiliadora – que em 1999 totalizavam, aproximadamente, 800 habitantes. Estas comunidades são formadas por indivíduos de diferentes origens que se aglutinaram em torno de um núcleo formado pelos primeiros moradores da região, os Masiripiwëiteri. Hoje, os Yanomami incorporados às comunidades locais são denominados *kasiteri* em oposição aos Masiripiwëiteri, denominados *periomî*.

Os Masiripiwëiteri migraram de Mavaca para o Cauaburis nos anos 1920, fugindo dos constantes conflitos com Yanomami de outras comunidades (Cocco 1972). Eles se instalaram às margens do canal de Maturacá em 1956, dois anos após o Pe. Salesiano Antônio Góis ter fundado a Missão Nossa Senhora de Lourdes no local. O acesso à região era feito principalmente por via fluvial. O prédio da missão salesiana é uma gigantesca construção de madeira, coberta de zinco e dividida em quatro partes: a residência dos padres, a cantina, a igreja e a escola.

Em 1989, foram concluídas as construções para abrigar o 5º Pelotão Especial de Fronteira em Maturacá, situado próximo à aldeia de Ariabu. As instalações do 5º PEF consistem em um conjunto de casas de madeira – alojamentos individuais e familiares, farmácia, posto médico, comércio – circundado por uma grande cerca de arame, tendo logo na entrada uma pista de pouso pavimentada.

Nas proximidades da aldeia de Maturacá estão o posto da Funai e um posto de atendimento médico construído pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) — o qual, durante o período em que estive em área, era ocupado pela ONG francesa Instituto pelo Desenvolvimento Sanitário em Meio Tropical (IDS), responsável pelo atendimento biomédico na região¹⁸. Ambos estão situados às margens do canal de Maturacá, sobre os restos de piso do antigo prédio da missão.

18 Entre 1995 e 2000, o atendimento biomédico na região do Cauaburis e afluentes e na região do Paduari era realizado pelo IDS. A partir de 2001, esse atendimento teve continuidade pela ONG brasileira Instituto Brasileiro pelo Desenvolvimento Sanitário (IBDS), criada por funcionários do IDS.

Por estarem localizadas no extremo oeste da área Yanomami, numa região distante de Boa Vista (RR), as comunidades Yanomami da região do Cauaburis e afluentes não foram atingidas pelas mudanças decorrentes da criação do DSY em 1991. Até meados da década de 1990, as atividades de cuidado à saúde na região foram esporádicas, consistindo na visita de profissionais da Comissão Pró-Yanomami (CCPY), de Equipes Volantes de Saúde (EVS) da Funai, da Secretaria de Saúde do município de São Gabriel da Cachoeira (SESAU), do Exército e da Aeronáutica. A falta de comunicação entre as diferentes entidades envolvidas nessas ações contribuiu para que as atividades não apresentassem uma linha de continuidade, o que foi particularmente problemático no que diz respeito ao controle da cobertura vacinal e da tuberculose, tendo esta última se tornado um dos principais agravos à saúde dos Yanomami do Cauaburis¹⁹.

Foi apenas em 1995, que um médico, que havia visitado o Pico da Neblina três anos antes, retornou à região para implementar e coordenar um programa de assistência à saúde na região do Cauaburis, com financiamento da comunidade européia. Entretanto, após uma fase inicial, o projeto passou a contar, na maior parte do tempo, com a presença de apenas uma enfermeira, visto que o coordenador do projeto passou a ter que se envolver cada vez mais com a captação de recursos para dar continuidade ao projeto²⁰. Diante das inúmeras dificuldades, o coordenador do IDS resolveu deixar a região, passando a responsabilidade do atendimento nas mãos de Agentes Indígenas de Saúde (AIS)²¹. Em 1997, este médico deu início à formação de uma rede de AIS com o objetivo de integrá-la ao SUS, por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)²².

A formação de uma rede de AIS foi resultado de um esforço conjunto de diversas entidades – IDS, Diocese e prefeitura de São Gabriel da Cachoeira - e da população assistida, que mobilizou-se para garantir que fossem escolhidos jovens que correspondessem ao perfil necessário para o desempenho das tarefas. Em Maria Auxiliadora, onde as tensões políticas eram menores, a escolha dos AIS não foi objeto de grandes polêmicas. Entretanto, em Maturacá e Ariabu, comunidades divididas em facções políticas, a escolha dos AIS foi acompanhada de tensão e conflitos.

Os primeiros moradores da região, percebendo os serviços de atenção à saúde como uma extensão do sistema de trocas com a sociedade nacional que incluía remédios, serviços de saúde e salários, consideraram seus filhos os candidatos legítimos aos cargos de agentes de saúde e os indicaram. Quando a rede de AIS foi ampliada, um grupo de moradores da aldeia de Maturacá indicou um jovem *kasiteri* para o cargo. O filho de um dos primeiros moradores reagiu à escolha, ferindo gravemente o rapaz com um golpe de vara. O conflito foi fortemente criticado pelos moradores, que garantiram que o jovem escolhido assumisse o cargo.

19 Sobre o caráter assistemático das ações de saúde das EVSs ver, por exemplo, relatório de atendimento realizado em 1979 na região de Maturacá, por equipe designada para seguir para a comunidade do Maiá. A equipe, por encontrar dificuldades para pousar no Maiá, retornou à missão Maturacá, onde prestou atendimento médico e odontológico de aproximadamente 66 pacientes (AHCG 1979).

20 Durante a fase inicial de implementação do projeto, foi importante a presença de uma experiente enfermeira francesa que acabou retornando ao seu país de origem. A partir de então, uma enfermeira brasileira assumiu o cargo, passando a residir no posto de apoio em Maturacá, para acompanhar o serviço dos AIS em formação (comunicação pessoal Jurema Monteiro, 2000).

21 Comunicação pessoal, Jacques Istria (2000).

22 O PACS existe desde o início dos anos 1990, mas foi regulamentado em 1997, com o início da descentralização dos recursos do sistema de atenção à saúde no âmbito do SUS.

Em 1999, com a ampliação dos convênios estabelecidos entre a FUNASA e as organizações não-governamentais que atuavam na T.I. Yanomami, o IDS optou pela continuidade do projeto de saúde e pela incorporação de novos membros à equipe²³. O pólo-base de Maturacá passou a receber a cada dois meses a visita periódica de uma Equipe Volante de Saúde (EVS) – composta por um médico, um enfermeiro, um dentista, guarda de endemias e auxiliar de enfermagem. Fui, nessa mesma época, integrada à equipe multidisciplinar de saúde, permanecendo a maior parte do tempo sediada em Maturacá, para o desenvolvimento de pesquisas de interesse do coordenador do projeto de saúde.

Em 2000, grande parte do atendimento biomédico no pólo-base de Maturacá era realizado pelos Agentes Indígenas de Saúde (AIS), que eram instruídos a adotarem o mesmo procedimento observado pelo médico durante os períodos de visita a área. Os AIS deviam permanecer no posto de saúde durante os períodos da manhã e da tarde, aguardando os pacientes que deviam procurá-los espontaneamente. A data da consulta, o nome do AIS responsável pelo atendimento e do paciente, o diagnóstico e a medicação prescrita eram anotadas num caderno mantido na mesa próxima ao rádio. Os AIS contavam com o auxílio de uma enfermeira, sediada em São Gabriel da Cachoeira, que os contactava pela manhã e pela tarde para discutir os diagnósticos. Quando havia dúvidas, o médico era chamado ao rádio, para auxiliar os AIS. Os pacientes eram medicados em seus domicílios pelos AIS, em horários fixados pelo coordenador do projeto. Os pacientes graves e os casos suspeitos de tuberculose eram removidos de voadeira para São Gabriel da Cachoeira, onde eram encaminhados para o SUS.

2.2 Divergências entre profissionais biomédicos e população assistida na região de Maturacá

A forma como o sistema de atenção à saúde estava organizado na região de Maturacá também apresentava problemas que eram explicitados tanto pelos profissionais biomédicos, como pelos usuários do sistema.

Os AIS reclamavam de faltas e de atrasos por parte do responsável pelo rádio e da dificuldade de contatar o escritório em São Gabriel da Cachoeira quando ocorriam imprevistos.

O odontólogo queixava-se da sobrecarga de intervenções demandadas durante os dias de permanência da EVS em Maturacá, que impediam que se dedicasse às atividades educativas e preventivas, o que lhe causava grande frustração. A falta de equipamento adequado, principalmente de uma cadeira odontológica, contribuía para que as longas horas de trabalho numa postura inadequada aumentasse ainda mais sua insatisfação.

O médico coordenador do projeto, por sua vez, pressupondo o reconhecimento de uma chefia centralizada entre os Yanomami, esperava formar lideranças como replicadores de novos hábitos higiênicos, considerados por ele condizentes com o bem-estar do grupo nas condições sanitárias nas quais viviam. Entretanto, suas expectativas não eram correspondidas pelos Yanomami, que não reconheciam um chefe que pudesse ocupar o lugar de fala requerido para a função idealizada, o que lhe causava a impressão

23 O projeto de saúde Yanomami abrangia três regiões: Cauaburis, Paduari e Maraiá. O atendimento médico no pólo base de Maraiá era de responsabilidade da organização não governamental Serviço e Cooperação com o Povo Yanomami (SECOYA) que também possuía convênio com a FUNASA. O IDS propunha-se a formar AIS nessa região a despeito da divisão estabelecida pelo Distrito Sanitário Yanomami.

que os usuários do sistema não estavam interessados em se integrar ao projeto.

A centralização das consultas no posto de saúde causava descontentamento entre os Yanomamĩ mais velhos, que demandavam atendimento domiciliar e consideravam que os jovens deviam-lhes respeito e obediência. Além disso, pela forma como estava estruturada, a rede de AIS não cobria os extensos períodos de permanência dos Yanomamĩ nos sítios, onde diferentes facções mantinham suas roças. O AIS mais velho, ciente das dificuldades de implementar o modelo de atendimento proposto, procurava, sempre que possível, restringir o atendimento no posto aos mais jovens, respondendo às solicitações dos mais velhos, e negociava o tempo de permanência nos sítios de alguns pacientes, principalmente daqueles que estavam realizando tratamento de tuberculose e que não podiam deixar de tomar a medicação prescrita.

Como a rede estava organizada tendo como referência básica o serviço dos AIS, grande parte das reclamações dos usuários recaía sobre eles. Os mais velhos acusavam de preguiçosos os AIS que não prestavam atendimento domiciliar, e quando as comunidades resolveram punir os jovens que insistissem na ingestão de álcool em seu meio, dois dos AIS foram os primeiros a serem castigados.

O lugar do antropólogo na rede de relações entre profissionais biomédicos e população assistida em Toototobi e Maturacá

Talvez a imagem provocativa do antropólogo como um estrangeiro — proposta por Schuch (2003) para definir tanto a posição do acadêmico em relação aos profissionais engajados em projetos de intervenção social, como a posição daqueles que se aventuram a sair da academia e buscar a interação com outros profissionais — seja a que melhor se adequa à situação do antropólogo frente às equipes multidisciplinares de saúde que atuam em terras indígenas.

No alto Toototobi, minha “exterioridade” em relação à equipe multidisciplinar de saúde contribuía para que a minha condição de pesquisadora fosse percebida pelos profissionais biomédicos como carregada de ambigüidade. Se, por um lado, eles partilhavam comigo os mesmos espaços, durante minha permanência em campo, por outro, eu privilegiava a estadia nas malocas, em detrimento do convívio com a equipe; e enquanto eles estavam vinculados à CCPY em Boa Vista, eu estava vinculada à Universidade de Brasília (e, na visão deles, a alguns dos sócios da CCPY, cujo escritório funcionava na época em São Paulo). Conseqüentemente, a minha condição de pesquisadora, por si só, era fonte de inúmeras tensões entre nós. Desta forma, a minha entrada em área foi antecedida por uma conversa reservada, na qual os coordenadores do projeto de saúde solicitaram que qualquer informação relativa ao projeto em campo deveria ser repassada diretamente a eles, não devendo ser encaminhada aos demais pesquisadores que compunham o conselho da entidade. Os profissionais biomédicos sediados em campo, por sua vez, identificavam-me com um conjunto de pessoas que, segundo eles, obtinham todo o reconhecimento nacional e internacional por um trabalho que era realizado por eles na T.I. Yanomami. Para os profissionais biomédicos, minha condição de pesquisadora era percebida, portanto, a partir de uma oposição entre “próximos” e “distantes” que era inerente às relações entre os membros da própria CCPY, e agravada pelo fato de que, afinal, não sendo funcionária da CCPY, eu era uma estranha no ninho.

As tensões decorrentes da minha condição eram exploradas pelos Yanomae, que demandavam constantemente meu auxílio para intermediar as relações com a equipe de saúde, como uma forma de romper a barreira lingüística e/ou pressionar estes

profissionais para obterem aquilo que reivindicavam. Quando os profissionais biomédicos estavam nas malocas, os Yanomae solicitavam meus serviços como tradutora para consultarem-se, pedir remédios, cobrar dívidas ou realizar trocas. Durante a ausência desses profissionais, os Yanomae demandavam cartas, solicitando sua presença na maloca, pagamentos devidos, etc..., o que contribuía para alimentar a animosidade de alguns profissionais biomédicos que consideravam que estes pedidos partiam de mim. Quando, por fim, os Yanomae invadiram o posto, arrombando o armário dos profissionais biomédicos e deixando praticamente intactos os meus pertences, alguns membros da equipe multidisciplinar de saúde passaram a ter certeza de que eu deveria ser a responsável direta pelas ações dos Yanomae²⁴.

Em 2000, a divisão das equipes de educação e de saúde em duas entidades, URIHI e CCPY, contribuiu para aprofundar tensões que haviam surgido entre os dois grupos durante a minha ausência. Profissionais da educação e da saúde divergiam sobre assuntos corriqueiros em campo como a limpeza do posto, a manutenção da pista de pouso, o uso de energia elétrica etc. Em 2004, com a transferência do atendimento da URIHI para a FUNASA e para a FUB, as divergências tornaram-se ainda mais agudas e, em meio a elas, minha presença passou despercebida.

Em Maturacá, minha incorporação à equipe multidisciplinar de saúde não foi suficiente para dissolver as tensões decorrentes das incongruências entre a prática antropológica e a prática do atendimento à saúde.

Minha incorporação à equipe visava a produção de material didático condizente com a realidade sócio-cultural do grupo, a continuidade da formação dos AIS, a análise do impacto do projeto junto à população assistida, a discussão e viabilização de formas alternativas de promoção da prevenção de doenças transmissíveis, a pesquisa das atitudes relativas à gravidez, nascimento e relações materno-infantis e o apoio à Equipe Volante de Saúde durante suas viagens pelas comunidades.

Como o conjunto de informações solicitadas dependia do levantamento de informações qualitativas em campo, o tempo requerido para o cumprimento de minhas atividades não era condizente com o ritmo das atividades desempenhadas pelas Equipes Volantes de Saúde, que passavam um mês viajando por diferentes comunidades e dois meses na cidade. Assim, após uma fase de negociações, ficou acertado que eu realizaria trabalho de campo na região do Cauaburis, visando, principalmente, fornecer subsídios para a formação e estruturação da rede de Agentes Indígenas de Saúde (AIS).

Em Maturacá, contei com o auxílio dos AIS, que disponibilizaram o material utilizado no primeiro curso de formação, realizado entre 18 e 31 de outubro de 1997. O curso havia sido dividido em dez módulos temáticos: o meio ambiente, os micróbios, remédios, gripe, gripe complicada, diarreia, malária, dermatose, impinge e ferida-tumor. O conteúdo desses módulos, anotado pelos AIS em seus cadernos, consistia em noções ocidentais de higiene e informações simplificadas sobre a etiologia, quadro clínico, diagnóstico e tratamento de algumas doenças comuns na região, permeadas de palavras nativas e metáforas que faziam alusões ao modo de vida dos Yanomami. Para simplificar o tratamento, a dosagem dos remédios era associada ao peso dos pacientes e as dosagens distribuídas em dois períodos: manhã e tarde.

Os AIS que participaram do curso relataram que o conteúdo do curso havia sido transposto pelo professor para um quadro improvisado e, então, discutido com os alunos na busca de termos que melhor traduzissem suas idéias. As anotações feitas pelos AIS registraram este processo paulatino de incorporação de termos nativos ao material

24 Apenas duas pilhas que deixei sobre uma caixa que estava fora do meu armário foram incluídas entre os bens confiscados pelos Yanomae.

didático para traduzir noções etiológicas ocidentais.

No início do primeiro módulo, os micróbios eram apresentados como os agentes responsáveis pelas doenças; logo depois, eram designados como *xami xami* – muito sujo – e, por fim, como *xami xami ðka* – feiticeiro inimigo muito sujo²⁵. Os glóbulos brancos foram denominados de *pruka wayu* ou *wayu*. *Pruka* pode ser traduzido como *muito*. O termo *wayu*, que é utilizado aqui no sentido de guerreiro, designa o potencial que uma pessoa, um animal, uma planta ou uma substância tem de causar malefícios. Podemos então traduzir *pruka wayu* por *muito maléfico*. Provavelmente, em decorrência dessas associações, os Yanomamã traduziram os remédios, auxiliares dos glóbulos brancos na guerra contra os micróbios, pelo termo *mamokori*. *Mamokori* designa o curare, substância utilizada nos dardos das zarabatanas e na ponta das flechas dos inimigos com o objetivo de deixar a presa atordoada ou causar sua morte por paralisia muscular e conseqüente asfixia²⁶.

Os “mal-entendidos” na produção do material didático, tendo em vista a finalidade para qual ele havia sido produzido, revelaram-se “pouco produtivos”. A associação dos remédios com o curare contribuía para reforçar a idéia de que alguns dos remédios empregados poderiam causar malefícios²⁷. Além disso, o acompanhamento do trabalho dos AIS no posto revelou que o uso de um material didático extremamente simplificado comprometia alguns dos procedimentos destes profissionais. Por exemplo, o material didático associava de forma indiscriminada a dosagem dos remédios ao peso e a idade do paciente. O mebendazol, anti-helmíntico que não deve ser ministrado em menores de três anos, mas cuja dosagem independe do peso do paciente, era ministrado em doses diferentes para adultos e crianças.

Esperando que minha atuação como antropóloga restringisse-se a produção de um conhecimento estratégico que garantisse a adoção pela população assistida de práticas e saberes ocidentais que ele considerava mais adequados ao bem estar do grupo, o coordenador do projeto demonstrou grande insatisfação com alguns dos resultados de minha pesquisa²⁸.

As sugestões que visavam garantir a continuidade dos cuidados biomédicos durante o período de permanência nos sítios, tais como a ampliação da rede de AIS para contemplar a dispersão sazonal das diferentes facções pelo território ocupado e a visita periódica aos sítios, foram consideradas apropriadas para o melhor ajuste do atendimento prestado na região à movimentação dos grupos locais.

Entretanto, observações que colocavam em questão a hierarquia implícita entre

25 O termo *xami* significa sujo. A redundância, no dialeto Yanomami da região do alto Cauaburis, denota intensidade. *Xami xami* pode ser traduzido como “muito sujo”. O termo *ðka* designa feiticeiros inimigos cujos ataques são fatais. A tradução mais aproximada que poderíamos fazer do termo é “feiticeiro inimigo muito sujo”.

26 O uso do curare e das zarabatanas não é observado nas comunidades do Amazonas que utilizam na ponta de suas flechas uma mistura de substâncias que também agem como relaxantes musculares. Mas eles estão presentes no tradição oral dos grupos locais, e o uso de curare e zarabatanas é constantemente atribuído aos inimigos.

27 Quando iniciei meu trabalho de assessoria, este material já havia passado pela revisão de uma antropóloga, especialista em antropologia da saúde, que contou com o auxílio de um xamã de Maturacá. Ela sugeriu ao coordenador a substituição do termo *mamokori* por outro, após concluir que o mesmo era um termo genérico para designar veneno. O coordenador acatou a sugestão, realizando a mudança no texto que tinha a intenção de publicar. Entretanto, como nenhum curso de formação havia sido ministrado aos AIS desde a revisão do material didático, eles ainda trabalhavam com as anotações que analisei em campo.

28 Esta expectativa tem sido observada por outros antropólogos que atuam em equipes multidisciplinares de saúde. Ver Langdon 2004.

os diferentes profissionais que compunham a equipe multidisciplinar de saúde ou entre a equipe e a população assistida, e que colocavam em perspectiva o conhecimento biomédico ocidental, não encontraram a mesma receptividade. As sugestões de que as atividades de controle social fossem realizadas nas comunidades, no lugar de serem realizadas no posto de saúde, permitindo a participação de pessoas e facções menos privilegiadas no contexto sócio-político da região, e de que o atendimento não fosse centralizado exclusivamente no posto de saúde, foram desconsideradas. As críticas ao uso descontextualizado de categorias nativas para produção de um material didático simplificado e às idéias apresentadas pelo coordenador do projeto para a campanha de prevenção na comunidade que visava, sobretudo, a mudança de comportamentos identificados por ele como comportamentos de risco, também foram mal recebidas.

Desta forma, sou levada a concluir que alguns dos princípios que guiam a prática dos profissionais biomédicos oferecem uma resistência concreta à incorporação do antropólogo às equipes multidisciplinares de saúde. Entretanto, nossa atuação não é indiferente à nossa inserção institucional.

Quando deixei o Toototobi, respondendo à solicitação de um dos sócios da CCPY, encaminhei um pequeno relatório para o conselho diretor da entidade com as observações feitas em campo sobre o funcionamento do projeto de saúde. Durante os dois anos que se seguiram à minha pesquisa de campo, carreguei a insatisfação decorrente do sentimento que pouco pude contribuir para a melhoria do serviço de atenção à saúde no Toototobi, e jamais pude avaliar se meus comentários e sugestões foram de alguma forma incorporadas pelos coordenadores do projeto de saúde, contribuindo para as mudanças verificadas em 2000. Como membro, pude interferir em algumas das decisões tomadas pela equipe e ter um outro tipo de diálogo com os profissionais biomédicos, conhecendo as expectativas e angústias destes profissionais. Além disso, tornei-me parcialmente responsável pelos resultados da assessoria prestada.

Referências

- Albert, B. 1991. “Urihi: Terra, Economia e Saúde Yanomami”. *Série Antropologia* 119. Brasília: Universidade de Brasília.
- _____. 1995. Relatório do Componente Antropológico do Projeto Piloto para o Controle da Oncocercose nos Pólos-Base de Toototobi e Balawaú. FNS – Ministério da Saúde.
- CCPY., 1982. – Relatório Yanomami 82: Situação de Contato e Saúde – Recomendações para criação e Estruturação do Parque Indígena, Mimeo.
- _____. 1996. - Comissão Pró-Yanomami – CCPY. *Update* 88-90. Setembro-Dezembro 96.
- Cocco, L. Iyëwei-teri: quince años entre los Yanomamos, Escuela Técnica Popular Don Bosco, Caracas. 1972.
- Francisco, Deise Alves & Oliveira, Cláudio Esteves de. 1996. Relatório de Atividades de Saúde na Área Yanomami: Toototobi-Balawaú-Demini. CCPY-Comissão Pró-Yanomami.
- FUNASA. 2000. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Aprovada em caráter preliminar no Conselho Nacional de Saúde/MS. Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde.
- Giacone, A. Os Tucanos e outras tribus do rio Uaupés, afluente do Negro - Amazonas: Notas etnográficas e folclóricas de um missionário salesiano. Imprensa Oficial do Estado, São Paulo. 1949.
- Luciani, José Antonio Kelly. 2003. Relations within the Health System among the Yanomami in the Upper Orinoco, Venezuela. Tese apresentada ao Department of Social Anthropology and Darwin College da University of Cambridge.
- Langdon, Esther Jean. 2004. “Uma Avaliação Crítica de Atenção Diferenciada e a Colaboração entre Antropólogos e Profissionais de Saúde”. In Langdon, Esther Jean & Garnelo, Luiza. Saúde dos Povos Indígenas. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria Ltda. pp. 33-51.
- Lobo, Maria Stella de Castro. 1996. O caso Yanomami do Brasil: Uma proposta estratégica de Vigilância Epidemiológica. Dissertação de mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública.
- Magalhães, Edgard Dias. 2001. O Estado e a Saúde Indígena: a experiência do Distrito Sanitário Yanomami. Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Política Social do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília para obtenção do grau de Mestre.
- Migliazza, Ernesto. 1972. Yanomama Grammar and Intelligibility. Tese de doutorado. Universidade de Indiana.

Moreira, Ubiratan Pedrosa. 2002. “A FUNASA e a implementação de distritos sanitários especiais indígenas”. In Lima, Antônio Carlos de Souza e Maria Barroso-Hoffmann (org.) Estado e Povos Indígenas: Bases para uma nova política indigenista II. Rio de Janeiro: Contra Capa/ LACED. pp. 101-106.

Pellegrini, Marcos A. 1998. Falar e Comer: Um Estudo sobre os novos contextos de adoecer e buscar tratamento entre os Yanomami. Dissertação de mestrado apresentada ao Departamento de Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina.

Ramirez, Henri. 2001 [1994]. Le Parler Yanomami des Xamatauteri. Rondônia: Cepla Working Papers.

Ramos, Alcida Rita. 1991. Auaris Revisitado. *Série Antropologia* 117. Brasília: Universidade de Brasília.

Schuch, Patrice. 2003. “O 'Estrangeiro' em 'Campo': Atritos e deslocamentos no trabalho antropológico”. In *Antropolítica*, Niterói, v. 12/13, n. 1º/2º sem., p. 73-91.

Smiljanic, Maria Inês. 1999. O Corpo Cósmico: O xamanismo entre os Yanomami do Alto Toototobi, Tese apresentada para a obtenção do título de doutor em Antropologia Social na Universidade de Brasília.

_____. 2001. Relatório de Assessoria Antropológica IDS-FUNASA. Convênio 0386/99, Mimeo.

_____. 2002. “Os enviados de Dom Bosco entre os Masiripiwëiteri. O impacto missionário sobre o sistema social e cultural dos Yanomami Ocidentais (Amazonas, Brasil)”. *Jornal de la Société des Américanistes*. 88. pp. 137-158.

Outras Fontes Bibliográficas

Arquivo Histórico Clara Galvão – FUNAI

1973. – REF. PROC. No FUNAI/BSB/1751/73

1975a. – Relatório - Seminário FUNAI/ Missões Religiosas. Grupo Rio Negro. (Março).

1975b. – Relatório do Sertanista Francisco Bezerra de Lima ao Sub-Coordenador da COAMA/MAO. Assunto: Campo de Pouso da Missão Maturacá. (Julho).

1975c. – Prelazia do Rio Negro – Tema: Educação no Rio Negro - Seminário Funai/ Missões Religiosas. (Março)

1977 a. – Prelazia do Rio Negro – Relação Nominal dos Missionários Agrupados de Acordo com as Localidades em que Trabalham.

1977 b. – Levantamento de Dados Referentes às Áreas de Atuação de Missões Religiosas nas Regiões dos Rios Içana, Negro e Waupés (Amazonas). FUNAI/AGESP.

1978. – Relatório do Auxiliar de Encarregado de Frente de Atração Giuseppe Graverio Dando Conta do Trabalho Realizado na Aldeia Maiá, aos Meses de Junho e Julho/78.

1979 – Carlos Alberto do Nascimento Ferreira. Chefe da 15ª EVS. Base Avançada de Operações do Rio Içana – Baori. São Gabriel da Cachoeira, 28-10-79. Relatório da Viagem Feita Pela EVS, na Aldeia Maiá.

1986. – Relatório de Vacinação BCG e Sabin: População Yanomami. Maria Gorete Gonçalves Selau. São Gabriel da Cachoeira (SESAU). Janeiro/1986.

Centro de Documentação do Instituto Socioambiental (ISA)

Alagna, M., 1987. – “Entrevista de D. Miguel Alagna, Bispo da Prelazia do Alto Rio Negro, ao jornalista da TIME John Barham, sobre o trabalho desenvolvido na Prelazia do Alto Rio Negro desde sua chegada na região em 1967”, Mimeo, 25 p.

SÉRIE ANTROPOLOGIA
Últimos títulos publicados

408. TRAJANO FILHO, Wilson. Por uma Etnografia da Resistência: o caso das *tabancas* de Cabo Verde. 2006.
409. TEIXEIRA, Carla Costa. O Museu da Funasa e a Saúde Indígena. 2007.
410. RIBEIRO, Gustavo Lins. O Sistema Mundial Não-Hegemônico e a Globalização Popular. 2007.
411. BAINES, Stephen Grant. A Educação Indígena no Brasil, na Austrália e no Canadá a partir das Estatísticas: uma perspectiva comparativa. 2007.
412. RIBEIRO, Gustavo Lins. Diversidade Cultural como Discurso Global. 2007.
413. CARDOSO DE OLIVEIRA, Luís R. O Ofício do Antropólogo, ou Como Desvendar Evidências Simbólicas. 2007.
414. RAMOS, Alcida Rita. Do Engajamento ao Desprendimento. 2007
415. COELHO DE SOUZA, Marcela Stockler. A dádiva indígena e a dívida antropológica: o patrimônio cultural entre direitos universais e relações particulares. 2007.
416. KNÖRR, Jacqueline. Creole Identity and Postcolonial Nation-Building. Examples from Indonesia and Sierra Leone. 2007.
417. SMILJANIC, Maria Inês. Da observação à participação: reflexões sobre o ofício do antropólogo no contexto do Distrito Sanitário Yanomami. 2008.

A lista completa dos títulos publicados pela Série Antropologia pode ser solicitada pelos interessados à Secretaria do:

Departamento de Antropologia

Instituto de Ciências Sociais

Universidade de Brasília

70910-900 – Brasília, DF

Fone: (61) 3348-2368

Fone/Fax: (61) 3273-3264/3307-3006

E-mail: dan@unb.br

A Série Antropologia encontra-se disponibilizada em arquivo pdf no link: www.unb.br/ics/dan

Série Antropologia has been edited by the Department of Anthropology of the University of Brasilia since 1972. It seeks to disseminate working papers, articles, essays and research fieldnotes in the area of social anthropology. In disseminating works in progress, this Series encourages and authorizes their republication.

ISSN print format: 1980-9859

ISSN electronic format: 1980-9867

1. Anthropology 2. Series I. Department of Anthropology of the University of Brasilia

We encourage the exchange of this publication with those of other institutions.

Série Antropologia Vol. 417, Brasilia: DAN/UnB, 2008.