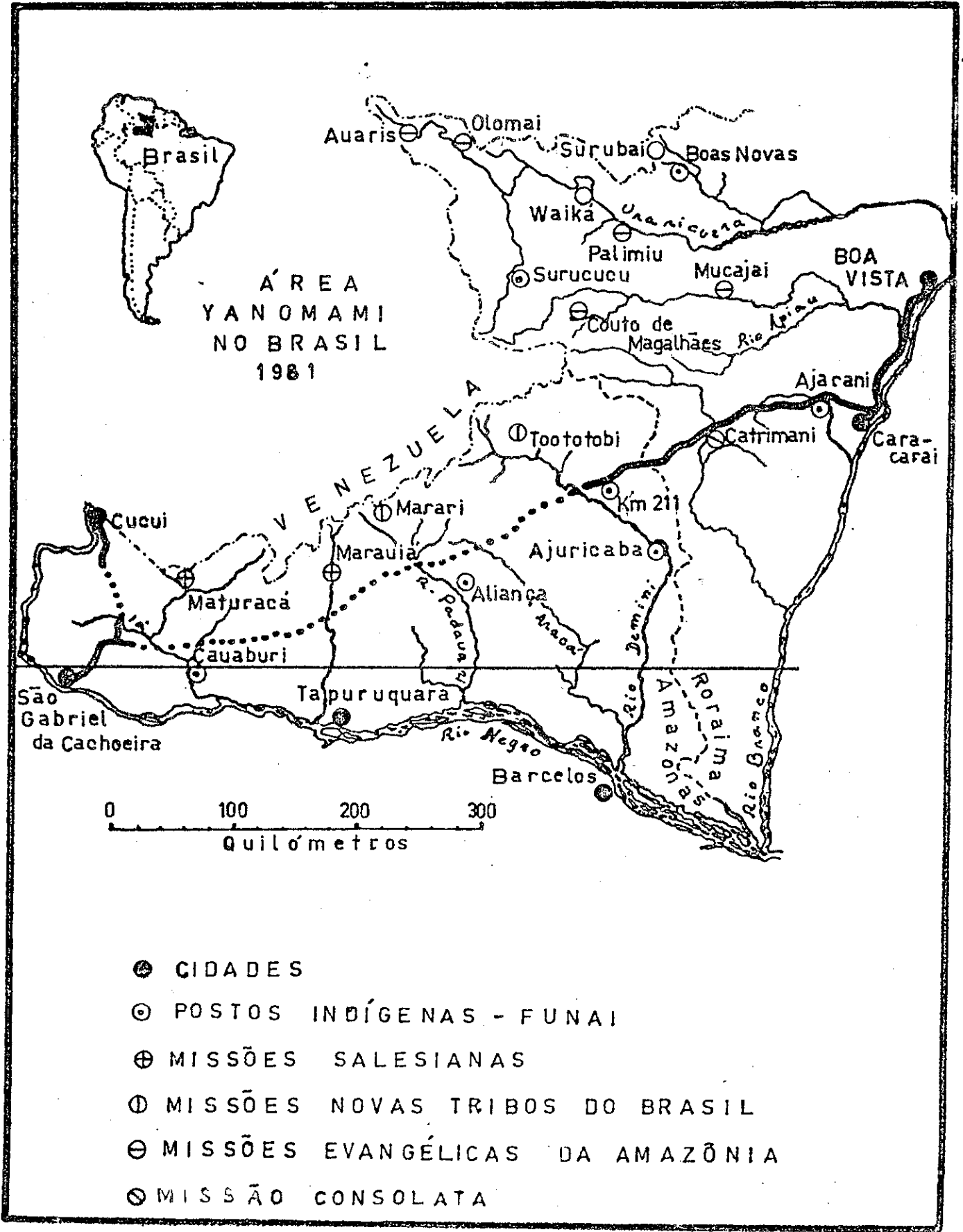


LEVANTAMENTO DAS CONDIÇÕES MÉDICO-SANITÁRIAS
DOS ÍNDIOS YANOMAMI NO BRASIL - 1981

Relatório às agências financiadoras.
Rubens Beluzo Brandão



LEVANTAMENTO DAS CONDIÇÕES MÉDICO-SANITÁRIAS DOS ÍNDIOS YANOMAMI NO BRASIL - 1981

Rubens Bellego Brando

INTRODUÇÃO

Em julho de 1976, no Parque Nacional do Xingu, seu então diretor, prof. Olympio Severina nos narrou algumas características culturais dos Yanomami. Foi quando pela primeira vez tomamos conhecimento da situação destes índios dentro do contexto indigenista brasileiro.

Em fevereiro do ano seguinte o prof. Rubens Belfort Jr., em palestra na Escola Paulista de Medicina, relata seus estudos sobre a oncocercose entre os Yanomami, enfatizando a necessidade de medidas assistenciais àqueles índios.

Ainda em 1977 o prof. Roberto Bauzetti, na posição de presidente da CEASCI (Comissão Especial para Assuntos de Saúde em Comunidades Indígenas - Min. da Saúde) é consultado a respeito da decadência física e possivelmente intelectual dos Yanomami, atribuída pelo então coordenador da COAMA, a supostos relacionamentos incestuosos.*

Face a possibilidade de se empreender viagem à área para melhor diagnóstico da situação, o grupo formado pelos participantes do programa médico-preventivo que a citada escola desenvolve no Parque Nacional do Xingu, convida a fotógrafa Cláudia Andujar para uma exposição sobre sua experiência de trabalho entre os Yanomami.

A partir deste contacto são feitos alguns encaminhamentos e no final de 1979, sr Helge Kleivan, em reunião na Escola Paulista de Medicina, manifesta a possibilidade de INGIA financiar o início dos trabalhos. Até então, a carência de recursos econômicos constitua principal obstáculo encontrado.

No início de 1980 o prof. Baumitz, junto com Cláudia Andujar, procuraram ^{em} organizar um encontro em São Paulo, com o objetivo de congregar ^{em} esforços dos órgãos estatais, missionários e pesquisadores em áreas sociais e de saúde, que tivessem experiência de trabalho entre os Yanomami, para elaborar um plano médico preventivo que coordenado e progressivamente implantado atingisse todo território ocupado por aqueles índios.

Inviabilizada, por dificuldades diversas, a participação de muitas pessoas envolvidas, optou-se pela constituição de uma equipe para levantamento "in loco" das condições médico-sanitárias dos Yanomami, ^{como subsídio para elaboração de programas de saúde.} Dela fizeram parte os sanitaristas Francisco Vanin Pascalichio, médico residente da Escola Paulista de Medicina, e Rubens Belluzzo Brando, médico residente da Faculdade de Medicina de Botucatu, bem como a fotógrafa-pesquisadora Claudia Andujar, coordenadora da Comissão pela Criação do Parque Yanomami (CCPY)

Durante a realização do trabalho os componentes da equipe receberam ajuda de custo da Oxfam, através de seu representante Brasil, Suzane Willians.

A autorização para ingresso em área indígena foi concedida pela FUNAI em dezembro de 1980, nearly 2 meses após apresentação formal de plano de pesquisa.

A estas instituições, bem como aos missionários, funcionários da FUNAI e ^{profissionais de saúde} ~~diversas pessoas~~ que tornaram possível o trabalho, nossos sinceros agradecimentos.

CRONOGRAMA DE VIAGEM

Trajetos	Data	Tempo	Meio de transporte
SÃO PAULO - BRASÍLIA	14-12-80	75'	voos comercial
BRASÍLIA - MANAUS	16-12-80	150'	voos comercial
MANAUS - BOA VISTA	18-12-80	50'	voos comercial
BOA VISTA - AJARANI	20-12-80	180'	Jeep da FUNAI
AJARANI - CATRIMANI	22-12-80	120'	Kombi e caminhão da missão
CATRIMANI - BOA VISTA	26-12-80	360'	volkswagen da missão
BOA VISTA - BOAS NOVAS	30-12-80	65'	taxi aéreo
BOAS NOVAS - BOA VISTA	9-1-81	70'	taxi aéreo
BOA VISTA - MARARI	13-1-81	140'	avião de Asas do Socorro
MARARI - TOTO TOSI	16-1-81	40'	avião de Asas do Socorro
TOTO TOSI - MARARI	19-1-81	40'	avião de Asas do Socorro
MARARI - BOA VISTA	19-1-81	150'	avião de Asas do Socorro
BOA VISTA - SURUCUCU	24-1-81	70'	avião de Força Aérea Brasileira
SURUCUCU - BOA VISTA	29-1-81	95'	avião de Força Aérea Brasileira
BOA VISTA - MUCAJAI	30-1-81	50'	avião - Asas do Socorro
MUCAJAI - AUARIS	3-2-81	100'	" " " "
AUARIS - OLOMAI (1)	3-2-81	10'	" " " "
AUARIS - OLOMAI - PALIMIU	6-2-81	70'	" " " "
PALIMIU - BOA VISTA	7-2-81	75'	" " " "
BOA VISTA - MANAUS (2)	10-2-81	50'	voos comercial

(1) Enquanto claudia Andijal e Rubens Brando permaneceram em Auaris, Francisco Pascaltichio se deslocou até Olomai.

(2) De Manaus, Pascaltichio retornou a São Paulo

MANAUS - SÃO GABRIEL	12-2-81	50'	voo comercial
SÃO GABRIEL - MATORACA	13-2-81	180'	avião da FAB
MATORACA - FRENTE SUL	16-2-81	540'	barco a motor da missão
FRENTE SUL - SÃO GABRIEL	17-2-81	90'	Jeep do exército
SÃO GABRIEL - MANAUS (3)	19-2-81	200'	voo comercial
MANAUS - SÃO PAULO	20-2-81	300'	voo comercial

(3) De Manaus, Cláudia Andujar seguiu para a missão salesiana de Malaviá, tendo posteriormente retornado para Boa Vista, regressando a São Paulo no final de março.

VACINAÇÕES CONTRA SARAMPO

Durante nosso trabalho de coleta de dados,
~~Embora não tenha constituído objetivo principal~~ ~~do~~ ~~trabalho,~~ procuramos quando ^{prioritário e viável} ~~urgente e possível,~~ realizar imunizações e
 contra o sarampo, o que aconteceu nas seguintes áreas:

^{Na}
~~Na~~ região dos rios Coimim e Uraricaá, onde outrora existiu a missão Batista de Boas Novas; aplicamos 86 doses, cerca de 43% da população. A FUNAI, recentemente na área, ainda não dispunha de infra-estrutura para alcançar as malocas mais distantes, dependendo das canoas com motor de propriedade dos índios, que as adquirem a trocando ouro e diamante com garimpeiros vizinhos.

^{Na}
~~Na~~ missão Marari, constatada cobertura vacinal anti-sarampo baixa (46,71%) solicitamos ao piloto que veio nos buscar, que trouxesse as doses necessárias. Após rápido treinamento, os missionários prosseguiram com as aplicações, totalizando 132 doses, ou 94.39% da população local.

^{Na}
~~Na~~ Surucucu, região da mais alta densidade demográfica Yanomami, e também pudemos colaborar para discreta melhora da cobertura vacinal anti-sarampo, inoculando 133 doses, ou seja menos de 3% da população local, a maioria em índios do sub-grupo Aykamthele. Posteriormente viemos a saber que este grupo já havia sido vacinado, anos atrás, pelos missionários.

A quarta área onde vacinamos foi em Otomai, onde 111 habitantes das proximidades da pista recentemente aberta pelos missionários da MEVA, e mais 4 visitantes receberam vacina anti-sarampo.

Finalmente, já em março, o laboratorista da FUNAI que acompanhou Claudia Andujar até a missão Salesiana do rio Marauá, aplicou mais 142 doses de vacina contra sarampo.

~~Após o término da viagem, quando processávamos os dados obtidos,~~

ASSISTÊNCIA PRESTADA POR MISSÕES RELIGIOSAS

~~MISSÕES PROTESTANTES~~

PROTESTANTES

As Missões Evangélicas da Amazônia (MEVA) são as que maior número de postos possuem entre os Yanomami no Brasil. Sua linha de trabalho, semelhante a das Novas Tribos do Brasil, ^{consiste} ~~consiste~~ na alfabetização dos índios, para que possam aceitar a salvação através do evangelho. Apoio logístico lhes é ^{dado} ~~prestado~~ pela organização missionária Asas do Socorro, que mantém dois aviões sediados em Boa Vista. De modo geral seus membros possuem treinamento médico para atendimento das intercorrências mais frequentes e nos ambulatórios das missões se encontram fichas individuais dos grupos adjacentes, ^{que} ~~com~~ maior ou menor frequência, são ^{vacinadas} ~~realiza-~~ ~~das imunizações básicas que, face dificuldades de acesso, não alcançam toda população.~~ Os missionários também executam borrificações domiciliares com inseticidas residuais para combater a malária e há tentativas de educação sanitária para saneamento do meio.

~~MISSÕES CATÓLICAS~~

Pertencendo a ordens diferentes, possuem linhas de trabalho bastante distintas. Enquanto os salesianos combatem as habitações coletivas, mantendo um programa de educação em internatos que tende a resultar em descaracterização cultural do grupo, os missionários da Consolata, no Catrimani, procuram respeitar os costumes tradicionais dos índios, evitando proselitismo religioso.

Quanto a assistência sanitária, não se encontram registros no ambulatório de Maturacá, cujo missionário, desde a década de 30 entre os índios, apresenta obsoleta concepção de saúde. No Catrimani, os missionários, com maior preparo sanitário, mantem imunização básica atualizada, registrada em fichas individuais semelhantes às das missões evangélicas. Nesta missão também são ^{realizados} ~~registrados~~ exames protoparitológicos e pesquisa de plamódio em gota espessa, complementando os atendimentos ambulatoriais.

POSTOS DA FUNAI E RETAGUARDA

Como órgãos do Estado, estão mais sujeitos à mudanças de ordem político-administrativas e apresentam oscilações, traduzidas basicamente pela rotatividade de pessoal e mesmo por períodos de suspensão de atividades. Outra característica é a de, muitas vezes, por estratégia de controle da área, se localizarem relativamente distantes das malocas mais próximas. Esta situação, associada ao fato de poucos funcionários Yanomami, leva a carencia de registros, dificultando avaliação das medidas sanitárias aplicadas. O desconhecimento da língua e a alta rotatividade de pessoal, também dificultam a própria assistência primária à saúde, entre outros aspectos, na identificação e acompanhamento de casos, anamnese, orientação terapêutica, adaptação pessoal do agente de saúde e participação da comunidade.

faleceu

Um caso ilustrativo desta dificuldade ocorreu no Ajarani. Dentre os 4 grupos além dos dois adjacentes ao posto, optamos por visitar o do Pé de Pato, onde segundo boatos, deveria haver uma festa, ^{numindo um me} ~~aglomeração~~ ^{maior de} ~~de~~ pessoas. Na verdade os visitantes, procedentes da região do rio Mucajai, traziam uma jovem em grave estado geral, à procura de renomado xamã. Constatada a necessidade de hospitalização imediata, através de intérpretes orientou-se os parentes para que transportassem a paciente até o ponto onde havíamos deixado a viatura. Enquanto prosseguimos o trabalho na maloca, um grupo saiu levando a jovem, no entanto, quando mais tarde chegamos ao ponto combinado, não os encontramos. ^{Os índios} Evitaram a internação e dois dias após a jovem faleceu, já no hospital de Boa Vista, com diagnóstico de tuberculose pulmonar.

A FUNAI como tutora do índio, procura oferecer retaguarda assistencial nos Postos e às missões religiosas. Isto se dá através do trabalho das Equipes Volantes de Saúde (EVS) e da mediação com outros serviços de saúde.

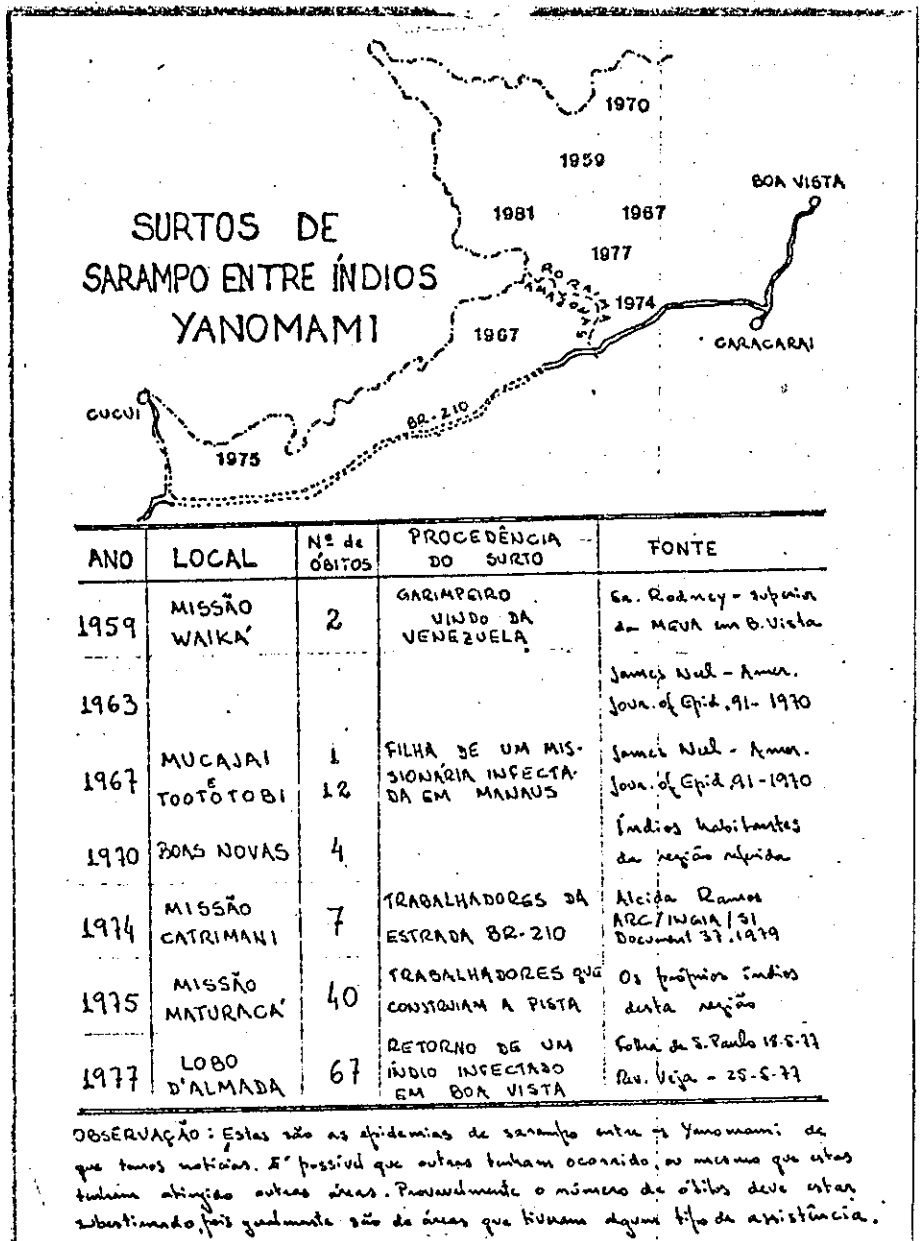
(EVS)

As duas equipes de 6 pessoas sediadas em Boa Vista devem dar cobertura a mais de 30.000 índios e a única equipe existente em São Gabriel da Cachoeira, seguramente encontra dificuldades maiores de tra-

balho, quer nas condições gerais de saúde da população, quer na infraestrutura existente. Em ambas as regiões os Yanomami estão entre os grupos de mais difícil acesso e que com frequência apresentam ~~as~~ ^{as} necessidades assistenciais ~~de~~ ^{em} forma de surtos epidêmicos graves.

A seguir passamos a sucintamente descrever as principais doenças de saúde entre os Yanomami

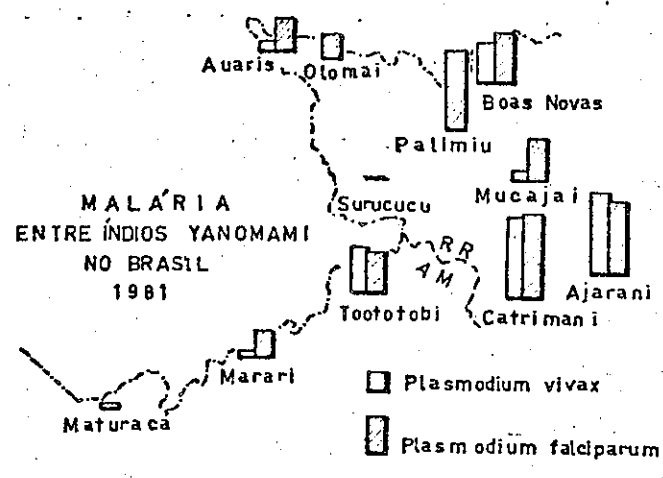
Vai na p. 9-12 (sarampo)



MALÁRIA

"A malária constitui, em todo Vale do Amazonas, a entidade mórbida de índice endêmico mais elevado. A grande letalidade daquelas regiões, assim como a condições orgânica precária da maioria de seus habitantes, representam condições em que essa moléstia figura com maior coeficiente" Carlos Chagas, 1913

Procurando conhecer sua distribuição e gravidade entre os Yanomami, além de dados específicos a nível local e regional, coletamos amostras sanguíneas da polpa digital de 789 pessoas, para posterior pesquisa de anticorpos. Deste inquérito sorosoroepidemiológico, ainda em elaboração, apresentamos o quadro abaixo:



PRESENÇA DE ANTICORPOS CONTRA PLASMODIUM ATRAVÉS DE REAÇÃO DE IMUNOFLORESCÊNCIA INDIRETA PELA SUCEN-SP

Área	Número de amostras	Anticorpos p/ vivax		Antic. p/ falciparum		Negativas	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
AJARANI	37	30	81.08	27	72.97	5	13.51
CATRIMANI	60	46	76.66	48	80.00	8	13.33
BOAS NOVAS	49	19	38.77	24	48.97	22	44.89
MUCAJAI	107	7	6.54	44	41.12	61	57.00
PALIMIUI	43	-	-	33	76.74	10	23.25
OLOMAI	40	-	-	9	22.50	31	77.50
AUARIS	87	4	4.59	26	29.88	56	64.36
SURUCUCU	91	-	-	1	1.09	90	98.90
TOOTOTOBÍ	94	40	42.55	36	38.29	33	40.42
MARARI	121	6	4.95	36	29.75	83	68.59
MATURACA	60	-	-	2	3.33	58	96.66
TOTAL	789	152	19.26	286	36.24	462	58.55

As populações indígenas apresentam pelo menos duas características que diminuem a eficácia das medidas de controle tradicionais: suas habitações não oferecem superfície apropriada para aplicações de inseticidas residuais e a adaptação selvática do Anopheles favorece a transmissão extradomiciliar (Giiglioli, G., 1968).

Há necessidade de se avaliar a real importância da transmissão extradomiciliar da malária entre os Yanomami e eventualmente buscar outras formas de controle além do uso de inseticidas e tratamento assistemático dos casos.

A nossa vez, caberia uma reunião entre técnicos dos órgãos de saúde competentes (SUCAM e SUCEN), com missionários e funcionários da FUNAI, para conjuntamente elaborar e executar um programa de controle da doença entre as populações indígenas.

Do lado de modo geral habitam regiões de difícil acesso, associado a relativa escassez demográfica, as populações indígenas são comumente consideradas de importância secundária, dentro da programação dos órgãos oficiais de controle da doença. Por outro lado, não é raro a malária aparecer pela primeira vez entre alguns grupos indígenas, assumindo caráter epidêmico com acentuada mortalidade



ONCOCERCOSE

Na África esta doença constitui grave problema de saúde pública, causando elevados números de cegos. No Brasil foi descrita pela primeira vez em 1967 e parece ocorrer apenas entre os Yanomami e os que entre eles vivem, conforme a ^{primeira} literatura de artigos científicos já publicados. O combate ao borrachudo, vetor que a transmite, é extremamente difícil e a terapêutica existente pode apresentar severos efeitos colaterais. Embora já tenha sido dito que parece incomodar mais aos pesquisadores que aos próprios doentes, é possível que a distribuição da moléstia se amplie e a propagação de comprometimento visual aumente.

PESQUISAS SOBRE ONCOCERCOSE ENTRE ÍNDIOS YANOMAMI NO BRASIL
SINOPSE DE RESULTADOS

Área	Nº de pacientes examinados	% de biópsias positivas	% de lesões oculares	% de biópsias pos. mais nodulosas	média de filarias por biópsia	Autor
TOOTOTOBÍ	91	62.0	3.2	10.9	-	Morais, 1974
	61	60.6	5.6	29.7	14.2	Rassi, 1976
	96	86.5	68.3(a)	37.5	4	Sucam, 1976
SURUCUCU	57	47.3	3.5	8.7	-	Morais, 1974
	54	24.1	-	15.3	6	Rassi, 1976
AUARIS	102	24.5	5.6	2.9	10.2	Rassi, 1976
	102	12.7	-	-	-	Sucam, 1976
MUCAJAI	77	10.3	1.9	-	-	Belfort, 1979
CATRIMANI	71	49.2	2.8	-	-	Belfort, 1979

(a) inclui lesões oculares não atribuíveis à oncocercose

SARAMPO

Como enfermidade de um lado causadora das ^{mais} elevadas mortalidades entre populações indígenas, e de outro, evitável por uma dose única de vacina, o sarampo, durante nosso trabalho, mereceu especial atenção. Procuramos levantar cobertura vacinal e ocorrência de surtos progressos, incluindo os estados de eficácia das vacinações previamente realizadas, uma vez que vem sendo descrita a doença em índios já vacinados (Xavante 1960; Diavavim 1978; Cinta Larga 1980). Ainda aguardando a realização das reações sorológicas por uma Universidade Paulista, apresentamos pequenos resumos de epidemias já ocorridas. (Quadro de Eritrozitose - julho deste ano, pag 8) nos sítios atingiu grupos localizados entre os Uru-euena e a serra dos Sumucurus, causando cerca de dez óbitos conhecidos. Desta vez o vírus foi introduzido por um índio que, levado a Bon Vista para auxiliar os missionários em trabalho linguístico, se infectou, retornando a aldeia durante o período de incubação.

TUBERCULOSE

Embora ainda inexistente na maioria das áreas, quando presente assume acentuada gravidade, principalmente na região do Alto Rio Negro (Maturá) onde a dificuldade para tratamento local, se associa a carência de infraestrutura, uma vez que o hospital mais próximo, na cidade de São Gabriel da Cachoeira, não trata tuberculosos, e a ajuda da FUNAI não possui estrutura (Casa do Índio) para abrigar pacientes.

Por outro lado, em Misajai, onde já foram diagnosticados cerca de 30 casos, os missionários, tendo moribus indígenas, tem assegurado tratamento na própria aldeia.

Em Palimbu e Ajarani também tem sido verificada a ocorrência da doença que provavelmente alcança outros pontos da região de Boas Novas.

LEISHMANIOSE Tegumentar Americana

Na região da Serra dos Sincoros observamos 2 casos com lesões atuais e em Palimiy uma seqüela com destruição da pirâmide nasal que também atribuímos à doença. ^{De acordo com dados colhidos,} embora não seja rara, com a exceção acima, ^{não} há referências sobre ocorrência de formas clínicas graves.

FEBRE AMARELA

Os casos ocorridos há poucos anos no Território de Roraima, eram procedentes do Rio Mucajai. Grupos Yanomami desta área, que se localizam próximos à missão, receberam vacina anti-amarela em 1971 e 1978.

OUTRAS MOLESTIAS

Dizentria bacilar é bastante frequente e importante causa mortal.

Amebíase parece assumir elevadíssima prevalência, causando casos graves.

Parasitoses intestinais, principalmente Ascariíase e Ancilostomose, também são muito frequentes, sendo observado ^{comum} eliminação espontânea inclusive em lactentes, sugerindo infestações maciças.

A hepatite viral - causou um surto no ano passado em Maracá, provocando alguns óbitos. Em janeiro, já examinamos uma jovem com grande ascite que pouco tempo depois também morreu.
Epidemias de zika tem ocorrido em todas as áreas, assumindo gravidade variável, mas de modo geral ^{sempre} com porcentagem de complicações bacterianas (pneumonias) superiores às encontradas em nosso meio.

Coqueluche já havia ocorrido em 1967-68 em Tootobá e Mucajá, e este ano atingiu grande extensão, causando vários óbitos.

Tungicase, extremamente frequente, tem causado deformações de pododactilos com limitação funcional dos pés.

Acidentes ofídicos são esporádicos. Observamos uma seqüela importante em Palimio; famílias de missionários, em Awaís e Maracá, perderam dois filhos por picada respectivamente de coral e sumocou, e ao término de nossa viagem, um jovem da região do Catimani necessitou amputar uma perna, tendo vindo para São Paulo para colocação de prótese.

Estes, ao mesmo dia, são os principais problemas de saúde existentes entre os índios Yanomami. A eles, ^{entre outros,} se associam precariedade do estado de conservação dos dentes e prevalência de desnutrição proteico-calórica observada em algumas áreas, bem como a persistência de hostilidades intergrupais que além da mortalidade direta que acarreta, tem importantes implicações mais complexas sobre ^{programas de saúde}

O equilíbrio existente entre esta população e os diversos agentes etiológicos que a acometem, é extremamente frágil, e a tendência a se romper aumenta à medida que os contatos com a sociedade envolvente se tornam frequentes e a assistência prestada resulta em sedentarização dos grupos.

Consideramos urgente a necessidade de se implementar um sistema de vigilância epidemiológica além da execução rotineira de programas de imunizações. Estas medidas, indispensáveis para minimizar o efeito pernicioso que inevitavelmente nosso contacto causa aos Yanomami, só terão a ^{devida} eficácia se acompanhadas de harmoniosa integração de todas as entidades envolvidas.