

O CONTATO E SUAS CONSEQUÊNCIAS: O CASO YANOMAMI

Introdução

O artigo que ora escrevo é uma versão preliminar do estudo que pretendo desenvolver com mais profundidade na dissertação de Mestrado, aqui abordarei o aspecto do contato na década de 70 até os dias atuais e suas consequências, entre elas as várias epidemias, o uso de bebidas alcóolicas que para a saúde dos povos indígenas, sobretudo dos Yanomami, tem trazidos transtorno no âmbito da Casa de Apoio à Saúde do Índio de Roraima – CASAI/RR. Esta prática da ingestão da bebida alcóolica tem resultado em situações de conflito, morte por afogamento, por acidente de trânsito, desagregação familiar, abandono no tratamento de saúde, agressões físicas, trazendo insegurança aos profissionais de saúde e aos demais internos. Para a realização deste estudo baseei-me em fontes bibliográficas e nas minhas próprias observações durante os anos de 2009, 2010 e 2011 envolvendo usuários indígenas dos serviços de saúde da CASAI, e as situações de abuso do álcool interferindo no processo saúde-doença daquela unidade de saúde. Considerando que o abuso do álcool é uma problemática nacional, o Ministério da Saúde, através da Secretaria Executiva e Coordenação Nacional de DST e AIDS, instituiu Política para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outra Drogas, mas considera também que o uso do álcool é cultural em todas as sociedades do mundo e que as informações a respeito do saber beber com responsabilidade e as consequências do uso inadequado desta substância ainda são consideradas insuficientes e por isso não contemplam a população de maior risco para o consumo, que são os adolescentes e os adultos jovens, (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

* Bacharel em Ciências Sociais com habilitação em Antropologia Social; Especialista em Saúde Pública; Especialista em Etnodesenvolvimento e Mestranda em Antropologia- MINTER UFPE/UFRR

Como podemos observar, a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas ainda não disponibiliza uma ação efetiva de prevenção através de educação em saúde que atenda a população nos seus aspectos étnico, mas coletivamente. Sua prática curativa está voltada para os Transtornos Mentais e Comportamentais decorrentes do uso do Álcool e Drogas, assim como os Transtornos Mentais e Comportamentais decorrentes de outras Substâncias Psicoativas, bem como a prevenção do HIV/AIDS, através dos Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas – CAPSad, estes atuam de forma articulada com a rede básica de saúde e os Programa de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

1. O contato da sociedade envolvente e o povo Yanomami

Os Yanomami constituem uma sociedade de caçadores-coletores agricultores de coivara do norte da Amazônia, habitam as florestas tropicais do Maciço das Guianas, ocupam um espaço territorial de 192.000 Km² na fronteira entre Brasil e Venezuela. Subdividido em quatro subgrupos falantes de línguas Yanomami, Yanomae ou Yanomama, Sanõma e Ninam ou Yanam, com um contingente populacional de 33.100, compreendendo os Países, Brasil e Venezuela. O centro histórico do território yanomami está situado na Serra Parima maciço montanhoso há 1.700m de altitude considerados a área mais povoada da terra indígena (ALBERT, 2009). Os primeiros contatos esporádicos do povo Yanomami com a população nacional se deu entre os anos de 1910 e 1940, no primeiro momento o encontro foi acidental, estes eram coletores de produtos da floresta como balata, piaçaba, militares das expedições de delimitação de fronteiras, sertanistas do Serviço de Proteção ao Índio – SPI ou viajantes (ALBERT, 2009).

Ainda sobre o contato diz:

Entre os anos 1940 e 1960, abertura de postos do SPI e, em seguida, a vinda de missões evangélicas americanas (Novas Tribos do Brasil, Missão Evangélica da Amazônia) e católicas italianas (Salesianos, Consolata) criaram pontos de contato permanentes no território. Esses estabelecimentos rapidamente se tornaram focos de concentração populacional e de sedentarização, franqueando o acesso a bens manufaturados e a certa assistência médica. Foram também a porta de entrada de muitas epidemias devastadoras (sarampo, coqueluche, gripe, tuberculose, as quais os Yanomami, até então praticamente isolados, eram muito vulneráveis (ALBERT, 2009, p. 14).

Fica evidenciado que desde os primeiros contatos da população envolvente com a população indígena foi sobre tudo danosa, esse fenômeno não feriu somente o

corpo através dos agravos de saúde adquiridos, mas sobretudo ferir a cultura através de suas imposições, de regras, costumes e de novos comportamento que os deixavam sedentários, tudo isso para atender interesses daqueles que aqui chegaram e nesse jogo, muitas vidas foram ceifadas principalmente daqueles que não aceitavam a situação de submissão e de exploração e sua desagregação cultural, sua língua, seus valores, sua crença e de sua visão de mundo, além de outros fatores como descreve a autora:

Povos e povos indígenas desapareceram da face da terra como conseqüência do que hoje se chama, eufemismo envergonhado, “o encontro” de sociedade do Antigo e do novo Mundo. Esse morticínio nunca visto foi fruto de um processo complexo cujos agentes foram homens e microorganismos, mas cujos motores últimos poderiam ser reduzidos a dois: ganância e ambição, formas culturais da expansão do que se convencionou chamar o capitalismo mercantil. Motivos mesquinhos e não uma deliberação política de extermínio conseguiram esse resultado espantoso de reduzir uma população que estava na casa dos milhões em 1500 aos poucos mil índios que hoje habitam o Brasil (CARNEIRO, 1992, p. 12).

Além das frentes de expansão, outros projetos surgiram no século XX, contribuindo para o extermínio de grande parte da população indígena no Brasil, sobretudo na região amazônica. Nos anos 70 o governo brasileiro tinha como proposta de desenvolvimento para Amazônia o Plano de Integração Nacional, o qual tinha como meta de desenvolvimento para a Região Amazônica a integração da Região Norte às demais regiões do Brasil. Esse programa representava uma ansiedade dos governos militares que tinha como lema “homens sem terra no Nordeste” e “terra sem homens na Amazônia”, por entenderem que no nordeste havia longo período de estiagem e que a Amazônia representava a essência para o desenvolvimento deste projeto, já que Amazônia era considerada despovoada, desta forma houve incentivo por parte do Governo Federal aos nordestinos para povoamento da Região Amazônica, proporcionando a construção da Rodovia Transamazônica que integraria a Amazônia ao restante do país através da BR Perimetral (MAGALHÃES, 2001).

Sobre o projeto Polamazônia um estudioso do povo Yanomami diz:

A abertura dos canteiros de obra da estrada e a chegada dos colonos foram responsáveis por um primeiro grande choque epidemiológico entre os Yanomami, que resultou em severas perdas demográficas. A Perimetral Norte foi abandonada em 1976, deixando atrás de si um rastro de degradação sanitária e de desestruturação social perceptível até os dias de hoje, em especial na região do rio Ajarani (VERDUM, 1996 apud ALBERT, 2009, p.15).

Corroborando com o autor, o Centro de Informação de DIOCESE de Roraima (1988), essa rodovia foi construída no período de três anos 1973 a 1976 e que contemplaria uma parte da região norte do Brasil bem como a Venezuela e as Guianas. Os primeiros Quilômetros dessa rodovia foram ocupados por fazendeiros, posseiros e madeireiros. A consequência dessa construção em todo seu trajeto foi de devastação, causando desequilíbrio ecológico e afugentando uma das principais fontes de alimentação a população indígena, as caças, por outro lado desequilibrando o meio ambiente e como consequência doenças como a malária, como cita:

Em consequência, a população Yanomami dos vales “dos rios Ajarani e Catrimani é devastada, sendo que quatro aldeias do Ajarani perdem 22% de sua população, entre 1973 a 1975 e quatro outras do Alto Catrimani perdem metade de sua gente em epidemias de sarampo (...). Concomitantemente instalam-se projetos de colonização no Ajarani e Apiaú tendo como consequências pauperização e estabelecimento de novas portas de entrada doenças com alta letalidade nas aldeias (MAGALHÃE, 2001, p.119)

Como ressalta o autor, a política de desenvolvimento do Governo Federal voltada para a Amazônia não trouxe benefício para as populações indígenas, naquele momento beneficiou apenas aqueles que se apossaram de suas terras em nome de um progresso que destruiu o ambiente e vidas humanas, deixando um rastro de desequilíbrio, social, moral, cultural, ambiental e de saúde, como enfatiza a seguir:

A partir de 1978 são implantados os primeiros projetos de colonização e núcleos populacionais rurais vizinhos a fronteira leste Yanomami (Albert, 1991), tais como Tepequém, Paredão e Roxinho, e em 1981 o projeto do Apiaú passa a tornar-se uma das principais frentes de pressão agropastoril nesta região limítrofe com os Yanomami (PITHAN, 2005, p. 38).

Outro projeto danoso às populações indígenas foi o Projeto RadamBrasil, que atendendo *lobby* das mineradoras nacionais e multinacionais, cujo governo brasileiro pretendia realizar levantamento das riquezas minerais, beneficiando-se da própria legislação brasileira de que as terras indígenas o usufruto do subsolo é domínio federal (CARNEIRO, 2009, p.282).

O Projeto Radam revelava o potencial minerário da Serra Parima, esta notícia foi suficiente para que em 1975, ocorresse a primeira invasão de garimpeiros na terra yanomami, no alto rio Parima na serra das Surucucus. Esse evento desencadeou várias evasões na década seguinte, o que transformou-se em numa verdadeira corrida ao ouro no Estado de Roraima. Isso foi suficiente para entre os anos de 1987 a 1990, existissem cerca de 90 pistas de pouso clandestinas somente na região da Serra do

Parima, nas cachoeiras do Rio Uraricoera, Parima, Mucajaí, e Catrimani, estimam-se que 30 a 40 mil garimpeiros estiveram na área (ALBERT, 2009, p.16).

Os efeitos dessa ocupação desenfreada causaram um impacto dramático superior ao dos projetos rodoviários e agrícolas da década de 1970. As epidemias de malária e de infecção respiratórias proporcionaram à época, a morte de aproximadamente 13% da população yanomami do Brasil. Além da destruição do leito dos rios bem como a poluição da suas águas trouxeram prejuízos consideráveis para o meio ambiente que é fonte de vida para os índios. Na década de 1990, as retiradas dos garimpeiros aos poucos foram contidas por operações de expulsões pela Fundação Nacional do Índio – FUNAI e Polícia Federal. Apesar da retirada dos garimpeiros estas práticas persistem até hoje, embora numa quantidade limitada, continuam submetendo os Yanomami a doenças e a violência, onde o mais dramático foi o massacre de Haximu, em 1993, na ocasião morreram 16 pessoas entre crianças, mulheres e anciãos (ALBERT, 2009, p. 16 - 17).

Para uma melhor compreensão do pensamento Yanomami em relação às doenças causadas pela ação das atividades de garimpagem, trecho cita da entrevista de Davi Kopenawa:

Vou te dizer o que nós pensamos. Nós chamamos estas epidemias de xawara. A xawara que mata os Yanomami. É assim que nós chamamos epidemia. Agora sabemos da origem da xawara. No começo, nós pensávamos que ela se propagava sozinha, sem causa. Agora ela está crescendo muito e se alastrando em toda parte. O que chamamos de xawara, há muito tempo nossos antepassados mantinham isto escondido. Omamë mantinha a xawara escondida. E a mantinha escondida e não queria que os Yanomami mexessem com isto. Ele dizia: “não! Não toquem nisso!”. Por isso ele a escondeu nas profundezas da terra. Ele dizia também: “se isso fica na superfície da terá todos Yanomami vão começar a morrer à toa!”. Tendo falado isso, ele a enterrou bem profundo. Mas hoje os nabëbë, os brancos, depois de terem descoberto nossa floresta, foram tomados por um desejo frenético de tirar esta xawara do fundo da terra onde Omamë a tinha guardado. Xawara é também o nome do que chamamos booshikë, a substância do metal, que vocês chamam “minério”. Disso temos medo. A xawara do minério é inimiga dos Yanomami, de vocês também. Ela quer nos matar. Assim, se vocês começa a ficar doente, depois ela mata você. Por causa disso nós Yanomami estamos muito inquietos. Quando o ouro fica no frio das profundezas da terra, aí tudo está bem. Tudo está realmente bem. Ele não é perigoso. Quando os brancos tiram o ouro da terra, eles o queimam, mexem com ele em cima do fogo como se fosse farinha. Isto faz sair fumaça dele. Assim se cria a xawara que é esta fumaça do ouro. Depois esta xawara wakëxi, esta “epidemia-fumaça”, vai se alastrando na floresta, lá onde moram os Yanomami, mas também na terra dos brancos, em todo lugar. É por isso que estamos morrendo. Por causa desta fumaça. Ela se torna fumaça de sarampo. Ela se torna muito agressiva e quando isso acontece ela acaba com os Yanomami... Quando os brancos guardam o ouro dentro de latas, ele também deixa escapar um tipo de fumaça. É o que dizem os mais velhos, os verdadeiros anciãos que são grandes pajés. Quando

os brancos saem com ouro dentro de latas com tampas bem fechadas e deixam estas expostas à quentura do sol, começa sair uma fumaça uma fumaça que não se vê e que se alastra e começa a matar os Yanomami. Ela faz também morrer os brancos, da mesma maneira. Não é só os Yanomami que morrem. Os brancos podem ser muito numerosos, eles acabarão morrendo todos também. É isto que os Yanomami falam entre eles... Quando esta fumaça chega no peito do céu, ele começa também a ficar muito doente, ele começa também a ser atingido pela xawara. A terra também fica doente. E mesmos os hekurabë, os espíritos auxiliares dos pajés, ficam muito doentes. Mesmo Omamë esta atingido. De-osimë (Deus) também. É por isso que estamos agora muito preocupados (...) Trecho de entrevista de DAVI KOPENAWA YANOMAMI. Realizada em Brasília, em 9 de março de 1990. Concedida ao Centro Ecumênico de Documentação e Informação-Cedi, através do Antropólogo, Bruce Albert.

Através deste trecho podemos perceber tão grande foi a violência deste contato desastroso da população garimpeira para com os Yanomami, violações irreparáveis para vida social intelectual, espiritual, ambiental, mas sobretudo o desequilíbrio do processo saúde doença dos povos Yanomami. Ainda no aspecto da violência gerada pela ação do garimpo nas terras dos povos Yanomami, o autor Leonardi relata dados de sua pesquisa a seguir:

Precisamos considerar ainda a questão da violência física direta, estimulada não só pela cobiça, que o ouro em grandes quantidades sempre provocou ao longo da história, mas também pela presença de inúmeros prostíbulo na área Yanomami, nos quais o consumo de álcool era muito elevado. Os índios conviveram com isso durante anos, e essa convivência alterou hábitos ancestrais e deixou seqüelas. Logo no início da invasão garimpeira, em agosto de 1987, quatro índios do Paapiú “foram assassinados a bala e seus corpos esquartejados pelos garimpeiros “. Em 1991 quatro índios Sanumã foram “baleados na pista do Olomai, com um óbito (...) Em 1994, o Líder indígena Davi Kopenawa denunciava à ONU a ação de garimpeiro, afirmando que esses estavam prostituindo as mulheres, espalhando doenças fomentando brigas entre grupos Yanomami com distribuição de armas e cachaça. Muitas índias foram estupradas por garimpeiros, nas roças onde trabalhavam. Houve caso de estupro e assassinato de mãe e filha, na mesma roça. No Ajarani, por onde passou a Perimetral Norte, muitos índios passaram a visitar e a freqüentar as currutelas do município de Caracaraí. Nessas beiras de estrada, algumas índias eram seduzidas por brancos em troca de miçangas (LEONARDI, 2000, p. 84).

Como evidencia o autor a violação causada pela ação do contato ultrapassou os limites possíveis de superação da condição humana, a sua própria vida. Esta realidade afetou diretamente a condição física, moral e social, levando os povos indígenas há uma situação de risco como presença em locais vulneráveis consequência do sedentarismo imposto pela ação da conquista dos garimpeiros ali presentes e consequentemente pelo barulho das máquinas e das aeronaves que afugentaram as caças

e pela utilização do mercúrio que contaminaram as água dos rios, tornando os indígenas sem opção da busca de sua própria alimentação. Esta realidade é citada a seguir:

Ao instalar-se num sítio dentro da área Yanomami os garimpeiros vêm primeiro em pequenos grupos. Sendo poucos, sentem-se vulneráveis perante a população indígena. Temendo uma reação negativa dos índios, tentam comprar a sua anuência com farta distribuição de bens e comida. Por sua vez, os índios têm pouca ou nenhuma experiência com brancos e tomam essa atitude como uma demonstração de generosidade que se espera de qualquer grupo que quer estabelecer laços de alianças intercomunicarias. Enquanto se desenrola esse mal-entendido cultural, os índios ainda não sentem o impacto sanitário e ecológico das atividades de garimpo. Aos seus olhos, o trabalho dos garimpeiros parece ainda enigmático e irrelevante. Com ironia e condescendência, chamam-nos comedores de terra, ao compará-los a um bando de queixadas fuçando na lama. Num segundo momento, o número de garimpeiros aumenta substancialmente e já não é preciso manter aquela generosidade inicial. Os índios passam de ameaça a estorvo, com suas insistentes demandas pelos bens que se acostumaram a receber. Os garimpeiros irritam-se e tentam afastá-los dos garimpos. A essa altura, os índios já começam a sentir uma rápida deterioração de sua saúde e meios de subsistência. Os rios foram poluídos, a caça foge e muita gente morre em constantes epidemias de malária, gripe etc. (ALBERT, apud LEONARDI, 2000, p.82).

O autor enfatiza que os fatores relacionados e que põem a saúde dos indígenas em situação de alerta agrava-se ainda mais com a possibilidade de transmissão de doenças sexualmente transmissíveis, como por exemplo o HIV. Segundo o autor as aldeias mais vulneráveis a este fator são as que pertencem aos pólos-base de Paapiú, Surucucus, Homoxi, Ericó e Mucajáí. Acredita-se que a transmissão heterossexual pode ter ocorrido nos casos em que os militares mantiveram relações com índias yanomami, essas denúncias foram feitas através dos indígenas Davi Kopenawa e José Yanomami, que afirmavam que militares do Pelotão de Infantaria de Selva da região de Surucucus estão abusando sexualmente de índias em troca de alimentação, anzóis e facas. Em Surucucu um cabo do exército teria engravidado uma indígena surda-muda de 12 anos de idade. Outro problema, que segundo o autor, merece atenção é o uso indiscriminado de armas de fogo em garimpos e em pequenas currutelas vizinhas à terra indígena yanomami, o que é sem dúvida “um fator agravante das condições sanitárias daquela população”. Sobre esse assunto, o autor diz:

A partir de 1996, ano em que a Funai paralisou os trabalhos de retirada de garimpeiros da área Yanomami, notou-se um incremento da violência interna em alguns grupos Yanomami. Isso está relacionado com a presença garimpeira e o fornecimento de armas e munições aos Yanomami (LEONARDI, 2000, p. 85-86).

Para o autor os Yanomami antes da invasão garimpeira, as suas diferenças eram resolvidos através de enfrentamentos coletivos e que raramente resultavam em óbitos, mas agora com o uso de escopetas calibre 20, esse contexto foi drasticamente alterado:

A sua letalidade provoca uma situação-limite; estreitam-se alianças para vingar os mortos e mobilizam-se todos os membros da comunidade, alterando-se a rotinas e vivendo-se em constante sobressalto. Ficam prejudicadas as atividades produtivas, os intercâmbios sociais, as viagens comerciais, a busca de socorro no posto médico (LEONARDI, 2000, p. 86)

De acordo com o autor, essa facilidade com que os indígenas adquirem armas de fogo e munições têm levado muitas pessoas acreditarem que esse acesso com facilidade há uma hipótese de ser uma estratégia maquiavélica, por parte de algum branco de Roraima, de eliminar os índios por meio de brigas entre os próprios índios. Embora essa questão não possa ser provada, mas o autor deixa registrado o que segundo ele ouviu em Boa Vista. O autor diz que o sentimento antiYanomami é tão forte entre alguns roraimense que essa hipótese, por mais cruel que seja, não pode ser totalmente descartada (LEONARDI, 2000). Outra preocupação do autor é com a epidemia de HIV/Aids, acredita que seria uma situação “calamitosa” se essa doença atingisse os Yanomami, recomendando a necessidade de trabalho de prevenção urgente voltado para essa questão, essa é uma das preocupações do líder indígena Davi Kopenawa, essa preocupação está explícita num texto de autoria do próprio líder escrito em Boa Vista, em setembro de 1994, em que assim ele relata:

Na região do Parafuri, os garimpeiros estão trabalhando e contaminando aquela maloca [...]. Fizeram os Yanomami se embriagarem com caxiri misturado com cachaça. Esta cachaça o garimpeiro levou para eles. Houve briga entre os Yanomami que ficaram bêbados. Na pista pé na Cova os garimpeiros estão trocando arma de fogo e comida com índios, que entregam mulheres índias para os garimpeiros dormirem com elas. Essa arrumação dos garimpeiros está fazendo muita sujeira para transmitir a doença venérea. Agora eles estão contaminando as mulheres, os maridos. Ficou muito ruim para fazer tratamento. Então eles pegaram esta doença venérea, e estou muito preocupado se eles pegarem as doenças mais contagiosas, como Aids que não tem cura (KOPENAWA, 1994 apud LEONARDI, 2000, p.86-87).

Neste relato do líder Yanomami Davi Kopenawa fica claro a situação de vulnerabilidade por que passou e continua passando os povos yanomami, não só na questão da contaminação dos rios, da destruição do meio ambiente, da escassez da sua fonte de alimentação, mas do contato com as doenças venéreas e Aids,

as epidemias como malária, gripe, diarreia, sarampo, tuberculose, oncocercose¹, e sobretudo a fome e a desnutrição, porta de entrada para as demais enfermidades, dentre todas as mazelas deixadas pela questão do contato da sociedade envolvente e as populações indígenas em particular dos Yanomami, estes fatores foram considerados como desagregadores deixando marcas profundas de destruição e dor entre os Yanomami. Além das doenças outros costumes dos não índios foram deixados e que é considerado um dos males tão letal quanto às grandes epidemias, um destes, trata-se da ingestão de bebidas alcoólicas entre os indígenas, esta prática deixa rastro de destruição tanto no campo social, psicológico, moral e implicando diretamente no processo saúde doença, sendo esse fenômeno da alcoolização considerada uma das dificuldades enfrentadas pela instituição que trata de saúde de povos indígenas, onde podemos considerar a alcoolização entre os povos indígena que compõem os usuários dos serviços de saúde da Casa de Apoio a Saúde do Índio de Roraima-CASAI/RR, como sendo um dos fenômenos desencadeador de conflitos e violência com influência direta no processo de recuperação dos usuários daquela instituição.

Com a situação de vulnerabilidade por que passava os povos indígenas do Brasil, mas com destaques para os povos Yanomami, durante as décadas de 1970, 1980 e 1990, essa população indígena encontrava-se fragilizados com o advento do contato massivo de mais de 50 mil invasores das Terras Indígenas-TI, trazendo desequilíbrio ambiental social e cultural deixando um rastro de agravos de saúde aos povos indígenas como consta o relato a seguir:

Em relação à morbidade, verifica-se uma alta incidência de infecções respiratórias e gastrointestinais agudas, malária, tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis, desnutrição e doenças preveníveis por vacinas, evidenciando um quadro sanitário caracterizado pela alta ocorrência de agravos que poderiam ser significativamente reduzidos com o estabelecimento de ações sistemáticas e continuadas de atenção básica à saúde no interior das áreas indígenas (POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO SAÚDE DOS POVOS INDIGENAS, 2002, p.10).

Dentre os agravos de saúde, a tuberculose é a de maior frequência chegando ao coeficiente de incidência anual de tuberculose de 450 por 100.000 pessoas em 1991 para 881.4 por 100.000 pessoas em 1994. Em 1998, era de 525.6 por 100.000, se-

1 Conforme Chaves (1994), é uma doença infecciosa crônica causada pela *Onchocerca volvulus*, uma filaria transmitida por insetos do gênero *Simulium* SP., que amadurece e se reproduzem em nódulos subcutâneos, onde são produzidas as microfilárias, responsáveis, praticamente, pela doença oncocercótica. (..) A partir dos nódulos oncocercóticos, as fêmeas produzem microfilárias que migram especialmente para a derme superior e aparelho visual, onde desencadeiam, especialmente depois de mortas, patologia dermatológica e ocular. Tese apresentada ao Departamento de Oftalmologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto-São Paulo, 1994.

gundo os dados da Comissão-Pró Yanomami-CCPY. Outras infecções como HIV/Aids tem ameaçado um grande numero de comunidades, os primeiros casos entre os índios se deram a partir do ano de 1988. Dos 36 casos conhecidos até o ano 2000, oito foram notificados em 1998, distribuídos por todas as regiões do Brasil. O curto período de tempo decorrido entre o diagnóstico e o óbito dos pacientes e a falta de informações entre os índios sobre o modo de transmissão do vírus e prevenção da doença, bem como as limitações de ordem linguística e cultural para a comunicação com eles, são desafios a serem enfrentados e que os coloca em situação de alta vulnerabilidade frente a interiorização da epidemia no país. Com relação às DST, considerado um co-fator que potencializa a infecção pelo HIV em qualquer grupo social, indicadores a partir de estudos de casos revelam números preocupantes. O relatório da FUNASA de 1998 indicou 385 casos registrados em algumas regiões do Brasil em que as populações indígenas têm uma relação estreita com a população regional, nota-se o aparecimento de novos problemas de saúde relacionados às mudanças introduzidas no seu modo de vida especialmente, na alimentação é resultante a hipertensão arterial, o diabetes, o câncer, o alcoolismo, a depressão e o suicídio são cada vez mais freqüentes em diversas comunidades (POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDIGENAS, 2002, p.11-12). Diante dos impactos existentes, o médico e antropólogo Marcos Pellegrini assim resume a saúde dos Povos Yanomami:

Tiveram um número de casos de malária proporcionalmente sete vezes maior que a população de Roraima; um coeficiente de mortalidade duas vezes maior que a cidade do Rio de Janeiro; mortalidade infantil duas vezes e meia maior que a da cidade de Fortaleza. Segundo M. Pellegrini, “são dos piores indicadores de saúde do Brasil”. Mais grave: “Os entraves administrativos e o corporativismo burocrático impedem um bom aproveitamento dos recursos destinados a recuperação da saúde desses índios” PELLEGRINI, 1996 apud LEONARDI, 2000, p.89).

E para solucionar problemas existenciais de saúde com as populações indígenas começa a ser implantada a política Nacional de Saúde na década de 1990, como o que passa a descrever:

Foi criada Fundação Nacional de Saúde, órgão do Ministério da Saúde, através da Lei nº 8.029, de 12/04/90, regulamentada pelo decreto nº 100 de 12/04/91 e regida pela Lei nº 8.112/90. A partir daí a FUNASA passa a assumir diretamente as ações de saneamento da antiga Fundação Sesp-FSESP como também as atividades de execução da assistência a saúde dos povos indígenas, iniciando no estado a estruturação do Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami e Ye'kuana, que a partir de então suas ações passaram a ser voltadas para o cuidado da saúde dos povos Indígenas. A partir dos decretos nº 3.450 de 09/05/2000, 4.726 de 09/06/2003, 4.727 de 09/06/2003, a FUNASA efetivou seu papel

no SUS, assumindo as ações de prevenção e controle de doenças; na assistência a saúde das populações indígenas, em substituição a FUNAI e no fomento de ações de saneamento e educação em saúde, (POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS, 2002).

A institucionalização da política de saúde dos povos indígenas se concretiza somente a partir de 1999 com a criação efetiva dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, esta iniciativa foi considerada um momento histórico na atenção a saúde dos índios do Brasil, que até aquele momento não havia uma política sistematizada para a saúde indígena no País conseqüentemente não era uma prioridade, diante de tal situação não contava com os recursos adequados e tampouco uma organização eficiente que norteasse a relação profissional e comunidade no planejamento e atendimento (LANGDON, 2005, p.115). Assim fica evidenciada que essa política não foi estabelecida de uma hora para outra, mas que foi um esforço de longo período como assim descreve a autora:

1ª e 2ª Conferências Nacionais de Proteção à Saúde do Índio (1986 e 1993, respectivamente) enfocaram a questão da saúde indígena e estabeleceram dois princípios: (a) a necessidade de implantação de um subsistema específico, mediante a criação de uma agência para esse fim, vinculado ao Ministério da Saúde, garantindo ao índio o direito universal à saúde e a inclusão da comunidades no planejamento, gesto, execução e avaliação dos serviços de saúde; (b) a necessidade de um modelo de atenção diferenciada que respeitasse as especificidades culturais e práticas tradicionais de cada grupo. Para realizar o primeiro princípio, foi sugerida a organização de um subsistema operacionalizado através dos DSEIs e a criação de conselhos locais e distritais, objetivando o controle social. Para último, foi recomendado o acompanhamento do processo por antropólogos, mas ainda não está claro para os profissionais de saúde o que esta noção de “respeito às tradições” implica para suas intervenções nas comunidades indígenas (LANGDON, 2005, p. 115).

Foi nesse contexto histórico que foi instituído os 34 Distritos Sanitários Especiais de Saúde Indígenas no Brasil, aos se constituírem assumiram também as Casa de Apoio a Saúde do Índio – CASAI, assim como a contratação de um número de 3.437 profissionais de saúde entre médicos, enfermeiros e dentistas formando assim uma equipe multidisciplinar de saúde.

2. Como uma instituição de saúde indígena lida com a interferência do abuso do álcool pelos seus usuários?

A CASAI/RR, instituição ligada diretamente ao Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami e Yekuna, tendo como Missão desenvolver ações de saúde e assistência social que promovam a qualidade de vida da população indígena de Roraima.

Até o ano de 1999, a instituição era conhecida por Casa do Índio e administrada pela FUNAI em parceria com a Fundação Nacional de Saúde, a partir do ano de 1999 a FUNASA, assume a responsabilidade pela a saúde do índio em todo Brasil e conseqüentemente todas as CASAI. Em outubro de 2010 foi instituída através do Decreto 7.336/2010 a Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI, que a partir de então passou a responder pela saúde dos povos indígenas do País. A organização dos serviços de saúde indígena continuou sendo desenvolvidas através da dinâmica de referência e contra-referência como descreve abaixo:

A remoção dos pacientes que se encontram nas áreas indígenas é executada pela SESAI, através dos Distritos Sanitário Especial Indígena Yanomami Yekuana-DSY e Distrito Sanitário Especial Indígena do Leste de Roraima – DSL. Os casos de emergência, que não podem ser resolvidos na área indígena, são encaminhados diretamente para os hospitais da rede pública de saúde da Capital, já os casos não graves, mas que necessita de investigação criteriosa para o seu diagnóstico, são removidos à CASAI, onde são assistidos ou em caso de intercorrências internas, são encaminhados para os hospitais da rede pública de saúde em Boa Vista-RR e, dependendo da complexidade do caso, são encaminhados para hospitais localizados em outros Estados, através de Tratamento Fora do Domicílio -TFD. Os pacientes internados nos Hospitais de Boa Vista-RR ou em hospitais de outros estados, ao receberem alta, são encaminhados a CASAI para concluírem o tratamento e posteriormente retornarem a sua comunidade de origem, RELATÓRIO DE ATIVIDADES DA CASAI/RR, 2008.

Neste processo, a CASAI/RR atende um fluxo oriundo de 37 pólos-base do DSEI-Yanomami, que representa aproximadamente 249 aldeias, a cerca de 1.228 Xaponos² com uma população aproximada de 33 mil pessoas compreendendo os Estados de Roraima e Amazonas. O DSEI-Leste é composto de 33 pólos-base, 290 comunidades, uma população de 36.795 indígenas. A população da CASAI/RR é flutuante composta por pacientes e acompanhantes, que estão divididos entre crianças, jovens, adultos e idosos, oscilando entre 350 a 600 pessoas por mês. A presença deste número elevado de pessoas na CASAI pode ser justificada pelos fatores de risco abaixo descrito:

Risco de descontinuidade das ações devido às mudanças na política de atenção à saúde indígena; presença constante de invasores em alguns pólos-base como: garimpeiros, piaçabeiros, caçadores, pescadores e piabeiros – levando à contínua reintrodução de doenças (DST, gripe, TB, diarréias, malária) e danos ambientais (contaminação dos rios por mercúrio, formação de criadouros do vetor da malária, dispersão da caça, etc), e incremento dos conflitos intercomunitários devido ao fornecimento de armas, munição e álcool aos índios; dificuldades operacionais e logísticas relacionadas à grande dispersão entre as comunidades

2 Yano, o espaço da família demarcado pelas redes e pela fogueira dentro da grande Xapono (a maloca), apesar de existirem famílias vivendo em malocas pequenas e separadas da grande casa comunal.

e entre os pólos-base; Inexistência de agentes indígenas de saúde totalmente formados; dificuldade de se conseguir recursos humanos com perfil indigenista e qualificação técnica adequada para as excepcionalmente difíceis condições de trabalho na área yanomami; os municípios interioranos não possuem um suporte assistencial de referência que atenda as demandas locais e da área indígena; rede pública retrata um déficit assistencial por possuir apenas um hospital geral, um hospital pediátrico e uma maternidade para atendimento das demandas municipais e da área indígena; recíproca dificuldade no processo de inserção da população indígena as unidades tradicionais; conflitos de demarcação de terras, exploração de minérios, interesses fundiários, forças políticas com preceitos anti-indigenistas; dificuldade de comunicação linguística entre as equipes de saúde e os índios; ausência de assistência à saúde dos Yanomami na Venezuela, promovendo agravos na patogenicidade destas populações; desfavorecimento no Sistema Único de Saúde mediante baixa representatividade política RELATÓRIO DE ATIVIDADES DA CASAI/RR 2008.

A CASAI - Casa de Apoio à Saúde do Índio, foi institucionalidade a partir da implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, está ligada diretamente a SESAI e aos distritos sanitários, em Roraima os DSEI-Yanomami e Leste de Roraima, tem por missão prestar o serviço de apoio aos pacientes encaminhados à rede do Sistema Único de Saúde, alojar, alimentar pacientes e acompanhantes, prestar assistência de enfermagem 24 horas por dia, marcar consultas, exames complementares ou internação hospitalar, providenciar o acompanhamento dos pacientes nessas ocasiões e o seu retorno às suas comunidades de origem, acompanhados das informações sobre o caso. Cabe as Casais promover as atividades de educação em saúde, produção artesanal, lazer e demais atividades para os acompanhantes e pacientes em condições para o exercício dessas atividades (BRASIL, Fundação Nacional de Saúde, 2002, p.15). Dentre as CASAIS do Brasil a CASAI/RR é um diferencial com os serviços de ambulatório, laboratório de análises clínicas, atendimento a saúde da mulher, saúde da criança, SAME, Serviço Social, nutrição, enfermagem especial e isolamento para paciente infecto contágios, farmácia, postos médicos, consultórios e outros. Os atendimento de alto e médio complexidade, obedece o sistema de agendamento na rede do SUS. Nos hospitais da rede pública A CASAI/RR, conta com uma coordenação indígena para orienta e acompanha os pacientes indígena nessas unidades de saúde. A CASAI/RR, tem um fluxo de atendimento mensal em média de 350 indígenas das etnias: Yanomami (Xiriana, Xirixana, Sanumã), Yekuana, Macuxi, Wapixana, Taurepang/Pemon, Ingaricó, Patamona, Wai Wai e Saporá. Por ser um espaço pluriétnico com uma quantidade expressiva de povos de diferentes etnias existindo assim fenômenos que caracterizam desafios para a instituição, um deles é o uso de bebidas alcoólicas, como descreve o autor:

Os pacientes recebem muitas visitas, de seus parentes residentes na capital, por meio dos quais é possível obter bebidas alcoólicas. Como a Casa do Índio não está no centro de Boa Vista, mas no campo, a vários quilômetros da cidade, e é uma construção aberta, formada por vários pavilhões separados uns dos outros, sem muro ou portão de entrada, é praticamente impossível controlar à noite as atividades dos pacientes que ali estão por longas temporadas, e então ocorre relacionamento sexual entre índio e índia de etnias diferentes, e o alcoolismo existe, como confirmou-me Auristela Stingham (...) O problema é ainda mais grave quando se recorda que alguns desses índios (justamente aqueles mais dados à embriaguez) viveram com os garimpeiros durante anos como é o caso dos Xiriana, LEONARDI, 2000, p. 73).

Como bem descreve o autor, a CASAI/RR, é uma instituição que não possui muros, no sentido de ser uma instituição fechada que impeça a saída dos seus usuários, muito embora a saída oficial destes usuários se dê através de autorização prévia do Serviço Social. As saídas sem autorização são consideradas ilegais, o que não impede de ocorrerem costumeiramente, apesar de haver o serviço de segurança na CASAI. O fácil acesso a cidade de Boa Vista proporciona a estes indígenas o contato com familiares, amigos, conhecidos, e conseqüentemente o acesso a bebidas alcólicas fenômenos que para a instituição é considerado como um dos principais problemas enfrentado, e que nos faz levantar a alguns questionamentos: será que este fenômeno está relacionado ao processo do contato? Será que estes pacientes ou acompanhantes têm o hábito da bebida alcóolica na sua comunidade? Estes pacientes e/ou acompanhantes têm a consciência dos efeitos causados pela ingestão da bebida alcóolica e suas conseqüências? O que poderá levar um paciente e/ou acompanhante sair às escondidas e voltar bêbado causando problemas para si e para outros pacientes? O usuário da CASAI/RR tem consciência do que a bebida alcóolica pode causar em sua vida? O usuário da CASAI/RR tem consciência do que é bebida alcóolica? Estes questionamentos serão observados em outra oportunidade. Porém esta prática do uso da bebida alcóolica pode ser considerada como resultante do processo de ocupação da Amazônia através dos projetos do governo federal, mas que se intensificaram com a invasão dos garimpeiros às Terras Yanomami, deixando hábitos e costumes danosos a saúde destas populações, entre esses, a ingestão de bebidas destilada como cita a seguir:

Alguns aspectos resultante do processo de contato no Brasil, que devem ser levado em conta no entendimento da atualidade dos povos indígenas, permitindo compreender as possíveis raízes do alcoolismo entre eles. Este processo tem sido violento de várias maneiras. Podemos citar as guerras contra os índios e as agressões físicas que continuam até o presente em certas regiões do país (2005, LANGDON, 2005 p. 114) .

Ainda sobre o assunto diz a autora:

Outro exemplo, ainda mais trágico e recém documentado, é o extermínio dos Xetá do Paraná durante as décadas de 1950 e 1960; em dez anos, o grupo de 300 pessoas foi reduzido a pouco mais de uma dúzia de crianças e adolescentes. Em ambos os casos, a violência se tornou ainda mais marcante com a introdução de novas doenças e o rapto sistemático das crianças que, às vezes, se encontram numa situação de quase escravidão em que poucos chegaram à idade adulta (LANGDON 2005, p. 114).

Continuando ainda sobre o assunto a autora relata:

O caso dos Xetá trata-se de um genocídio acontecido a menos de 40 anos. Porém, a violência e as doenças que o grupo sofreu são características do processo de dominação em todo o Brasil. O papel das epidemias como fator importante no contato não deve ser subestimado. Sabemos que, ao primeiro contato com as doenças européias, as sociedades ameríndias perderam entre 50% e 70% de seus membros. Deste modo, as epidemias trazidas pelos brancos desempenharam um papel central na redução drástica da população indígena. Mas é importante reconhecer que estes fatores biológicos se combinaram com fatores sociais e políticos para terem resultados tão letais (LANGDON, 2005, p. 114-115).

O fenômeno da ingestão da bebida alcoólica pelos usuários da CASAI/RR, tem trazido no âmbito institucional, preocupações com situações graves no contexto do tratamento de saúde realizados por estes usuários como situações de abandono do tratamento, perdas de vidas por parte de acompanhantes e pacientes, agressões físicas com lesões corporais graves, relacionamentos fora do casamento, agressividade, perturbação aos servidores no âmbito do trabalho, trazendo assim insegurança aos profissionais de saúde bem como os demais pacientes e acompanhantes da CASAI. Dentre as etnias que fazem parte da população interna, percebe-se que a dinâmica do abuso do álcool é mais frequência entre duas ou três destas etnias, mas esta observação necessita ser observada com mais critérios o que deverá ser feita no futuro.

Segundo LANGDON (2005), este fenômeno complexo, resultante de vários fatores, entre os quais o contexto sociocultural, tem um papel determinante nas variações de comportamentos e propicia a ingestão de bebidas alcoólicas. As consequências desta perspectiva são múltiplas exige que reexaminemos nosso entendimento de alcoolismo como conceito de doença; que reconhecemos os diversos estilos de beber entre os diferentes povos indígenas e, também, entre os vários grupos de um mesmo povo; e, que as estratégias para contornar o problema sejam baseadas na participação da comunidade em todas as fases de pesquisa e ações práticas. Estes fatores em que enfatiza a autora, contextualizando aos usuários da CASAI, pode estar relacionado ao longo período de ausência de sua comunidade, compromissos estabelecidos e não cumpridos, ausência de sucesso no tratamento de saúde de seu

acompanhante, saudades de familiares, em fim são aspectos peculiares que requer uma análise baseada nas Ciências Sociais e não uma definição voltada para a ótica da biomedicina que entende como uma doença que se manifesta igualmente em todas as culturas. Para LANGDON a descrição abaixo, remete uma visão retrograda que coloca o usuário de bebida em situação pejorativa como explica a abaixo:

O uso atual de bebidas destiladas, também traz consequências negativas para as relações externas ao grupo. Além dos problemas de ordem pública e judicial, o abuso do álcool acarreta um aspecto negativo para a representação étnica dos grupos indígenas, no sentido de que ser alcoólatra é uma característica que a sociedade brasileira atribui ao índio para justificar sua exclusão social (LANGDON, 2005, p. 113).

É necessária que possamos analisar o contexto em que a bebida está sendo consumida, para entendermos com clareza o conceito, nas pesquisas antropológicas têm constatado que as variações têm sido consideradas como desiguais entre cultura e grupos diferentes, deixando explícito que o alcoolismo não é igual para todos como se atribui, mas que se aplica as particularidades de cada contexto cultural de cada povo, é preciso entender o ato de beber, como beber e onde beber. Como podemos observar a maneira de beber, quando e o quanto beber é definido em cada cultura indígena conforme fatores étnicos específicos. O consumo de bebidas fermentadas, tradicionalmente, é uma manifestação das atividades construtivas para o grupo social, expressando sensações e valores particulares de cada grupo. Os índios aprendem a beber segundo seus próprios valores e conforme os comportamentos manifestados por seu grupo (LANGDON, 2005, p. 112).

Considerações Finais

Podemos considerar que o fenômeno do contato da população envolvente com os Povos Indígenas do Brasil ao longo dos anos tem sido danoso, mas em especial com os Yanomami. Este processo teve início na década de 1910 com coletores de produtos da floresta e posteriormente com os missionários, militares, agentes do Serviço de Proteção do Índio-SPI. A partir da década de 1970 com a implantação do Projeto de Integração Nacional que consistia dos Projetos de Desenvolvimento para Amazônia (Projeto de construção da BR Perimetral Norte e implantação do projeto de Colonização) com isso o governo federal buscava a integração da Amazônia com o restante do País, a Venezuela e as Guianas, bem como a povoação da Amazônia, com o lema integrar para não entregar. E por fim com o Projeto Radambrasil, que realizou uma pesquisa sobre recursos minerais na Amazônia e Roraima, revelando que nas terras ocupadas pelos yanomami havia grande quantidade de minérios como

cassiterita, ouro e materiais radiativos. Isto foi o suficiente para que na década de 80 ocorresse a grande evasão de garimpeiros chegando no ano de 1989 uma quantidade de 50.000 garimpeiros nas terras dos Yanomami. Este evento foi considerado como um dos mais danosos nos aspectos social e cultural da vida dos povos Yanomami. Este fenômeno não mudou somente hábitos, mas destruiu vidas através da aquisição de doenças, de violência e eximação de pessoas como o caso de Haximu. A destruição do meio ambiente, fonte vitais para a vida das populações indígenas Yanomami, Yekuana. Outro fator importante foi aquisição de várias doenças até então desconhecidas por aqueles povos, sendo um reflexo direto na saúde dos yanomami o que é evidenciado pelo grande número de pacientes internados na CASAI. Outro fator desagregador adquirido com o processo do contato e que também reflete no processo saúde doença foi aquisição e a utilização de armas de fogo, este instrumento tem sido utilizado nos conflitos interétnicos sendo o resultado letal que tem deixado mulheres sem seus maridos e filhos sem seus pais. Dentre os vários costumes deixados pelo processo do contato podemos relacionar a utilização de bebidas não fermentadas (alcoólicas) o que tem demonstrado ser um desencadeador de vários fatores desagregadores tão letal quanto a utilização de arma de fogo e o reflexo desse problema social reflete na instituição de saúde CASAI, que tem vivenciado a problemática (brigas, agressões física, mortes por acidentes e por afogamentos, descompromissos com acompanhantes no tratamento de saúde) da utilização deste causando transtornos para os profissionais de saúde e pacientes. Podemos observar que a pesar de existir uma Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de Álcool e outras Drogas, não existe especificamente uma ação efetiva voltada para a população indígena o que existe são ações voltadas para o tratamento dos Transtornos Mentais causados por estas drogas e outros psicoativos, estes atendimentos estão disponíveis nos CAPSad, em cadeia com a rede pública de saúde.

Referências Bibliográficas

ALBERT, Bruce. *Ouro Canibal e a Queda do Céu: Uma crítica xamânica da Economia política da Natureza*. Brasília, 1995

_____, Urihi A. a terra-floresta YANOMAMI. Bruce Albert & William Miliken-collaboração de Gale Goodwin Gomez. Instituto de recherche pour Le développement. São Paulo, SP-Brasil, 2009.

BRASIL, Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção À Saúde dos Povos Indígenas. – 2.

Edição – Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/AIDS. Apolítica do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CARNEIRO, da Cunha, Manuela. História dos Índios no Brasil. São Paulo: Companhia das Letras: Secretaria Municipal de Cultura: FAPESP. 1992

CARNEIRO da Cunha, Manuela e ALMEIDA, Mauro W.B. Populações tradicionais e conservação ambiental In: CARNEIRO, DA CUNHA, Manuela. Cultura com aspas e outros ensaios. São Paulo: Cosac Naify, 2009.

CHAVES, Cláudio do Carmo, Oncoercose ocular na Amazônia Brasileira. Tese apresentada ao Departamento de Oftalmologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto – SP, 1994.

GIL, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. Ed.-São Paulo: Atlas, 2010.

LANGDON, E. J. A Doença como experiência: a construção da doença e seu desafio para a prática médica. In: BARUZZI, R. G. e JUNQUEIRA, C. (orgs.). Parque Indígena do Xingu: Saúde, Cultura e História. São Paulo: Terra Virgem, 2005. p. 115-133.

_____, b, Revista Tellus, Ano 5, n. 8/9, p. 103-124,abr./out. O abuso de álcool entre os povos Indígenas no Brasil: uma avaliação comparativa. Campo Grande MS, 2005.

LEONARDI, Victor Paes de Barros. Fronteiras amazônicas do Brasil: saúde e história social – Brasília: Paralelo 15; São Paulo: Marco Zero, 2000.

MAGALHÃES, Edgar Dias. O Estado e a saúde indígena: a experiência do Distrito Sanitário Yanomami, Brasília: UNB, 2001. Dissertação de Mestrado em Política Social, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Brasília, 2001.

PITHAN, Oneron de Abreu. “O Modelo Hekura para Interromper a Transmissão da Malária: Uma Experiência de Ações Integradas de Controle com os Indígenas Yanomami na Virada do Século XX”. Rio de Janeiro, 2005. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2005.

Normas para Apresentação dos Trabalhos Técnico Científicos da Universidade Federal de Roraima, 2011.

RELATÓRIO DE ATIVIDADES DA CASAI, 2008.

RORAIMA. CENTRO DE INFORMAÇÃO DA DIOCESE. O Crepúsculo do Povo Yanomami: sobrevivência ou genocídio? Boletim n. 13, 1988.

YANOMAMI: A Todos os Povos da Terra. Segundo relatório da Ação pela Cidadania sobre o caso Yanomami, referente a acontecimentos no período de junho de 1989 a maio de 1990.