

# Dominando la malaria

Un nuevo modelo de salud para poblaciones indígenas en Brasil

Lêda Leitão Martins

*Ubiratan Pedrosa, el director de las divisiones operativas de la FNS en Brasilia, cree que cada Distrito adecuará su propio programa basándose en el modelo macuxi. El Distrito de Salud Oriental de Roraima --también conocido como Distrito Macuxi-- es uno de los dos primeros que se implementarán en el país. El otro es el Distrito Yanomami, también en Roraima. Los departamentos de salud municipales realizarán campañas de inmunización y estarán a cargo de la construcción de nuevos puestos de salud. Instituciones no gubernamentales y religiosas continuarán suministrando profesionales, asistencia y equipo médicos. La Iglesia Católica recibirá fondos gubernamentales para operar un hospital y proporcionará alojamiento en Boa Vista para indígenas enfermos. Todo se hará de conformidad con la organización política y cultural macuxi.*

*El elemento revolucionario de este programa de salud es la mayor participación de la organización macuxi. El gobierno federal transferirá fondos al CIR para pagar, capacitar y supervisar a los agentes de salud indígenas y a los técnicos de laboratorio, y para comprar y distribuir medicinas. Puesto que es extremadamente difícil y caro conseguir profesionales médicos para que trabajen en los lugares remotos de la región del Amazonas, la mayoría de la atención primaria en el Distrito de Salud Oriental será proporcionada por los indígenas mismos. En general, las diferencias culturales entre no indígenas e indígenas sólo resultan en malentendidos y conflictos. Además, el CIR y otras organizaciones sin fines de lucro pueden comprar material y contratar personas más rápidamente y a un costo más bajo que las instituciones gubernamentales, debido a los requisitos burocráticos que éste las últimas deben seguir.*

*En conclusión, el Distrito Macuxi es una solución menos cara y más eficiente para el gobierno brasileño. El Distrito de Salud costará tres millones de reais en*

Jacir de Souza es el alcalde tuxáua (líder) de los macuxi, un grupo de indígenas que vive en el estado de Roraima, al extremo norte de la región del Amazonas en Brasil. Como tuxáua, de Souza ha sido el líder de la campaña oficial para el reconocimiento de las tierras macuxi. En 1990 perdió a su esposa por la malaria y casi abandonó su trabajo. "Fue tan trágico y triste perder a mi esposa y compañera en nuestra lucha que yo pensé en mudarme a Amapá [el estado vecino]" dice Jacir. En ese entonces Maturuca, su aldea, carecía de las más mínimas instalaciones médicas, y tomó casi dos semanas el arreglar su viaje al hospital más cercano en Boa Vista, la capital del estado. Para cuando el transporte fue arreglado era demasiado tarde; ella murió en el camino. Esto fue no sólo una tragedia personal para Jacir, muchos otros sufrieron el mismo destino y la epidemia creció. Al año siguiente hubo aproximadamente 10.000 casos de malaria en el territorio macuxi.

Ahora, una década después, Maturuca tiene una clínica con un laboratorio, paneles solares que proporcionan electricidad, y seis agentes indígenas de salud. Las personas con urgencias médicas son evacuadas por aeroplano, y la malaria está bajo control. Ellos tienen registrados solamente 358 casos de malaria en esa región hasta ahora en este año. La clínica de Maturuca ahora atiende 15 aldeas en la región de las montañas y hasta algunos de los indios macuxi que viven en la vecina Guyana. La experiencia de Jacir y su esposa no tiene que ser repetida. Un nuevo sistema de salud ha surgido, el cual combina las ventajas de las ONG, el gobierno brasileño, y sobre todo los macuxi.

## Los macuxi

Los macuxi constituyen la tribu más grande dentro del territorio indígena llamado Raposa-Serra do Sol en la esquina nordeste del estado de Roraima. La reserva se extiende a lo largo de las fronteras entre Brasil y Guyana, al este, y con Venezuela, al norte. La población comprende 19.000 habitantes aproximadamente, incluyendo aquellos que viven en ambos lados de la frontera. La mitad sur del territorio macuxi es sabana y la otra mitad norte se encuentra en la cordillera del Escudo de Guyana, una de las formaciones más antiguas sobre la tierra. Este es una región caracterizada por mesas, cascadas y plantas de especies prehistóricas, que inspiraron al autor británico, Sir Arthur Conan Doyle a escribir "El Mundo Perdido."

En los 30 años de lucha por el reconocimiento oficial, los macuxi han desarrollado un sistema complejo y bien estructurado de organización política interna e interacción con las organizaciones no indígenas. El Consejo Indígena de Roraima (CIR), ha permitido a los macuxi convertirse en actores importantes de los movimientos indígenas en el ámbito nacional. En 1996 The New York Times los llamó "el grupo indígena más organizado" en Brasil. Su capacidad de organización contribuyó a la transformación del sistema de salud. Más aún el deseo de los macuxi de mejorar su asistencia médica, su habilidad de asegurar la asistencia de organizaciones no gubernamentales, religiosas y gubernamentales, y su involucramiento dinámico en la creación de un sistema específico de asistencia médica para sus necesidades fue fundamental para el sistema de salud. Cambios en la política gubernamental hacia la gente indígena --específicamente su inclusión en la planeación y evaluación de sus sistemas de asistencia médica-- también fue clave para el mejoramiento de las condiciones en las aldeas macuxi. El resultado es que el sistema de asistencia médica de los macuxi es un ejemplo pionero que está siendo implementado en el resto del país.

Gastão André es probablemente el agente de salud macuxi más experimentado y actualmente sirve como coordinador para todos los agentes de la región montañosa. Él fue escogido para trabajar como agente de salud en 1978 cuando Jacir fue elegido por la comunidad para ser el tuxáua de Maturuca. En ese entonces Gastão tenía que viajar casi dos días a una misión católica en donde recibió su capacitación inicial. Las monjas católicas, entrenadas como enfermeras, dictaron los cursos de capacitación que Gastão y otros recibieron en 1978 y después en los años ochenta. "Éramos unos pocos solamente y nunca antes habíamos estudiado acerca de la salud, pero queríamos aprender." Querían ser autosuficientes y no dependientes de la caridad, explicó Gastão.

Después de ese primer curso de capacitación, la gente de Maturuca construyó una pequeña choza donde Gastão atendía a sus pacientes y almacenaba las medicinas distribuida por los sacerdotes. La mayoría de sus casos eran gripes, parásitos intestinales, enfermedades de la piel y algunos problemas respiratorios. Si había un caso serio que ni él ni el chamán podían curar, el paciente tenía que ir a uno de los dos asentamientos mineros para solicitar por radio transporte a la capital del estado. A causa del maltrato y la discriminación en los asentamientos, los macuxi iban allí como un último recurso. Así que Gastão y el chamán, un médico tribal, hacían todo lo que podían para tratar a cualquier paciente que los visitara.

Además de los misioneros de la Iglesia Católica, los misioneros protestantes de la Misión Evangélica del Amazonas (MEVA) capacitaron a los agentes de salud y proporcionaron a las comunidades medicinas y algunos servicios de salud. La Fundação Nacional do Índio (FUNAI), el equivalente brasileño del Ministerio de Asuntos Indígenas de Estados Unidos, algunas veces distribuía medicinas en las aldeas, ofrecía transportación a los pacientes de Boa Vista y ofrecía cuidados mínimos dando posada a indígenas enfermos en la ciudad.

## Las epidemias

La situación de salud de los macuxi empezó a deteriorarse durante la fiebre del oro de 1987, la cual fue precipitada por la fiebre del oro en el área indígena de Yanomami en la región occidental de Roraima. La malaria se propagó rápidamente a través de los charcos de agua estancada creados por las técnicas mineras que encauzaban el agua a través de las aldeas Macuxi y también de las de los indios de la región taurepang, ingarikó y wapixana.

Los mineros también propagaron otras enfermedades respiratorias y de transmisión sexual, las cuales, junto con el incremento de la violencia en el área fueron las mayores causas de muerte y desintegración social entre los macuxi. Paulo Daniel, un doctor que ha estado trabajando con los macuxi por cinco años, explica que nadie sabe el número exacto de indios que murieron o se enfermaron entre 1990 y 1993 porque no había un sistema organizado de asistencia médica o de obtención de datos. Él supone que, "en aquellos años críticos probablemente hubo más del doble del número de casos que fueron registrados en 1995, cuando la población indígena ya estaba recibiendo asistencia médica regular". Esto significa que en 1990, cuando la esposa de Jacir murió, hubo posiblemente 10.000 casos de malaria en una población de 12.000 personas.

Gastão, el chamán y el pequeño puesto de salud en Maturuca no fueron suficientes para manejar la explosión de malaria alrededor de Maturuca. Dionito de Souza, el actual técnico de laboratorio de Maturuca, describe el caos así: "venía gente enferma de otras aldeas buscando ayuda todo el tiempo. No había suficiente espacio para todos en nuestro antiguo puesto de salud, así que la gente colgaba

### ***Medicinas, microscopios y chamanes***

*Con medicina adecuada y la capacidad para diagnosticar malaria en Maturuca, Gastão y los demás agentes de salud, inmediatamente comenzaron a tratar a los pacientes que llegaban al puesto y también a hacer lo que localmente se le llama una "búsqueda activa", un método de tratar la enfermedad antes de que aparezcan sus síntomas. Un agente de salud y un técnico de laboratorio van a una aldea y examinan a todo mundo en busca de malaria, para poder tratar a las personas infectadas aún antes de que caigan enfermas e infecten a otras gentes. Este equipo usualmente es acompañado por un grupo de exterminadores que matan a los mosquitos adultos en la aldea e interrumpen la transmisión de sangre infectada. Este es un método eficiente en el control de malaria, especialmente si las visitas son frecuentes y si se puede impedir la llegada de personas infectadas al área. Los macuxi llevaron a cabo búsquedas activas en las 50 aldeas de la región montañosa, habitada por 5.626 personas. Los técnicos de laboratorio también aprendieron a detectar parásitos, infecciones urinarias, tuberculosis, leishmaniasis y oncocercosis. Dionito está decepcionado porque no puede efectuar otras pruebas de sangre en Maturuca, tales como la de detección de la anemia, ya que carece de una centrífuga eléctrica. Gastão y los demás agentes de salud ahora están capacitados para llevar a cabo suturas pequeñas y recetar medicinas para infecciones respiratorias menores, enfermedades parasíticas, problemas de la piel y otras enfermedades comunes. La Iglesia Católica ha animado a los indígenas a que usen sus conocimientos sobre plantas medicinales para tratar ciertos tipos de problemas de salud, tales como dolores, infecciones e hinchazones. En Maturuca hay un huerto de plantas medicinales contiguo al puesto de salud, con muchas plantas nativas y unas cuantas de diferentes partes del país, que las monjas han traído a los macuxi. El pueblo macuxi ha podido combinar la medicina occidental con su tradición chamánica. Detrás del puesto, hay una casa de adobe y paja donde el pajé, o chamán, "bate hojas" sobre los pacientes. El pajé canta, reza y baila alrededor del paciente con un batir poderoso y rítmico o un sacudir, de hojas especiales. Los pajés macuxi ya no usan drogas alucinógenas, pero sí usan tabaco y una bebida alcohólica nativa. Incorporan espíritus que pueden ayudarles a diagnosticar y curar la enfermedad. Los chamanes también recetan té de hierbas para sus pacientes, como parte del tratamiento. Gastão usualmente verifica su propio diagnóstico con el pajé, y cuando se le pregunta acerca de la condición de un paciente, él da su opinión y la del chamán. En la mayoría de los casos en Maturuca, los pacientes reciben*

*tratamiento chamánico y tratamiento occidental.*

*El pueblo macuxi atribuye la mayoría de sus enfermedades al hechizo de un ser, mitad humano y mitad animal, conocido con el nombre de Canaimé. Creen que la magia negra de un Canaimé puede debilitar y matar sus espíritus, y solamente las plegarias del chamán pueden curar el espíritu y el cuerpo de una víctima. Durante una visita a Maturuca, había una mujer con una irritación en los ojos que Gastão no pudo diagnosticar, y pensó que sería necesaria una evacuación a Boa Vista. Sin embargo, Gastão y la paciente acordaron que ésta última se sometiera a un tratamiento de ocho días con el chamán, antes de tomar la decisión final de ir a la ciudad. La mujer se curó y jamás tuvo que ir a Boa Vista.*

sus hamacas de los árboles y casas en los alrededores. Casi todos cayeron enfermos de malaria en Maturuca. La gente no pudo trabajar en sus huertas, cazar o pescar. Por consiguiente, también hubo hambre aquí". A esto se añadían otras dificultades. En 1993 no había microscopio o técnicos entrenados en las aldeas de los macuxi para diagnosticar los casos de malaria y recetar el tratamiento adecuado. Gastão y otros agentes de salud tenían que mandar las muestras de sangre a Boa Vista y esperar 10 días o más para recibir los resultados. Mientras tanto la gente moría. Desesperados, algunos tomaban cualquier medicina que pudieran encontrar, con la creencia de que los curaría, pero esto en realidad incrementó los problemas de resistencia a ciertas medicinas contra la malaria. Otros simplemente se fueron del puesto de salud. El transportarse a la ciudad era difícil para los indios pues tenían que depender de los colonos de la FUNAI.

### **Agentes macuxi de salud**

La participación de diferentes organizaciones en el programa de salud macuxi es un aspecto importante del tipo de servicio que fue desarrollado en el área. Desde 1993 profesionales de varias organizaciones se han encargado de organizar y financiar los puestos de salud y el equipo para los agentes de salud y los técnicos de laboratorio y ofrecerles instrucción. De 1993 a 1999 la organización internacional Médicos Sin Fronteras (MSF) también fue responsable de la distribución de medicinas y la supervisión de los agentes de salud y los técnicos de laboratorio en el área montañosa del territorio macuxi. Hoy en día 88 agentes de salud y 19 técnicos de laboratorio indígenas trabajan dentro del territorio de Raposa/Serra do Sol.

En 1994 la MSF inició un programa de urgencia en el área. La MSF trabajó junto con otras organizaciones religiosas y gubernamentales siguiendo las políticas internas de las aldeas macuxi. Dionito de Souza y algunos otros hombres y mujeres (las últimas en menor número) fueron escogidos por sus aldeas para recibir capacitación en trabajo de laboratorio y él se convirtió en técnico especializado en el manejo del microscopio. La FUNAI se encargó del transporte al lugar de capacitación; la MSF pagó los costos de la alimentación, el alojamiento y los materiales para el curso, y la FNS (Fundación Nacional de Salud) impartió la instrucción.

Los indígenas escogidos para proporcionar atención de salud se seleccionan considerando la dinámica interna de las aldeas con respecto a parentesco, género, edad e interés personal. El Dr. Paulo Daniel piensa que las personas nombradas por sus comunidades tienen un índice más alto de éxito en hacer su trabajo y permanecen más tiempo en sus posiciones que aquellos que son seleccionados por instituciones no indígenas. Más aún, este proceso establece una relación contractual entre los agentes de salud, los técnicos de laboratorio y las comunidades. En 1996, cuando los agentes de salud y los técnicos empezaron a recibir salario mínimo mensual (pagado por la SNS a través del CIR), las aldeas macuxi decidieron que las posiciones y los salarios pertenecerían a las comunidades y no a los individuos. De esa manera, si un agente de salud se va de la comunidad, la aldea puede asignar el salario a la persona que asume el trabajo.

Los seis agentes de salud de Maturuca encontraron una solución al problema de combinar el trabajo de asistencia para la salud con el cuidado de sus hijos, el cultivo de sus huertas, la elaboración de la bebida básica de mandioca fermentada conocida como caxiri, la cacería y la pesca, por mencionar algunas tareas cotidianas. Trabajan por turno en la clínica cada semana, así todos tienen tiempo libre. Cuando es la semana de turno de Gastão, la aldea sabe que habrá poca caza y pesca, ya que Gastão aún es el mejor cazador y pescador de Maturuca, y bien conocido por su generosidad así como su dedicación a la salud de su gente.

El trabajo de los agentes de salud y los técnicos de laboratorio encaja dentro de la estructura general de organización que los Macuxi han desarrollado para lidiar con los problemas y necesidades que surgen por el contacto con la sociedad brasileña. Seis aldeas son centros locales que sostienen a las comunidades de sus alrededores. Estas aldeas deben ser equipadas con buenas pistas de aterrizaje, escuelas, radios, chozas grandes para reuniones, dispensarios, maestros indígenas capacitados, técnicos de laboratorio, agentes de salud y huertas grandes para la provisión de alimentos para las reuniones. Los centros funcionan como recursos para otras aldeas y una alternativa a la capital del estado o los asentamientos. Lo que los macuxi buscan son grupos y organizaciones que puedan trabajar como socios en ayudarlos a implementar este plan. Creen que este modo de organización reduce el éxodo de gente joven a la ciudad, minimiza los conflictos culturales con la población blanca y mejora las condiciones de vida.

El éxito del trabajo del equipo de salud macuxi en Maturuca es evidente en la disminución del índice de malaria en años recientes. En 1995 la clínica registró 1.179 casos, en 1996 el número de casos se redujo drásticamente a 101. Este año hasta el momento, Dionito ha diagnosticado sólo tres exámenes positivos de malaria en su aldea.

### **De puestos de salud a un sistema de salud**

La transformación en el sistema y situación de salud de los macuxi se debió a una combinación de la propia organización de los macuxi, y a unos cuantos cambios importantes en las políticas del gobierno hacia los pueblos indígenas. El primer paso práctico en esta dirección fue la creación de una entidad, compuesta de todas las organizaciones interesadas en la atención de la salud para los pueblos indígenas, y de los indígenas mismos, con un número igual de votos. Este cuerpo, denominado el Núcleo Interinstitucional de Salud Indígena (NISI), fue instituido en Roraima, por el Ministerio de Salud, en 1993. El NISI tiene la función de coordinar e integrar las actividades de todos los proveedores de servicios de atención de la salud, y facilita la participación de los indígenas en las decisiones concernientes al cuidado de su salud. Cada estado brasileño eventualmente tendrá su propio NISI. El NISI está integrado por representantes de los ocho grupos indígenas que viven en Roraima, pero únicamente los macuxi, los wapixana y los taurepang, participan de manera regular y activa en las reuniones. Esto se debe a que solamente estas tribus tienen organizaciones formales, un acceso relativamente fácil a Boa Vista y representantes que dominan el idioma portugués. La organización de los macuxi, CIR, se convirtió en el miembro indígena más influyente del NISI, y a través de éste los indígenas pudieron movilizar el apoyo de varias organizaciones, tanto no gubernamentales como del gobierno.

Médecins Sans Frontiers (MSF) había llegado a Roraima para asistir a los yanomami, en la parte oriental del estado, pero los macuxi pudieron desplazar el proyecto de la MSF a su propio territorio por medio de su participación en el NISI. La importancia que los macuxi dan a ser capaces de decidir qué programas de salud son los más adecuados a su cultura, es aptamente demostrada en su relación con la MSF. Cuando la MSF originalmente acordó trabajar en la región montañosa de Raposa/Serra do Sol, el NISI recomendó que la MSF construyera laboratorios, distribuyera microscopios y capacitara a personas indígenas para que identificaran y trataran la malaria y otras enfermedades comunes. Sin embargo, la MSF decidió unilateralmente instalar algunos de los

laboratorios y puestos de salud en los campamentos de los mineros auríferos. Para los macuxi, esta decisión estaba flagrantemente opuesta a su lucha por fortalecer sus propias comunidades. Además, los macuxi tenían miedo de acercarse a los campamentos, debido a la violencia que algunos miembros habían experimentado en sus visitas.

Los macuxi, a quienes se unieron los líderes taureapang y wapixana, expresaron sus quejas al NISI respecto a la estrategia de la MSF. Juntos, los líderes indígenas entonces comunicaron su descontento a las oficinas generales de la MSF en Amsterdam, quienes respondieron con una visita al sitio y la substitución del liderazgo local de la MSF. En esta situación, los indígenas usaron una arena legítima, el NISI, para lograr sus fines. La legalidad y la institucionalización del NISI proporcionaron una plataforma para la bien articulada presión por parte de miembros indígenas y no indígenas, y persuadieron a la MSF reconsiderar su posición. El NISI emergió fortalecido por esta experiencia, y los indígenas vieron crecer su confianza en su capacidad para alterar eventos que afecten su estilo de vida.

El programa de la MSF terminó en diciembre de 1998, y se suponía que la FNS tomaría su lugar, pero esto no ha ocurrido todavía. El sistema de salud macuxi sigue adelante, pero más precariamente. Gastão, Dionito y Jacir temen que sin medicinas, ni equipo bien mantenido y capacitación constante, no podrán sostener la misma calidad de cuidados para sus personas. “Me preocupa que el número de evacuaciones a Boa Vista vaya a aumentar, y que no podremos mantener reducido el número de casos de malaria”, afirma Gastão. La clínica carece hasta de aspirina para darle a los pacientes.

Dionito tiene la esperanza de que el Distrito de Salud que está a punto de comenzar a trabajar resolverá sus problemas actuales. Los Distritos de Salud Indígenas son el meollo de la nueva estrategia del Ministerio de Salud para suministrar cuidados a la población indígena de Brasil. Emergiendo de la red organizativa del NISI, el modelo del Distrito está diseñado para poner en plena práctica la coordinación de acciones entre las instituciones, y participación y control totales por parte de los indígenas. En el sistema de Distrito, el control sobre los procesos lo tiene el Consejo de Distrito, en el cual las instituciones municipales, estatales y federales participan junto con organizaciones no gubernamentales y religiosas, y las comunidades indígenas. La mitad de los votos en el consejo pertenecen a las organizaciones indígenas y la otra mitad a las organizaciones que proveen los servicios. El Consejo de Distrito tendrá más poder jurídico que el NISI para aprobar y evaluar proyectos de salud, y tendrá jurisdicción sobre un área específica. Los Distritos de salud fueron concebidos basándose en la distribución geográfica de los grupos indígenas, y no en delimitaciones políticas. Así, un Distrito en particular puede comprender varias municipalidades y estados.

Ubiratan Pedrosa, el director de las divisiones operativas de la FNS en Brasilia, cree que cada Distrito adecuará su propio programa basándose en el modelo macuxi. El Distrito de Salud Oriental de Roraima --también conocido como Distrito Macuxi-- es uno de los dos primeros que se implementarán en el país. El otro es el Distrito Yanomami, también en Roraima. Los departamentos de salud municipales realizarán campañas de inmunización y estarán a cargo de la construcción de nuevos puestos de salud. Instituciones no gubernamentales y religiosas continuarán suministrando profesionales, asistencia y equipo médicos. La Iglesia Católica recibirá fondos gubernamentales para operar un hospital y proporcionará alojamiento en Boa Vista para indígenas enfermos. Todo se hará de conformidad con la organización política y cultural macuxi.

El elemento revolucionario de este programa de salud es la mayor participación de la organización macuxi. El gobierno federal transferirá fondos al CIR para pagar, capacitar y supervisar a los agentes de salud indígenas y a los técnicos de laboratorio, y para comprar y distribuir medicinas. Puesto que es extremadamente difícil y caro conseguir profesionales médicos para que trabajen en

los lugares remotos de la región del Amazonas, la mayoría de la atención primaria en el Distrito de Salud Oriental será proporcionada por los indígenas mismos. En general, las diferencias culturales entre no indígenas e indígenas sólo resultan en malentendidos y conflictos. Además, el CIR y otras organizaciones sin fines de lucro pueden comprar material y contratar personas más rápidamente y a un costo más bajo que las instituciones gubernamentales, debido a los requisitos burocráticos que éste las últimas deben seguir.

En conclusión, el Distrito Macuxi es una solución menos cara y más eficiente para el gobierno brasileño. El Distrito de Salud costará tres millones de reais en fondos federales (aproximadamente \$1'700.000 dólares de los EE.UU.) anuales, para servir a una población de cerca de 20.000 personas, incluyendo todos los grupos indígenas en el Distrito Oriental. Esta es la mitad del costo del Distrito de Salud Yanomami, que presta servicios a solamente 12.000 personas. Los macuxi esperan que el Distrito les ofrezca los medios para enfrentarse a su manera con las enfermedades, la muerte y la vida.

### ***Lecciones aprendidas***

*La coordinación de actividades entre diferentes organizaciones que tienen metas similares ahorra gente, dinero y tiempo, eleva la calidad del servicio e incrementa el número de actividades que pueden lograrse.*

*Cuando los beneficiarios asumen el papel de socios en un proyecto, aceptan más responsabilidad y trabajan con mayor ahínco para ayudar a lograr sus fines. Los proyectos en los que participa la población indígena deben ser lo suficientemente flexibles para incorporar nuevos enfoques para lograr tareas familiares que puedan ser moldeadas a normas culturales occidentales.*

*El ver que todos los participantes, especialmente los beneficiarios, tomen parte en la planificación y ejecución de un proyecto dado, no solo aumenta las probabilidades de éxito del proyecto, sino que también puede producir soluciones creativas a viejos obstáculos.*

**Leda Martins** ha trabajado con grupos indígenas de la región del Amazonas por los últimos ocho años y nació y fue criada en Roraima, Brasil. Actualmente es candidata al Doctorado en antropología de la Universidad Cornell. En 1992 trabajó para la Fundación Nacional de Salud (FNS), la institución federal en Brasil a cargo de proveer asistencia médica a la gente indígena. Ha seguido el desarrollo del sistema de salud macuxi como periodista, empleada del gobierno y como voluntaria durante los últimos siete años. También fue becaria de la IAF en el Programa de Becas para Estudios de Posgrado en Estados Unidos.. La autora desea expresar sus agradecimientos al señor Juan M. Norvell quien revisó las primeras versiones del artículo y proporcionó las fotografías que lo acompañan.

Controle da malária - de Lêda Leitão Martins

Um novo modelo de saúde para populações indígenas do Brasil

### **CONTROLE DA MALÁRIA:**

Um novo modelo de saúde para populações indígenas do Brasil

Leda Leitão Martins

Jacir de Souza é o prefeito tuxáua (líder) dos Macuxi, um grupo de indígenas que vivem no estado de Roraima ao extremo norte da região amazônica do Brasil. Como tuxáua, Souza foi o líder da campanha oficial para o reconhecimento das terras Macuxi. Em 1990 perdeu a esposa pela malária e quase abandonou seu trabalho. "Foi tão trágico e triste perder minha esposa e companheira em nossa luta que pensei em me mudar para o Amapá [estado vizinho]" diz Jacir. Naquela época, Maturuca, sua aldeia, carecia das mínimas instalações médicas e levou quase duas semanas para conseguir sua viagem ao hospital mais próximo em Boa Vista, capital do estado. Quando finalmente se conseguiu o transporte, já era demasiado tarde: ela morreu no caminho. Esta foi não só uma tragédia pessoal para Jacir, mas muitos outros sofreram o mesmo destino e a epidemia alastrou-se. No ano seguinte havia aproximadamente 10,000 casos de malária no território Macuxi.

Agora, uma década depois, Maturuca tem uma clínica com um laboratório, painéis solares que fornecem eletricidade e seis agentes de saúde indígenas. As pessoas com emergências médicas são evacuadas de avião e a malária está sob controle. Até agora neste ano foram registrados somente 358 casos de malária nesta região. A clínica de Maturuca atualmente atende a 15 aldeias na região das montanhas e até a alguns dos índios Macuxi que vivem na vizinha Guiana. A experiência de Jacir e sua esposa não se deveria repetir. Surgiu um novo sistema de saúde que combina os ativos das ONGs, do governo brasileiro e sobretudo dos Macuxi.

### Os Macuxi

Os Macuxi são a maior tribo maior do território indígena chamado Raposa-Serra do Sol na região nordeste do estado de Roraima. A reserva estende-se ao longo das fronteiras entre o Brasil e a Guiana, a leste, e com a Venezuela, ao norte. O número de membros eleva-se a aproximadamente 19,000 pessoas, incluindo os que vivem em ambos os lados da fronteira. A metade sul do território de Macuxi é uma savana. A metade norte está escarranchada na cordilheira do Escudo da Guiana, uma das formações mais antigas da terra. É uma região caracterizada por mesas, cascatas e plantas de espécies pré-históricas, que inspiraram Sir Arthur Conan Doyle, autor britânico, a escrever *The Lost World* (O Mundo Perdido).

Durante os 30 anos de luta pelo reconhecimento oficial, os Macuxi desenvolveram um sistema complexo e bem estruturado de organização política interna e interação com as organizações não-indígenas. O Conselho Indígena de Roraima (CIR) permitiu aos Macuxi se transformarem em atores importantes dos movimentos indígenas no âmbito nacional. Em 1996 *The New York Times* os denominou "o grupo indígena mais organizado" do Brasil. Sua capacidade de organização contribuiu para a transformação do sistema de saúde. Além disso, o desejo dos Macuxi de melhorar sua assistência médica, sua capacidade de assegurar a assistência de organizações não-governamentais, religiosas e governamentais e sua participação dinâmica na criação de um sistema específico de assistência médica para suas necessidades foram fundamentais para o sistema de saúde. Mudanças na política governamental para os indígenas - especificamente sua inclusão no planejamento e avaliação de seus sistemas de assistência médica - foram também essenciais para a melhoria das condições nas aldeias Macuxi. O resultado é que o sistema de assistência médica dos Macuxi é um exemplo pioneiro que está sendo implementado no resto do país.



Gastão André provavelmente é o agente de saúde Macuxi mais experimentado e atualmente atua como coordenador de todos os agentes da região montanhosa. Foi escolhido para trabalhar como agente de saúde em 1978 quando Jacir foi eleito pela comunidade para ser o tuxáua de Maturuca. Naquela época, Gastão precisava viajar quase dois dias a uma missão católica onde recebia seu treinamento inicial. As freiras católicas treinadas como enfermeiras deram os cursos de treinamento que Gastão e outros receberam em 1978 e depois na década de 1980. "Naquela época éramos poucos e nunca tínhamos estudado assuntos sobre saúde, mas queríamos aprender." Eles queriam ser auto-suficientes, não dependentes da caridade, explicou Gastão.

Depois desse primeiro curso de treinamento, o povo de Maturuca construiu uma pequena choça onde Gastão atendia aos pacientes e armazenava os remédios distribuídos pelos sacerdotes. A maioria dos casos eram gripes, parasitos intestinais, doenças da pele e alguns problemas respiratórios. Se houvesse algum caso grave que ele ou o xamã não pudessem curar, o paciente tinha de ir a um dos dois assentamentos mineiros para pedir por rádio um transporte da capital do estado. Devido aos maus-tratos e à discriminação nos assentamentos, os Macuxi somente iam lá como último recurso. Assim, Gastão e o xamã, um médico tribal, faziam todo o possível para tratar qualquer paciente que viesse a eles.

Além da Igreja Católica, os missionários protestantes da Missão Evangélica do Amazonas (MEVA) treinaram os agentes de saúde e proporcionaram às comunidades remédios e alguns serviços de saúde. A Fundação Nacional do Índio (Funai), o equivalente brasileiro do Serviço de Assuntos Indígenas dos Estados Unidos, às vezes distribuía remédios nas aldeias, oferecia transporte aos pacientes para Boa Vista e prestava cuidados mínimos abrigando indígenas doentes na cidade.

#### As epidemias

A situação de saúde dos Macuxi começou a deteriorar-se durante a corrida do ouro de 1987, precipitada pela corrida do ouro na área dos índios Yanomami na parte ocidental de Roraima. A malária alastrou-se rapidamente por meio dos charcos de água estancada criados pelas técnicas de mineração canalizadas através das aldeias Macuxi, bem como das aldeias dos índios da região Taurepang, Ingarikó e Wapixana.

Os mineiros também levaram outras doenças respiratórias e sexualmente transmissíveis, as quais, junto com o aumento da violência na área, foram as causas principais de morte e desintegração social entre os Macuxi. Conforme explica Paulo Daniel, médico que há cinco anos trabalha com os Macuxi, ninguém sabe o número exato de índios que morreram ou adoeceram de 1990 a 1993, porque não havia um sistema organizado de assistência médica ou de coleta de dados. Segundo ele, "naqueles anos críticos provavelmente houve mais do que o dobro do número de casos registrados em 1995 quando a população indígena já estava recebendo assistência médica regular." Isto significa que em 1990, quando a esposa de Jacir morreu, já havia possivelmente 10.000 casos de malária entre uma população de 12.000 pessoas.

Gastão, o xamã e o pequeno posto de assistência médica em Maturuca não conseguiram manejar a explosão de malária nos arredores de Maturuca. Dionito de Souza, o atual técnico de microscópio de Maturuca, assim descreve o caos: "havia gente doente vindo de outras aldeias buscando ajuda o tempo todo. Como não havia espaço suficiente para todos em nosso antigo posto de saúde, as pessoas penduravam as redes nas árvores e casas ao redor do posto. Quase todos foram vítimas de malária em Maturuca. As pessoas não podiam trabalhar nas hortas, caçar ou pescar. Por conseguinte, aqui também houve fome." Para complicar ainda mais a situação, em 1993 não havia microscópio ou técnicos treinados nas aldeias dos Macuxi para diagnosticar os tipos de malária e receitar o tratamento adequado. Gastão e outros agentes de assistência médica tinham de mandar as amostras de sangue a Boa Vista e esperar 10 dias ou mais pelos resultados. Nesse ínterim, as

peças morriam. Desesperados, alguns tomavam qualquer remédio que pudessem encontrar, convencidos de que ficariam curados, mas isso na realidade aumentou os problemas de resistência a certas drogas contra a malária. Outros simplesmente deixaram o posto de assistência. O transporte à cidade era difícil para os índios, uma vez que dependiam da Funai ou dos colonos.

### Agentes de saúde Macuxi

A participação de diferentes organizações no programa de assistência médica aos Macuxi é um aspecto importante do tipo de serviço desenvolvido na área. Desde 1993, foram organizados postos de saúde e equipamento para os agentes de saúde e técnicos em microscópio, financiados e ensinados por profissionais de várias organizações. De 1993 a 1999 a organização internacional Médicos Sem Fronteiras (MSF) também foi responsável pela distribuição de remédios e supervisão dos agentes de saúde e técnicos em microscópio na área montanhosa do território Macuxi. Hoje há 88 agentes de saúde indígenas e 19 técnicos de microscópio indígenas trabalhando no território de Raposa/Serra do Sol.

Em 1994, a MSF iniciou um programa de emergência na área. Trabalhou em conjunto com outras organizações religiosas e governamentais e em conformidade com as políticas internas das aldeias Macuxi. Dionito de Souza e alguns outros homens e mulheres (estas últimas em menor número) foram escolhidos por suas aldeias para serem treinados em trabalho de laboratório. O transporte ao treinamento foi conseguido pela Funai e a comida, o alojamento e os materiais para o curso foram pagos pela MSF. A Fundação Nacional de Saúde (FNS) proporcionou a instrução.

Os índios escolhidos para prestar serviços médicos são selecionados de acordo com as dinâmicas internas das aldeias no tocante a parentesco, gênero, idade e interesse pessoal. Na opinião do Dr. Paulo Daniel, as pessoas escolhidas pela respectiva comunidade têm maior probabilidade de êxito no trabalho e de permanecer mais tempo no cargo do que as pessoas selecionadas por instituições não-indígenas. Além disso, este processo estabelece uma relação contratual entre os agentes de saúde e técnicos de microscópio e as respectivas comunidades. Em 1996, quando os agentes de saúde e os técnicos começaram a receber salário mínimo por mês (pagos pela FNS por meio do CIR) as aldeias Macuxi decidiram que os cargos e os salários pertenceriam às comunidades e não aos indivíduos. Dessa forma, se um agente de saúde deixasse a comunidade, a aldeia poderia alocar o salário a outra pessoa que trabalharia aí.

Os seis agentes de saúde de Maturuca encontraram uma solução para os desafios de combinar o trabalho de assistência médica com o cuidado dos próprios filhos, cultivo das hortas, fabricação da bebida básica de mandioca fermentada conhecida como caxiri, caça e pesca, para mencionar algumas tarefas cotidianas. Faziam turnos semanais na clínica e assim todos tinham tempo livre. Quando é a semana de Gastão de estar de turno no posto de assistência, a aldeia sabe que haverá pouca caça e pesca, uma vez que Gastão ainda é o melhor caçador e pescador de Maturuca e muito conhecido por sua generosidade e dedicação à saúde de seu povo.

O trabalho dos agentes de assistência médica e dos técnicos de microscópio enquadra-se na estrutura organizacional geral que os Macuxi desenvolveram para lidar com os problemas e as necessidades decorrentes do contato com a sociedade brasileira. Seis aldeias são centros locais que apoiam as comunidades ao seu redor. Essas aldeias devem ser equipadas com boas pistas de aterrissagem, escolas, rádios, choças grandes para reuniões, postos de saúde, professores indígenas treinados, técnicos de microscópio, agentes de saúde e hortas grandes para fornecer comida para as reuniões. Os centros funcionam como recursos para outras aldeias e como alternativa à capital do estado ou aos assentamentos. Os Macuxi buscam grupos e organizações que possam trabalhar como parceiros para ajudá-los a implementar este plano. Segundo crêem os Macuxi, este modo de organização reduz o êxodo dos jovens para a cidade, minimiza os conflitos culturais com a

população branca e melhora as condições de vida.

O êxito do trabalho da equipe de saúde dos Macuxi em Maturuca é evidente na diminuição do índice de malária nos últimos anos. Em 1995 a clínica registrou 1.179 casos e em 1996 este o número caiu drasticamente a 101. Neste ano, até o momento, Dionito diagnosticou somente três exames positivos de malária em sua aldeia.

Medicamentos, microscópios e xamãs

Com medicamentos adequados e a capacidade para diagnosticar malária em Maturuca, Gastão e os demais agentes de saúde começaram imediatamente a tratar os pacientes que chegavam ao posto e também a fazer o que localmente se chama de "busca ativa", um método de tratar a doença antes que mostre seus sintomas. Um agente de saúde e um técnico em microscópio vão a uma aldeia e examinam todas as pessoas em busca de malária, para poder tratar as pessoas infectadas antes de que adoeçam e infectem outros. Esta equipe geralmente é acompanhada por um grupo de exterminadores que matam os mosquitos adultos da aldeia e interrompem a transmissão de sangue infectado. É um método eficiente de controle da malária, especialmente se as visitas forem freqüentes e se puder impedir a chegada de pessoas infectadas à área. Os Macuxi fizeram buscas ativas nas 50 aldeias da região montanhosa, habitada por 5.626 pessoas.

Os técnicos do laboratório também aprenderam a detectar parasitos, infecções urinárias, tuberculose, leishmaniose e oncocercose. Dionito está decepcionado por não poder fazer outros exames de sangue em Maturuca, como a detecção da anemia, por não dispor de uma centrífuga elétrica. Gastão e os demais agentes de saúde agora estão capacitados para fazer suturas pequenas e receitar medicamentos contra infecções respiratórias menores, parasitos, problemas da pele e outras doenças comuns. A Igreja Católica incentiva os indígenas a usarem seus conhecimentos de plantas medicinais para tratar certos tipos de problemas de saúde, como dores, infecções e inchações. Em Maturuca há uma horta medicinal ao lado do posto de saúde, com muitas plantas nativas e algumas outras de diferentes partes do país, levadas pelas freiras aos Macuxi.

O povo Macuxi consegue combinar a medicina ocidental com sua tradição xamanista. Atrás do posto há uma casa de adobe e palha onde o pajé ou xamã "bate folhas" sobre os pacientes. O xamã canta, reza e dança ao redor do paciente com batidas fortes e rítmicas ou sacudindo folhas especiais. Os pajés Macuxi já não usam drogas alucinógenas, mas usam o fumo e uma bebida alcoólica nativa. Invocam espíritos para ajudá-los a diagnosticar e curar a doença. Os xamãs também receitam chás de ervas a seus pacientes, como parte do tratamento. Gastão geralmente verifica seu próprio diagnóstico com o xamã e quando se pergunta a ele a respeito da condição de um paciente, ele dá sua opinião e a do xamã. Na maioria dos casos em Maturuca, os pacientes recebem tratamento xamanista e tratamento ocidental.

O povo Macuxi atribui a maioria de suas doenças ao feitiço de um ser, metade humano e metade animal, conhecido como Canaimé. Crêem que a magia negra de um Canaimé pode debilitar e matar seus espíritos e somente as preces do xamã podem curar o espírito e o corpo de uma vítima. Durante uma visita a Maturuca, havia uma mulher com uma irritação no olho que Gastão não pôde diagnosticar e achou que seria necessário transportá-la a Boa Vista. No entanto, Gastão e o paciente decidiram que esta última se submeteria a um tratamento de oito dias com o xamã, antes de tomar a decisão final de ir à cidade. A mulher se curou e jamais teve de ir a Boa Vista.

De postos de saúde a um sistema de saúde

A transformação do sistema e da situação de saúde dos Macuxi foi devida a uma combinação da própria organização dos Macuxi e a certas mudanças importantes nas políticas do governo para os

povos indígenas. O primeiro passo prático nesta direção foi a criação de uma entidade, composta de todas as organizações preocupadas com o cuidado da saúde dos povos indígenas e dos próprios indígenas, com um número igual de votos. Esta entidade, denominada Núcleo Interinstitucional de Saúde Indígena (NISI), foi estabelecida em Roraima pelo Ministério de Saúde em 1993. O NISI tem a função de coordenar e integrar as atividades de todos os provedores de cuidados de saúde e facilita a participação dos indígenas nas decisões relacionadas com o cuidado de sua saúde. Cada estado brasileiro eventualmente terá seu próprio NISI. O NISI é constituído por representantes dos oito grupos indígenas que vivem em Roraima, mas unicamente os Macuxi, os Wapixana e os Taurepang participam regular e ativamente das reuniões. Deve-se isto a que somente estas tribos têm organizações formais, acesso relativamente fácil a Boa Vista e representantes fluentes em português. A CIR, organização dos Macuxi, transformou-se no membro indígena mais influente do NISI e, por meio dele, os indígenas puderam mobilizar o apoio de várias organizações, tanto não-governamentais como governamentais.

A Médicos sem Fronteiras (MSF) tinha chegado a Roraima para prestar assistência aos Yanomami, na parte oriental do estado, mas os Macuxi puderam deslocar o projeto do MSF a seu próprio território por meio de sua participação no NISI. A importância que os Macuxi atribuem a serem capazes de decidir que programas de saúde são mais adequados à sua cultura é plenamente demonstrada em sua relação com a MSF. Quando a MSF originalmente decidiu trabalhar na região montanhosa de Raposa/Serra do Sol, o NISI recomendou que a MSF construísse laboratórios, distribísse microscópios e treinasse indígenas para identificar e tratar a malária e outras doenças comuns. No entanto, a MSF decidiu unilateralmente instalar alguns dos laboratórios e postos de saúde nos acampamentos dos mineradores de ouro. Para os Macuxi, esta decisão opunha-se de forma flagrante ao seu empenho de fortalecer as próprias comunidades. Além disso, os Macuxi tinham medo de aproximar-se dos acampamentos, devido à violência que alguns membros tinham experimentado em suas visitas.

Os Macuxi, aos quais se uniram os líderes Taurepang e Wapixana, expressaram suas queixas ao NISI a respeito da estratégia da MSF. Juntos, os líderes indígenas comunicaram seu descontentamento aos escritórios gerais da MSF em Amsterdã, os quais responderam com uma visita ao local e a substituição dos dirigentes locais da MSF. Nesta situação, os indígenas usaram uma arena legítima, o NISI, para alcançar seus objetivos. A legalidade e a institucionalização do NISI proporcionaram uma plataforma para a bem articulada pressão por parte de membros indígenas e não-indígenas e persuadiram a MSF a reconsiderar sua posição. O NISI saiu fortalecido por esta experiência e os indígenas viram crescer a confiança na sua capacidade para alterar eventos que afetem seu estilo de vida.

O programa da MSF terminou em dezembro de 1998 e supunha-se que a FNS assumisse o seu lugar, mas isso ainda não ocorreu. O sistema de saúde Macuxi continua, embora de forma mais precária. Gastão, Dionito e Jacir temem que sem medicamentos, equipamento bem mantido e treinamento constante não poderão sustentar a mesma qualidade de cuidados para o seu povo. "A mim me preocupa que o número de evacuações a Boa Vista aumente e que não possamos manter baixo o número de casos de malária," afirma Gastão. A clínica carece até de aspirina para dar aos pacientes.

Dionito tem a esperança de que o Distrito de Saúde que está a ponto de começar a trabalhar resolva seus problemas atuais. Os Distritos de Saúde Indígenas são o miolo da nova estratégia do Ministério de Saúde para prestar cuidados à população indígena do Brasil. Saído da rede organizacional do NISI, o modelo do Distrito destina-se a pôr plenamente em prática a coordenação de ações entre as instituições e participação e controle totais por parte dos indígenas. No sistema de Distrito, o controle sobre os processos está nas mãos do Conselho Distrital, no qual as instituições municipais, estaduais e federais participam juntamente com organizações não-governamentais e religiosas e as

comunidades indígenas. A metade dos votos no Conselho pertence às organizações indígenas e a outra metade às organizações que prestam os serviços. O Conselho Distrital terá mais poder jurídico que o NISI para aprovar e avaliar projetos de saúde e terá jurisdição sobre uma área específica. Os Distritos de Saúde foram concebidos baseando-se na distribuição geográfica dos grupos indígenas e não em delimitações políticas. Assim, um determinado Distrito pode abranger vários municípios e estados.

Segundo Ubiratan Pedrosa, Diretor das Divisões Operacionais da FNS em Brasília, cada Distrito adaptará seu próprio programa com base no modelo Macuxi. O Distrito de Saúde Oriental de Roraima - também conhecido como Distrito Macuxi - é um dos dois primeiros a serem implementados no país. O outro é o Distrito Yanomami, também em Roraima. Os departamentos de saúde municipais realizarão campanhas de imunização e estarão a cargo da construção de novos postos de saúde. Instituições não-governamentais e religiosas continuarão a proporcionar profissionais, assistência e equipamentos médicos. A Igreja Católica receberá fundos governamentais para operar um hospital e fornecerá alojamento em Boa Vista para indígenas enfermos. Tudo será feito em conformidade com a organização política e cultural Macuxi.

O elemento revolucionário deste programa de saúde é a maior participação da organização Macuxi. O governo federal transferirá fundos ao CIR para pagar, treinar e supervisionar os agentes de saúde indígenas e os técnicos em microscópio, bem como para comprar e distribuir medicamentos. Considerando que é extremamente difícil e caro trazer profissionais médicos para trabalhar nos lugares remotos da região do Amazonas, a maior parte dos cuidados básicos no Distrito de Saúde Oriental será proporcionada pelos próprios indígenas. De modo geral, as diferenças culturais entre não-indígenas e indígenas resultam em mal-entendidos e conflitos. Além disso, o CIR e outras organizações sem fins lucrativos podem comprar material e contratar pessoas mais rapidamente e a um custo mais baixo que as instituições governamentais, devido aos requisitos burocráticos que estas últimas devem seguir.

Em conclusão, o Distrito Macuxi é uma solução menos cara e mais eficiente para o governo brasileiro. O Distrito de Saúde custará R\$3 milhões em fundos federais (aproximadamente US\$1.700.000) por ano, para servir a uma população de cerca de 20.000 pessoas, incluindo todos os grupos indígenas do Distrito Oriental. Esta é a metade do custo do Distrito de Saúde Yanomami, que presta serviços a apenas 12.000 pessoas. Os Macuxi esperam que o Distrito proporcione os meios para lidar com doença, morte e vida a seu modo.

## LEÇÕES APRENDIDAS

- A coordenação de atividades entre diferentes organizações com metas semelhantes economiza pessoal, dinheiro e tempo, eleva a qualidade do serviço e aumenta o número de atividades que podem ser realizadas.
- Quando os beneficiários assumem o papel de parceiros num projeto, aceitam mais responsabilidades e trabalham com maior afinco para ajudar a alcançar suas metas.
- Os projetos de que participa a população indígena devem ser suficientemente flexíveis para incorporar novos enfoques a fim de realizar tarefas familiares que se possam moldar a normas culturais ocidentais.
- Envolver todos os participantes, especialmente os beneficiários, no planejamento e na implementação de um determinado projeto não somente aumenta as probabilidades de êxito do projeto, mas também pode produzir soluções criativas a antigos obstáculos.

## LEGENDAS DAS FOTOS:

Todas a fotos: John Norvell

FOTO 1 (acima) - Dionito José de Souza, técnico de microscópio, examina a amostra de sangue de um paciente no processo de detecção de malária.

(à direita) Dionito José de Souza examina o sangue de um paciente no processo de detecção de anemia. Perto está sua mãe, Tereza Pereira de Souza, que também é técnica em microscópio na clínica. (Fotos: John Norvell)

FOTO 2 - Um dispensário bem estocado na clínica de saúde de Pedra Branca. (Foto: John Norvell)

FOTO 3: - Gastão André, o primeiro agente indígena de Maturuca, com Lêda Martins, a autora deste artigo, do lado de fora da clínica. À distância, atrás de Lêda, podem-se ver os painéis solares que fornecem energia à clínica de saúde. (Foto: John Norvell)

FOTO 4: - A agente de saúde de Maturuca, Edilasomara Sampaio, trata um paciente de uma infecção na boca. (Foto: John Norvell)

Leda Martins, nascida e criada em Roraima, Brasil, vem trabalhando com grupos indígenas da região do Amazonas nos últimos oito anos. Atualmente é candidata ao Doutorado em Antropologia na Universidade de Cornell. Em 1992 trabalhou para a Fundação Nacional de Saúde (FNS), órgão federal do Brasil encarregado de prestar assistência médica à população indígena. Nos últimos sete anos tem acompanhado o desenvolvimento do sistema de saúde Macuxi como jornalista, funcionária pública e voluntária. É também bolsista da IAF no Programa de Estudos de Pós-Graduação nos Estados Unidos.

A autora deseja agradecer o Senhor John M. Norvell que reviu as primeiras versões do artigo e proporcionou as fotografias que o acompanham.