

**LEVANTAMENTO E AVALIAÇÃO DE PROJETOS DE SAÚDE
EM ÁREAS INDÍGENAS DA AMAZÔNIA LEGAL**

SUORTE A PROJETOS DE SAÚDE CULTURALMENTE SENSÍVEIS

(Subsídios aos Projetos Demonstrativos para Populações Indígenas/PDI, no âmbito do Programa Integrado de Proteção às Terras e Populações Indígenas da Amazônia Legal/PPTAL)

Dominique Buchillet

Antropóloga da saúde

Pesquisadora da ORSTOM/ISA

novembro de 1998

SUMÁRIO

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| I. Introdução | 4 |
| II. Heterogeneidade dos povos da área de abrangência do PPTAL e seu impacto sobre a questão da saúde | 6 |
| II.1. A biodiversidade amazônica | 6 |
| II.2. Densidade populacional e distribuição espacial | 7 |
| II.3. Padrão de adaptação e uso do meio ambiente | 8 |
| II.4. Mobilidade espacial | 9 |
| II.5. Experiência histórica do contato | 10 |
| II.6. Variáveis sócio-culturais | 15 |
| II.7. Conclusão | 16 |
| III. As medicinas tradicionais e sua articulação com os sistemas oficiais de saúde | 17 |
| III.1. Uma visão holista e processual da doença | 17 |
| III.2. A questão do empírico-racional e do mágico-religioso | 21 |
| III.3. A questão do uso da medicina ocidental | 22 |
| III.4. O papel do conhecimento antropológico na saúde pública | 24 |
| IV. Ações e projetos de saúde na área de abrangência do PPTAL | 27 |
| IV.1. A política oficial recente em matéria de saúde indígena | 27 |
| IV.2. Avaliação das ações e projetos de saúde | 29 |
| A. <i>Ações e projetos de saúde</i> | 29 |
| B. <i>Avaliação do componente antropológico dos projetos de saúde</i> | 31 |
| V. Conclusões e recomendações para projetos de saúde culturalmente sensíveis | 33 |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| V.1. Participação dos antropólogos nos projetos de saúde | 33 |
| V.2. Realização de estudos antropológicos sobre grupos indígenas e sobre os sistemas tradicionais de saúde locais | 34 |
| V.3. Sensibilização cultural dos profissionais de saúde | 34 |
| V.4. Incremento da participação comunitária | 35 |
| V.5. Levantamento do perfil epidemiológico e sanitário das comunidades indígenas | 36 |
| V.6. Levantamento da situação nutricional | 37 |
| V.7. Mecanismos de avaliação dos projetos de saúde | 38 |
| V.8. Acompanhamento médico e antropológico da situação dos índios recém-contatados | 38 |
| V.9. Conclusão | 38 |

VI. Anexos

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| A. Lista dos povos indígenas da área de abrangência do PPTAL | 1 |
| B. Bibliografia consultada | 4 |
| I. Trabalhos antropológicos sobre os povos indígenas da área do PPTAL | 4 |
| II. Outros trabalhos antropológicos, médicos, demográficos e de historiadores | 14 |
| III. Projetos e Relatórios de saúde | 23 |
| IV. Conferências de Saúde | 26 |
| V. Textos de leis referentes à questão da saúde indígena | 26 |
| C. Relação das associações indígenas, organizações não-governamentais e instituições de pesquisa que desenvolvem ações e projetos de saúde em áreas indígenas | 28 |
| D. Lista dos antropólogos da saúde com experiência de trabalho em áreas indígenas | 32 |

I. INTRODUÇÃO

Este estudo visa fornecer subsídios à elaboração dos Projetos Demonstrativos para Populações Indígenas/PD-I sobre as questões de saúde no âmbito do Projeto Integrado de Proteção às Populações e Terras Indígenas da Amazônia Legal/PPTAL. Seus objetivos específicos são:

1. Levantar e mapear as experiências e/ou iniciativas existentes em matéria de saúde entre populações indígenas da Amazônia Legal e avaliar as modalidades de sua articulação com os sistemas tradicionais de saúde;

2. Levantar o universo de especialistas (antropólogos, médicos entre outros) e ONGs que trabalham e/ou participam de projetos e/ou ações de saúde;

3. Elaborar recomendações e sugestões quanto às concepções centrais das propostas a serem apoiadas; quanto às áreas potencialmente favoráveis à implementação de experiências piloto; quanto às modalidades favoráveis à implementação de projetos adequados às características sócio-culturais e sanitárias e às demandas locais; de critérios que orientem na definição de linhas/tipos de iniciativas a serem apoiadas à solicitação das comunidades e à coordenação do PD/I.

O presente trabalho contém quatro partes. Na primeira, eu esboço a grande variabilidade dos povos indígenas da área de abrangência do PPTAL e mostro as conseqüências dessa heterogeneidade para a saúde, assim como para as ações e projetos de saúde voltados para populações específicas. Na segunda, delinco as características das medicinas tradicionais de saúde e mostro a importância de seu conhecimento para a elaboração de projetos de saúde social e culturalmente adaptados. Na terceira, depois de rever brevemente os principais rumos da política oficial recente em matéria de saúde indígena, faço algumas observações sobre o componente antropológico dos projetos de saúde. Na quarta, apresento recomendações para a formulação e realização de projetos de saúde social e culturalmente sensíveis no âmbito do PD/I. Insisto particularmente na necessidade e importância de estudos antropológicos sobre as concepções e práticas indígenas em matéria de saúde e de doença, assim como de um assessoramento antropológico de todas as ações e projetos de saúde, desde o planejamento até a realização, incluindo também a avaliação do impacto das ações de saúde sobre a população atendida. Considerando a precariedade dos dados sobre a situação epidemiológica e nutricional das populações indígenas da área de abrangência do PPTAL, realço a importância de investigações epidemiológicas sistemáticas, bem como do levantamento da situação nutricional desses povos, os quais, conjugados a entrevistas destinadas a levantar as percepções acerca de sua própria situação de saúde, são componentes imprescindíveis para o delineamento de ações e projetos de saúde que atendem às suas demandas e

necessidades básicas.

Seguem-se ao texto quatro anexos. O Anexo A contém a lista dos povos indígenas da área do PPTAL com dados populacionais (quando possível), afiliação lingüística, localização, Unidade de Federação etc. Optei por dar a lista dos povos *in extenso*, já que insisto na necessidade da adaptação dos projetos de saúde às especificidades locais. As estimativas de população foram estabelecidas confrontando-se os dados da lista do PPTAL (versão outubro de 1998) com outras fontes, quando necessário. Mesmo assim, deve-se considerar que as informações demográficas são ainda muito precárias. O Anexo B contém uma extensa, embora não exaustiva, bibliografia dividida em várias partes: Trabalhos antropológicos sobre povos indígenas da área de abrangência do PPTAL; Outros trabalhos antropológicos, médicos, demográficos e de historiadores; Projetos e Relatórios de saúde; Conferências de saúde; Textos de leis referentes à questão da saúde indígena. Comparando-se a lista dos trabalhos antropológicos sobre os povos indígenas da região abrangida pelo PPTAL com aquela dos povos indígenas (Anexo A), é fácil ver o quanto se ignora ainda sobre numerosos grupos. O Anexo C contém a relação das instituições de pesquisa, das associações indígenas e organizações não-governamentais (com os respectivos endereços) que atuam na saúde indígena na região abrangida pelo PPTAL. A esta lista deverão ser acrescentadas as Administrações Regionais/ADR da FUNAI e as Coordenadorias Regionais da Fundação Nacional de Saúde/FNS (com seus endereços). Por fim, o Anexo D dá a lista dos antropólogos da saúde com experiência de trabalho em áreas indígenas.

Conforme o Termo de referência, o estudo foi realizado em gabinete, fundamentado em documentos de vários tipos (projetos e relatórios de saúde, artigos e teses sobre saúde indígena, relatórios de oficinas de trabalho, artigos, trabalhos antropológicos etc.) que foram obtidos através da FUNAI (Departamento de Saúde e Biblioteca), da Coordenação de Saúde do Índio/COSAI-FNS, do MS/Divisão DST-AIDS/Populações indígenas/Prevenção, do Centro de Trabalho Indigenista/ CTI (São Paulo), da Associação Saúde sem Limites/SSL, assim como do acervo do Instituto Socioambiental/ISA (em Brasília e em São Paulo). Agradeço a essas instituições pelo empenho e pela diligência com que colocaram à minha disposição esses documentos.

II. HETEROGENEIDADE DOS POVOS DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO PPTAL E SEU IMPACTO SOBRE A QUESTÃO DA SAÚDE

A melhoria das condições de saúde e, portanto, das ações e dos serviços de saúde é, depois da regularização fundiária dos seus territórios, a principal reivindicação das populações indígenas no Brasil. A saúde não pode, e nem deve, ser entendida como a simples ausência de doença, mas como « o resultado de determinantes sócio-econômicos e culturais, como a integridade territorial, a preservação do meio ambiente, a preservação dos sistemas médicos tradicionais - da cultura como um todo - também da auto-determinação política e não apenas da assistência médico-sanitária » (Ministério da Saúde 1986).

A área de abrangência do PPTAL caracteriza-se por um grande número de Terras e Povos Indígenas. São 151 Terras Indígenas, 80 etnias de línguas distintas pertencendo a 14 famílias lingüísticas e 10 grupos de chamados « índios isolados », dos quais, obviamente, se tem poucas informações (Ver Anexo A). Como é possível perceber através da documentação consultada, esses vários povos apresentam uma variabilidade extrema no plano sócio-cultural, no modo de subsistência tradicional, no grau de mobilidade espacial, na densidade populacional, bem como na experiência histórica do contato com membros da sociedade envolvente, inclusive numa mesma região. Outrossim, o ambiente em que vivem é bastante diversificado, resultando numa alta variabilidade em termos de recursos genéticos e de microorganismos. Portanto, características tão diversas que influem no estado de saúde dos vários grupos, bem como na receptividade destes últimos às ações e projetos de saúde, impossibilitam qualquer tentativa de generalização. Neste sentido, todo projeto de saúde destinado às populações indígenas deve contemplar essa alta sociodiversidade e moldar-se às situações específicas. Tal reconhecimento constitui, inclusive, um dos princípios norteadores da política de saúde indígena delineados, a partir de 1986, pelas várias Conferências Nacionais de Saúde e de Proteção à Saúde do Índio e, desde 1988, pela própria Constituição federal.

II.1. A biodiversidade amazônica

A Amazônia abrange um mosaico de ecossistemas, tais como, matas de terra firme, áreas de densa floresta pluvial, florestas sujeitas a inundações sazonais ou permanentes, cerrados, campos, serras, caatingas, campinas, várzeas, chuvascais etc. e, via de regra, uma grande variedade e dispersão de espécies, de recursos genéticos e de microorganismos. Essas características do meio ambiente oferecem ao mesmo tempo oportunidades e limitações para as populações amazônicas, obrigando-as a recorrer a « estratégias de diversificação » (Moran 1990, 1991) para obter os recursos alimentícios, tecnológicos, medicinais etc. imprescindíveis à sua reprodução biológica e cultural.

II.2. Densidade populacional e distribuição espacial

A maioria das populações indígenas da Amazônia legal localiza-se em regiões distantes, muitas vezes de difícil acesso, sendo até impraticáveis em certos períodos do ano, e com um padrão de assentamento altamente disperso, o que dificulta consideravelmente a prestação de serviços de saúde. A densidade populacional não é uniforme, variando de menos de 10 a mais de 20.000 indivíduos por etnia. Pela lista do PPTAL (versão de outubro de 1998) confrontada com dados de várias fontes (Ver Anexo A), vê-se que a maioria (22) dos grupos sobre os quais se tem alguma estimativa populacional, mesmo aproximativa, tem uma população de até 200 pessoas, sendo alguns deles reduzidos a menos de dez pessoas, como os Juma do Amazonas. Há 17 grupos com população compreendida entre 201 e 500 indivíduos, e 8 entre 501 e 1000. Há 16 etnias na faixa de um a cinco mil, uma (Baniwa/Kuripako) entre cinco e dez mil, uma outra (Makuxi) com quinze mil pessoas e, por fim, uma (Tikuna) com aproximadamente vinte e três mil pessoas¹. Certos grupos indígenas habitam várias Terras Indígenas que se encontram em diversos graus de regularização fundiária no âmbito do PPTAL, como, por exemplo, os povos Tukano orientais e Arawak/AM, os Maku/AM, os Tikuna/AM, os Wapixana/RR, os Makuxi/RR ou, ainda, os Kanamari/AM, entre outros.

Esta variação na densidade populacional verifica-se também a nível de comunidade e/ou sítio indígena. A população da maioria das comunidades e/ou dos sítios varia entre 5 e 100 pessoas. No entanto, certas comunidades, como Iauareté na região do alto rio Negro, próxima ao centro missionário homônimo, contam com até 2.000 pessoas durante o ano letivo. Outrossim, algumas aldeias Tikuna, geralmente localizadas nas proximidades de cidades, chegam a ter até 4.000 pessoas. A densidade das aldeias está estreitamente ligada ao modo de ocupação espacial. Quanto maior for a mobilidade, menos numerosas serão as comunidades (ver *infra*). Assim, por exemplo, mesmo as maiores aldeias dos Maku, grupos de caçadores-coletores, não ultrapassam 35 pessoas. Observa-se situação semelhante entre os índios do Vale do Javari/AM. Em razão do contato com os brancos (*vide infra*), numerosos grupos, antes altamente móveis, sedentarizaram-se voluntariamente ou à força. No último caso, certos grupos Hupdê e Yuhupdê (Maku) do alto rio Negro/AM foram obrigados a se sedentarizar pelos missionários salesianos na década de 1960, nos chamados « povoados-missão » (Athias 1995) que contam hoje com mais de 180 pessoas, o que constitui uma aberração pelos padrões tradicionais dessas etnias. Isto é, o contato com os brancos sempre promove uma redução da mobilidade espacial por várias razões, sejam elas facilidades de obtenção de objetos manufaturados ou maior proximidade dos serviços de saúde. A concentração populacional tem implicações epidemiológicas e sanitárias importantes, como veremos adiante.

¹ O PPTAL não abrange todas as Terras Indígenas dos índios Makuxi e Wapixana da parte leste de Roraima, nem todas dos Tikuna/AM. As estimativas no Anexo A referem-se à população total desses povos e não somente àquela

II.3. Padrão de adaptação e uso do meio ambiente

Os grupos indígenas diferem entre si também no modo de subsistência tradicional, isto é, na importância da caça, da pesca, da agricultura e da coleta para o seu sustento. Alguns, como os povos Tukano orientais e Arawak do rio Negro/AM, os Tikuna/AM ou ainda os Sateré-Mawé/AM são essencialmente pescadores-horticultores. Outros dependem mais da caça e da coleta nas suas atividades de subsistência (como os vários grupos Maku/AM, os Canela/MA, os Mayoruna/AM, os Surui Aikewara/PA *etc.*), da caça associada à pesca (caso dos Asurini/PA) ou, por fim, da pesca (Javaé e Karajá/TO, Xipayá-Curuaya/PA, por exemplo).

A predominância de uma ou outra dessas atividades varia de acordo com as características específicas dos ecossistemas em que vivem. A exemplo da Amazônia como um todo, a região do alto rio Negro abrange uma grande quantidade de ecossistemas. Dependendo do tipo de solo (podzol, gley, terra preta *etc.*), da frequência de inundações (existem terras não inundáveis e inundadas sazonal ou permanentemente), e da ação antrópica (existem florestas não alteradas, pouco alteradas e capoeiras), encontram-se vários tipos de vegetação, de florestas densas a campos abertos, cada um com características estruturais, florísticas e espécies animais próprias. Tal heterogeneidade tem, obviamente, consequências diretas sobre a distribuição e disponibilidade dos recursos em termos de solos para agricultura, de fauna e de flora. Assim, por exemplo, as áreas de terra firme são escolhidas para a abertura dos roçados. As caatingas, por sua vez, são consideradas como impróprias para a agricultura, devido à elevada acidez do solo, mas constituem uma zona extremamente importante para as populações locais por fornecerem diversos recursos tecnológicos (palha, injá, caranai, sororoca, *etc.*). Da mesma forma, as capoeiras, além de serem futuras áreas para o plantio, são espaços privilegiados para a caça de pequenos roedores, tais como a cutia e a acutivaia. Fornecem também numerosas espécies medicinais silvestres. As áreas de florestas abertas de terra firme são localmente valorizadas pela presença de palmeiras muito importantes econômica e ritualmente para as populações indígenas desta região (buriti, pupunha, injá, açaí, paxiúba, bacaba...). Por fim, os igapós são geralmente preservados pelas populações locais por constituírem abrigos para os peixes no período de desova, sendo, portanto, um dos componentes importantes da produtividade pesqueira nessa região. São igualmente fontes importantes de cipós e seringa (Moran 1990, 1991; Buchillet 1990).

Nessa região, onde vivem 22 etnias originárias de três famílias lingüísticas, podemos opor, de maneira muito esquemática, dois grandes tipos de adaptação e de uso do meio ambiente, com base em três critérios: habitat do rio ou da floresta, atividades produtivas e

vida social assente num certo grau de sedentarismo ou de mobilidade, uso de recursos concentrados ou altamente dispersos (Cf. Moran 1990, 1991)². Assim, por exemplo, os Tukano orientais e os Arawak do rio Negro/AM são essencialmente horticultores e pescadores ribeirinhos que exploram recursos fixos (concentrados), ao passo que os povos Maku da mesma região são caçadores-coletores interfluviais explorando recursos (animais e vegetais) dispersos num vasto território.

O relacionamento indígena com vários tipos de habitat e a exploração privilegiada de faixas ecológicas diferentes acarretam relações diferenciadas entre o homem e o meio ambiente (incluindo agentes patogênicos como parasitas), influenciando sobre a questão da saúde. Considerando-se a relação estreita entre certas doenças infecciosas (parasitárias) e características do meio ambiente que condicionam a vida dos hospedeiros-vetores e dos reservatórios naturais dos parasitas, é lícito supor que cada habitat, representando um tipo particular de adaptação aos parasitas, possa ter uma incidência sobre a natureza e a incidência de doenças específicas.

II.4. Mobilidade espacial

Os povos indígenas da região beneficiada pelo PPTAL diferem também no tocante à mobilidade espacial. Temos grupos sedentários que vivem nas margens dos grandes rios e de seus tributários navegáveis, como os grupos Tukano orientais ou os Arawak do rio Negro/AM, a maioria dos Tikuna/AM, os Marubo/AM, os Sateré-Mawé/AM ou, ainda, os Javaé e Karajá da Ilha do Bananal, até grupos com grau de mobilidade espacial mais ou menos elevado, como os vários grupos Maku da região do rio Negro (Hupdê, Yuhupdê, Dâw) e Japurá (Nadêb), os Deni das cabeceiras dos tributários do rio Cunhuá, os Korubo do Vale do Javari, entre outros.

Sedentarismo ou mobilidade espacial têm importantes implicações epidemiológicas para a saúde das populações. Vários estudos já mostraram que as condições sanitárias dos grupos com alto grau de mobilidade espacial são melhores que as dos sedentários (Cf. Schwaner & Dixon 1974; Wirsing 1985). Chernela & Thatcher (1989) descrevem, no caso do rio Negro, a relação estreita entre sedentarismo e índice elevado de infestação por *Ascaris*, o que foi corroborado por estudos mais recentes³. Deve-se salientar que, embora os agentes infecciosos que afetam os grupos de caçadores-coletores ou de agricultores sejam os mesmos, a pouca mobilidade destes últimos propicia um aumento da

² É evidente que as noções de mobilidade ou sedentarismo, de recursos dispersos ou fixos/concentrados, deveriam ser aprofundadas, levando-se em conta as escalas temporais e espaciais. Por exemplo, no decorrer do ano, dependendo das estações e do nível das águas, existem sempre modificações das atividades que levam ao uso diferenciado dos ecossistemas.

³ Cf. por exemplo, Coura *et alii* 1994 e Felipe & Nigro 1997. O último estudo, conduzido entre 338 índios Tukano e Maku do rio Tiquié (alto rio Negro), comprovou uma taxa altíssima de multiparasitismo intestinal (92,30% de positividade para helmintos e/ou protozoários, sendo que 69,2% do pacientes apresentam multiparasitismo (Felipe & Nigro 1997). Ver também Baruzzi *et alii* 1977, Lawrence & Neel 1980, Salzano & Callegari-Jacques 1988 para

insalubridade do lugar e, portanto, da prevalência de certas afecções. Os parasitas que se multiplicam em reservatório animal ou no chão, ou que são transmitidos por excrementos humanos, tornando-se fonte de constante contaminação, talvez não tenham tempo de infeccionar um grupo com alta mobilidade antes de ele mudar de lugar (Polunin 1979). Assim, tanto a alta mobilidade espacial quanto a baixa densidade populacional constituem fatores de proteção. De acordo com Avila-Pires (1983), « ... As mudanças freqüentes de acampamentos interrompem os ciclos de helmintos antes que se possam completar; a rarefação populacional não permite também a contaminação do solo e da água, o que se verifica constantemente entre as populações rurais e marginais. O sedentarismo, aliado à elevada densidade populacional e à criação de animais silvestres como animais de estimação, pode ser também um fator importante no processo de domiciliação de certos vetores silvestres, como, por exemplo, os triatomíneos responsáveis pela doença de Chagás, bem como na subsequente endemização dessa doença, tradicionalmente considerada como uma simples enzootia na Amazônia (Coimbra Jr. & Santos 1992, 1994). Um estudo recente realizado na região do médio rio Negro confirma essa tendência de endemização da infecção chagásica em certas partes da Amazônia (Coura *et alii* 1994)⁴.

II.5. Experiência histórica do contato

Os povos da área de abrangência do PPTAL diferem também no tocante à história do contato com a sociedade nacional, inclusive numa mesma região. Alguns, tais como os Tukano orientais e Arawak do rio Negro/AM, os Mura/AM, os Guajajara/MA, os Munduruku/PA, os Parintintin/AM, os Tikuna/AM, por exemplo, tiveram seus primeiros contatos com membros da sociedade envolvente há mais de dois séculos, notadamente através das expedições escravagistas (as chamadas « tropas de resgate » e « guerras justas ») e/ou da implantação de missões religiosas (Capuchinhos e Carmelitas entre os índios do rio Negro, Jesuitas entre os Guajajara/MA e os Amanayé/TO *etc.*). Outros, como os Deni/AM, os Marubó/AM ou os vários povos dos rios Juruá e Purus, no sudoeste do Amazonas e no Acre (Jamamadi, Katukina, Kulina, Kaxinawá, Apurinã *etc.*), tiveram seus primeiros contatos com os brancos nos meados do século XIX, com a chegada da frente extrativista, quando foram utilizados como mão-de-obra na exploração do latex de sorva e seringa. Os Makuxi e Wapixana da parte leste do Roraima foram, por sua vez, duramente atingidos pela pecuária que, a partir do final do século passado, ocupava como pastagens os campos tradicionalmente ocupados por estes povos. Embora morando também na região do rio Negro, os vários grupos Maku/AM, protegidos pelo fato de ocuparem as áreas interfluviais e pelo alto grau de mobilidade espacial, tiveram seus primeiros contatos

outros grupos indígenas da Amazônia.

⁴ O crescimento demográfico, aliado ao sedentarismo e às transformações antropogênicas do meio ambiente, através da agricultura, por exemplo, aumenta as oportunidades de contato entre os seres humanos, os vetores e os agentes patogênicos, favorecendo a aparição e disseminação de doenças infecto-parasitárias, como a malária.

diretos com os brancos há uns cinquenta anos, assim como os Surui Aikewara/PA ou, ainda, os Matis/AM por exemplo. Outros grupos, tais como os Zo'e/PA ou os Juma/AM, foram contatados pelos brancos há menos de dez anos. Finalmente, vários grupos são considerados como « isolados », a maioria encontrando-se no Vale do Javari e na região dos rios Juruá/Purus.

Embora o tempo, as formas e os agentes de contato⁵ variem de grupo para grupo, pode-se dizer que o contato interétnico sempre produz os mesmos efeitos: introdução de doenças infecciosas provocando uma grave depopulação além de desintegração social e cultural (dispersão geográfica dos clãs, enfraquecimento da organização social e política tradicional, queda nas atividades de subsistência *etc.*); deterioração ambiental; mudanças no estilo e na qualidade de vida (por exemplo, sedentarização, abandono das antigas malocas ou grandes casas comunitárias por casas de barro centradas na família nuclear); alteração dos hábitos alimentares; introdução de ferramentas e de novas idéias; redução do território tradicional *etc.*

Numerosos trabalhos de historiadores, médicos, demógrafos e antropólogos comprovam o papel das epidemias, em estreita associação com a expansão ocidental, na redução demográfica, ou extinção, de povos indígenas e na desorganização sócio-cultural e econômica que provocam. Estimados em cerca de 1.000, os Tapirapé foram reduzidos a 147 indivíduos entre os anos 1849-1930 por surtos sucessivos de varíola, gripe e febre amarela (Wagley 1940). Contatados em 1953 pelo antigo Serviço de Proteção aos Índios/SPI, os Parakanã foram dizimados por uma epidemia de gripe que matou 50, de um total de 190 pessoas. Os sobreviventes fugiram, sendo contatados novamente em 1970 pela FUNAI à medida em que a Transamazônica ia atravessando o seu território, quando outros 40 índios morreram de gripe. Assim, em 1972, o grupo estava reduzido a 72 indivíduos. Dos 190 índios Akuawa-Asurini contatados em 1953, somente 25 pessoas estavam vivas cinco anos depois. Com cerca de 100 pessoas nos primeiros contatos diretos com os brancos, os Surui Aikewara estavam reduzidos a 40 pessoas em 1960. Em 1954, pouco tempo depois de entrar em contato com missionários, a etnia Tuparí, vizinha dos Tupi-Mondé de Rondônia, foi quase inteiramente dizimada por uma epidemia de sarampo, antes mesmo do estabelecimento do contato permanente (Ribeiro 1956; Caspar 1957). Surtos sucessivos de sarampo, tuberculose e gripe eliminaram 75 % dos Surui do Rondônia no final da década de 60 e início de 70 (Coimbra Jr. 1989). Embora seja difícil avaliar com precisão o peso das

⁵ A identidade dos agentes de contato também difere: missionários de várias ordens religiosas, militares, agentes coloniais, oficiais do governo, seringueiros, empresas de mineração ou de madeira, garimpeiros, sertanistas *etc.* com suas políticas específicas em relação aos índios, influíram também sobre o impacto demográfico e sanitário das epidemias de doenças infecciosas. Por exemplo, os missionários na região do alto rio Negro lograram concentrar povos de várias origens étnicas em grandes povoações ao redor dos centros missionários. Essa concentração demográfica teve, obviamente, repercussões na ocorrência de epidemias, facilitando a sua disseminação.

epidemias na depopulação do alto rio Negro desde o início do contato interétnico, pode-se dizer que, aliadas às mudanças no modo de vida dos índios trazidas pela colonização (descimentos, escravidão, maus-tratos, sedentarização compulsória etc.), elas tiveram um papel significativo, como testemunham os relatos de vários viajantes que se sucederam nessa região. Com efeito, todos descrevem as margens dos rios despovoadas, as aldeias desertas, as numerosas casas em ruínas, o pavor indígena pelas doenças infecciosas ... (Buchillet 1995)⁶.

As epidemias de doenças infecciosas não estão restritas às primeiras fases do contato com os brancos. Pelo contrário, os surtos epidêmicos podem sempre ocorrer, dependendo da interação de variáveis sociais e ambientais (concentração importante de indivíduos receptivos, reintrodução de agentes patogênicos, degradação ambiental favorecendo os contatos entre hospedeiros, vetores e/ou agentes patogênicos etc.) que aumentam a susceptibilidade de uma população particular a uma doença específica.

Conhecer o perfil epidemiológico das populações indígenas, ou seja, sua estrutura de mortalidade e de morbidade, é fundamental para o planejamento de ações e projetos de saúde voltados para essas populações. Na ausência de inquéritos epidemiológicos sistemáticos, este conhecimento é geralmente obtido através da análise dos registros de consulta médica ou de hospitalização ou das fichas preenchidas pelos AIS sobre as áreas de sua atuação. Embora precários, esses dados revelam, no entanto, a situação de saúde calamitosa de numerosos grupos indígenas da Amazônia, na qual geralmente prevalecem as doenças infecciosas de origem viral, parasitária ou bacteriana, tais como as infecções respiratórias agudas/ARI, a malária, a tuberculose⁷, as parasitoses intestinais etc. Casos de anemia grave e de subnutrição severa são igualmente relatados, por exemplo, entre os

⁶ Sabe-se que uma epidemia de sarampo em « solo virgem » tem um coeficiente de mortalidade de 20 a 30% da população infectada, atingindo todas as classes de idade. Já que essa doença provoca uma imunidade definitiva, a reincidência da epidemia acometerá de preferência crianças e jovens nascidos depois do primeiro surto epidêmico (Armelagos *et alii* 1970). A gripe, por sua vez, provoca uma imunidade de curta duração, mas o seu vírus caracteriza-se por uma grande variabilidade genética, possibilitando a ocorrência indefinida de reinfecções. Vários estudos comprovam que as medidas de assistência sanitária, mesmo básicas, tendem a diminuir a letalidade de uma epidemia. Verificou-se, por exemplo, na ocasião de uma epidemia de sarampo que assolou em 1954 o Parque Indígena do Xingu, que a taxa de mortalidade foi de 9,6% entre as vítimas que contaram com algum tipo de assistência (distribuição de água e alimentos) e 26,8% entre os demais (Nutels 1968; Black 1994). O mesmo foi observado durante uma epidemia de sarampo em 1968 entre os Yanomami da Venezuela e, em 1971, entre os Tiriyo do Suriname (Cf. Neel *et alii* 1970, Black *et alii* 1982 etc.).

⁷ As taxas de incidência de tuberculose geralmente encontradas nas comunidades indígenas são altíssimas. Um estudo recente de Buchillet & Gazin (1998) realizado a partir dos registros dos casos de tuberculose dos hospitais da região do alto rio Negro revelou, por exemplo, uma taxa de incidência anual muito elevada (de dois a nove casos por mil habitantes de acordo com as sub-regiões), ou seja, de cinco a dez vezes superior à incidência média brasileira e vinte a oitenta vezes superior àquela da população geral na América Latina ou na Europa. Taxas de incidência alta foram igualmente encontradas entre os Deni/AM (CIMI 1995), Hupdê e Yuhupdê/AM (SSL 1997a-c), Karajá/TO (DSEI do Araguaia 1997) e em vários outros povos da Amazônia (Costa 1986, 1988; Miranda *et alii* 1988a-b). É evidente que a deterioração das condições de vida dos índios, em decorrência do contato, aliada à precariedade das estruturas sanitárias (inexistência de um sistema de busca ativa dos casos de tuberculose, falta de acompanhamento dos tratamentos antituberculosos nas comunidades etc.) pode explicar em parte a incidência elevada desta doença entre as populações indígenas da Amazônia.

Deni/AM (CIMI 1995), os Hupdê e Yuhupdê/AM (SSL 1997a) ou os Surui/RO (Santos & Coimbra Jr. 1994).

O exame atento desses dados mostra, no entanto, que o perfil epidemiológico de sociedades em contato recente com a sociedade nacional difere geralmente daquele que se pode observar em sociedades com contato mais longo e que sofreram mudanças significativas na sua cultura, no seu modo de vida, bem como no ambiente em que vivem. Observam-se também diferenças significativas entre as várias etnias de uma mesma região, ou mesmo numa mesma etnia. As comunidades indígenas do Estado de São Paulo, por exemplo, apresentam dois perfis epidemiológicos distintos, conforme a localização das aldeias seja no litoral ou no centro-oeste. Enquanto nas aldeias do litoral predominam as doenças infecto-contagiosas (ARI, diarreias, dermatites), nas comunidades indígenas do centro-oeste paulistano, caracterizadas pelo maior contato com a sociedade envolvente, as doenças crônicas e degenerativas, sobretudo diabetes e hipertensão arterial, sobrepõem-se às doenças infecto-contagiosas (Cf. Bastos *et alii* 1993). No Parque Indígena do Xingu, há alguns indícios de diabetes e de hipertensão arterial entre índios da parte sul do Parque, o que não ocorre na parte norte, onde o processo de mudança sócio-cultural seria menos acelerado (Baruzzi & Franco 1981). Temos também registros de índices de hipertensão arterial entre os Waiãpi/AP (CTI 1996, 1997; APINA 1998), os índios da parte leste de Roraima (COSAI 1997) e os Surui/RO (Coimbra Jr. 1989), de diabete entre os Palikur e Karipuna/PA (Vieira Filho 1977, 1978; Bittencourt & Ferreira 1997), assim como de alguns casos de cardiopatia e de neoplasia (colo uterino, próstata, fígado, estômago) entre os índios da parte leste de Roraima (CIR 1997a-b; COSAI 1997). Nesta última região, num total de 77 óbitos registrados em 1997, 21 (27,3%) foram por doenças infecciosas, 14 (18,2%) por doenças crônico-degenerativas, sendo que o resto dos óbitos foi atribuído a várias causas (afecções perinatais, causas externas, desnutrição *etc.*, Cf. COSAI 1997).

Esses dados confirmam as observações obtidas em populações indígenas dos EUA ou do Canadá acerca da chamada « transição epidemiológica » (Cf. Omran 1971). Essa transição epidemiológica costuma referir-se à redução gradual das doenças infecciosas nos padrões de morbi-mortalidade que seriam progressivamente suplantadas por doenças degenerativas e/ou provocadas pelo homem⁸. Vários estudos recentes mostram que as

⁸ Omran (1971), que descreveu esse processo a partir da história ocidental, definiu três fases ou estágios, de acordo com os fatores de morbidade e de mortalidade: a) a idade das pestilências e das fomes: doenças infecciosas como o cólera, a tuberculose, o tifo, a difteria são as principais causas de morbidade e de mortalidade. Na Europa, este período vai da Antigüidade ao século passado; b) o recuo das doenças infecciosas progressivamente controladas, principalmente, em razão da melhoria das condições de vida (habitação, alimentação, higiene, cf. MacKeown, 1979 sobre isso), suplantadas por doenças do tipo crônico-degenerativo (câncer, diabetes mellitus, doenças cardio-vasculares, hipertensão arterial *etc.*) e acidentes que passam a ser os principais fatores de morbidade e de mortalidade. As desordens mentais e as patologias sociais (violência, inadaptação, isolamento social, alcoolismo tornam-se também mais freqüentes e menos tolerados. Estresse, exposição à poluição industrial, deterioração do meio ambiente são as principais causas de doença e de morte, isto é, doenças da vida moderna ou provocadas pelo homem. Caracterizada por « doenças de civilização », ou ainda « de ocidentalização » (*Western diseases*, Cf. Trowell and Burkitt, 1981), essa terceira fase ocorreu na Europa a

sociedades indígenas da América do norte estão passando por um processo de transição epidemiológica análogo àquele descrito por Omran para a sociedade européia, embora com determinantes, velocidade e resultados próprios (Cf. Kunitz 1983; Kue Young 1988, 1990, 1994). Entre as populações indígenas, a primeira etapa, a das epidemias, começa, como vimos, com seus primeiros contatos com membros da sociedade envolvente. Contrariamente ao que foi observado na Europa, a segunda etapa, redução das doenças infecciosas, parece ser mais um efeito da intervenção sanitária do que da melhoria das condições de vida das populações indígenas (Cf Baruzzi *et alii* 1982; Confalonieri 1993). Estas, com efeito, continuam a se deteriorar à medida em que o contato com a sociedade envolvente aumenta. No que tange a terceira fase, doenças do tipo crônico-degenerativo, pode-se notar algumas diferenças em relação ao modelo apresentado por Omran: observa-se, por exemplo, uma taxa extremamente elevada de certas afecções, como o diabetes, que podem afetar até 40% da população de certas etnias, e o papel cada vez mais predominante dos acidentes e da violência na mortalidade dessas populações, que seriam responsáveis por 23 a 30% dos óbitos em geral e são geralmente associados a elevados índices de alcoolismo (Kunitz 1983; Kue Young 1988, 1994; Confalonieri 1993).

Por fim, deve-se salientar que é possível observar diferenças nítidas no estado de saúde entre os membros de uma mesma etnia. Tal é o caso de certos grupos de contato recente com a sociedade envolvente, tais como os Hupdê e Yuhupdê (Maku) do alto rio Negro/AM, entre os quais se pode constatar o impacto devastador da política de sedentarização implantada na década de 60 pelos missionários salesianos, afetando drasticamente sua mobilidade espacial e modo de subsistência com a introdução da agricultura, de gado *etc.* entre um grupo antes caçador-coletor⁹. Tanto os Hupdê quanto os Yuhupdê sedentarizados apresentam uma taxa altíssima de doenças infecto-parasitárias, uma incidência alta de tuberculose, além de carências nutricionais severas relacionadas à deficiência de proteínas, tais como a deficiência de ferro (anemia) e de vitaminas do complexo B, enquanto o estado de saúde dos Maku vivendo em condições tradicionais é muito melhor (SSL 1997a-b).

Obviamente, essas diferenças no perfil epidemiológico e sanitário de etnias habitando a mesma região devem ser levadas em conta no planejamento e na execução de ações de saúde voltadas para essas populações. Daí a importância e necessidade de inquéritos epidemiológicos sistemáticos destinados a estabelecer um perfil mais acurado

partir dos anos 1940, onde se assistiu a uma emergência de doenças degenerativas. Todas as sociedades passam, teoricamente, por essas três fases, embora a velocidade da transição possa variar de acordo com as sociedades. Omran distingue assim entre um modelo rápido (Europa) e um outro demorado (países em desenvolvimento).

⁹ A sedentarização aliada à alta concentração espacial tem conseqüências graves em termos de disponibilidade de recursos alimentícios, sendo que, geralmente, os recursos de caça e pesca se encontram esgotados num raio de vários quilômetros ao redor das comunidades. Deve-se dizer que a mobilidade espacial ou a remoção a cada cinco ou dez anos das aldeias, outrora praticada por certos povos da Amazônia (como os grupos Tukano orientais antes da chegada dos missionários salesianos no início deste século, por exemplo), contribuía para compensar a diminuição da produtividade das plantações e a rarefação dos recursos de caça e de pesca nas redondezas.

dessas sociedades (ver parte V). Além disso, os fatores de morbi-mortalidade indígena precisam ser vistos tanto no ambiente físico quanto no contexto social. As transformações sócio-culturais, econômicas, ambientais e sanitárias decorrentes do contato com membros da sociedade envolvente obedecem com efeito a um ciclo mais ou menos definido de relações causais (Confalonieri 1993).

II.6. Variáveis sócio-culturais

Vários estudos médicos e epidemiológicos recentes comprovam que o impacto das doenças infecciosas sobre as populações humanas não é uniforme, inclusive em populações vivendo numa mesma região ou num mesmo tipo de ambiente, sendo, portanto, possível detectar variações locais ou regionais nos surtos epidêmicos e no declínio demográfico subsequente (Cf. em particular Friede 1967; Broudy & May 1983; Kunitz 1994). Este último também não é uniforme, podendo variar de região a região, até mesmo de grupo a grupo. No Brasil, como em outras partes das Américas, certas etnias foram extintas¹⁰, enquanto outras não somente conseguiram sobreviver ao choque epidemiológico do contato, como estão tendo um crescimento demográfico significativo. Tal é o caso, por exemplo, dos Kayapó (Black *et alii* 1978), dos Xavante (Flowers 1994) ou dos Suruí de Rondônia (Coimbra Jr. 1989).

O impacto demográfico e sanitário diferencial das doenças infecciosas seria, assim, tributário de fatores secundários que lidam tanto com o ambiente físico da doença quanto com o contexto social e cultural: características epidemiológicas das doenças infecciosas¹¹; contexto ecológico; condições climáticas regionais¹²; papel potencializador de certas doenças sobre outras¹³; impacto a longo ou médio prazo das doenças sobre as variáveis demográficas¹⁴; natureza, frequência e intensidade das relações interétnicas, a existência

¹⁰ Cerca de 900 etnias teriam desaparecido ao longo dos cinco séculos do contato (Arnt *et alii* 1998). Ribeiro (1956, 1970) estima que das 230 etnias existentes no início deste século, 87 etnias foram extintas entre os anos 1900 e 1957. Considera-se hoje que na época da chegada dos europeus viviam no Brasil entre 4 a 5 milhões de índios (Denevan 1976). Em 1970, a população indígena perfazia menos de 100.000 pessoas, sendo atualmente estimada em aproximadamente 300.000 indivíduos. Epidemias de doenças infecciosas até então desconhecidas no Novo Mundo (sobretudo varíola, sarampo, gripe, malária *etc.*) produziram uma drástica depopulação ao longo dos cinco séculos de contato. Escravidão, perseguição, assassinatos, trabalho forçado, descimentos, concentração demográfica, mudança dos hábitos alimentares ... tiveram também um papel não desprezível no despovoamento, aumentando os efeitos devastadores das epidemias em populações sem experiência imunológica prévia.

¹¹ Modalidades de Introdução, de propagação e de perpetuação: contágio direto ou indireto, necessidade ou não de um vetor, existência de um reservatório não humano, capacidade de endemização...

¹² O vírus do sarampo, por exemplo, perde sua virulência em atmosfera úmida.

¹³ O paludismo, por exemplo, multiplica as reações mórbidas das outras doenças às quais se associa.

¹⁴ Certas doenças têm um impacto sobre as variáveis demográficas que determinam as mudanças no tamanho das populações. Sabe-se, por exemplo, que o sarampo teria um impacto negativo sobre a fertilidade (masculina e feminina). O paludismo por sua vez, é conhecido como uma causa possível de aborto. A tuberculose, na sua forma uro-genital, teria também um efeito direto sobre a fecundidade (McFalls & McFalls 1984). De acordo com vários trabalhos (Muir & Belsey 1980, por exemplo), ela seria responsável por esterilidade e subfecundidade nas regiões onde é endêmica. Por fim, certas doenças infecciosas agudas, como o sarampo, promovem uma imunidade definitiva. A reincidência de uma epidemia acometerá, portanto, as crianças e os jovens nascidos depois da primeira epidemia, provocando severa mortalidade, além das conseqüências evidentes para a reprodução biológica dos grupos.

de comunidades que podem servir de « etnia-tampão » (*buffer zones*) entre os brancos e outros grupos indígenas e assim propagar no seio destas últimos doenças infecciosas¹⁵; e, por fim, as características sócio-culturais das sociedades, como a densidade e a estrutura demográfica, o tipo de habitat, o modo de subsistência, padrões de comportamento¹⁶, as representações e práticas culturais relativas ao processo saúde/doença. As variáveis sócio-culturais afetam não somente o perfil epidemiológico e a morbi-mortalidade das doenças infecciosas, a capacidade de recuperação demográfica destas sociedades, mas também a eficácia das medidas de assistência médico-sanitária.

Portanto, para se entender a incidência, a morbidade e a mortalidade das doenças infecciosas entre as populações humanas, é imprescindível conhecer tanto o contexto social e cultural quanto a biologia e a epidemiologia das doenças. Neste sentido, não se pode compreender a problemática da saúde indígena sem dar especial atenção à importância ao papel e impacto das instituições sociais e dos valores sócio-culturais sobre ela.

II.7. Conclusão

Porém, a maneira como os valores sócio-culturais, a organização social, os modos de subsistência, o grau de mobilidade espacial, a história específica do contato com a sociedade nacional *etc.* estão intimamente ligados à saúde das populações não é imediatamente apreendida, nem potencialmente generalizável de um lugar para outro, ou de uma sociedade para outra. Na realidade, variáveis sócio-culturais diferentes têm influências diferentes de acordo com a doença em questão. Reconhecer este fato constitui em si mesmo um desafio para os planejadores dos programas de saúde que devem levar em conta as particularidades sócio-culturais dos grupos indígenas, suas características epidemiológicas, assim como sua experiência específica do contato, a fim de melhor atender as suas necessidades em matéria de saúde.

¹⁵ Certas etnias foram atingidas por epidemias antes mesmo de qualquer contato direto com os brancos (*Cf.* por exemplo, Dobyns 1963). Outrossim, certas doenças, tais como a varíola (hoje erradicada), cujo vírus é altamente resistente, têm a capacidade de se propagar através de tecidos de algodão. Numerosos grupos indígenas foram possivelmente também contaminados através do intercâmbio de objetos manufaturados entre as diferentes etnias.

¹⁶ O papel do comportamento humano na transmissão e difusão de doenças infecciosas é bem conhecido (*Cf.* em particular Hesser 1982; Stall & Gifford (Eds.) 1986; Inhorn & Brown 1990; Inhorn & Brown (Eds.) 1997 *etc.*). Podemos citar, por exemplo, o papel da domesticação de animais silvestres na domiciliação de certos vetores de doenças ou, ainda, o dos comportamentos sexuais na transmissão e difusão das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV, entre outras. As escarificações, tatuagens, e/ou perfurações de certas partes do corpo (lábio, orelha, septo nasal...) praticadas por várias etnias da Amazônia podem também favorecer a transmissão de certos vírus, como o da hepatite B e o HIV (Coimbra Jr. & Santos 1992). As doenças do tipo crônico-degenerativo são também estritamente determinadas pelo modo de vida, condicionado por fatores sócio-culturais, econômicos e políticos específicos. Normas, valores e padrões de comportamento são profundamente enraizados na cultura, sendo somente apreendidos e entendidos a partir desta mesma cultura. Neste sentido, todo projeto de saúde pública visando mudar comportamentos considerados como de risco deve levar em conta a cultura que lhes é sub-jacente.

III. AS MEDICINAS TRADICIONAIS E SUA ARTICULAÇÃO COM OS SISTEMAS OFICIAIS DE SAÚDE¹⁷

III.1. Uma visão holista e processual da doença

Todas as sociedades no mundo inteiro têm suas maneiras peculiares de pensar, explicar e tratar as doenças. Estas não derivam obrigatoriamente da maneira ocidental de pensar a doença. Assim, as medicinas tradicionais¹⁸ são geralmente definidas como um corpo de « conhecimentos e práticas relativos à doença que são o produto de desenvolvimentos culturais autóctones não explicitamente derivados do quadro conceptual da medicina ocidental » (Hughes 1968). Outrossim, as sociedades tradicionais não esperaram a introdução e disseminação da medicina ocidental para já disporem de uma gama de alternativas e de especialistas terapêuticos aptos a resolver seus problemas de saúde: diferentes classes de xamãs, ervalistas, rezadores, cantores *etc.*, cujas técnicas de diagnóstico e cura variam de acordo com o tipo de terapeuta¹⁹: plantas usadas sob diversas formas e selecionadas em virtude de propriedades analógicas²⁰ ou por seus componentes farmacológicos ativos, cantos, encantações e/ou rezas terapêuticas, intervenções sobre o corpo do doente através de sucção, massagens *etc.*

¹⁷ Esta parte faz extenso uso de Buchillet 1991b.

¹⁸ Por « tradicional », entende-se não-ocidental.

¹⁹ Os Marubo, por exemplo, distinguem entre rezadores, xamãs e ervalistas/preparadores que atuam de maneiras diversificadas contra a doença (Montagner-Melatti 1985, 1996a-b). Os Desana/grupo Tukano oriental do rio Negro, distinguem tradicionalmente três classes de xamãs de acordo com o grau de conhecimento e/ou especialização: os « xamãs-onça », os « xamãs dos espíritos da água » e os « xamãs-rezadores ». As técnicas de diagnóstico e de cura dos dois primeiros tipos de xamãs são várias, assemelhando-se às práticas xamânicas habitualmente encontradas em outras populações indígenas: transe provocado por alucinógenos que lhes permitem entrar em contato com os espíritos dos quais obtêm informações e conselhos sobre a origem e a cura da doença a ser tratada; sopro de fumaça de cigarro sobre o corpo do doente; massagem da parte doente do corpo e extração, por sucção, do objeto patogênico; derramamento de água sobre o corpo do paciente para debelar a origem da doença *etc.* No caso dos xamãs-rezadores, o diagnóstico é principalmente realizado através da observação cuidadosa do corpo do doente, assim como de um interrogatório sobre a aparição da doença, os diferentes sintomas, a natureza da comida ingerida e o tipo de animal caçado nos últimos dias, a natureza dos sonhos do doente *etc.* A cura é baseada, neste caso, na recitação de encantações altamente formalizadas sobre líquidos ou plantas que lhes servem essencialmente de suporte material e de veículo para alcançar o paciente, mas podem, ao mesmo tempo, redobrar simbolicamente o efeito procurado na encantação (Buchillet 1983, 1987, 1988, 1990, 1992a-b). Os Baniwa/AM distinguem entre xamãs e donos-de-cantos, que seriam o equivalente dos xamãs-rezadores Desana (Wright 1992a-b, 1996). Vários outros grupos indígenas amazônicos possuem também diferentes classes de xamãs, como, por exemplo, os Bororo/PA (Crocker 1985) e os Siona de Colômbia (Langdon 1994), entre outros. Para outras descrições das técnicas xamânicas de cura, ver Gallois (1985) para os Waiãpi/AP, Pollock (1992) para os Kulina/AC e Figueiroa (1995) para os Sateré-Mawé/AM.

²⁰ Entre os Marubo/AM, por exemplo, as plantas medicinais são utilizadas de formas diversas - bebida, banho, inalação, defumação, cataplasma *etc.* - e escolhidas em função de certas características ou qualidades físicas (como quente, frio, azedo, doce...) analógicas em relação à origem da doença (Montagner-Melatti 1991, 1996a). Os Kulina/AM, por sua vez, selecionam principalmente as plantas pelo seu aroma, considerando que somente aquelas de aroma agradável têm propriedades curativas, enquanto que as outras, de mau cheiro, são percebidas como agravando a doença (Pollock 1994). Entre os Desana, por fim, as plantas utilizadas na medicina caseira ou como suportes da fala terapêutica são escolhidas em função de uma característica física (sabor, textura, cor, forma, cheiro, *etc.*) que evoca simbolicamente o(s) efeito(s) procurado(s) no tratamento de uma doença ou de um sintoma específico: por exemplo, o gosto amargo de certos cipós ou cascas de árvores para desinfetar e ajudar na cicatrização de uma ferida, a cor preta de certas plantas para esconder uma ferida na superfície da pele, a viscosidade de certas frutas para facilitar o trabalho do parto, *etc.* (Buchillet 1987, 1988).

As representações e práticas relativas à doença e seu tratamento recobrem, nas sociedades tradicionais, realidades diferentes das ocidentais, sendo dificilmente apreensíveis pela linha conceptual da biomedicina. Nesta, a doença é essencialmente vista como resultante de uma anomalia de estrutura e/ou de função de um órgão ou de um sistema orgânico determinado, tendo os sinais desta anomalia, ou disfunção, o valor de indicadores de doença. Nesta perspectiva, a doença é percebida como similar de um indivíduo para outro, qualquer que seja seu suporte (a pessoa), e independentemente do contexto social e cultural no qual ela evolue. Para isolar e construir seu objeto de estudo (a doença) e atingir essa concepção da doença como anomalia orgânica ou bio-fisiológica, desligada de todo suporte ou contexto, a medicina ocidental se destacou tanto da sociedade como da magia e da religião. Ou seja, a constituição da medicina ocidental enquanto disciplina científica operou-se às expensas « da negação da singularidade tanto individual quanto social do paciente e sob o efeito (...) da afirmação da universalidade do homem » (Clavreul 1978).

Essa concepção não corresponde àquela das sociedades tradicionais. Nestas, a aparição da doença inscreve-se num dispositivo de explicações que remete ao conjunto das representações do homem, de suas atividades em sociedade e de seu meio natural. A doença não é pensada - e nem pode ser analisada - fora do seu suporte (o indivíduo, na sua singularidade pessoal e social), e fora do contexto, ou seja: as conjunturas específicas (pessoais, históricas, etc.) que presidiram à aparição da doença, as representações do mundo natural e das forças que o regem, as representações da pessoa e, por fim, as modalidades de relação entre os mundos humano, natural e sobrenatural. Assim, toda interpretação da doença é imediatamente inscrita na totalidade do seu quadro sócio-cultural de referência (Buchillet 1988, 1991b).

Vários antropólogos têm salientado a multicausalidade da doença e a importância da busca das causas sociais e cosmológicas no estabelecimento do diagnóstico e na conduta terapêutica nas sociedades tradicionais. Com efeito, a aparição de uma doença suscita invariavelmente numerosas perguntas de várias ordens: « como? », « que ou quem? », « por que eu? », « por que agora? ». A primeira traduz o meio ou o mecanismo da doença (é o nível da causa instrumental); a segunda refere-se ao agente responsável pelo processo da doença (nível da causa eficaz); as duas últimas, geralmente consideradas como não pertinentes pela medicina ocidental²¹, tratam de reconstituir a origem da doença (nível da causa última), a qual é geralmente procurada no domínio sócio-cultural, nas conjunturas intersubjetivas e sociais particulares que presidiram ao episódio da doença (Sindzingre & Zempléni 1981). Nas sociedades indígenas, a doença é geralmente atribuída à intervenção

²¹ Em certos casos, como na AIDS, a medicina ocidental é obrigada a considerar a tripla causalidade para explicar essa doença. De acordo com Zempléni (1985), pode-se dizer que a destruição dos linfócitos constitui a causa instrumental da doença, o vírus HIV, seu agente (causa eficaz) e as relações sexuais não protegidas ou as transfusões de sangue, sua origem (causa última).

de agentes humanos (feiticeiro) e não humanos (espíritos, animais, fantasmas, divindades *etc.*). No entanto, o reconhecimento de uma causalidade exógena não implica necessariamente na passividade do paciente frente a sua doença. Este pode ser a causa, direta ou indireta, de sua própria doença por um comportamento socialmente desviante ou por uma infração das regras culturais, como, por exemplo, a transgressão de proibições alimentares ou de atividades, a sobre-exploração de um tipo específico de caça, ou, ainda, a ostentação de riquezas numa sociedade com valores igualitários, entre outras. Deve-se assinalar, no entanto, que a relação transgressão-doença não é automática e que a imputação de uma doença a uma falha pessoal do paciente não tem nenhuma conotação moral (punição). De fato, a transgressão coloca o indivíduo num estado de vulnerabilidade biológica particular que pode fazê-lo cair doente (Buchillet 1988). Assim, se, como na medicina ocidental, toda doença precisa ser explicada, a interpretação de uma desordem corporal, biológica, faz-se sempre nas sociedades tradicionais, contrariamente ao esquema biomédico ocidental, em referência às regras sociais, culturais, ou seja, a uma organização social, religiosa ou simbólica específica. Tal ênfase na causalidade social ou cosmológica não significa, no entanto, a ausência de um saber concernente à doença orgânica, nem o não reconhecimento da importância dos fatores naturais na interpretação de uma doença específica. Vários exemplos tirados da literatura antropológica demonstram que uma doença atribuída à intervenção de um agente exterior (animal, espírito...) pode ser percebida ao mesmo tempo como uma ruptura de equilíbrio entre instâncias psíquicas ou humores e qualidades do corpo (ver, por exemplo, Langdon 1974 para os Siona da Colômbia).

A importância da tripla causalidade da doença é particularmente evidenciada nos itinerários terapêuticos²² dos pacientes. Com efeito, na aparição de uma doença, um primeiro diagnóstico é estabelecido pelo paciente, sua família ou a comunidade, a partir da observação das manifestações clínicas da doença e da consideração de elementos que concorreram para a aparição desta última. A preocupação, neste nível, é unicamente o alívio dos sintomas, o tratamento consistindo de plantas ou até mesmo de medicamentos ocidentais. No caso do agravamento, da cronicização ou da aparição de outros sintomas *etc.*, a doença será reclassificada e procurar-se-á a causa última, ou seja, aquela que vai relacionar a doença particular do paciente ao seu meio físico e social de modo a responder à questão do « por que eu? ». A busca desta resposta motivará o recurso a um especialista, um xamã, por exemplo. Assim, é o caráter crônico que coloca a doença num nível de interpretação mais profundo. Neste nível, a causa é divorciada do sintoma, contrariamente ao esquema médico ocidental, e o tratamento visará mais a causa da doença (cosmológica ou social) que o sintoma ou a manifestação física da doença. Naturalmente, isto não

²² Por Itinerário terapêutico entende-se o conjunto de processos implicados na busca de um tratamento, desde a constatação de uma desordem, passando por todas as etapas institucionais, ou não, onde diferentes diagnósticos (paciente, família, comunidade, categorias de curadores *etc.*) e curas podem ser atualizados (Cf. Augé 1984).

impede o recurso paralelo a outras técnicas terapêuticas - plantas ou mesmo medicina ocidental - destinadas fundamentalmente à resolução do sintoma.

Deve-se acrescentar aqui que, mesmo curado do ponto de vista da medicina ocidental, é somente após a cura xamânica, que trata a causa última da doença, que o próprio doente se considera efetivamente sarado. Outrossim, o fracasso terapêutico não significa a ineficiência, nem motiva o questionamento da validade ou do poder de cura de um tratamento ou de uma prática terapêutica particular. Entre os Desana do alto rio Negro, por exemplo, onde o tratamento realizado pelo xamã-rezador consiste basicamente na recitação de encantamentos, a não evolução da doença, seu agravamento, ou a aparição de outros sintomas nunca são atribuídos a um defeito inerente às encantamentos. A ausência de reação da doença ao tratamento empreendido é geralmente explicada de três maneiras diferentes: a) o diagnóstico está errado; b) o xamã falhou na recitação da encantamento (por exemplo, esqueceu alguns nomes de animais ou de espíritos ligados à doença); c) o paciente não respeitou as prescrições xamânicas (restrições alimentares ou de atividades).

De fato, a noção de eficácia terapêutica recobre, nas medicinas tradicionais, muitas outras dimensões que não existem na medicina ocidental. Assim, se a idéia de restabelecimento da saúde não está ausente nas medicinas tradicionais, estas não se limitam a tal finalidade. A cura também tem a função de exercer controle social na ausência de poder político ou jurídico centralizado, de reafirmar conceitos básicos sobre a sociedade e noções-chave sobre o mundo, de modo a reiterar a sua validade, qualquer que seja o resultado prático da cura (Dole 1964, 1966; Young 1976). Isso pode explicar porque certos procedimentos terapêuticos, considerados como ineficazes de um ponto de vista médico, continuam a ser colocados em prática por estas sociedades, apesar da presença da medicina ocidental, como também a razão pela qual os indivíduos podem recorrer, ao mesmo tempo, a alternativas terapêuticas heterogêneas (plantas medicinais, xamanismo, medicina ocidental...).

Para finalizar, gostaria de insistir na importância do auto-diagnóstico (ou do diagnóstico familiar) na conduta terapêutica dos pacientes nas sociedades tradicionais. Na medicina ocidental, o paciente é passivo, limitando-se a apresentar uma queixa ao médico que tem a tarefa de identificar a doença e prescrever um tratamento conforme o tipo de moléstia que diagnosticou. Nas sociedades tradicionais, a situação é diferente. Os pacientes e suas famílias costumam estabelecer seu próprio diagnóstico que vai orientar, de maneira significativa, o recurso a diferentes categorias de especialistas e, em conseqüência, a escolha dos tratamentos, assumindo, desta maneira, uma parte das tarefas que se atribui geralmente aos médicos no mundo ocidental. Os pacientes e suas famílias são agentes ativos engajados na procura de um tratamento, utilizando e manipulando de maneira eclética todos os recursos e alternativas terapêuticas disponíveis (medicina caseira à base de plantas, xamanismo, medicina ocidental *etc.*). A importância do auto-diagnóstico permite entender porque os índios, como já constatei, vêm procurar no posto de saúde ou

no hospital local um medicamento determinado, tendo escolhido aquele que pensavam necessitar porque já haviam elaborado um diagnóstico inicial e definido, dessa forma, o tratamento que consideravam como o mais apropriado para a sua condição patológica²³. Enfim, o diagnóstico pode variar no curso da evolução da doença, tanto em função de fatores propriamente clínicos (não reação da doença ao tratamento empreendido, aparição de outros sintomas, agravamento da doença), quanto extra-médicos (conflitos na comunidade, sonhos do doente ou do xamã, aparição de doenças na comunidade etc.). Vê-se, assim, a partir da análise dos itinerários terapêuticos dos pacientes, que a articulação das medicinas tradicionais com a ocidental é efetivada pelos próprios doentes na sua procura de um tratamento, ou seja, através dos seus itinerários terapêuticos.

III.2. A questão do empírico-racional e do mágico-religioso

Pelo seu aparente distanciamento dos modos de diagnóstico e de tratamento, tais como são concebidos pela medicina ocidental, os esquemas tradicionais de interpretação e resolução de episódios de doença, cuja coerência interna e racionalidade somente podem ser apreendidas e avaliadas a partir do quadro sócio-cultural de referência, podem levar à idéia de uma descontinuidade entre os dispositivos tradicionais e o ocidental no tocante às partes respectivas do mágico (ou mágico-religioso) e do empírico (ou empírico-racional) nestes dois tipos de medicinas, estando a biomedicina do lado da racionalidade, enquanto que as medicinas tradicionais se caracterizariam mais pelo seu enfoque mágico ou religioso. Tal concepção é particularmente evidente nos discursos dos profissionais de saúde, orientando inclusive sua atitude em relação para com as medicinas tradicionais. Chegou-se, até, a diferenciar nas medicinas tradicionais certas representações e práticas nas quais se poderia reconhecer o embrião de uma racionalidade científica, tais como os saberes botânicos ou farmacopéias indígenas, de outras, consideradas puramente irracionais ou mágicas, como as práticas xamânicas, por exemplo. Na realidade, a dicotomia entre um setor virtualmente racional e um outro puramente mágico não corresponde às modalidades locais de apreensão e de resolução das doenças. De fato, existem em cada sociedade « graus de especialização cognitivos e institucionais desenhando os contornos de uma 'medicina' que se apoia num conhecimento empírico do universo físico - saberes botânicos, farmacopéias - e do corpo humano, mas sempre atualizados e determinados por regras culturais: a nomeação, o conhecimento e o uso de plantas são assim indissociáveis das representações simbólicas particulares de uma sociedade » (Dozon & Sindzingre 1986, ver também Augé 1980,

²³ Deve-se acrescentar aqui que os medicamentos são geralmente avaliados, selecionados e utilizados de acordo com os critérios de seleção e de uso dos remédios vegetais, ou seja, em função, como vimos, de uma característica física desejada para o objetivo da cura (Montagner-Melatti 1985, 1991, 1996a; Buchillet 1997; Pollock 1994). Por isso, sua função ou ação específica no tratamento de uma determinada doença pode ser totalmente distorcida. Depois de se identificar suas características potencialmente aproveitáveis, os remédios poderão ser usados para tratar doenças diversas. Assim, as noções de posologia, de duração de tratamento e de adequação do medicamento a um tipo específico de sintoma ou de doença não têm a menor validade para as populações indígenas. Evidentemente, o uso inadequado não é isento de riscos para o doente e, em certos casos, dependendo

1986). Ou seja, é impossível diferenciar o empírico, o natural, ou o objetivamente eficaz, do mágico-religioso, sobrenatural ou simbólico, já que « os resultados da experiência se inserem na lógica simbólica e a lógica simbólica nunca contradiz a experiência e, mesmo, se fundamenta parcialmente sobre ela » (Augé 1986).

III.3. A questão do uso da medicina ocidental

Vários estudos conduzidos no mundo inteiro mostraram que a procura por assistência médica resulta da interação complexa de fatores relacionados, tanto com o paciente (variáveis sócio-culturais), quanto com questões logísticas. Certos autores consideram, assim, que a forma de tratamento escolhida pelo doente (medicina ocidental ou tradicional) depende da categoria etiológica da doença: ou seja, quando esta é interpretada com referência a uma causalidade sobrenatural, ela é passível de um tratamento tradicional; quando o é com referência a uma causalidade natural, ela depende da medicina ocidental. Variantes desta concepção explicam a utilização diferencial das alternativas terapêuticas, seja em função da gravidade da doença, seja em função da eficácia comprovada da medicina ocidental no tratamento de doenças específicas, seja, enfim, em função do tipo de desordem que afeta o paciente: distinção entre queixas somáticas e de comportamento (Erasmus 1952), entre doenças « internas » e « externas » (Pollock 1994), ou entre doenças « introduzidas » e autóctones²⁴ » (Montagner-Melatti 1985). Em suma, seria a medicina ocidental versus a tradicional. De fato, embora as concepções locais em matéria de saúde e de doença influam na busca de tratamentos, e na receptividade das ações e dos projetos de saúde, elas não são os únicos fatores determinantes na conduta terapêutica dos pacientes. As questões logísticas são igualmente importantes.

Estas referem-se tanto à organização, funcionamento e facilidade de acesso aos serviços de saúde, ao custo (direto ou indireto) das medidas e dos tratamentos para os doentes, como à qualidade do relacionamento entre profissionais de saúde e pacientes. É bom lembrar aqui que o fracasso de numerosos programas de saúde se deve em parte ao desconhecimento, ou ao menosprezo, do contexto sócio-cultural local por parte dos profissionais de saúde. Estes últimos, particularmente da rede pública de saúde, muitas

da natureza da doença (tuberculose, por exemplo), também para a comunidade (Buchillet 1997).

²⁴ Estranhamente, poucos antropólogos se interessaram pelas representações das epidemias de doenças infecciosas entre as populações indígenas, limitando-se na maioria das vezes a operar uma distinção entre doenças autóctones e doenças introduzidas (ou de branco), ressaltando a impotência das medicinas tradicionais frente a estas últimas e considerando-as, portanto, como estritamente passíveis de um tratamento ocidental (Buchillet 1991c). Essa concepção é geralmente compartilhada pelos profissionais de saúde, servindo-lhes de justificativa para suas atividades médico-sanitárias, muitas vezes culturalmente agressivas (Gallois 1991). No entanto, as concepções ameríndias das epidemias de doenças infecciosas determinam as respostas culturais das sociedades frente a essas doenças. De um ponto de vista epidemiológico, sua consideração pode, portanto, permitir influenciar a sua evolução e diminuir seu impacto letal sobre essas populações (Coimbra 1987; Buchillet 1991c). Sobre as representações das epidemias de doenças infecciosas entre populações indígenas da Amazônia brasileira, ver Albert (1988) para os Yanomami/RR; Gallois (1991) para os Waiápi/AP; Buchillet (1991c, 1995, 1996, 1997) para os Desana/AM; Conklin (1994) para os Wari'/RO.

vezes percebem os povos indígenas como ignorantes, vivendo na promiscuidade, sem noções mínimas de higiene, não respeitando suas indicações terapêuticas e comportando-se de maneira incoerente na sua procura de tratamento. Outrossim, costumam considerar as medicinas tradicionais como corpos heteróclitos de crenças e comportamentos irracionais, desprovidos de lógica interna e potencialmente nocivos à saúde e que por isso pretendem eventualmente erradicar. É evidente, a este respeito, que a baixa procura de atendimento médico por parte de populações tradicionais também tem a ver com o etnocentrismo, a postura autoritária e o caráter prepotente comuns entre profissionais de saúde. Neste sentido, a sensibilização cultural destes últimos é fundamental, ponto que retomaremos na última parte deste trabalho.

Resta-nos interrogar sobre as implicações ideológicas da utilização da medicina ocidental para os sistemas tradicionais de saúde. Seria tal utilização acompanhada por uma mudança correlativa das representações etiológicas e terapêuticas tradicionais? Numerosos exemplos mostram, de fato, que a utilização da medicina ocidental não implica necessariamente numa mudança nos dispositivos cognitivos tradicionais de interpretação da doença. Aqui faz-se necessário distinguir dois aspectos da medicina ocidental: o aspecto científico e o aspecto técnico. Ora, recorrer à medicina ocidental não implica de maneira alguma na aceitação, e muito menos, na compreensão da teoria científica da causalidade subjacente, teoria à qual as populações em geral, e tradicionais em particular, não têm acesso, os médicos raramente comunicam seus diagnósticos aos pacientes e também não lhes fornecem uma explicação etiológica, ao contrário dos curadores tradicionais. As prescrições dos médicos limitam-se a algumas considerações sobre a posologia, a necessidade de o paciente voltar a se consultar, ou sobre o efeito de um remédio particular sobre um sintoma específico (« Isso vai fazer passar a dor », por exemplo). Ou seja, eles se limitam a dar indicações sobre o « como » da doença, sem fornecer explicações sobre o « porquê » da mesma (Polgar 1962). Os aspectos mais esotéricos do conhecimento médico não são passados ao paciente.

Deste modo, a multiplicação das alternativas terapêuticas para os índios não conduz necessariamente à diversificação de seus modelos de causalidade, nem mesmo ao seu confronto. De fato, uma vez a eficácia prática da medicina ocidental fica comprovada na resolução dos sintomas, ela é procurada como técnica terapêutica adicional, **não substitutiva**, um novo instrumento eficaz que se acrescenta ao arsenal terapêutico destinado a aliviar os sintomas. Ela assume o mesmo papel que numerosos tratamentos não especializados (incluindo os tratamentos familiares) que visam desinfetar e cicatrizar uma ferida, diminuir uma dor ou fortalecer o corpo, quando os pacientes lhe atribuem o mesmo valor funcional ou instrumental que a seus próprios tratamentos destinados a intervir no corpo, no sintoma. Numerosos são os exemplos onde se vê as pessoas utilizarem diferentes alternativas terapêuticas. O que importa, antes de tudo, não é se o tratamento é ou não apropriado à categoria da doença em questão, mas que se produziu uma melhora

rápida dos sintomas e nisso as populações tradicionais são muito pragmáticas (Buchillet 1991b).

Empregar simultaneamente a terapêutica xamânica e a medicina ocidental, por exemplo, não é contraditório em si, e nem traduz uma inconsistência das representações tradicionais, como muitos profissionais de saúde costumam inferir, isto porque tais alternativas terapêuticas heterogêneas agem sobre dois níveis ou esferas de ação distintas²⁵. De fato, como sublinhou Worsley (1982), na procura de um tratamento, as pessoas se movimentam mais entre diversos agentes de saúde e recursos terapêuticos do que entre diversos sistemas médicos.

III.4. O papel do conhecimento antropológico na saúde pública

Insisto neste trabalho na importância da contribuição antropológica aos projetos de saúde. Esta contribuição pode assumir formas diversas. Além da « sensibilização cultural » dos profissionais de saúde locais, que, como vimos, é prioritária, a antropologia, e particularmente a antropologia da saúde, pode contribuir de maneira mais direta à saúde pública, participando, principalmente, do planejamento e da realização de ações e programas de saúde.

Vimos (Parte II) que as representações, os valores sócio-culturais, a organização social, os modos de subsistência e de adaptação ao meio ambiente, a situação de contato, etc. estão inextricavelmente ligados à saúde das populações, mas não sob formas facilmente compreensíveis ou potencialmente generalizáveis de uma região, ou de uma população, para outra. Tão pouco podem ficar restritas a alguns traços folclóricos, facilmente estereotipados, reducionistas e simplificados como meras variáveis ao lado de outras variáveis como as demográficas, sociais ou ambientais (Bibeau 1995). De fato, somente uma abordagem holista e contextualizada da doença e dos comportamentos associados à saúde pode permitir a identificação das demandas e necessidades em matéria de saúde de populações específicas, assim como a sua capacidade a acesso (social, política, econômica, cultural) às ações e intervenções sanitárias propostas e, neste sentido, delinear ações e intervenções sanitárias e de prevenção. Conhecer, por exemplo, as distinções feitas pelos grupos indígenas entre os diferentes tipos de febres, incluindo a malária, bem como suas representações específicas, pode ser importante quando se trata de explicar-lhes a importância das campanhas de borrifação ou a necessidade do uso de mosquiteiros. O mesmo pode ser dito com relação a outras doenças. Conhecer, por exemplo, as concepções acerca dos modos de transmissão das doenças, dos mecanismos da eficácia terapêutica,

²⁵ Muitos profissionais de saúde consideram que o contato entre os sistemas de saúde tradicionais e ocidental conduz inevitavelmente à competição e/ou ao conflito. Tal concepção recobre em geral um pressuposto etnocêntrico implícito, ou seja, que a superioridade técnica da medicina ocidental é de tal modo evidente que esta última deveria ser aceita sem hesitação pelos pacientes das sociedades tradicionais, inclusive às expensas de suas próprias técnicas de diagnóstico e de cura. Na realidade, não há nenhum conflito entre os dois sistemas. A simples consideração dos itinerários terapêuticos dos pacientes mostra seu uso complementar dos dois tipos de medicina (Buchillet 1991b).

bem como as representações locais da tuberculose pode não somente ajudar a prever as dificuldades de aceitação dos tratamentos e das condutas preventivas e terapêuticas preconizados pela medicina ocidental, como também a encontrar meios, fundamentados no próprio contexto cultural, para explicar a racionalidade e a importância do tratamento demorado, e a necessidade de sua observação²⁶. Sabe-se que uma das razões para a re-emergência da tuberculose constatada em numerosas sociedades é o freqüente abandono pelos doentes do tratamento antituberculoso, um tratamento muito demorado (de seis a dezoito meses de acordo com a forma clínica, as recaídas e os insucessos terapêuticos). Vimos também que a incidência da tuberculose entre as populações indígenas é altíssima, ligada em parte à deterioração crescente das suas condições de vida em decorrência do contato. Neste sentido, pesquisas antropológicas sobre os fatores logísticos, ligados ao regime terapêutico e ao paciente que influem, ou condicionam, o acesso aos cuidados de saúde e à adesão aos tratamentos permitirá elaborar estratégias locais visando a melhoria da assistência médica e o aumento da observância terapêutica. Os Desana do alto rio Negro, por exemplo, consideram a tuberculose como uma doença autóctone, ou seja, uma doença que os afeta desde sempre. Além disso, atribuem-na, em suas várias formas clínicas, à feitiçaria xamânica. Portanto, essa doença não é considerada contagiosa pelos índios. Evidentemente, essa concepção etiológica afeta diretamente sua decisão de procurar assistência médica. Ela pode explicar o longo tempo entre o aparecimento dos primeiros sintomas e a busca dos serviços de saúde e colocar em questão a validade dos procedimentos preventivos e terapêuticos preconizados pela medicina ocidental (em particular, a longa duração dos tratamentos, a necessidade da quimioprofilaxia dos comunicantes assintomáticos, a uniformização do tratamento antibiótico para todos os doentes com diagnóstico de tuberculose²⁷ etc.). As concepções locais sobre os mecanismos da eficácia terapêutica são igualmente determinantes. Na concepção Desana, por exemplo, a repetição imediata e o efeito praticamente instantâneo das palavras xamânicas são elementos-chave da eficácia terapêutica. É fácil imaginar que esta última concepção, aplicada ao tratamento da tuberculose que associa os mesmos antibióticos durante um período mínimo de seis meses, possa ter um impacto negativo sobre a observância terapêutica (Buchillet 1997). Por fim, como vimos, a percepção e a utilização dos medicamentos pelos índios são diferentes daqueles preconizados pela medicina ocidental,

²⁶ Todo tratamento interrompido antes do fim, ou cujos componentes sejam tomados de maneira anárquica (o tratamento consiste em tomar vários comprimidos e cápsulas diariamente), significa: a) a continuidade da infecção e, via de regra, a possibilidade de transmissão da doença para outras pessoas; b) a evolução da infecção tuberculosa em doença; c) a indução de resistência aos antibióticos e, portanto, o desenvolvimento de uma tuberculose resistente; e, finalmente, e) a possibilidade de reativação endógena da doença.

²⁷ Sendo atribuída à feitiçaria, ela somente pode afetar uma pessoa determinada. Com efeito, de acordo com a concepção indígena, a feitiçaria, para ser efetiva, deve ser endereçada a uma pessoa particular. Logicamente, ela também é intransmissível. Ou seja, o isolamento dos doentes, o tratamento preventivo de indivíduos infectados assintomáticos e a uniformidade dos tratamentos antituberculosos (um tratamento igual para todos os doentes com diagnóstico ocidental de tuberculose) são dificilmente compreensíveis para os pacientes indígenas.

sendo geralmente escolhidos de acordo com os critérios de seleção e de uso das plantas medicinais.

Assim, em vez de considerar a cultura e as representações ligadas à saúde e à doença das populações beneficiárias dos programas de saúde como obstáculos culturais, como muitos profissionais de saúde e planejadores de projetos de saúde costumam fazer, trata-se de se apoiar nelas, tanto para o delineamento e execução das ações de saúde, quanto para a elaboração de mensagens de prevenção e de educação de saúde. Neste último caso, buscando « passarelas (ou « pontes ») culturais entre as mensagens sanitárias e a cultura local²⁸ e/ou procurando « analogias apropriadas²⁹ » (Nichter & Nichter 1986), isto é, pertinentes ou culturalmente significativas para as sociedades consideradas. Deve-se acrescentar, no entanto, que não se trata de oferecer algumas receitas ou fórmulas « mágicas » que poderiam eventualmente ser aplicadas a outras sociedades, como, aliás, muitos profissionais de saúde costumam esperar do antropólogo, mas de fornecer subsídios para adaptar, a nível local, as campanhas de prevenção, de educação e de controle de doenças, além de melhorar a assistência médica e o relacionamento entre os profissionais de saúde e os pacientes. Daí o caráter imprescindível dos estudos antropológicos em comunidades indígenas, os quais constituem um dos elementos-chave, embora não o único, do planejamento e da execução de programas de saúde social e culturalmente sensíveis em populações diferenciadas.

²⁸ Trata-se de « um modelo no qual o conhecimento e a explicação dos fundamentos culturais dos fenômenos ligados à saúde são aplicados de uma maneira positiva para integrar novas idéias e práticas ao que já existe e tem uma significação para a população considerada. Os pesquisadores procuram informações sobre a maneira pela qual as pessoas pensam as questões de saúde e fazem escolhas que afetam sua saúde (...). Tais informações podem levantar os fatores de resistência mas, sobretudo, alimentar as estratégias de comunicação para melhorar a compreensão e a retenção das mensagens e realçar a credibilidade dos novos programas, mostrando a apreciação que é feita da cultura indígena ligada à saúde » (Coreil 1990 *apud* Massé 1995).

²⁹ Fundamentada sobre a « racionalidade do senso comum », a analogia facilita « o estabelecimento de uma relação entre o conhecido e o não conhecido e coloca as novas informações dentro do contexto das associações, das experiências e das preocupações relativas à saúde existentes » (Nichter & Nichter 1986).

IV. AÇÕES E PROJETOS DE SAÚDE NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO PPTAL

IV.1. A política oficial recente em matéria de saúde indígena

Não é demais rever brevemente os principais rumos da política recente em matéria de saúde indígena. Até 1991, ela era essencialmente assumida pela Fundação Nacional do Índio/FUNAI através das Equipes Volantes de Saúde/EVS criadas em cada Delegacia regional. As EVS, compostas por um médico, um dentista, uma enfermeira, um bioquímico, um motorista ou piloto de barco e, eventualmente, um intérprete indígena, realizavam visitas esporádicas nas comunidades indígenas de sua área de atuação, prestando assistência médica, aplicando esquemas básicos de vacinação e supervisionando o trabalho do pessoal de saúde local geralmente formado por auxiliares ou atendentes de enfermagem. O Ministério da Saúde/MS tradicionalmente colaborava com o controle das principais endemias (Baruzzi 1993). Deve-se ressaltar, no entanto, que o trabalho da FUNAI na área da saúde esbarrou em dificuldades de diversas ordens, dentre as quais, a carência crônica de recursos financeiros, a precariedade da infra-estrutura básica de saúde³⁰, a falta de planejamento e de promoção das ações necessárias à saúde integral indígena, a inexistência de um sistema de informações em saúde, a grande dispersão geográfica das comunidades indígenas a serem atendidas, além da falta de preparo dos funcionários do órgão indigenista oficial para atuar junto a comunidades social e culturalmente diferentes da sociedade ocidental (Confalonieri 1989). De modo a remediar a falta de estrutura adequada de atendimento à saúde, a FUNAI, ao longo dos anos, assinou vários convênios com entidades governamentais e não governamentais (*ibid.*).

Em 1986, a 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, que teve lugar em Brasília (27-29/11) como desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde, afirmou: a) a necessidade urgente de implantação de um modelo de atenção que garanta aos índios o direito universal e integral à saúde; b) a importância de respeitar as especificidades étnicas e sócio-culturais e as práticas terapêuticas de cada grupo; c) a necessidade de garantir a participação indígena nas políticas de saúde; d) a criação de uma agência de saúde específica para assuntos indígenas (Confalonieri 1993). Esses princípios foram incorporados pela Constituição Federal/CF (1988)³¹ que criou o Sistema Único de Saúde/SUS³² e garantiu aos povos indígenas, em razão de sua alta vulnerabilidade em

³⁰ Uma viagem recente às Administrações da FUNAI da Região Norte (Manaus, Tabatinga, Atalaia do Norte e Parintins) realizada pela Dra. Lauande da FUNAI mostra a extrema precariedade da maior parte das Casas de Saúde Indígenas/CSI dessa região, « as quais carecem totalmente de infraestrutura básica, tais como materiais, equipamentos, recursos humanos e, em algumas, transporte para atendimento à área de saúde » (Lauande 1998).

³¹ A Constituição Federal, promulgada em outubro de 1988, estabeleceu que « A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação » (Seção II, Da Saúde, art. 196).

³² O SUS foi criado pela CF de 1988 e regulamentado pelas leis nº 8.080 de 19/09/1990 e nº 8.142 de 28/2/1990.

termos de situação de saúde e por suas especificidades étnicas e sócio-culturais, o direito de atendimento integral e diferenciado à saúde, com prioridade para as atividades preventivas, e com a participação das próprias comunidades.

Em 1991, o Decreto presidencial nº 23 de 04/02 transferiu da FUNAI à Fundação Nacional da Saúde/FNS³³ a responsabilidade pela saúde das populações indígenas, tanto nas fases de planejamento quanto nas de execução de projetos destinados à promoção, proteção e recuperação da saúde do índio. Como consequência, foi criada a Coordenação de Saúde do Índio/COSAI, vinculada à FNS. O Decreto 23 previu (art. 4) também a criação de Distritos Sanitários Especiais Indígenas/DSEI, como forma de regulamentação do subsistema de atenção à saúde indígena no âmbito do SUS. Estes Distritos deveriam somente englobar comunidades indígenas segundo critérios geográficos, demográficos, sociais e culturais específicos.

No que tange a questão da participação indígena na elaboração das políticas de saúde, um avanço significativo consistiu na inclusão de vários representantes indígenas na Comissão Intersetorial de Saúde do Índio/CISI³⁴. Esta Comissão, instalada em 1992 no Ministério da Saúde e formada por representantes do Governo Federal (Ministérios da Saúde e da Justiça), de Universidades e de organizações não-governamentais/ONGs, tinha como principal atribuição assessorar o Conselho Nacional de Saúde/CNS na elaboração de princípios e diretrizes de políticas governamentais no campo da saúde indígena.

Em 1993, a *II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas/II CNSPI* (Luziânia/GO, 25-27/10) reafirmou a importância dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas³⁵ como base operacional, a nível do SUS, para o modelo de atenção à saúde das populações indígenas. Estes deveriam ser ligados diretamente ao MS e administrados por Conselhos de Saúde com participação indígena. Reafirmou também o direito de assistência integral à saúde do índio cujas ações, além de atender a suas demandas e necessidades, devem ser desenvolvidas em consonância com suas particularidades epidemiológicas e

³³ A FNS, que integra o Ministério da Saúde, foi criada pelo Decreto presidencial nº 100 de 16 de abril de 1991, resultando da fusão de dois órgãos governamentais: a SUCAM, responsável pelo controle das endemias, e a Fundação SESP (Fundação Serviços de Saúde Pública).

³⁴ Criada pela Resolução nº 11 de 13/10/1992.

³⁵ Estes nunca chegaram a ser implantados, exceto no caso dos Yanomami de Roraima e Amazonas. No entanto, várias organizações indígenas com o apoio de ONGs, de instituições de pesquisa, da FNS e da FUNAI tentaram implantar um DSEI. Tal é o caso, por exemplo, do Distrito Sanitário Especial Indígena do Leste de Roraima, sistema local de saúde criado há quatro anos por iniciativa das organizações indígenas desta região (Conselho Indígena de Roraima/CIR e Associação dos Povos Indígenas de Roraima/APIR) com o apoio do Núcleo Interinstitucional de Saúde Indígena de Roraima/NISI-RR, órgão decisório constituído pelas instituições de assistência à saúde, governamentais e não-governamentais (FNS, FUNAI, Médicos Sem Fronteiras/MSF-Holanda, Diocese, Médicos do Mundo/MDM-França, SESAU, Missão Evangélica da Amazônia/MEVA, Comissão pró-Yanomami etc.) e pelas organizações indígenas (CIR, APIR) que atuam entre os vários povos indígenas do Estado de Roraima. O DSEI-RR atende a uma população de cerca de 23.000 pessoas originárias de cinco etnias (Taurepang, Patamona, Ingarikó, Makuxi e Wapixana) e conta com uma rede de 135 Postos de saúde, 31 laboratórios de microscopistas e 284 Agentes Indígenas de Saúde/AIS. Ele não foi ainda reconhecido oficialmente pelo governo brasileiro (CIR 1997a). Houve várias outras propostas de criação de Distritos Sanitários Especiais Indígenas, tais como no Araguaia (DSEI do Araguaia 1997), no rio Negro (Garnelo & Figueiroa 1993) e nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro (Bastos *et alii* 1993), entre outras.

sócio-culturais, bem como com suas práticas terapêuticas tradicionais. Definiu o Governo Federal como instância responsável pela saúde indígena do país, não sendo excluídas as contribuições complementares dos estados, dos municípios e/ou de outras instituições governamentais ou não governamentais no custeio e na execução das ações de saúde. Cabe à COSAI (através das Equipes de Saúde do Índio/ESIs das Coordenações Regionais da FNS) garantir a especificidade do planejamento das ações de saúde voltadas para os grupos indígenas dada a sua grande diversidade étnica e sócio-cultural.

Em 1994, o Decreto presidencial nº 1.141 de 19 de maio, que revoga o Decreto nº 23/1991, instituiu a Comissão Intersectorial de Saúde/CIS, presidida pela FUNAI, que passa desde então a coordenar, a nível nacional, todas as ações governamentais voltadas à saúde indígena. Embora tenha aprovado o Modelo de Atenção Integral à Saúde do Índio³⁶, essa Comissão promoveu, no entanto, uma compartimentalização das ações de saúde, instaurando, de fato, uma divisão entre as atividades de assistência e de prevenção (ver *infra*).

IV.2. Avaliação das ações e projetos de saúde

A. Ações e projetos de saúde

Assim, desde 1994, a FNS/COSAI e a FUNAI dividem entre si as ações de saúde com populações indígenas, sendo a FUNAI, em conformidade com sua tradição de cunho eminentemente assistencialista, responsável pelo aspecto curativo, ou seja, pela assistência sanitária nas áreas indígenas e sobretudo nas Casas de Saúde Indígena. Ao Ministério da Saúde/MS (através da FNS/COSAI) compete « executar ações de prevenção em saúde, controle de endemias, vigilância epidemiológica, saneamento básico, capacitação de recursos humanos, imunização, além de outros programas do MS como o controle de DST/AIDS³⁷, da tuberculose, do cólera e outros, em forma diferenciada » (Resolução nº 2 de 27/10/1994 da Comissão Intersectorial de Saúde). Ambos os órgãos oficiais assinam convênios e estabelecem parcerias institucionais eventuais com universidades, instituições de pesquisa, organizações governamentais e não governamentais (nacionais ou

³⁶ Seus principais objetivos estratégicos são: a) compreender os determinantes sócio-econômicos e étnico-culturais do processo saúde/doença entre os povos indígenas; b) desenvolver ações em consonância com as especificidades locais; c) fundamentar em bases étnicas, epidemiológicas e geográficas a implementação de programas de atenção integral à saúde; d) priorizar a formação de agentes indígenas de saúde; e) desenvolver programas de educação em saúde.

³⁷ A Coordenação de DST-AIDS do Ministério da Saúde tem como objetivo reduzir a transmissão de DST/AIDS através de ações de caráter preventivo. Neste sentido, ela promove políticas e estratégias de abordagem através da oferta de serviços de saúde à população em geral e de projetos de intervenção específicos junto a certos segmentos da população considerados de maior vulnerabilidade à DST/AIDS (por exemplo, as populações indígenas em função de vários critérios ou « indicadores », tais como o aumento dos contatos com membros da sociedade envolvente, a desorganização sócio-cultural, a deterioração crescente das suas condições de vida, a falta ou inadequação cultural e lingüística das mensagens de prevenção e de educação sanitária, a migração interna da população indígena para os centros urbanos etc.) ou a grupos que apresentam maior frequência de comportamentos de risco de infecção pelo HIV.

estrangeiras), associações representativas de comunidades indígenas, missões religiosas³⁸, de modo a ampliar e fortalecer a prestação de serviços às comunidades indígenas, ou também, como ocorreu, por exemplo, no caso do surto de malária que acometeu os Yanomami/RR em 1992, ou da epidemia de cólera que se alastrou em 1991 entre os vários povos do Vale do Javari e Tikuna, desenvolver ações em caráter emergencial³⁹.

Deve-se dizer, no entanto, que a multiplicidade de instituições e organizações, governamentais ou não governamentais, que atuam na esfera da saúde indígena resulta localmente, às vezes, numa fragmentação ou, ao contrário, numa sobreposição das ações, nem sempre isenta de conflitos entre as diferentes partes. Outrossim, apesar do avanço significativo no reconhecimento oficial das especificidades étnicas e sócio-culturais dos índios que devem ser contempladas no delineamento e na execução de ações e projetos de saúde, e do grande número de instituições envolvidas na saúde indígena, não se pode afirmar que o estado de saúde das populações indígenas tenha melhorado, nem que os serviços de assistência atendam a suas demandas e necessidades específicas. Os relatórios de atividades consultados apontam várias razões para esta situação, mais ou menos importantes conforme as regiões enfocadas: dificuldades em estabelecer parcerias, bem como um trabalho integrado entre as diferentes instituições de saúde; escassez (ou atraso na liberação) de recursos financeiros; falta e/ou precariedade da infra-estrutura da rede local (incluindo dificuldades de abastecimento dos postos de saúde com medicamentos, falta de equipamentos básicos para o atendimento dos doentes *etc.*); ausência de acompanhamento e de supervisão do trabalho dos AIS nas comunidades; grande dispersão das comunidades, dificultando o acesso regular (incluindo a impossibilidade de acesso às localidades indígenas em certos períodos do ano); descontinuidade dos projetos por falta de recursos financeiros e/ou humanos.

Os objetivos dos programas e ações desenvolvidos por organizações não-governamentais em colaboração estreita com as organizações e associações indígenas, e em parceria eventual com a FUNAI e/ou a FNS/COSAI locais, visam essencialmente: a melhora do estado de saúde das populações indígenas; a implantação de um sistema de cuidados primários de saúde, através da formação de Agentes Indígenas de Saúde/AIS

³⁸ Foram assim assinados convênios pela FNS/COSAI com o CIR/RR, visando a manutenção da rede básica de saúde (postos de saúde e laboratórios de microscopistas) na região; com a Diocese de São Gabriel da Cachoeira/AM, região do alto rio Negro, permitindo a implementação do Centro-Saúde Escola através da aquisição de equipamentos e de material, assim como a realização de cursos, seminários e encontros, em parceria com outras instituições atuando nessa região (Universidade do Amazonas, Saúde Sem Limites *etc.*), visando discutir os problemas de saúde vigentes e elaborar estratégias para melhorar as condições de vida e saúde das populações do rio Negro; ou, ainda, com a Federação das organizações Indígenas do Rio Negro/FOIRN, visando a implementação de um programa de atenção primária à saúde na região, entre outros (COSAI 1997). Foram estabelecidas parcerias pela FNS/COSAI e pela FUNAI com a ONG « Médicos Sem Fronteiras/MSF-Holanda » para o desenvolvimento de um projeto de assistência médica básica entre os povos da parte leste de Roraima (Makuxi, Wapixana, Ingarikó, Patamona e Taurepang), ou com a ONG francesa « Instituto para o Desenvolvimento Sanitário/IDS » num programa de atendimento médico às comunidades Yanomami do Amazonas e de formação de Agentes Indígenas de Saúde *etc.*

³⁹ Caso, por exemplo, da ONG « Médicos Sem Fronteiras/MSH-Holanda » que desenvolveu um programa de assistência médica de emergência entre os Yanomami a pedido da FNS durante essa epidemia de malária.

treinados para enfrentar os principais problemas de saúde nas comunidades; o treinamento de microscopistas indígenas (pesquisa de plasmódio e baciloscopia); e a capacitação dos índios para a auto-gestão dos seus problemas de saúde.

B. Avaliação do componente antropológico dos projetos de saúde

O Termo de Referência previa a avaliação do componente antropológico dos projetos de saúde e das modalidades de sua articulação com os sistemas de saúde tradicionais. No entanto, sendo este estudo feito exclusivamente em gabinete sobre documentos (projetos e relatórios de atividades), é particularmente difícil apreciar o componente antropológico dos projetos de saúde, bem como apreciar a postura da equipe médica em relação aos índios e suas representações. Sem ir ao campo, é impossível avaliar, em primeiro lugar, em que, e até onde, o programa de saúde procura estabelecer um equilíbrio entre a implantação de um modelo de saúde ocidental (através da criação de uma rede local de cuidados primários de saúde, por exemplo) e a promoção das práticas tradicionais de cura, conforme reza a política recente em matéria de saúde indígena, sendo desenvolvido, por exemplo, de maneira complementar às práticas tradicionais de cura e respeitando-as; em segundo lugar, averiguar o impacto da criação de um corpo de Agentes Indígenas de Saúde sobre o papel, o estatuto e a prática dos curadores tradicionais. Tal avaliação, que toca um setor particularmente sensível, requer obviamente visitas ao campo no sentido de observar, conversar, mas, sobretudo, ouvir os próprios interessados (profissionais de saúde locais, agentes indígenas de saúde, especialistas terapêuticos tradicionais, lideranças indígenas, população atendida).

Feitas essas ressalvas, pode-se dizer que, embora a maioria dos projetos mencionasse um assessoramento antropológico ou, ao menos, a presença de um antropólogo como membro da equipe do projeto, não se vê com clareza em que consiste a contribuição real do antropólogo e de seu conhecimento sobre uma região ou uma etnia específica. Ou seja, é difícil apreciar em que o conhecimento antropológico influenciou no processo de planejamento, execução e avaliação das ações e dos projetos de saúde. Vimos (Parte III) as múltiplas formas de contribuição da antropologia em termos de saúde pública, particularmente, em se tratando de comunidades étnica e sócio-culturalmente diferenciadas da sociedade ocidental.

O mesmo pode ser dito com respeito à chamada « valorização », ou « resgate », das medicinas tradicionais pretendida por alguns projetos de saúde. Na impossibilidade de conversar e observar os profissionais de saúde na sua prática cotidiana, é difícil apreciar o que eles entendem por valorização e quais os procedimentos empregados para atingir tal finalidade. Em trabalhos anteriores (Buchillet 1991b-c), mostrei as ambigüidades dessa expressão, lançada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) durante a Conferência de Alma-Ata (1978). Trata-se, na realidade, de « valorizar » ou legitimar somente aqueles saberes e práticas nos quais seria possível reconhecer, tomando evidentemente a medicina

ocidental como parâmetro, um embrião de pré-ciência, susceptíveis de evoluir para a racionalidade científica (ver também *supra*). Tal seria o caso, por exemplo, dos saberes botânicos ou farmacopéias indígenas. Outros aspectos das medicinas tradicionais, como as práticas terapêuticas xamânicas, são descartados, ou mesmo eventualmente erradicados, por serem, na ótica da OMS, potencialmente perigosos ou, ao menos, desprovidos de racionalidade e de eficiência terapêutica. Como muitos estudos comprovam, essa mesma concepção é compartilhada por numerosos profissionais de saúde, para os quais os saberes botânicos⁴⁰ são um dos poucos elementos das medicinas tradicionais potencialmente aproveitáveis na implantação de um sistema de saúde local⁴¹. Alguns projetos de saúde consultados mencionam justamente, e unicamente, as plantas medicinais no que se refere à valorização das medicinas tradicionais. Além disso, muitos profissionais de saúde concebem, como vimos, as representações e práticas de saúde tradicionais como um obstáculo ao sucesso dos programas de saúde.

Vimos (Parte III) a complexidade e a racionalidade das medicinas tradicionais, as quais formam um sistema cultural coerente e eficaz, sendo que sua eficácia vai muito além da própria eficácia material (isto é, a resolução dos sintomas). Portanto, todo recorte ou isolamento de um setor que parece se assemelhar ou corresponder às concepções e práticas da medicina ocidental, em razão de sua forma ou de uma suposta eficácia material potencialmente comprovada de acordo com os parâmetros biomédicos, não constitui uma valorização, e, muito menos, traduz uma verdadeira compreensão do valor e da importância dessas medicinas para as populações enfocadas⁴².

⁴⁰ Várias razões permitem entender porque as farmacopéias indígenas são percebidas pela OMS e pelos profissionais de saúde como podendo fornecer o elo de ligação entre as medicinas tradicionais e ocidentais: elas parecem sustentar o corte entre procedimentos empíricos objetivamente eficazes e práticas simbólicas ou mágico-religiosas; elas são passíveis de ser testadas de acordo com os parâmetros biomédicos de eficácia; por fim, elas aparecem aos olhos dos planejadores da saúde e dos governos locais como « o suporte de legitimação das medicinas tradicionais (...) sobre o duplo aspecto da valorização dos patrimônios culturais nacionais e da eventual rentabilidade de sua integração nas estratégias sócio-sanitárias dos países considerados » (Sindzingre & Zempléni 1982).

⁴¹ As práticas tradicionais das parteiras são também « valorizadas ». Chegou-se até a implantar um corpo de parteiras em sociedades onde tradicionalmente não existem.

⁴² Ou seja, não se pode isolar nas medicinas tradicionais um setor ou elemento particular, descartando o resto, porque, de acordo com Augé (1986), « todo ato terapêutico (quer à base de plantas, encantação ou rezas, massagens etc.) inclui sempre dois pólos de extensão variável: o do sentido comum universal e o do tratamento simbólico dos eventos que escapam ao primeiro ». Neste sentido, é impossível diferenciar o empírico (ou natural ou objetivamente eficaz) do mágico-religioso (ou simbólico ou sobrenatural) porque « os resultados da experiência se inserem na lógica simbólica e a lógica simbólica nunca contradiz a experiência e, mesmo, se fundamenta parcialmente sobre ela » (ver também Buchillet 1991b).

V. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES PARA PROJETOS DE SAÚDE CULTURALMENTE SENSÍVEIS

O exame dos projetos e relatórios de saúde mostra que ainda há muito a fazer para melhorar as condições de saúde das populações indígenas e colocar as bases de um sistema de saúde local que verdadeiramente contemple e respeite as suas particularidades étnicas, sociais e culturais e responda de maneira adequada às suas demandas e necessidades específicas, conforme reza a legislação brasileira e recomendaram as várias Conferências Nacionais de Saúde e de Proteção à Saúde do Índio. No que segue, faço algumas recomendações no sentido de melhorar essa situação. Deve-se salientar que várias delas (acompanhamento antropológico, estudos antropológicos sobre os povos indígenas e seus sistemas tradicionais de saúde, « sensibilização cultural » dos profissionais de saúde locais, por exemplo) devem ser consideradas como componentes imprescindíveis de todo projeto de saúde ou programa de formação de agentes indígenas de saúde. Com efeito, a melhora do estado de saúde das populações em geral, e das indígenas em particular, não passa pela simples transferência de tecnologia médica ocidental para populações consideradas como receptoras passivas. Essas populações, que constituem o alvo dos programas de assistência médica, de promoção e de recuperação da saúde, não são também « recipientes vazios » (*empty vessels*, Polgar 1962), ou seja, sem um saber sobre a doença e sua cura, que se precisa encher com o verdadeiro conhecimento (a medicina ocidental) ou, nas palavras de Massé (1995), « terras virgens a colonizar ». Pelo contrário, todas as sociedades, no mundo inteiro, dispunham, e dispõem, como vimos, de meios específicos para enfrentar e resolver seus problemas de saúde antes da introdução e disseminação da medicina ocidental. Além disso, essas medicinas tradicionais constituem, ainda hoje, o principal recurso sanitário dessas populações, apesar da presença de estruturas médicas ocidentais. Neste sentido, as recomendações que se seguem devem ser vistas como componentes imprescindíveis para lançar as bases de projetos de saúde culturalmente sensíveis e deveriam constar dos projetos apresentados no âmbito do PD/I.

V.I. Participação dos antropólogos nos projetos de saúde

A participação dos antropólogos especialistas de regiões ou povos indígenas específicos é imprescindível nos projetos de saúde (sejam eles programas de atendimento médico ou de promoção da saúde, de formação de Agentes Indígenas de Saúde/AIS, oficinas de prevenção em DST/AIDS *etc.*) voltados para esses grupos. É evidente que a perspectiva antropológica deve estar presente em todas as etapas da planificação sanitária (identificação das necessidades e das demandas locais, escolha das abordagens preventivas, definição do conteúdo das intervenções, avaliação do impacto dos projetos de saúde sobre a população atendida *etc.*).

V.2. Realização de estudos antropológicos sobre grupos indígenas e sobre os sistemas de saúde locais

Considerando o papel das variáveis sociais e culturais (organização social, modos de subsistência, instituições sociais, história específica do contato interétnico, representações e valores culturais, padrões de comportamento *etc.*) no surgimento e disseminação de doenças infecciosas, ou naquelas de natureza crônico-degenerativa, na busca e escolha de opções de tratamento, bem como na receptividade das populações às ações e projetos de saúde que lhes são propostos, o conhecimento etnográfico dos grupos indígenas e de seus sistemas de saúde é fundamental. O exame da bibliografia (Anexo A) mostra a existência de sérias lacunas no conhecimento antropológico sobre os sistemas tradicionais de saúde de vários povos da área de abrangência do PPTAL, como, por exemplo, entre os Mura/AM e os Tikuna/AM, na região do Juruá-Purus (Paumari, Apurinã, entre outros), entre a maioria dos povos do Vale do Javari (Kanamari, Kanamati, Matis, Matsé *etc.*), ou da parte leste de Roraima (Makuxi, Wapixana), entre outros. Certos grupos são mesmo verdadeiras incógnitas do ponto etnográfico, em particular aqueles vivendo na região dos rios Juruá/Purus que concentra o maior número de Terras indígenas abrangidas pelo PPTAL. Neste sentido, a realização de um levantamento antropológico destinado a coletar dados de base sobre os vários grupos dessa região (demografia, estrutura e organização social, organização política, sistema produtivo indígena, história do contato *etc.*), assim como sobre suas concepções e práticas relativas à saúde e doença, é primordial para a implantação de um sistema de saúde sócio-culturalmente adaptado (*ver infra*).

V.3. Sensibilização cultural dos profissionais de saúde

Insisti, neste trabalho, sobre a necessidade da « sensibilização cultural » dos profissionais de saúde locais frente aos preconceitos que eles geralmente veiculam sobre os povos indígenas e seus sistemas de pensamento, incluindo suas representações em matéria de saúde e de doença. Tal sensibilização cultural é básica para que, em primeiro lugar, os profissionais de saúde relativizem suas percepções acerca da universalidade e da superioridade da medicina ocidental. Vários estudos mostraram que a medicina ocidental é essencialmente o produto da tradição cultural ocidental, ou seja, a exemplo das medicinas tradicionais, ela é um sistema « sócio-cultural » (Hahn & Kleinman 1983), resultado de contingências históricas, sociais e culturais específicas. Em segundo lugar, para que entendem que a medicina ocidental não vem preencher um vazio, mas que todas as sociedades dispõem, como sempre dispuseram, de seus próprios sistemas de interpretação e de tratamento das doenças, os quais influem na maneira como as ações de saúde são recebidas e cuja concepção da eficácia vai muito além da simples resolução dos sintomas. A medicina ocidental deve ser percebida como terapêutica complementar, não substitutiva, das medicinas tradicionais, devendo os profissionais de saúde respeitar os curadores tradicionais e nunca proibir o seu acesso aos doentes.

Essa sensibilização pode ser efetivada mediante cursos e discussões destinados a familiarizar os profissionais de saúde com a cultura e as concepções em matéria de saúde e de doença dos povos com os quais eles estão lidando na sua prática⁴³, e pelo acompanhamento, por antropólogos especialistas de regiões ou etnias particulares, dos projetos de saúde locais, de modo a manter um fluxo de comunicação entre a prática médica e o conhecimento antropológico. Um maior respeito e sensibilidade para com as características étnicas e culturais das populações indígenas por parte dos profissionais de saúde pode melhorar substancialmente a comunicação com estas últimas, além de contribuir para um aumento na procura indígena pelos serviços de saúde.

V.4. Incremento da participação comunitária

A participação comunitária na prevenção e na atenção primária à saúde, pregada pela OMS como uma ponta de lança de sua política sanitária lançada em 1978 na Conferência de Alma-Ata, e que constitui um dos princípios norteadores da política de saúde indígena defendida pelas várias Conferências Nacionais de Saúde e de Proteção de Saúde do Índio, é geralmente efetivada de duas maneiras distintas. Em primeiro lugar, pela participação de representantes indígenas nos Conselhos Municipais de Saúde e, como vimos, a nível nacional, na Comissão Intersectorial de Saúde Indígena. Deve-se dizer, no entanto, que salvo em certas regiões onde os índios atingiram um certo grau de organização política, como, por exemplo, os povos Arawak e Tukano orientais da região do alto rio Negro/AM, os Waiãpi/AM, os Sateré-Mawé/AM ou os Tikuna/AM, na maioria dos casos, essa chamada participação comunitária não passa de mera figura retórica. A segunda maneira de efetivar essa participação comunitária é através da formação dos Agentes Indígenas de Saúde, teoricamente encarregados de estimular e educar, a nível local, as comunidades de sua área de atuação. Ou seja, a chamada participação comunitária aplica-se apenas a uns poucos segmentos específicos das comunidades indígenas.

Uma maneira de envolver mais diretamente as populações indígenas no processo de planejamento, execução e avaliação dos projetos de saúde, ou seja, em todas as decisões e ações afetando sua saúde, e, portanto, de evitar que os projetos sejam elaborados fora das comunidades, consiste na realização de discussões e inquéritos junto a estas últimas, às suas lideranças e associações e organizações representativas a nível local ou regional, destinados a levantar suas percepções a respeito do seu estado de saúde, bem como suas demandas e necessidades, em vista da implantação de um sistema de saúde que atenda verdadeiramente a suas demandas. Em suma, tratar-se-á de determinar o que cada grupo indígena julga necessário para a manutenção de sua saúde.

⁴³ Deve-se assinalar que O Núcleo de Estudos em Saúde Pública Indígena/NESPI da FIOCRUZ, em colaboração com a COSAI/FNS e várias instituições científicas e de pesquisa (Universidade do Amazonas...), organiza cursos anuais de « treinamento antropológico » dos profissionais de saúde no sentido de eles apreenderem a imensa diversidade social e cultural com a qual devem lidar na sua prática de saúde.

V.5. Levantamento do perfil epidemiológico e sanitário das comunidades indígenas

Como vimos (Parte II), o conhecimento da estrutura de morbidade e de mortalidade das populações indígenas é um dos componentes essenciais para o planejamento de ações e projetos de saúde. Infelizmente, na maioria dos casos, dispomos apenas de um perfil aproximativo das principais doenças que acometem as etnias de uma mesma região, geralmente obtido a partir dos registros de atendimento, de consulta ou de hospitalização, bem como das fichas ou relatórios encaminhados pelos AIS sobre a área de sua atuação. Como os próprios relatórios de atividades consultados o reconhecem, o estabelecimento de um perfil epidemiológico mais aprofundado esbarra com dificuldades de vários tipos conforme as regiões, como as dificuldades de assimilação dos formulários a serem preenchidos por parte dos AIS, a falta de reciclagem e de supervisão regular do trabalho destes últimos, os problemas de fluxo e de processamento das informações a nível central, a falta de integração com o sistema de informações da Secretária Estadual da Saúde, entre outros. Além disso, como eu mesma pude comprovar, os registros de atendimento nos hospitais da rede pública muitas vezes não diferenciam entre pacientes brancos e indígenas. Em certos lugares, os dados nem são discriminados por sexo, idade⁴⁴ ou etnia.

A ausência de um perfil epidemiológico e sanitário acurado compromete a adaptação das ações e intervenções sanitárias às necessidades locais. A importância de um perfil aprofundado é ainda mais crucial nas áreas indígenas que constituem o habitat de várias etnias com modos de adaptação ao meio ambiente, grau de mobilidade espacial, tempo e formas de contato com a sociedade nacional diferenciados, como, por exemplo, as populações indígenas do rio Negro ou do Vale do Javari, as quais provavelmente apresentam importantes diferenças no que tange seus perfis de saúde. É evidente, levando-se em conta a multiplicidade de variáveis que interferem no estado de saúde das populações, que o perfil epidemiológico e sanitário de grupos de caçadores-coletores Maku/AM altamente móveis é diferente daquele dos Maku sedentarizados nos chamados « povoados-missão » e, possivelmente também, daquele dos pescadores sedentários Tukano orientais ou Arawak/AM que ocupam as margens dos grandes rios e de seus tributários navegáveis. É também evidente que a malária, que constitui um fator importante de morbidade e de mortalidade entre os grupos indígenas, provavelmente não os atinge de maneira igual, mesmo numa mesma região, em razão de sua exposição diferenciada a fatores ambientais importantes na transmissão dessa doença, como a existência de represas de água, de lugares de águas paradas, entre outros. O mesmo pode ser dito com relação à tuberculose que não acomete de maneira homogênea toda a população de uma mesma região. Obviamente, as diferenças no perfil epidemiológico devem ser levadas em conta para o adequado planejamento das ações sanitárias em função dos problemas de saúde encontrados entre as diversas etnias de uma mesma região, assim

como para o delineamento de estratégias de controle de certas doenças (malária, tuberculose, entre outras) adaptadas às características sociais e culturais e também ao ambiente no qual vivem os vários grupos.

A realização de investigações epidemiológicas deveria ser, assim, um dos componentes dos projetos desenvolvidos no âmbito do PD/I. Elas poderiam ser realizadas por uma equipe multidisciplinar, incluindo antropólogo e epidemiologista, como foi recentemente feito numa comunidade indígena do Estado de Pernambuco (Ver Carvalho & Acioli 1996 e 1997). As estratégias para o delineamento e planejamento de ações e intervenções de saúde destinadas a populações etno-culturais específicas não podem se restringir aos indicadores sociais e de saúde habitualmente utilizados (tais por exemplo, os indicadores de natalidade, morbidade, mortalidade, expectativa de vida, estatísticas relativas ao uso dos serviços de saúde *etc.*). Devem igualmente levar em conta outros aspectos que englobam, em particular, as formas nativas de compreender e definir a saúde e a doença e os hábitos culturais específicos de cada povo.

V.6. Levantamento da situação nutricional

Vimos na primeira parte deste trabalho que os efeitos do contato sobre as populações indígenas são variados e a prazo mais ou menos longo, alterando a estrutura demográfica, as condições de saúde e de nutrição, os padrões tradicionais de mobilidade *etc.*⁴⁵ e que muitos grupos, em decorrência da situação de contato, se encontram em condições de desnutrição. Sendo desnutridos, muitos acham-se em condições vulneráveis para o assalto de doenças carenciais, tais como a desnutrição energética-protéica (DEP), a anemia, a hipo-vitaminose A, a cárie dentária, o raquitismo infantil *etc.*⁴⁶. É conhecida a relação sinérgica entre certas doenças infecciosas e as carências nutricionais, onde a desnutrição favorece a infecção, e esta, por sua vez, num círculo vicioso, agrava o estado de desnutrição⁴⁷.

Considero, portanto, como fundamental a realização de inquéritos de avaliação da situação nutricional. Estes deveriam ser acompanhados de pesquisas antropológicas qualitativas, procurando desvendar a concepção local da alimentação, os modos de preparação culinária e sua lógica subjacente, a simbólica dos alimentos, a lógica e a racionalidade interna das restrições, proibições e prescrições alimentares (tipo de alimentos proibidos ou prescritos, contexto, identidade e estatuto biológico das pessoas submetidas às restrições e proibições *etc.*).

⁴⁴ Em certas doenças, como a tuberculose, a faixa etária do paciente determina a posologia dos medicamentos.

⁴⁵ Redução do território tradicional, sedentarismo e concentração populacional com suas conseqüências em termos de disponibilidade dos recursos alimentícios, queda das atividades produtivas tradicionais, mudanças de hábitos alimentares, poluição, ou degradação ambiental *etc.*

⁴⁶ Estudos recentes em antropologia biológica realizados entre crianças Tupi-Mondé de Rondônia mostram taxas de desnutrição crônica duas vezes maiores do que aquelas de segmentos da sociedade nacional reconhecidamente carentes (Santos & Coimbra Jr. 1994).

⁴⁷ Toda alteração do estado nutricional enfraquece o funcionamento do sistema imunológico. A infecção provoca,

V.7. Mecanismos de avaliação dos projetos de saúde

Todo projeto de saúde deve prever alguns mecanismos de avaliação por meio de inquéritos junto à população atendida e às estruturas de saúde locais e realizados por uma equipe mista (antropólogo e médico). Esses inquéritos devem averiguar os propósitos dos projetos de saúde (ou seja, se conseguiram alcançar os objetivos almejados), como também medir o seu impacto na situação de saúde das populações atendidas (melhoria das condições sanitárias, estatísticas de uso das estruturas sanitárias, adequação dos projetos às necessidades e demandas locais em matéria de saúde, grau de satisfação da população local *etc.*).

V.8. Acompanhamento médico e antropológico da situação dos índios recém-contatados

Temos vários exemplos recentes das conseqüências demográficas e sanitárias dos primeiros contatos de populações indígenas com a sociedade envolvente. Vários estudos mostraram também que a adoção de medidas sanitárias básicas pode diminuir de maneira considerável a mortalidade entre esses grupos na ocasião de surtos epidêmicos. Além do acompanhamento médico-sanitário das primeiras fases do contato (incluindo imunização, cadastramento dos índios, levantamento de dados sobre saúde e situação alimentar de toda a população para posterior elaboração de ações e projetos de saúde *etc.*), o acompanhamento antropológico da situação de contato é indispensável, incluindo a participação do antropólogo nas ações e intervenções de saúde, na identificação e no reconhecimento do território indígena e no levantamento de dados qualitativos sobre grupos pouco conhecidos.

V.9. Conclusão

Como salientei, estas recomendações devem ser consideradas como componentes imprescindíveis de todo projeto de saúde social e culturalmente sensível e, neste sentido, devem ser contempladas no planejamento de projetos de saúde no âmbito do PD/I. Experiências-piloto poderiam ser conduzidas em regiões onde os povos indígenas e seus sistemas de saúde são razoavelmente bem conhecidos e onde os índios apresentam um alto grau de organização política, como na região do alto rio Negro/AM, no território dos Waiãpi/AP ou entre os Sateré-Mawé/AM.

por sua vez, uma diminuição do apetite e uma má absorção dos nutrientes.

ANEXO A. LISTA DOS POVOS INDÍGENAS DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO PPTAL

(Baseada na lista unificada do PPTAL (versão de outubro de 1998), confrontada com outras fontes, por ordem alfabética)

| Povo indígena | Família lingüística | População censo/estimativa | Terras Indígenas | UF |
|-------------------|---------------------|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Akurio (isolados) | Karib | ? | Parque do Tumucumaque | PA |
| Amanayé | Tupi | 66 | Amanayé | PA |
| Amauak | Pano | ? | Kampa e Isolados do Rio Envira | AC |
| Apurinã | Arawak | 2.800 ¹ | Fortaleza do Patauá/ Paumari do Lago Marahã/Seruini-Mariênê/Água Preta-Inari/Catipari-Mamoriá/Peneri-Tacaquiri /Acimã/Alto Sepatini/São Pedro do Sepatini/ Tumiã/ Apurinã Ig. São João/ Igarapé Itaboca/ Igarapé Joari/ Igarapé Paiol/São Francisco/Acimã | AM |
| Arapaço | Tukano | 317 ¹ | Alto Rio Negro/Médio Rio Negro I/ Médio Rio Negro II | AM |
| Arara (Xauanaua) | Pano | 200 | Arara do Igarapé Humaitá/ Jaminawa-Arara do Rio Bajé | AC |
| Asurini | Tupi | 233 ¹ | Pacajá | PA |
| Banawa Yafi | Arawá | 200 | Banawa Yafi | AM |
| Baniwa/Kuripako | Arawak | 6.974 ¹ | Alto Rio Negro/Médio Rio Negro I/ Médio Rio Negro II/Balaio | AM |
| Bará | Tukano | 54 ² | Alto Rio Negro | AM |
| Barasana | Tukano | ? | Alto Rio Negro | AM |
| Baré | Arawak | 2.790 ² | Alto Rio Negro/Médio Rio Negro I/ Médio Rio Negro II/São Tomé/ Balaio | AM |
| Canela | Jê | 1.676 | Kanela-Buriti Velho/Porquinhos Aldeia Chinela | MA |
| Curuaya | Tupi | 64 | Rio Curuá | PA |
| Deni | Arawá | 361 | Dení | AM |
| Desana | Tukano | 1.464 ² | Alto Rio Negro/Médio Rio Negro I/ Médio Rio Negro II/Balaio | AM |
| Djarrui | Tupi | 320 | Rio Branco | AM |
| Guajajara | Tupi | 1.976 | Bacurizinho | MA |
| Jamamadi | Arawá | 250 ¹ | Jarawara-Jamamadi-Kanamati/ Camadeni/Igarapé Capana/Inauini-Teuini | AM |
| Jaminawa | Pano | 370 ¹ | Cabeceira do Rio Acre/Jaminawa-Arara do Rio Bajé/Jaminawa do Igarapé Preto | AC |
| Jarawara | Arawá | 160 ¹ | Jarawara-Jamamadi-Kanamati | AM |
| Javaé | Jê | 860 ³ | Boto Velho/Parque do Araguaia | TO |
| Juma | Tupi | 8 | Juma | AM |
| Kambeba (Omagua) | Tupi | ? | Igarapé Grande/Três Unidos | AM |
| Kampa | Arawak | 763 ¹ | Kampa e Isolados do Rio Envira/ Kampa do Igarapé Primavera/ Kaxinawá Ashaninca Rio Breu Vale do Rio Javari/Paraná do Paricá/Kanamari do Rio Juruá/ Kanamari do Matrinchã/Maraã Uruãxá/Piranhas | AC |
| Kanamari | Katukina | 1,300 ¹ | | AM |

| | | | | |
|------------------------------------------|----------|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Kanamati | Arawá | 150 ¹ | Jarawara-Jamamadi-Kanamati | AM |
| Karafawin (Isolados) | Karib | ? | Trombetas-Mapuera | AM |
| Karajá | Jê | 1,989 ³ | Boto Velho/Parque do Araguaia /Maramanduba | PA/ TO |
| Karapanã | Tukano | 38 ² | Alto Rio Negro/Médio rio Negro I | AM |
| Kararaô | Jê | 28 | Kararaô | PA |
| Katukina | Katukina | 250 ¹ | Paumari do Cuniuá/Rio Biá/Tapuá | AM |
| Kaxinawá | Pano | 3.387 ¹ | Kaxinawá da Praia do Carapanã/ Jaminawá Envira (Ig. Anjo)/ Kaxinawá-Ashaninca-Rio Breu/ Kaxinawá Sering. Independência/ Kaxinawá do Baixo Jordão | AC |
| Kaxuyana | Karib | ? | Parque do Tumucumaque | PA |
| Kayabi | Tupi | ? | Kayabi (Gleba sul) | PA |
| Kayxana | Arawak | 160 | Mapari/São Sebastião | AM |
| Kokama | Tupi | 320 ¹ | Kokama do Sapotal/Acapori de Cima/São Sebastião | AM |
| Korubo (Isolados) | Pano | ? | Vale do Rio Javari | AM |
| Kubeo | Tukano | 262 ² | Alto Rio Negro | AM |
| Kulina do Javari | Pano | 50 ¹ | Vale do Rio Javari | AM |
| Kulíná do Juruá | Arawá | 494 | Kulina do Médio Jutai/Kumarú do Lago Ualá/Kulina do Igarapé do Pau/Juruá | AC/ AM |
| Maku Dâw | Maku | 78 ⁴ | Alto Rio Negro/Médio Rio Negro I | AM |
| Maku Hupdê | Maku | 1500 ⁴ | Alto Rio Negro | AM |
| Maku Yuhupdê | Maku | 370 ⁴ | Alto Rio Negro/Rio Apaporis | AM |
| Maku Nadêb | Maku | 647 ⁵ | Rio Apaporis/Rio Téa/Paraná do Boá Boá/Uneixi | AM |
| Makuna | Tukano | 42 ² | Alto Rio Negro | AM |
| Makuxi | Karib | 15.000 ¹ | Raimundão/Boqueirão/Barata Livramento/Moskow (Recanto da Saúde) | RR |
| Marubo | Pano | 640 ¹ | Vale do Rio Javari | AM |
| Marubo do Arroio/itui (Isolados) | Pano | ? | Vale do Rio Javari | AM |
| Matis | Pano | 178 | Vale do Rio Javari | AM |
| Matsé | Pano | 640 ¹ | Vale do Rio Javari | AM |
| Matsé do Pardo/Juquiara (isolados) | Pano | ? | Vale do Rio Javari | AM |
| Mayoruna | Pano | ? | Vale do Rio Javari/Lameirão | AM |
| Miranha | Bora | 400 ¹ | Cuiu-Cuiu/Cajuiri Atravessado | AM |
| Miriti-Tapuia | Tukano | ? | Alto Rio Negro | AM |
| Munduruku | Tupi | 3.000 ¹ | Munduruku/Kayabi (Gleba sul) | PA |
| Mura | Mura | > 3.900 | Paraná do Arauató/Rio Urubu/ Ariramba/Lago Capanã/Lago Jauari/ Pinatuba/Rio Manicoré/ Capitão/ Arary/Balbina Adelina/ Capivara/ Cunhã-Sapucaia/Fé em Deus/ Fortaleza Castanho/ Guapenu /Igarapé Açú/Jauary/Jutai-Igapo Açu/lago do Limão/Lago do Marinheiro/Muratuba/Murutinga /Onça/Pacovão/Pantaleão/Ponciano /Setemã/Tabocal/Vista alegre/rio Jumas/Miguel-Josefa/Padre/Patauá/ Santo Antônio de Apipica/Boa Vista | AM |
| Parintintin | Tupi | 97 | Tora | AM |

| | | | | |
|-------------------------------|-----------|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Paumari | Arawá | 539 ¹ | Paumari do Lago Manissuã/Paumari do Lago Marahã/Paumari do Cuniuá/ Tapauá/Paumari do Lago Paricá/ Paumari do Rio Ituxi | AM |
| Pira-Tapuya | Tukano | 900 ² | Alto Rio Negro/Médio Rio Negro I/ Médio Rio Negro II | AM |
| Poyanawa | Pano | 385 | Poyanawa | AC |
| Sateré-Mawé | Tupi | 2.196 | Coata Laranjal | AM |
| Siriano | Tukano | ? | Alto Rio Negro | AM |
| Surui Aikewara | Tupi | 190 | Sororo | PA |
| Tariano | Arawak | 1.595 ² | Alto Rio Negro/Médio Rio Negro I/ Médio Rio Negro II | AM |
| Tenharim | Tupi | 62 | Tenharim do Igarapé Preto | AM |
| Tiriyó | Karib | 380 ¹ | Parque do Tumucumaque | PA |
| Torá | Txapakura | 25 ¹ | Igarapé Sepoti | AM |
| Tsohom Diapá | Katukina | 100 ¹ | Vale do Rio Javari | AM |
| Tukano | Tukano | 3.670 ² | Alto Rio Negro/Médio Rio Negro I/ Médio Rio Negro II/ Baíaio/Uneixi/ Samaumá | AM |
| Tikuna | Tikuna | 23.000 ¹ | Espírito Santo/Tukuna Umariagu/ Nova Esperança/Matintin (Tukuna do rio Içá)/Maraitá/São Francisco do Canimari/Porto Praia/Tupã Supé/Tukuna Lauro Sodré/Riozinho | AM |
| Tuyuka | Tukano | 530 ² | Alto Rio Negro/Médio Rio Negro I/ Médio Rio Negro II/Balaio | AM |
| Wai-Wai | Karib | 1.366 ¹ | Trombetas-Mapuera/Wai-Wai | AM/ RR |
| Waiãpi | Tupi | 498 ¹ | Parque do Tumucumaque | AP |
| Wanano | Tukano | 487 ² | Alto Rio Negro/Médio Rio Negro I | AM |
| Wapixana | Arawak | 5.000 ¹ | Tabalascada/Raimundão/Boqueirão/ Jacamim/Muriruh/ Barata Livramento/Moskow (Recanto da Saudade)/ Anaro | RR |
| Warekena | Arawak | 491 ² | Alto Rio Negro/Médio Rio Negro I/ Médio Rio Negro II | AM |
| Wayana-Aparai | Karib | ? | Parque do Tumucumaque/Rio Paru de Leste | PA |
| Xipaya-Curuaya | Tupi | 47 | Xipaya-Curuaya | PA |
| Zo'é | Tupi | 143 | Cuminapanema-Urucariana | PA |
| Isol. do alto Jutai | ? | ? | Vale do Rio Javari | AM |
| Isol. Jandiatuba | ? | ? | Vale do Rio Javari | AM |
| Isol. de S. José | ? | ? | Vale do Rio Javari | AM |
| Isol. do Quixito | ? | ? | Vale do Rio Javari | AM |
| Isol. do Marimã/Hi Merimã | ? | ? | Marimã-Hi Merimã | AM |
| Isol. Alto Tarauacá | ? | ? | Alto Tarauacá | AM |
| Isol. do Xinane | ? | ? | Xinane | AC |
| Isol. Cuminapanema-Urucuriana | ? | ? | Isol. Cuminapanema-Urucuriana | PA |
| Isol. Trombetas-Mapuera | ? | ? | Trombetas-Mapuera | AM |
| Isol. do Jacareúba/Katawixi | ? | ? | Jacareúba-Katawixi | AM |

Fontes: ¹ Ricardo (Org.) 1996; ² Censo Indígena Autônomo do Rio Negro (1992); ³ ADR FUNAI Gurupi, *apud* Toral 1997; ⁴ Pozzobon, comunicação pessoal (1998); ⁵ Pozzobon 1998.

Nota: Demos as estimativas da população total dos Makuxi, Wapixana e Tukuna, e não somente aquelas da população das Terras Indígenas da área de abrangência do PPTAL.

ANEXO B. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

I. Trabalhos antropológicos sobre os povos indígenas da área do PPTAL

Amoroso M.R.

1994. Território do medo: notas sobre a utilização da crônica setecentista como fonte da etnografia mura. *Terra indígena* (Araquara, Centro de Estudos Indígenas), vol. 11, nº 71-72, pp. 59-82.

Andrade L.M.M. de

1992. *O corpo e o cosmos: relações de gênero e sobrenatural entre os Asurini do Tocantins*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo.

Aquino T.V. de

1982. *Kaxinawá: de seringueiro caboclo a peão acreano*. Rio Branco, Empresa Gráfica Acreana.

Aquino T.V. de & Iglesias M.P.

1994. *Kaxinawá do Rio Jordão: História, Território, Economia e Desenvolvimento Sustentado*. Rio Branco, Gráfica da CPI/AC.

Arnaud E.

1996. O sobrenatural e a influência cristã entre os Índios do Rio Uaçá (Oiapoque, Amapá): Palikúr, Galibí, Karipúna. In Langdon J.E.M (Org.), *Xamanismo no Brasil. Novas perspectivas*, pp. 297-331. Florianópolis, Editora da UFSC.

Athias R.

1995. *Hupdë-Maku et Tukano. Les relations inégales entre deux sociétés du Uaupés amazonie (Brésil)*. Tese de Doutorado, Université de Paris-X Nanterre.

Buchillet D.

1983. *Maladie et mémoire des origines chez les Desana du Uaupés brésilien*. Tese de Doutorado, Université de Paris X Nanterre.

1987. « *Personne n'est là pour écouter* ». Les conditions de mise en forme des incantations thérapeutiques chez les Desana du Uaupés brésilien. *Amérindia*, nº 12, pp. 7-32.

1988. Interpretação da doença e simbolismo ecológico entre os Índios Desana. *Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi (Série Antropologia)*, vol. 4, nº 1, pp. 27-42.

1990. *Os Índios do alto Rio Negro: História, Etnografia e Situação das terras*. Laudo antropológico. Brasília, maio, 83 p + anexos (inérito, revisado e aumentado em 1996).

1991a. *Pari-Cachoeira: o laboratório Tukano do Projeto Calha Norte*. In Ricardo C.A. (Ed.), *Povos Indígenas no Brasil. Aconteceu especial 1987/88/89/90*, pp. 107-115. São Paulo, CEDI.

1992a. « *Nobody is there to year* ». Desana therapeutic incantations. In Langdon J.M. & Baer G. (Eds.), *Portals of power. Shamanism in South America*, pp. 211-230. Albuquerque, University of New Mexico Press.

Buchillet D.

1992b. Os povos Tukano orientais e a questão da saúde. *Amazonas em Tempo. Caderno Cultura* (Manaus), 29 de janeiro, pp. 4-5. X

1995. Perles de verre, Parures de Blancs et « Pots de paludisme ». Épidémiologie et représentations desana des maladies infectieuses (haut rio Negro, Brésil). *Journal de la Société des Américanistes* (Paris), tome 81, pp. 181-206 (versão brasileira: Contas de vidro, Enfeites de Branco e « Potes de malária ». Epidemiologia e representações de Doenças infecciosas entre os Desana. Brasília, Departamento de Antropologia, série Antropologia nº 187, 24 p.).

1996. Epidémies et médecines traditionnelles en Amazonie brésilienne. *ORSTOM-Actualités*, nº 50, pp. 2-8.

1997. Tuberculose, busca de assistência médica e observância terapêutica na Amazônia brasileira. *França-Flash Saúde*, nº 11 (abril-maio-junho) pp. 1-8.

Cabalzar Fº A.

1985. *Organização social Tuyuka*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo.

Carvalho Mª R.G. de & Reesink E.

s.d. *Ecologia e Sociedade: uma breve introdução aos Kanamari*. Ms.

Coffaci de Lima E.

1994. *Katukina: história e organização social de um grupo pano do alto Juruá*. Dissertação de Mestrado, FFLCH/Universidade de São Paulo.

Conselho Indigenista Missionário/CIMI

1995. *Dossiê: A agonia do povo Deni*. Brasília, 15 de novembro de 1995.

Deshayes P.

1992. Paroles chassées. Chamanisme et chefferie chez les Kashinawa. *Journal de la Société des Américanistes*, vol. 78, nº 2, pp. 95-106.

Désiré G.

1994. Le mouvement des hamacas : modèles symboliques et modèle social des Indiens Tikuna. *Journal de la Société des Américanistes*, vol. 80, pp. 113-143.

Erikson P.

1990. *Les Matis d'Amazonie. Parure du corps, identité ethnique et organisation sociale*. Tese de Doudorado, Université de Paris X Nanterre.

X 1991. Na Amazônia brasileira a retomada do ritual dos Matis. *Horizonte Geográfico*, ano 4, nº 16, pp. 12-22.

1992. Uma singularidade pluralidade: a etno-história pano. In Carneiro da Cunha M. (Ed.), *História dos Índios no Brasil*, pp. 239-252. São Paulo, FAPESP/Campanhia das Letras.

1993a. A onomástica matis é amazônica? In Viveiros de Castro E. & Carneiro da Cunha M. (Eds.), *Amazônia: etnologia e história indígena*, pp. 323-338. São Paulo, NHII/USP/FAPESP.

Erikson P.

1993b. Une nébuleuse compacte : le macro-ensemble pano. *L'Homme*, vol. 33, nº 126-128, pp. 45-58.

Erthal M.R. de C.

1995. *O suicídio Ticuna* (pesquisa de doutorado). Rio de Janeiro, ENSPI/FIOCRUZ.

Farage N.

1991a. Terras indígenas no lavrado. O impasse continua. In Ricardo C.A. (Org.), *Povos Indígenas no Brasil 1987/88/89/90. Aconteceu especial 14*, pp. 147-154. São Paulo, CEDI.

1991b. *As muralhas dos sertões: os povos indígenas no Rio Branco e a colonização*. Rio de Janeiro, Paz e Terra/ANPOCS, 197 p.

Faulhaber B. P.

1987. *Entrosando: Questões indígenas em Tefé*. Belém, Museu Paraense Emílio Goeldi.

1992. *O lago dos espelhos: um estudo antropológico das concepções de fronteira a partir do movimento dos índios em Tefé/AM*. Tese de Doutorado, Universidade Estadual de Campinas.

Freire J.R.F.

1994. Barés, Manaus e Turumãs. *Amazônia em Cadernos* (Manaus, Museu Amazônico), vol. 2, nº 2/3, pp. 159-178.

Figueroa A.

1997. *Guerriers de l'écriture, Commerçants du monde enchanté. Histoire, identité et traitement du mal chez les Sateré-Mawé (Amazonie centrale, Brésil)*. Tese de Doutorado, École des Hautes Études en Sciences sociales.

Gallois D.T.

1980. *Contribuição ao estudo do povoamento indígena da Guiana Brasileira, um caso específico: os Waiãpi*. São Paulo, Universidade de São Paulo.

1981. Os Waiãpi e seu território. *Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi* (N.S. Antropologia), vol. 80, nº 1, pp. 1-38.

1985. O Pajé Waiãpi e seus espelhos. *Revista de Antropologia*, nº 27/27, pp. 179-196.

1986. *Migração, Guerra e Comércio: os Waiãpi na Guiana*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo.

1988. *O movimento na cosmologia Waiãpi: criação, expansão e transformação do universo*. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo.

1991. A categoria « Doença de Branco »: ruptura ou adaptação de um modelo etiológico indígena. In Buchillet D. (Org.), *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*, pp. 175-205. Belém, MPEG/Edições Cejup/UEP.

1994. *Mairi revisitada: a reintegração a Fortaleza de Macapá na tradição oral dos Waiãpi*. São Paulo, USP-NHII/FAFESP, 91 p.

× 1996. Xamanismo Waiãpi: nos caminhos invisíveis, a relação i-paie. In Langdon E.J.M. (Org.), *Xamanismo no Brasil: Novas perspectivas*, pp. 39-74. Florianópolis, Editora da UFSC.

Gallois D.T. & Ricardo C.A. (Coord.)

1983. *Povos indígenas no Brasil. 3 Amapá/Norte do Pará*. São Paulo, CEDI.

Goldman I.

196. *The Cubeo: Indians of the Northwest Amazon*. Urbana, University of Illinois.

Gonçalves M.A. T.

1993. Nomes e cosmos: reflexões sobre a onomástica dos Mura-Pirahã. In Viveiros de Castro E. & Carneiro da Cunha M. (Eds.), *Amazônia: etnologia e história indígena*, pp. 339-362. São Paulo, NHII/USP/FAPESP.

Gonçalves M.A.T. (Org.)

1991. *Acre - História e Etnologia*. Rio de Janeiro, Núcleo de Etnologia Indígena.

Goulard J.P.

1992. Les Tikuna n'ont pas de loi ou le motif de la tête coupée. *Journal de la Société des Américanistes*, vol. 78, n° 2, pp. 1-24.

Gruber J.G.

1994. As extensões do olhar: a arte na formação de professores Ticuna. *Em Aberto* (Finep), vol. IV, n° 63, pp. 12-136.

Hugh-Jones C.

1979. *From the Milk River: Spatial and Temporal Processes in the Northwest Amazonia*. Cambridge, Cambridge University Press.

Hugh-Jones S.

1979. *The Palm and the Pleiades: Initiation and Cosmology in Northwest Amazônia*. Cambridge, Cambridge University Press.

1993. Clear descent or ambiguous houses? A reexamination of Tukanoan Social organization. *L'Homme*, vol. 33, n° 126-128, pp. 95-120.

Iglésias M.M.P.

1993. *O astro luminoso: associação indígena e mobilização étnica entre os Kaxinawá do rio Jordão*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Jackson J.E.

1990/1991. Rituales Tukano de violencia sexual. *Revista Colombiana de Antropologia*, vol. 28, pp. 25-52.

1995. Culture, genius and spurius: the politics of indianness in the Yaupés, Colombia. *American Ethnologist*, vol. 22, n° 1, pp. 3-27.

Journet N.

1995. *La paix des jardins : structure sociale des indiens Curripaco du haut rio Negro*. Paris, Institut d'Ethnologie.

Keifenheim B.

1992. Identité et altérité chez les Indiens Pano. *Journal de la Société des Américanistes*, vol. 78, pp. 73-93.

Kensinger K.

1973. Banisteriopsis usage among the Peruvian Cashinahua. In Harner M. (Ed.), *Hallucinogens and Shamanism*. New York, CUP.

1974. Cashinahua medicine and medicine men. In Lyon P. (Ed.), *Native South American Indians*. Boston, Little, Brown and Co.

1984. An emic model of Cashinaua marriage. In Kensinger K. (Ed.), *Marriage Practices in Lowland South America*, pp. 225-251. Urbana & Chicago, University of Illinois Press.

Koop G. & Lingenfelter S.

1980. *The Deni of Western Brazil*. Dallas, SIL Museum of Anthropology.

Lagrou, E.M.

1991. *Uma etnografia da cultura Kaxinawá. Entre a Cobra e o Inca*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina.

1996. Xamanismo e Representação entre os Kaxinawá. In Langdon E.J.M. (Org.), *Xamanismo no Brasil: Novas perspectivas*, pp. 197-231. Florianópolis, Editora da UFSC.

Langdon T.

1975. *Food restrictions in the medical system of the Barasana and Taiwano Indians of the Colombian Northwest Amazon*. Tese de Doutorado, Tulane University.

Leite A.G. de O.

1994. *Educação Indígena Ticuna: livro didático e identidade étnica*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Mato Grosso, 295 p.

Lima E.C. de

1994a. Katukina, Yawanawa e Marubo: desencontros míticos e encontros históricos. *Cadernos de Campo* (São Paulo, USP), vol. 4, nº 4, pp. 1-20.

1994b. *Katukina: história e organização social de um grupo pano do Alto Juruá*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo.

1997. A onomástica katukina é pano? *Revista de Antropologia*, vol. 40, nº 2, pp. 7-30.

Lima Filho M.F.

1991. *Os filhos do Araguaia: reflexões etnográficas sobre o « Hetohoky » Karajá, um rito de iniciação masculina*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília.

Longarezi A.M.

1993. Os Kayabi. *Terra Indígena* (Araquara, Centro de Estudos Indígenas), vol. 10, nº 69, pp. 40-50.

Lopes C.

1992. Índios acreanos: a chegada da emancipação. *Ecologia e Desenvolvimento*, vol. 2, nº 16, pp. 12-19.

Lopes P.M.D.

1994a. *Pluralismo médico Wayana-Aparai: uma experiência intercultural*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo.

1994b. O pluralismo médico wayana-Aparai: a interseção entre a tradição local e a global. *Cadernos de Campo* (São Paulo, USP), vol. 4, nº 4, pp. 41-70.

Lorenz S. da S.

1992. *Sateré-Mawé: os filhos do guaraná*. São Paulo, CTI (Projetos 1), 160 p.

MacCallum C.

1989. *Gender, Personhood and Social Organization amongst the Cashinuhua of Western Amazonia*. Tese de Doutorado, London School of Economics, University of London.

1990. Language, kinship and politics in Amazonia. *Man* (N.S.), vol. 25, pp. 412-433.

1996a. The Body That Knows: From Cashinuhua Epistemology to a Medical Anthropology of Lowland South America. *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 10, nº 3, pp. 347-372.

1996b. Morte e pessoa entre os Kaxinawá. *Mana*, vol. 2/2, pp. 9-84.

1997. Comendo com Txai, comendo como Txai: A sexualização de relações étnicas na Amazônia contemporânea. *Revista de Antropologia*, vol. 40, nº 1, pp. 110-147.

X 1998. O corpo que sabe. Da epistemologia kaxinawá para uma antropologia médica das terras baixas sul-americanas. In Alves P.C. & Rabelo M.C. (Eds.), *Antropologia da saúde. Traçando identidade e explorando fronteiras*, pp. 215-245. Rio de Janeiro, Relume Dumará.

Meira M.

1992. *O tempo dos patrões: extrativismo da piaçava entre os índios do rio Xié* (Alto Rio Negro). Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas, 128 p.

Melatti J.C.

1977. Estrutura social Marubo: um sistema australiano na Amazônia. *Anuário Antropológico* /76, pp. 83-120.

1980. *Índios do Brasil*. São Paulo, Hucitec/INL-MEC, 3ª edição.

1984. Os Índios esquecidos e ameaçados. *Aconteceu especial* 14, pp. 80-86.

1985a. *A origem dos Brancos no mito de Shoma Wetsa*. Brasília, Fundação Universidade de Brasília/Instituto de Ciências Sociais (Série Antropologia 54).

1985b. Os Patrões Marúbo. *Anuário Antropológico*, tomo 85, pp. 155-198.

1986. *Wenia: a origem mitológica da cultura Marúbo*. Brasília, Fundação Universidade de Brasília/Instituto de Ciências Humanas (Série Antropologia 54).

1989a. Dos Alicerces somáticos das culturas Panos Consideradas Por Elas próprias. Brasília, Fundação Universidade de Brasília/Instituto de Ciências Humanas (Série Antropologia 78).

1989b. Soma Wetsa: a história de um mito. *Ciência Hoje*, vol. 9, nº 53, pp. 55-61.

Melatti J.C.

1992. Enigmas do corpo e soluções dos Pano. In Correa M. & Laraia R. (Orgs.), *Roberto Cardoso de Oliveira. Homenagem*, pp. 143-166. Campinas, UNICAMP/IFCH.

1998. *Índios da América do Sul - Áreas Etnográficas*. Brasília, Universidade de Brasília, 5 vol.

Melatti J.C. (Coor.).

1981. *Javari*. São Paulo, CEDI (Coleção Povos Indígenas no Brasil vol. 5.)

Mendes M.K.

1991. *Etnografia preliminar dos Ashaninka da Amazônia Brasileira*. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas, 349 p.

Menendez M.A.

1987. A presença do branco na mitologia Kawahiwa: História e identidade de um povo tupi. *Studi e Materiali di Storia delle Religioni*, vol. XI, nº I, pp. 75-97.

1989. *Os Tenharim. Uma contribuição ao estudo dos Tupi centrais*. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo.

Métraux A.

1963. Tribes of the Juruá and Purus Basin. In Steward J. (Ed.), *Handbook of South American Indians*, pp. 657-686. NewYork, Cooper Square (vol. 3, The Tropical Forest Tribes).

Montagner-Melatti D.

1975. Marúbo. *Pesquisa Antropológica*, nº 1.

1977. Cerâmica Marúbo. *Cultura*, vol. 7, nº 25, pp. 70-77.

1985. *O Mundo dos Espíritos: Estudo etnográfico dos ritos de cura Marúbo*. Tese de Doutorado, Universidade de Brasília.

1986. Simbolismo dos adornos corporais Marúbo. *Revista do Museu Paulista (N.S.)*, nº 31, pp. 7-41.

1989a. *A cultura Marúbo e o Meio Ambiente*. Brasília, 9 p., mimeografo.

1989b. As Receitas da Culinária Marúbo. *Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi (Série Antropologia)*, vol. 5, nº 1, pp. 3-48.

1991. Mani Pei Rao: Remédios do mato dos Marúbo. In Buchillet D. (Org.), *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*, pp. 463-487. Belém, MPEG/UEP/CEJUP.

× 1992. La vie quotidienne des Indiens de la vallée du Javari. *Dossiers d'Archéologie*, vol. 169, pp. 56-59.

× 1996a. Os cânticos xamânicos dos Marúbo. In Langdon J.E.M. (Org.), *Xamanismo no Brasil. Novas perspectivas*, pp. 171-195. Florianópolis, Editora da UFSC.

× 1996b. *A Morada das Almas: Representações das Doenças e das Terapêuticas entre os Marúbo*. Belém, MCT/CNPq/Museu Paraense Emílio Goeldi (Coleção Eduardo Galvão), 132 p.

Montagner M.D. & Melatti J.C.

1975. *Relatório sobre os Índios Marubo*. Brasília, Fundação Universidade de Brasília/Departamento de Ciências Sociais (Série Antropologia 13).

1977. As canções que espantam os Males do Corpo. *Revista de Atualidade Indígena*, vol. I, nº 2, pp. 291-301.

1979. A Criança Marubo: educação e cuidados. *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos*, vol. 62, nº 143, pp. 291-301.

1986. A Maloca Marubo: organização do espaço. *Revista de Antropologia*, nº 29, pp. 41-56.

Oliveira A.G.

1981. *Índios e Brancos no Alto Rio Negro. Um estudo da situação de contato dos Tariana*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília.

1995. *O Mundo Transformado. Um Estudo da Cultura de Fronteira no Alto Rio Negro*. Belém, MPEG.

Oliveira Filho J.P. de & Ioris E.M.

1991. A expansão do cólera nas áreas Ticuna. *Resenha & Debate* (Rio de Janeiro, Museu Nacional-Peti), nº 5, pp. 18-24.

Peggio E.A.

1996. *Forma e Função. Uma etnografia do sistema de parentesco Tenharim (Kagwahib, AM)*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo.

Pollock D.K.

1984. Looking for a sister: Culina siblingship and affinity. In Shapiro J. (Ed.), *The Sibling Relationship in Lowland South America*, pp. 8-15. Bennington, Bennington College (Working Papers on South American Indians nº 7).

1985. Food and sexual identity among the Culina. *Food and Foodways*, vol. I, nº 1, pp. 25-42.

1988. Health Care among the Culina: Western Amazonia. *Cultural Survival Quarterly*, vol. 12, nº 1, pp. 28-32.

1993. Death and the Afterdeath among the Kulina. *Latin American Anthropology Review*, vol. 5, nº 2, pp. 61-64.

1994. Ethnomedicina Kulina. In Santos R.V. & Coimbra Jr C.E.A. (Org.), *Saúde & Povos Indígenas*, pp. 143-160. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.

X 1996a. Culina shamanism. In Langdon E.J.M. (Org.), *Xamanismo no Brasil: Novas perspectivas*, pp. 25-40. Florianópolis, Editora da UFSC.

1996b. Personhood and Illness among the Kulina. *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 10, nº 3, pp. 319-341.

Pozzobon J.

1983. *Isolamento e Endogamia: observações sobre a organização social dos índios Maku*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Pozzobon J.

1991a. *Parenté et démographie chez les Indiens Maku*. Tese de Doutorado, Université de Paris VI.

1991b. Os Maku - esquecidos e discriminados. In Ricardo C.A. (Org.), *Povos Indígenas no Brasil 1987/88/89/90. Aconteceu especial 14*, pp. 141-142. São Paulo, CEDI.

1997a. Langue, société et numération chez les Indiens Maku (haut Rio Negro, Brésil). *Journal de la Société des Américanistes*, vol. 83, pp.159-172.

1997b. Hiérarchie, liberté et exclusion. Réflexions sur l'identification de l'aire indigène rio Apaporis. *Cahiers des Amériques latines*, vol. 23, pp. 143-157.

1997c. You White People Have No Soul. The Anthropologist as a Patient in a Healing Process by a Tukano Shaman. *Zeitschrift Leipziger Museu für Völkerkunde*, vol. XLVII, pp. 59-67.

1998. *Relatório da Apresentação do Projeto Corredores Ecológicos para os Índios Maku Nadöb do Rio Japurá*. Ms, agosto.

Rangel, L.H.V.

1994. *Os Jamamadi e as armadilhas do tempo histórico*. Tese de Doutorado, PUC-SP.

Reichel Dolmatoff G.

1968. *Desana. Simbolismo de los Indios Tukano del Vaupés*. Bogotá, universidade de los Andes.

1975. *The Shaman and the Jaguar: a Study of Narcotic Drugs among the Indians of Colombia*. Philadelphia, Temple University Press.

1976. Ensalmos Desana. Análisis de algunas metáforas. *Journal of Latin American Lore*, vol. 2, nº 2, pp. 157-219.

1996a. *The Forest Within. The World-View of the Tukano Amazonian Indians*. Devon, Themis Books.

1996b. *Yuruparí. Studies of an Amazonian Foundation Myth*. Cambridge, Mas., Harvard University Press (Harvard University Center for the Study of World Religions).

1997. *Chamanes de la Selva Plural. Ensayos sobre los Indios Tukano del Noroeste Amazónico*. Devon, Themis Books.

Reesink E.

1991. Xamanismo Kanamari. In Buchillet D. (Org.), *Medicinas Tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*, pp. 89-109. Belém, MPEG/Edições Cejup/UEP.

1993. *Imago Mundi Kanamari*. Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Reid H.

1979. *Some aspects of Movement, Growth, and Change among the Hupde Maku Indians of Brazil*. Tese de Doutorado, Cambridge University.

Ribeiro B.G.

1991. Literatura oral indígena: o exemplo Desana. *Ciência Hoje*, vol. 12, nº 72, pp. 28-37.

1995. *Os Índios das águas pretas: modo de produção e equipamento reprodutivo*. São Paulo, Companhia das Letras/EDUSP.

Ricardo C.A. (Coord.)

1985. *Povos indígenas no Brasil. 8 Sudeste do Pará (Tocantins)*. São Paulo, CEDI.

Rodrigues P. de Mendonça

1993. *O Povo do Meio. Tempo, Cosmo e Gênero entre os Javaé da Ilha do Bananal*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília.

Santilli P.J.B.

1992. Mito e história Makuxi. *Terra Indígena* (Araquara, Centro de Estudos Indígenas), vol. 9, nº 63, pp. 19-29.

1994. *Fronteiras da República: história e política entre os Macuxi no vale do rio Branco*. São Paulo, USP-NHII/FAFESP, 119 p.

Schmidt M.

1993. Informações sobre os índios Kayabi. *Terra Indígena* (Araquara, Centro de Estudos Indígenas), vol. 10, nº 69, pp. 51-55.

Schroeder I.

1995. *Indigenismo e política indígena entre os Parintintin*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Mato Grosso.

Silverwood-Cope P.

1990. *Os Maku: povo caçador do Noroeste Amazônico*. Brasília, Editora da Universidade de Brasília.

Toral A.A. de

1992. *Cosmologia e sociedade Karajá*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio de Janeiro-Museu Nacional.

1997. *Estudo do Impacto Ambiental - EIA - da hidrovía Araguá-Tocantins. Karajá, Karajá do Norte, Javaé*. Dezembro de 1997.

Velthem L.H. van

1976. Representações gráficas Wayana-Aparai. *Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi* (N.S.), nº 65, pp. 1-19.

1980. O Parque do Indígena do Tumucumaque. *Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi* (N.S.), nº 76, pp. 1-31.

1984. *Relatório Antropológico para eleição da área indígena Paru d'Este*. FUNAI, mimeografado.

1986. Equipamento Doméstico e de Trabalho. In Ribeiro B.G. (Coord.), *Suma Etnológica Brasileira*, vol. 2 Tecnologia Indígena, pp. 95-108. Petrópolis, Vozes.

1995. A mulher Wayana, seus espaços de transformação e fabricação. In Alvares M.L., D'Incao M.A. (Orgs.), *A mulher existe? Uma contribuição ao estudo da mulher e gênero na Amazônia*, pp. 51-56. Belém, MPEG.

Woodward H.D.

1991. *Ashaninka shamanic healing ritual and song*. Dissertação de Mestrado, Austin, University of Texas, 114 p.

Wright R.M.

1981. *History and Religion of the Baniwa Peoples of the Upper Rio Negro Valley*, Tese de Doutorado, Stanford University.

1991. Indian Slavery in the Northwest Amazon. *Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi*, vol. 7, nº 2, pp. 149-172.

1992a. Guardians of the Cosmos. Baniwa Shamans and Prophets, Part I. *History of Religions*, august, pp. 32-58.

1992b. Guardians of the Cosmos. Baniwa Shamans and Prophets, Part II. *History of Religions*, november, pp. 126-145.

1992c. História indígena do noroeste da Amazônia: hipóteses, questões e perspectivas. In Carneiro da Cunha M. (Ed.), *História dos Índios no Brasil*, pp. 253-266. São Paulo, FAPESP/Campanha das Letras.

1992d. Uma conspiração contra os civilizados: história, política e ideologia dos movimentos milenaristas dos Arawak e Tukano do Noroeste da Amazônia. *Anuário Antropológico/89*, pp. 191-234.

X 1996a. Os Guardiões do Cosmos: pajés e profetas entre os Baniwa. In Langdon E.J.M. (Org.), *Xamanismo no Brasil: Novas perspectivas*, pp. 75-115. Florianópolis, Editora da UFSC.

X 1996b. « Aos que vão nascer ». *Uma etnografia religiosa dos Índios Baniwa*. Campinas, Tese de livre-docência apresentada ao Departamento de Antropologia/Instituto de Filosofia e Ciências humanas/ Universidade Estadual de Campinas, 364 p.

s.d. No tempo da Sofia: história e cosmologia da conversão Baniwa. In Wright R.M. (Ed.), *Religiões Indígenas e Cristianismo no Brasil. Perspectivas Antropológicas*. Campinas, Editora da UNICAMP.

II. Trabalhos antropológicos, médicos, demográficos e de historiadores

Albert B.

1988. La fumée du métal : histoire et représentations du contact chez les Yanomami (Brésil). *L'Homme*, vol. 106-107, nº 2-, pp. 87-119.

Armelagos G.J. & Dewey J.R.

1970. Evolutionary response to human infectious diseases. *Bioscience*, nº 157, pp. 638-644.

Arnt R., Pinto L.F., Pinto R. & Martinelli P.

1998. *Panará. A Volta dos Índios gigantes*. São Paulo, Instituto Socioambiental.

Augé M.

1980. Maladie - Anthropologie. In *Encyclopédia universalis*, supplément nº 2, pp. 902-903.

Augé M.

1984. *Ordre biologique, ordre social : la maladie, forme élémentaire de l'événement.* In Augé M. & Herzlich C. (Eds.), *Le sens du mal. Anthropologie, histoire et sociologie de la maladie*, pp. 35-91. Paris, Éditions des Archives Contemporaines (Ordres sociaux).

1986. *L'Anthropologie de la maladie.* *L'Homme*, n° spécial « Anthropologie. État des Lieux », pp. 77-88. Paris, Navarin/Livre de Poche,

Avela-Pires F. de

1983. *Princípios de ecologia humana.* Porto Alegre, CNPq/Editora da Universidade.

Baruzzi R.G.

X 1993. *Atenção à saúde dos povos indígenas do Brasil. Da criação da FUNAI aos dias atuais.* *Boletim da Unidade de Saúde e Meio Ambiente*, n° 4 (dezembro).

Baruzzi R.G. & Franco L.

1981. *Amerindians of Brazil*, chapter 10. In Trowell H.C. & Burkitt D.P. (Eds.), *Western Diseases: Their Emergence and Prevention*, pp. 138-153. Cambridge, Harvard University Press.

Baruzzi R.G., Abdala N. & Black F.L.

1982. *Measles and measles vaccine in isolated Amerindian tribes. II. The 1978/1979 Xingu epidemic.* *Tropical and Geographical Medicine*, vol. 34, pp. 7-12.

Bibeau G.

1995. *Préface.* In Massé R., *Culture et santé publique. Les contibution de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*, pp. IX-XVI. Montréal, Gaëtan Morin éditeur.

Black F.L.

1994. *Infecção, Mortalidade e Populações Indígenas: Homogeneidade Biológica como Possível Razão para Tantas Mortes.* In Santos R.V. & Coimbra Jr. C.E.A. (Org.), *Saúde & Povos Indígenas*, pp. 63-87. Rio de Janeiro, Fiocruz.

Black F.L., Pinheiro F. de P., Hierholzer W.J. & Lee R.V.

1982. *Epidemiology of Infectious Disease: the Example of Measles.* In Ciba Foundation (Ed.), *Health and Disease in Tribal Societies*, pp. 115-135. Amsterdam, New York, Elsevier/Excerpta Medica (Ciba Foundation Symposium n° 49).

Broudy D. & May P.A.

1983. *Demographic and Epidemiological Transition among the Navajo Indians.* *Proceedings of the American Philosophical Society*, n° 113, pp. 177-183.

Brown P.J.

1983. *Anthropology and Disease Control.* *Medical Anthropology*, vol. 7, n° 2, pp. 1-7.

Buchillet D.

1991b. A antropologia da doença e os sistemas oficiais de saúde. *In* Buchillet D. (Org.), *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*, pp. 21-44. Belém, MPEG/Edições Cejup/UEP.

1991c. Representações e práticas das medicinas tradicionais. *In* Buchillet D. (Org.), *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*, pp. 63-64. Belém, MPEG/Edições Cejup/UEP.

1991d. Impacto do contato sobre as representações tradicionais da doença e de seu tratamento: Uma introdução. *In* Buchillet D. (Org.), *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*, pp. 161-173. Belém, MPEG/Edições Cejup/UEP.

1991e. A questão da integração dos sistemas médicos: problema e perspectivas. Uma introdução. *In* Buchillet D. (Org.), *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*, pp. 243-246. Belém, MPEG/Edições Cejup/UEP.

Buchillet D. (Org.)

1991. *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*, pp. 175-205. Belém, MPEG/Edições Cejup/UEP, 504 p.

Buchillet D. & Gazin P.

1998. A situação da tuberculose na população indígena da região do alto rio Negro (Estado do Amazonas, Brazil). *Cadernos de Saúde Pública/Reports of Public Health*, vol. 14, nº 1, pp. 181-185.

Carneiro da Cunha M.

1998. Pontos de vista sobre a floresta amazônica: Xamanismo e tradução. *Mana. Estudos de Antropologia Social*, abril, vol. 4, nº 1, pp. 7-22.

Caspar F.

1957. A aculturação da tribo Tupari. *Revista de Antropologia*, nº 5, pp. 145-171.

Chernela J.M. & Thatcher V.E.

1989. Comparison of Parasite Burdens in two Native Amazonian Populations. *Medical Anthropology*, vol. 10, pp. 279-285.

Clavreul J.

1978. *L'Ordre médical*. Paris, Seuil (Le Champ freudien).

Coimbra C.E.A. Jr.

1987. O sarampo entre sociedades indígenas brasileiras e algumas considerações sobre a prática de saúde pública entre estas populações. *Cadernos de Saúde Pública*, nº 3, pp. 22-37.

1989. *From Shifting Cultivation to Coffee Farming: The Impact of Change on the Health and Ecology of the Suruí in the Brazilian Amazon*. Tese de Doutorado, Indiana University.

Coimbra Jr. C.E.A. & Santos R.V.

X 1992. Paleoepidemiologia e epidemiologia de populações indígenas brasileiras: possibilidades de aproximação. In Araújo A.J.G. de & Ferreira L.F. (Coord.), *Paleopatologia, paleoepidemiologia. Estudos multidisciplinares*, pp. 169-184. Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz/escola Nacional de Saúde Pública.

1994. Ocupação do espaço, Demografia e Epidemiologia na América do Sul: a Doença de Chagas entre as Populações Indígenas. In Santos R.V. & Coimbra Jr. C.E.A. (Org.), *Saúde & Povos Indígenas*, pp. 43-62. Rio de Janeiro, Fiocruz.

Confalonieri U.E.C.

1989. O Sistema Único de Saúde e as Populações Indígenas: Por uma Integração Diferenciada. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 5, nº 4, pp. 441-450, out/dez.

1993. Perfis epidemiológicos. In Confalonieri U.E.C. (Coord.), *Saúde de Populações Indígenas. Uma introdução para profissionais de saúde*, pp. 15-26. Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública/Programa de Apoio à Reforma Sanitária. X

Confalonieri U.E.C. (Coord.)

1993. *Saúde de Populações Indígenas. Uma introdução para profissionais de saúde*. Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública. >

Coreil J.

1990. The Evolution of Anthropology in International Health. In Coreil J. & Mull J.D. (Eds.), *Anthropology and Primary Health Care*, pp. 3-27. San Francisco, Westview Press.

Coreil J. & Mull J.D. (Eds.)

1990. *Anthropology and Primary Health Care*. San Francisco, Westview Press.

Costa D.C.

1986. *Processo social e Doença. Tuberculose em grupos indígenas brasileiros*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

1988. Tuberculose em grupos indígenas. *Saúde em Debate*, janeiro, pp. 26-27.

Crocker J.C.

1985. *Vital souls, Bororo Cosmology, Natural Symbolism, and Shamanism*. Tucson, Arizona, The University of Arizona Press (The Anthropology of Form and Meaning).

Crosby A.

1993. *Imperialismo ecológico: a expansão biológica da Europa 900-1900*. São Paulo, Companhia das Letras.

Coura J.R., Willcox H.P.F., Tavares A. de M., Paiva D.D. de, et alii

X 1994. Aspectos Epidemiológicos, Sociais e sanitários de uma Área no Rio Negro, Estado do Amazonas, com Especial Referência às Parasitoses Intestinais e à Infecção Chagásica. *Cadernos de Saúde Pública/Reports of Public Health*, vol. 10, supl. 2, pp. 327-336.

Denevan W.M. (Ed.)

1976. *The Native Population of the Americas in 1492*. Wisconsin, the University of Wisconsin Press, 353 p.

Dobyns H.F.

1963. An Outline of an Andean Epidemic History to 1720. *Bulletin of the History of Medicine*, nº 37, pp. 163-181.

Dole G.

1964. Shamanism and Political Control Among the Kuikuru. In Gross D. (Ed.), *Peoples and Cultures of Native South America*, pp. 294-307. New York, Natural History Press.

1966. Anarchy without Chaos. Alternatives to Political Authority among the Kuikuru. In Swartz M., Tuden A. & Turner V. (Eds.), *Political Anthropology*, pp. 73-87. Chicago, Aldine Publications.

Dozon J.P. & Sindzingre N.

1986. La santé dans le tiers-monde. *Prévenir*, vol. XVII, pp. 43-52.

Erasmus P.

1952. Changing Folk Beliefs and the Relativity of Empirical Knowledge. *Southwestern Journal of Anthropology*, vol. 8, pp. 411-428.

Felipe J.C.G. & Nigro S.

1997. *Prevalência de parasitoses intestinais entre indígenas de várias etnias da Amazônia Ocidental*. Pari-Cachoeira, 8 p.

Flowers N.M.

1994. Crise e Recuperação Demográfica: os Xávané de Pimentel Barbosa, Mato Grosso. In Santos R.V. & Coimbra Jr. C.E.A. (Org.), *Saúde & Povos Indígenas*, pp. 213-242. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.

Foster G.M.

1962. *Traditional Cultures and the Impact of Technological Change*. New York, Harper and Row.

1976. Disease Etiologies in Non-Western Medical Systems. *American Anthropologist*, vol. 78, nº 4, pp. 773-782.

Friede J.

1967. Demographic Changes in the Mining Community of Muzo after the Plague of 1629. *Hispanic American Historical Review*, nº 47, pp. 338-343.

Good B.J.

1994. *Medicine, rationality, and experience. An anthropological perspective*. Cambridge, Cambridge University Press, 242 p. (The Lewis Henry Morgan Lectures). X

Gould H.A.

1965. Modern Medicine and Folk Cognition in Rural India. *Human Organization*, nº 24, pp. 201-208.

Hahn R. & Kleinman A.

1983. Biomedical Practice and Anthropological Theory: Frameworks and Directions. *Annual Review of Anthropology*, vol. 12, pp. 305-333.

Hesser J.E.

1982. Studies of infectious diseases in an anthropological context. *Medical Anthropology*, vol. 6, nº 1, pp. 1-10.

Hughes C.C.

1968. Ethnomedicine. In *The International Encyclopedia of the Social Science and Medicine*, vol. 10, pp. 87-93. New York, Free Press/MacMillan.

Inhorn M.C. & Brown P.J.

1990. The Anthropology of Infectious Disease. *Annual Review of Anthropology*, vol. 19, pp. 89-117. /

Inhorn M.C. & Brown P.J. (Eds.)

1997. *The Anthropology of Infectious Disease. International Health Perspectives*. Amsterdam, Gordon and Breach Publishers, 495 p. X

Kue Young T.

1988. Are Subartic Indians Undergoing the Epidemiologic Transition?, *Social Science and Medicine*, vol. 26, nº 6, pp. 659-671.

1990. *Health Care and Culture Change: The Indian Experience in the Central Subartic*. Toronto, University of Toronto Press.

1994. *The Health of Native Americans. Toward a Biocultural Epidemiology*. New York and Oxford, Oxford University Press, 275 p.

Kunitz S.J.

1983. *Disease Change and the Role of Medicine. The Navajo Experience*. Berkeley and Los Angeles, University of California Press, 227 p.

1994. *Disease and Social Diversity. The European Impact on the Health of Non-Europeans*. New York, Oxford, Oxford University Press. X

Langdon E.J.N.

1994. Representações da Doença e Itinerário Terapêutico dos Siona da Amazônia Colômbiana. In Santos R.V. & Coimbra Jr. C.E.A. (Org.), *Saúde & Povos Indígenas*, pp. 115-141. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.

Langdon E.J.M. (Org.)

1996. *Xamanismo no Brasil: Novas perspectivas*. Florianópolis, Editora da UFSC, 367 p.

Lawrence D.N. & Neel J.V.

1980. Epidemiologic Studies Among Amerindian Populations of Amazonian. III. Intestinal Parasitoses in Newly Contacted and Acculturating Villages. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, vol. 29, nº 4, pp. 530-537.

McFalls J.A. & McFalls M.H.

1984. *Disease and Fertility*. Orlando, Florida, Academic Press.

MacKeown, T.

1979. *The Role of Medicine. Dream, Mirage or Nemesis?* Oxford, Basil Blackwell.

Massé, R.

1995. *Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. Montréal, Gaëtan Morin éditeur, 499 p.

Miranda J.A.N., Hautequestt A.F. de & Costa D.C.

1988. A tuberculose no Índio. *Saúde em Debate*, janeiro de 1988, pp. 24-25.

1988. Programa de controle da tuberculose em áreas indígenas. *Saúde em Debate*, janeiro, pp. 22-23.

Moran R.

1990. *A ecologia humana das populações da Amazônia*. Petrópolis, Vozes.

1991. Human Adaptive Strategies in Blackwater Rivers. *American Anthropologist*, vol. 93, nº 2, pp. 361-382.

Muir D. & Belsey M.

1980. Pelvic Inflammatory Disease and Its Consequences in the Developing World. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, nº 138, pp. 13.

Neel J.V.

1973. Diversity within and between South American Indian Tribes. *Israel Journal of Medical Sciences* (sept-oct.), vol. 9, nº 9-10, pp. 1216-1224.

1982. Infectious Diseases among Amerindians. *Medical Anthropology*, nº 6, pp. 47-55.

Neel J.V., Centerwall W.R., Chagnon N.A. & Casey H.L.

1970. Notes on the effect of measles and measles vaccine in a virgin-soil population of South American Indians. *American Journal of Epidemiology*, nº 91, pp. 418-429.

Nichter M. & Nichter M.

1986. Health Education by Appropriate Analogy: Using the Familiar to Explain the New. *Convergence*, vol. XIV, nº 1, pp. 63-71.

Nutels N.

1968. Medical Problems of newly contacted indian groups. In PAHO (Ed.), *Biomedical Challenges Presented by the American Indian*, pp. 68-76. Washington, Pan American Health Organization (Pan American Health Scientific Publication vol. 165).

Omran A.R.

1971. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change, *Milbank Memorial Fund Quarterly*, nº 49, pp. 509-538.

Polgar S.

1962. Health and Human Behavior: Areas of Common Interest to the Social and Medical Sciences. *Current Anthropology*, vol. 3, nº 2, pp. 159-205.

Polunin I.

1979. Some characteristics of tribal peoples. In CIBA Foundation (Org.), *Health and Disease in Tribal Societies*, pp. 5-24. Amsterdam, Excerpta medica (CIBA Foundation Symposium 49).

Ribeiro D.

1956. Convívio e contaminação: Efeitos Dissociativos da Depopulação Provocada por Epidemias em Grupos Indígenas. *Sociologia*, vol. 18, nº 1, pp. 3-50.

1970. *Os Índios e a civilização. A Integração das Populações Indígenas no Brasil Moderno*. Rio de Janeiro, Editora Civilização Brasileira (Retratos do Brasil volume 77).

Ricardo C.A. (Org.)

1991. *Povos Indígenas no Brasil 1987/88/89/90. Aconteceu especial 14*. São Paulo, CEDI.

1996. *Povos Indígenas no Brasil 1991/1995*. São Paulo, CEDI, 871 p.

Salzano F.M. & Callegari-Jacques S.M.

1988. *South American Indians: A Case Study in Evolution*. Oxford, Clarendon Press (Research Monographs on Human Population Biology n 6).

Santos R.V.

1991. *Coping with change in native Amazonia: A Bioanthropological study of the Gavião, Suruí, and Zoró, Tupí-Mondé speaking societies from Brazil*. Tese de Doutorado, Indiana University.

Santos R.V. & Coimbra Jr. C.E.A,

1994. Contato, Mudanças Socioeconômicas e a Bioantropologia dos Tupí-Mondé da Amazônia Brasileira. In Santos R.V. & Coimbra Jr. C.E.A. (Org.), *Saúde & Povos Indígenas*, pp. 189-211. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.

Schwaner T.D. & Dixon C.F.

1974. Helminthiasis as a measure of cultural change in the Amazon basin. *Biotropica*, pp. 32-37.

Sindzingre N.

1984. La nécessité du sens. In Augé M. & Herzlich C. (Eds.), *Le sens du mal. Anthropologie, histoire et sociologie de la maladie*, pp. 92-122. Paris, Éditions des Archives contemporaines (Ordres Sociaux).

1985. Tradition et Biomédecine. *Sciences Sociales et Santé*, n° spécial « Anthropologie, Sociétés et Santé », vol. III, n° 3-4, pp. 9-26.

Sindzingre N. & Zempléni A.

1981. Modèles et pragmatiques, activation et répétition : réflexions sur la causalité de la maladie chez les Senoufo de Côte d'Ivoire. *Social Science and Medicine*, vol. 15B, pp. 279-293.

1982. Anthropologie de la maladie. *Bulletin d'Ethnomédecine*, n° 15, pp. 3-22.

Stall J.C.R. & Gifford S.M. (Eds.)

1986. *Anthropology and Epidemiology: Interdisciplinary Approaches to the Study of Health and Disease*. Dordrecht, Reidel Publishers Comp.

Trowell, H.C. & Burkitt D.P. (Eds.)

1981. *Western Diseases: Their Emergence and Prevention*. Cambridge, Harvard University Press.

Vieira Filho J.P.B.

1977. O diabete mellitus e as glicemias de jejum dos índios Caripuna e Palikur. *Revista da Associação Médica Brasileira*, n° 13, pp. 175-178.

1978. O diabetes mellitus entre os índios dos Estados Unidos e do Brasil, *Revista de Antropologia*, n° 21, pp. 53-60.

Wagley C.

1940. The Effects of Depopulation upon Social Organization as illustrated by the Tapirape Indians. *Transactions of the New York Academy of Science*, serie 2, vol. 3, n° 1, pp. 12-16.

Wellin E.

1058. Implications of Local Culture for Public Health. *Human Organization*, vol. 14, n° 4, pp. 16-18.

Wirsing R.L.

1985. The Health of Traditional Societies and the Effect of Acculturation. *Current Anthropology*, vol. 26, n° 3, pp. 303-322.

Worsley P.

1982. Non-western medical systems. *Annual Review of Anthropology*, vol. 11, pp. 315-348.

1982. The Anthropologies of Illness and Sickness. *Annual Review of Anthropology*, vol. 11, pp. 257-285.

Young A.

1976. Some Implications of Medical Beliefs and Practices for Social Anthropology. *American Anthropologist*, vol. 78, nº 1, pp. 5-24.

Zempléni A.

1982. Anciens et nouveaux usages sociaux de la maladie en Afrique. *Archives des Sciences sociales des Religions*, vol. 4, nº 1, pp. 5-19.

1985. La « maladie » et ses causes. Introduction. *L'Ethnographie*, nº spécial « Causes, origines et agents de la maladie chez les peuples sans écriture », vol.LXXXI, nº 96-97, pp. 13-44.

III. Projetos e Relatórios de saúde

Almeida L.K. de

1997. *Perfil dos Profissionais de Saúde Indígena da Fundação Nacional de Saúde/Fundação Nacional do Índio e a Frequência em Cursos de Formação ou Reciclagem*. Relatório. 80 p.

Ameríndia Cooperació

1993. *Projeto de saúde Área Indígena Sateré-Mawé-Amazonas. Período 1993-1995*.

1997. *Promoção do auto-desenvolvimento integrado da aldeia de Sateré-Mawé*. Projeto.

Bastos A.M., Brandão A.P., Paes D.R., et alii.

1993. *Distrito Sanitário dos Povos Indígenas de SP/RJ (DSPI-SP/RJ)*. SP, março de 1993.

Bittencourt M.F. & Ferreira del Castile M.D.

1997. *Levantamento situacional de saúde das comunidades indígenas da região do Oiapoque*. Relatório de viagem, período 11 a 25 de julho de 1997.

Brito E. & Chaves S.

1998. *Relatório da Primeira Oficina em Prevenção às DST e Aids para o Povo Ticuna do Alto Solimões*. Janeiro, 21 p. + anexos.

Carvalho E.M.F. de & Acioli M.D.

1996. *Avaliação do Perfil Etnoepidemiológico de uma comunidade indígena do Estado de Pernambuco*. Projeto de pesquisa. Recife, março.

1997. *Avaliação do Perfil Etnoepidemiológico de uma comunidade indígena do Estado de Pernambuco*. Relatório Final, Recife, 199 p. + anexos.

Centro de Trabalho Indigenista/CTI

1996. *Apoio ao Povo Waiãpi na conquista da autonomia nos cuidados de saúde*. 7 p.

1997. *Programa de saúde Waiãpi. Educação e Prevenção em DST/AIDS às comunidades*.

Conselho das Aldeias Waãpi-APINA

1998. *Programa de Saúde Waiãpi. Relatório de Atividades*. Convênio APINA-SESA, Período: abril a julho de 1998.

Conselho Indígena de Roraima/CIR

1997a. *Distrito Sanitário Indígena do Leste de Roraima. Perfil epidemiológico e assistencial, ano de 1997.*

Conselho Indígena de Roraima/CIR

1997b. *Projeto de Apoio à Atenção Primária à Saúde Indígena no Leste de Roraima. Relatório parcial de atividades julho de 1996 a maio de 1997.*

Coordenação de Saúde do Índio/COSAI

1996. *Relatório de avaliação das Atividades da Coordenação de Saúde do Índio/COSAI.* Brasília, COSAI/DGO/FNS/MS.

1997. *Relatório de atividades da Coordenação de Saúde do Índio - 1997.* Brasília, COSAI/DGO/ FNS/MS.

Diocese de Roraima

1995. *Plano Diocesano de Saúde Indígena. Pastoral indigenista da Diocese de Roraima.* Boa Vista, 8 de setembro, 17 p.

Distrito Sanitário Especial Indígena do Araguaia

1997. *Relatório de Viagem São Felix do Araguaia*, período: 16 a 28 de julho de 1997. 18 p.

Fundação Nacional de Saúde/Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro.

1997. *Relatório técnico parcial do convênio FNS/FOIRN.* Período: Janeiro a Junho de 1997. São Gabriel da Cachoeira, 14p.

Fundação Nacional do Índio/FUNAI - Administração Regional de São Gabriel da Cachoeira

1997. *Programa de Capacitação e de Prevenção das DST/AIDS para a População Indígena do Alto Rio Negro.* São Gabriel da Cachoeira, julho de 1997, 4 p.

1997. *Relatório de atendimento odontológico realizado na Casa do Índio da FUNAI, ADR de São Gabriel da Cachoeira, período de 15/10/96 a 15/01/97.* São Gabriel da Cachoeira, 20/01/97, 2 p. + anexos.

Garnelo M.L. & Figueroa A.L.G.

1993. *Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Negro - Subprojeto Piloto de Saúde.* Manaus, Fundação Nacional de Saúde/Universidade Federal Amazonas/Núcleo de Estudos em Saúde Pública, 116 p.

Lauande T.C.L.

1998. *Relatório de viagem às Administrações Regionais de Manaus, Tabatinga, Atalaia do norte e Parintins no período de 31/05 a 13/06/1998.* Brasília, FUNAI/Departamento de Saúde, 21 p.

Médicos Pelo Ambiente (MEPA)

1994. *Amazon Health Report. Indigenous Peoples of Brazil.* Prepared by the organization « Médicos Pelo Ambiente » (MEPA) for the World Bank with the cooperation of the following institutions: Fundação Oswaldo Cruz (Núcleo de Estudos em Saúde de Populações Indígenas

- NESPI/ENSP); Universidade Federal do Mato Grosso (Instituto de Saúde Coletiva)/ Fundação Nacional de Saúde do Amazonas (DSY-AM). Rio de Janeiro, october, 194 p.

Médicos Sem Fronteiras/MSF (equipe Javari)

1996. *Proposta de Projeto de Saúde Básica para Populações Indígenas no Vale de Javari, Estado do Amazonas, Brasil*. Manaus, fevereiro de 1996, 17 p.

1997a. *Projeto de Serviços Sanitários Básicos para Populações Indígenas no Vale do Javari, Estado de Amazonas, Brasil*. Relatório Final. Atalaia do Norte, abril de 1997.

1997b.- *Serviços sanitários básicos para populações indígenas no Vale do Javari. Relatório Anual 1997*. Manaus, setembro de 1997, 14 p. + anexos.

1997c. *Proposta de um Projeto de serviços Sanitários Básicos para Populações Indígenas no Vale do Javari, Estado do Amazonas, Brasil, 1997-1999*. Manaus, março de 1997, 17 p.

Médicos Sem Fronteiras/MSF (equipe leste de Roraima)

1994. *Projeto de saúde indígena, Brasil*. Relatório narrativo anual interim abril de 1994 a março de 1995. Boa Vista, novembro de 1994, 33 p. + anexos.

1997a. *Proposta para um projeto de apoio sanitário à populações indígenas do Leste do Roraima, Brasil*. Boa Vista.

1997b. *Projeto de apoio à serviços sanitários para populações indígenas do Leste de Roraima, Brasil. Relatório final* (de Abril de 1993 até Setembro de 1997). Boa Vista, 14 de novembro de 1997, 21 p. + anexos.

Ministério da Saúde

1996a. *Projeto de Implementação de Controle da Tuberculose nos Indígenas na Ilha do Bananal*. 7 p.

1996b. *Relatório das Atividades Desenvolvidas nas Aldeias Pertencentes a ADR-Araguaia*, Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde/Coordenação Regional de Goiás/Serviço de Operações/Equipe de Saúde do Índio/Programa de Controle da Tuberculose, 10 p.

Ministério da Saúde/Secretária de Assistência à Saúde/Programa Nacional de DST/AIDS
1997. *Relatório de viagem à Terra Indígena do Tumucumaque*. Brasília, 16 de maio.

Organização Geral dos Professores Ticuna bilíngües/OGPTB

1997. *Projeto de prevenção das DST/AIDS nas escolas Ticuna: Formação de Multiplicadores de Informações*. Benjamin Constant, 12 p.

Oliveira C.B.

1988. *Relatório do Iº Curso Modular para a Formação de agentes indígenas de saúde waiãpi*. Convênio SESA/APINA.

Saúde Sem Limites/SSL

1997. *Considerações sobre a saúde indígena na região dos rios Uaupés, Tiquié, Papuri, Aiairi e Áreas Hupdê*. Relatório da 1ª viagem da equipe SSL na região do Alto Rio Negro, out/dez 1996. São Gabriel da Cachoeira, Fevereiro de 1997, 67 p. ± anexos.

Saúde Sem Limites/SSL

1997. *Relatório parcial de atividades de campo na região do Rio Negro, Rios Aiari, Baixo Uaupés, Papuri, Tiquié e Área da Estrada, Período: fevereiro à agosto de 1997*. São Gabriel da Cachoeira, 18 p. + anexos.

União das Nações Indígenas do Acre e Sul do Amazonas/UNI

1997. *Relatório Final das ações desenvolvidas através do convênio nº 151, de 14 de dezembro de 1995, celebrado entre a Fundação Nacional de Saúde e União das Nações Indígenas do Acre e Sul do Amazonas*. Rio Branco, Acre, junho, 22 p.

Vieira Filho J.P. Botelho

1983. *Principais Diretrizes de saúde para os Índios Xikrin, Paracanã do P.I. Marudewara, Paracanã do Igarapé Paranatinga, Suruí do P.I. Sororó e Gavião do P.I. Mãe Maria. Relatório para Cia Vale do rio Doce*. São Paulo, julho de 1983, 64 p.

1986. *Retrospectiva e atualidade da saúde dos índios Xikrin e Gavião. Necessidades presentes e futuras frente ao Projeto Carajás*. São Paulo, 50 p.

IV. Conferências de Saúde

Caldas J.R., Detogni A., Machado M. & Viana A.A.

1997. *I Conferência municipal de saúde*. Relatório final. São Gabriel da Cachoeira, 12-13 de abril de 1997 5 p. + anexos.

Ministério da Saúde

1993a. *Relatório Final da IX Conferência Nacional de Saúde*. Brasília.

1993b. *Relatório Final da II Conferência Nacional de saúde para os Povos indígenas, realizada em Luziânia/GO, nos dias 25 a 27 de outubro de 1993*. 14 p.

1998. *Relatório final da 10ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília-DF, 2 a 6 de setembro.

V. Textos de leis referentes à questão da saúde indígena

Constituição Federal Brasileira. 1988

Titulo VIII, Capítulo II, Seção II « Da Saúde ».

Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990

Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 9 de setembro de 1990, seção 1, Parte 1.

Lei nº 8.142 de 28 de setembro de 1990

Dispõe sobre a participação das comunidades na gestão do Sistema Único de Saúde/SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros nas áreas da saúde e dá outras providências.

Decreto presidencial nº 100 de 16 de abril de 1991

Institui a Fundação Nacional de Saúde/FNS e dá outras providências.

Portaria nº 540 de 18 de maio de 1993

Reconhece os Núcleos Interinstitucionais de Saúde Indígena/NISI.

Decreto nº 1.141 de 19 de maio de 1994

Dispõe sobre as ações de proteção ambiental, saúde e apoio às atividades produtivas para as comunidades indígenas.

Projeto de Lei nº 4.681 de 29 de junho de 1994 do Deputado Sergio Arouca

Dispõe sobre as condições e funcionamento de serviços de saúde para as populações indígenas. O projeto prevê a criação de um subsistema de atenção à saúde indígena, integrado ao SUS, que teria como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

Projeto de lei nº 2.057/96

Dispõe sobre o Estatuto das Sociedades Indígenas. No capítulo referente à saúde, vincula a assistência à saúde dos Índios a FNS, com participação da FUNAI (art. 63). Trata também da Comissão Intersetorial de Saúde do Índio e estabelece a criação de Distritos Especiais e Autônomos de Saúde.

Ferreira Dodge R.E.

1998. *Audiência Pública sobre saúde Indígena. Providências preliminares*. Brasília, Ministério Público Federal, 6ª-Câmara de Coordenação e Revisão (Comunidades Indígenas e Minorias), 19 de maio de 1998, 13 p.

ANEXO C. RELAÇÃO DAS ASSOCIAÇÕES INDÍGENAS, ORGANIZAÇÕES NÃO-GOVERNAMENTAIS E INSTITUIÇÕES DE PESQUISA QUE DESENVOLVEM AÇÕES E PROJETOS DE SAÚDE EM ÁREAS INDÍGENAS (Lista não exaustiva).

Na lista que segue, somente coloquei os endereços das associações indígenas, organizações não governamentais e instituições de pesquisa que desenvolvem atividades de saúde na área de abrangência do PPTAL em parceria com a FUNAI, a FNS/COSAI e sobre as quais consegui alguma informação. Essa lista não tem nenhuma pretensão de exaustividade. Não coloquei os endereços das Administrações Regionais da FUNAI nem das Coordenadorias Regionais da FNS.

Amerindia Cooperació

Travessa Faraco nº 28
centro,
69.190-000 Maués AM
Fone (092) 663 4467/542 1953

Associação de Saúde da Periferia do Maranhão/ASP

Rua Padre Antônio Vieira 74
Centro
65.010-430 São Luis MA
Fone (098) 221 5428
Fax (098) 222 8690
email: asp-ma@nutecnet.com.br

Associação dos Povos Indígenas de Oiapoque/AP

Rua Onório Silva, s/nº
68.980-000 Oiapoque AP
Fone (096) 521 1518

Associação dos Agentes Indígenas de Saúde do Rio Negro/AAISARN

Avenida Alvaro Maia, 79
Bairro Fortaleza
69.000-750 São Gabriel da Cachoeira AM

Centro de Trabalho Indigenista/CTI

Rua Fidalga, 548 sala 16
05432-000 São Paulo SP
Fone/fax (011) 813-0747/816-1541

CTI - Base Macapá

Rua São José nº 570

Centro

68.906-270 Macapá AP

Fone/fax (096) 212-6145

Comissão pro-Índio Acre/CPI-AC

Rua Pernambuco, 964

Bairro do Bosque

69.907-580 Rio Branco AC

Fone (068) 225 085

Fax (068) 224 1426

Conselho das Aldeias Waiãpi-APINA

Rua São José, nº 1.570

Centro

68.906-270 Macapá AP

Fone (096) 212-9146

Fax (096) 212-6145

email apina@tvsom.com.br

Conselho Indígena de Roraima/CIR

Av. Sebastião Diniz, 1672

Bairro São Vicente

69.303-120 Boa Vista RR

Fone/fax (095) 224-5761

email: dr@technet.com.br

Conselho Indígena do Vale do Javari/CIVAJA

Rua Pedro Teixeira, 190

69.650-000 Atalaia do Norte AM

Fone/fax (092) 417-1128

Conselho Indigenista Missionário Norte I/CIMI

Rua Tapajós 54

Caixa Postal 984

69.011-970 Manaus AM

Fone (092) 233 5020

Fax 092) 232 7347

Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira/COIAB

Avenida Ayrão, 235
Bairro Presidente Vargas
Cx Postal 1081
69.025-290 Manaus AM
Fone (092) 233 0548
Fax (092) 233 0299
email: coica-dh@buriti.com.br

Diocese de Roraima

Caixa Postal 207
69.301-970 Boa Vista RR
Fone (095) 224-4109

**Diocese de São Gabriel da Cachoeira/AM
(Centro de Saúde-Escola « Dom Walter Ivan »)**

Avenida 7 de setembro, 205
69.750-000 São Gabriel da Cachoeira AM
Fone/fax (092) 471 1276

Federação das Organizações indígenas do Rio Negro/FOIRN

Avenida Alvaro Maia, 79
Bairro Fortaleza
69.750-000 São Gabriel da Cachoeira AM
Fone/fax (092) 471 1349

Fundação Universidade Amazonas

Núcleo de Estudos em Saúde Pública/NESP
Rua Afonso D. Pena, 1053
Centro
69020-160 Manaus AM
Fone/fax (092) 233-5538

Médicos Sem Fronteiras/MSF -Holanda

Equipe da MSF-Projeto Javari
Rua Francisco de Sá, nº 50
Bairro São Francisco
69.079-210 Manaus AM
Fone (092) 611-3583
Fone/fax (092) 663-4922
email: msf@internext.com.br

Equipe da MSF - Projeto Leste do Roraima

(Mario Garcia MD. MSc, Coordenador de Projetos no Brasil)

Rua Major Manoel Correia, 954

69.305-100 Boa Vista RR

Fone (095) 224-7367

Fax (095) 224-7756

email: msf@technet.com.br

Núcleo de Estudos em Saúde de Populações Indígena/NESPI

Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública

Avenida Brasil 4036 - sala 703

21.040-361 Rio de Janeiro RJ

Fone (021) 590 9122 R. 269/260 99 441

Fax (021) 290 3893

Saúde Sem Limites/SSL

Escritório Regional - Rio Negro

Avenida Alvaro Maia, 79

Bairro Fortaleza

69.750-000 São Gabriel da Cachoeira AM

Fone (092) 471 1353

Fax (092) 471 1349

Organização de Saúde do Povo Ticuna do Alto Solimões/OSPTAS

Aldeia Umariagu

69.640-000 Tabatinga AM

Organização Geral dos Professores Ticuna Bilíngües/OGPTB

Caixa Postal 0023

69.630-000 Benjamin Constant AM

União das Nações Indígenas do Acre e sul do Amazonas/UNI-AC e Sul do AM

Rua Amazonas, 158

69900-390 Rio Branco AC

Fone/fax (068) 223 1973

ANEXO D. LISTA DOS ANTROPÓLOGOS DA SAÚDE COM EXPERIÊNCIA DE TRABALHO EM ÁREAS INDÍGENAS

Dominique Buchillet

Instituto Socioambiental
SCLN 210 Bloco C Sala 112
70.862-530 Brasília DF
Fone prof. (061) 349 5114
Fax prof. (061) 274 7608
Fone/fax resid. (061) 443 4821
email: dbuchil@ibm.net

Marina Leal Ferreira

Centro MARI/USP
Rua do Anfiteatro, 181 - Cj. Colméia - Favo 8
05508-900 São Paulo SP
Fone prof. (011) 818 3569
Fax prof. (011) 818 3156
Fone resid. (011) 813 3697
email: kawall@uol.com.br

Alba L.G. Figueroa

Coordenação de Saúde do Índio/COSAI
Fundação Nacional de Saúde
Setor de Autarquias Sul
Quadra 4 Bloco « N » Sala 702
70.058-902 Brasília DF
Fone prof. (061) 225 7259/31 2359/314 6413
Fax prof. (061) 226 4006
Fone resid. (061) 242 2751
email: afigueroa@fns.gov.br

Dominique Gallois

Núcleo de História Indígena e do Indigenismo/NHII
Rua do Anfiteatro 181
Conjunto Colméia - Favo 8
Cidade Universitária
05.508-900 São Paulo SP
Fone prof. (011) 818 3301
Fax prof. (011) 818 3156
Fone/fax resid. (011) 814 2314

email: gallois@dialdata.com.br

Jean E. Langdon

Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social/PPGAS
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Universidade Federal de Santa Catarina
Campus Universitário
88.040-980 Trindade
Florianópolis SC
Fone prof. (048) 331-9714
Fax prof. (048) 331 9890/9751
Fone/fax resid. (0482) 335-0268
email prof.: anthropos@cfh.ufsc.br

Paula Morgado Lopes Dias

LISA/Depto. De Antropologia/FFLCH-USP
Rua do Anfitheatro, 181 - Cj. Colméia - Favo 10
05.508-900 São Paulo SP
Fone prof. (01) 818 3045
Fax prof. (011) 818 3140
Fone resid. (011) 3759 2158
email: lopes@usp.br

Cibele Barreto Lins Verani

Núcleo de Estudos em Saúde de Populações Indígenas/NESPI
Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública
Avenida Brasil 4036 - Sala 703
21.040-361 Rio de Janeiro RJ
Tel prof. (021) 590 9122 Ramal 269/260 99 441
Fax prof. (021) 290 3893
Fone resid. (061) 711 5840
email: fverani@ism.com.br