

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SOCIEDADE E CULTURA NA
AMAZÔNIA-PPGSCA

**RELAÇÃO SAÚDE E CONDIÇÕES SOCIOAMBIENTAIS
ENTRE OS MUNDURUKU DA TERRA INDÍGENA COATÁ-
LARANJAL, AMAZONAS -BRASIL**

JANIACLEY REIS MENDONÇA

**Manaus
2009**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SOCIEDADE E CULTURA NA
AMAZÔNIA-PPGSCA

JANIACLEY REIS MENDONÇA

**RELAÇÃO SAÚDE E CONDIÇÕES SOCIOAMBIENTAIS
ENTRE OS MUNDURUKU DA TERRA INDÍGENA COATÁ-
LARANJAL, AMAZONAS - BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociedade e Cultura na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestra.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª. Selda Vale da Costa

MANAUS
2009

Ficha Catalográfica

(Catalogação realizada pela Biblioteca Central da Universidade Federal do Amazonas)

MENDONCA, Janiacley Reis

Relação saúde e condições socioambientais entre os Munduruku da terra indígena Coatá-Laranjal, Amazonas – Brasil/ Janiacley Reis Mendonça. – Manaus: UFAM, 2008. 160 f. ilustr. Color

Dissertação (Mestrado em Sociedade e Cultura na Amazônia) – Universidade Federal do Amazonas, 2008.

Orientador: Prof^a Dr.^a Selda Vale da Costa

JANIACLEY REIS MENDONÇA

**RELAÇÃO SAÚDE E CONDIÇÕES SOCIOAMBIENTAIS
ENTRE OS MUNDURUKU DA TERRA INDÍGENA COATÁ-
LARANJAL, AMAZONAS - BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociedade e Cultura na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestra.

Aprovado em 14 de outubro de 2009.

BANCA EXAMINADORA

Prof^o Dr. ^o Alfredo Wagner Berno de Almeida
Universidade Federal do Amazonas

Prof^o Dr.^o Júlio César Schweickardt
Fundação Oswaldo Cruz

Prof^a Dr.^a Selda Vale da Costa
Universidade Federal do Amazonas

À memória de meu pai que me ensinou a não desistir da luta pelos ideais da vida, dedico esta conquista.

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus protetor, que me ampara em todos os momentos da vida e sempre me deu força para não desistir no meio do caminho;

A minha orientadora pela paciência, pelo crescimento intelectual e o acompanhamento constante durante o caminho percorrido;

Ao meu filho razão da minha força, que muitas vezes sofreu com minhas ausências, pelo amor e carinho;

A minha mãe pelo amor que sempre me dedicou, pelo estímulo nos momentos difíceis e pelas orações e aos meus irmãos pelo incentivo e carinho, em especial a minha irmã que sempre me apoiou nas dificuldades;

Aos meus amigos e amigas que de várias formas me ajudaram a percorrer este caminho e pelo apoio e incentivo nos momentos de desânimo;

Aos Munduruku e Saterê-Mawé da Terra Indígena Coatá-Laranjal pelo acolhimento, por me proporcionarem troca de saberes e pela permissão para realizar a pesquisa;

Aos colegas do mestrado que me auxiliaram nas discussões e sugestões para a efetivação da pesquisa;

Aos professores do mestrado que contribuíram durante o caminho percorrido para ampliar os meus conhecimentos teóricos e pelas orientações e sugestões;

A Fundação Nacional de Saúde pela liberação para elaboração da pesquisa e apoio logístico para realização do trabalho,

OBRIGADA.

A vida do índio

*Eu luto por minha terra,
Por que ela me pertence.
Ela é minha mãe,
E faz feliz muita gente.
Ela tudo nós dar,
Se plantarmos a semente.*

*Ser índio não é fácil,
Mas eles têm que entender.
Que somos índios guerreiros.
E lutamos pra vencer.
Temos que buscar a paz,
E ver nosso povo crescer.*

Autor: Edmar Batista de Souza (Itohã Pataxó)

RESUMO

Os Munduruku sofreram ao longo de sua história uma série de transformações sociais, culturais e ambientais, que trouxeram consequências para a saúde dos mesmos. O presente estudo teve como objetivo compreender as percepções dos Munduruku da Terra Indígena Coatá-Laranjal acerca da relação saúde e condições socioambientais, tentando identificar os impactos dos problemas socioambientais no processo saúde/doença e enunciando formas de enfrentamento aos problemas levantados. A pesquisa realizou-se na Terra Indígena Coatá-Laranjal (Rio Canumã e Mari-Mari), localizada no Município de Borba, Distrito Sanitário Especial Indígena de Manaus, Estado do Amazonas. Para realizar este estudo, adotamos o método etnográfico e o tipo de pesquisa foi baseado na abordagem de análise qualitativa, acrescida com dados quantitativos. As técnicas de coleta de dados utilizadas incluíram: *surveys*, observação participante, entrevistas semi-estruturadas, discussões com grupos focais e relatos orais. A história da luta pelo território, culminando com a demarcação da terra indígena (2001) são questões destacadas pelos Munduruku, pois o território além de ser para eles um espaço de construção de identidade é o espaço das relações sociais e motivo de guerras e conflitos. Analisando as percepções dos Munduruku, verificamos que possuem uma visão clara sobre a relação saúde e ambiente, evidenciando-se a preocupação com a preservação do ambiente e seu entorno, bem como com a sustentabilidade das futuras gerações. Os principais problemas ambientais percebidos pelos mesmos foram: queimadas, diminuição da caça, do peixe e dos frutos da floresta, entrada de barcos pesqueiros na área, qualidade e acesso à água, além do aumento do lixo. Também são percebidas pelos Munduruku mudanças nos modos de vida (relações de comércio e trabalho assalariado) e na dieta alimentar, consequência da intensificação do contato, que contribuíram para a introdução de novas doenças nas aldeias como hipertensão arterial e diabetes *mellitus*. Doenças como verminose, diarreia e problemas de pele (coceiras), são relacionadas aos problemas da água suja, falta de poços artesianos e ao aumento do lixo nas aldeias. A malária e a diarreia aparecem ligadas às variações dos ciclos das águas, principalmente no início da subida e descida dos rios. Os problemas respiratórios são relacionados às queimadas e aos desmatamentos. A pesquisa evidenciou atualmente mudanças no perfil de saúde dos Munduruku, com ocorrência de doenças novas e outras reemergentes resultantes das alterações ambientais, sociais e nos modos de vida. Evidenciou também a ocorrência de doenças tradicionais interpretadas como resultantes das forças sobrenaturais e das transgressões culturais e alimentares e o uso das práticas tradicionais de cura. As representações sociais sobre o processo saúde/doença vão sendo recriadas entre os Munduruku de acordo com as experiências acumuladas incorporando novos conhecimentos da medicina ocidental.

Palavras-chave: Mudanças ambientais, processo saúde/doença e representações sociais.

ABSTRACT

The Munduruku suffered throughout their history, several social, cultural and environmental transformations that brought consequences to their health. This study objected to understand the perceptions of the Munduruku people from Coatá-Laranjal Indigenous Land about the health relation and socioenvironmental condition, trying to identify the impacts of socioenvironmental problems in the health/disease process and enunciating forms of fight due to the cited problems. The research was conducted on Coatá-Laranjal Indigenous Land (Canumã and Mari-Mari River), located in Borba Indigenous Special Sanitary District, State of Amazonas. In this study we adopted the ethnographic method and the kind of research was based in a qualitative analyze, added to quantitative data. The techniques of data collecting used included: surveys, participant observation, semi-structured interviews, discussions with focal groups and oral relates. The history of fight for the territory, culminating with the demarcation of this Indigenous Land (2001) are emphasized questions by the Munduruku people, for the territory is to the them a space of identity construction, social relations and motive to war and conflicts. Analyzing the Munduruku people perceptions, we verified that they have a clear vision about the health-environmental relation, showing concerns with the environmental preserving and around it, as well with the future generation sustainability. The main environmental problems noticed by them were: burning; hunting, fishing and fruit collect decreasing; presence of fishing boats in the area, water quality and access, and trash increasing. The Munduruku people also noticed changes in the way of life (trade relations and payroll employment) and in the diet feeding, consequences of contact intensification that contributed to add new diseases in the indigenous land as hypertension and diabetes mellitus. Diseases such as worms, diarrhea, skin problems (itchy) are related to problems such as dirty water, lack of water well and trash increasing in the village. Malaria and diarrhea are related to the water cycle variation, mainly in the beginning of rise and fall of rivers. Respiratory problems are related to burning and deforestation. The research showed changes in the health profile of Munduruku people, with new diseases occurring and re-emerging ones resulted of socioenvironmental and ways of life alterations. It showed also the occurring of traditional diseases noticed by them as results of supernatural powers, cultural and feeding transgressions and the use of healing traditional practices. The social representations about the health/disease process are being recreated among the Munduruku people, according to their experiences, adding new occidental medicine knowledge.

Key- words: Environmental changing, health/disease process and social representations

LISTA DE QUADROS

Figura 1- Desenho do Rio Canumã e suas aldeias visto por seus moradores	18
Figura 2- Desenho do Rio Mari-Mari e suas aldeias visto por seus moradores	18
Figura 3- Mapa da região do Rio Mari-Mari e o trabalho de campo	20
Figura 4- Aldeia Coatá do Rio Mari-Mari (Polo base Laranjal) por aldeia, nº de famílias e sexo	44
Figura 5- Casa de Farinha na aldeia Cajual	46
Figura 6- Aldeia Laranjal vista por seus moradores	47
Figura 7- Aldeia Coatá	48
Figura 8- Aldeia Laranjal	48
Figura 9- Mapa de localização do DAI dos Munduruku da T. I. Coatá-Laranjal com agências externas	53
Figura 10- Procissão de São João Batista na aldeia Laranjal	58
Figura 11- Artesanatos de cerâmica feitos por Dona Iracema Cardoso	59
Figura 12- Mapa dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas do Brasil	69
Figura 13- Mapa dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas do Estado do Amazonas	71
Figura 14- Fluxo de Organizações dos Serviços de Saúde Médica assistenciais	76
Figura 15 - Mapa do DSEI Manaus	82
Figura 16- As Percepções dos Munduruku sobre os problemas ambientais	123
Figura 17- Tipos de kugaité e sua utilização	133
Figura 18- Pescadores Munduruku saindo para pescar	136
Figura 19- Criação de gado na aldeia Mucajá	138
Figura 20- Moradores da aldeia Cipozinho (Saterê- Mawé)	139
Figura 21- Reunião do Conselho Local	149

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização dos DSEI, Amazonas, anos 2006 e 2007	83
Tabela 2 - Número de nascidos vivos, por sexo, nos DSEI do Amazonas, 2006 e 2007	84
Tabela 3 - N° de óbitos, taxa de mortalidade infantil e taxa de mortalidade geral nos DSEI do Amazonas, 2006	85
Tabela 4- N° de óbitos, taxa de mortalidade infantil e taxa de mortalidade geral nos DSEI do Amazonas, 2007	85
Tabela 5- Doenças de maior ocorrência e taxa de incidência nos DSEI do Amazonas, anos 2006/ 2007	87
Tabela 6 - Taxa bruta de natalidade (TBN), taxa de mortalidade infantil (TMI), taxa bruta de mortalidade (TBM) e taxa de fecundidade total do Pólo Coatá, 2007 e 2008	90
Tabela 7-Taxa bruta natalidade (TBN), taxa de mortalidade infantil (TMI), taxa bruta de mortalidade (TBM) e taxa de fecundidade total do Pólo Laranjal, 2007 e 2008	90
Tabela 8- Doenças de maior ocorrência nos Polos Coatá e Laranjal, DFSEI Manaus, Amazonas, 2007 e 2008	92

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS Agente Indígena de Saúde

AIM	Agente indígena Microscopista
AISAN	Agente Indígena de Saneamento
CASAI	Casa de Saúde do Índio
CEPLAC	Comissão Executiva do Plano da Lavoura Cacaueira
CDB	Convenção sobre Diversidade Biológica
CIMI	Conselho Indigenista Missionário
CISI	Comissão Intersetorial de Saúde Indígena
COIAB	Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira
CONDISI	Conselho Distrital de Saúde Indígena
COPIMS	Coordenação dos Professores Indígenas Munduruku e Saterê
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
EMSI	Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena
EVS	Equipe Volante de Saúde
FIOFRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
IBAMA	Instituto Brasileiro de Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis
IDAM	Instituto de Desenvolvimento Agropecuário e Florestal Sustentável do Estado do Amazonas
IAB-PI	Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas
IAE-PI	Incentivo de Atenção Especializada aos Povos Indígenas
IPA	Índice Parasitário Anual
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ISA	Instituto Socioambiental
MMIMS	Movimento das Mulheres Indígenas Munduruku e Saterê
OCIM	Organização das Comunidades Indígenas Munduruku
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SIASI	Sistema de Informação em Saúde Indígena
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SPI	Serviço de Proteção aos Índios
SUS	Sistema Único de Saúde
TI	Terra Indígena
TBN	Taxa Bruta de Natalidade

TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
TBM	Taxa Bruta de Mortalidade
UPIMS	União dos Povos Indígenas Munduruku e Sateré-Mawé

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
Impressões do trabalho de campo	22
CAPÍTULO I - OS MUNDURUKU DA TERRA INDÍGENA COATÁ - LARANJAL: DA HISTÓRIA DE CONTATO AOS DIAS DE HOJE	32
1.1. A história do contato	32
1.2. Os Munduruku da Terra Indígena Coatá-Laranjal	40
1.2.1. Estrutura das aldeias Coatá e Laranjal	44
1.2.2 Os meios de subsistência	49
1.2.3 A organização sociopolítica dos Munduruku	50
1.2.4 A cultura e a religião	54
1.2.5 Os processos de mudança entre os Munduruku	60
CAPÍTULO II - O CONTEXTO DA SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL E O PROCESSO SAÚDE/DOENÇA ENTRE OS MUNDURUKU	65
2.1 O contexto atual da saúde no Brasil e a Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas	65
2.2. Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI)	74
2.3 A situação da saúde indígena no Brasil e no Estado do Amazonas	78
2.4 A situação de saúde dos Munduruku da Terra Indígena Coatá-Laranjal	89
III CAPÍTULO - AS PERCEPÇÕES DOS MUNDURUKU SOBRE O PROCESSO SAÚDE/DOENÇA	96
3.1 As representações sociais sobre o processo saúde/doença	96
3.2.As percepções sociais dos Munduruku sobre o processo saúde/doença e práticas tradicionais de cura	100
3.3. O sistema tradicional de saúde indígena e o sistema ocidental	110
3.3.1. As parteiras tradicionais indígenas	114
IV CAPÍTULO - AS MUDANÇAS SOCIOAMBIENTAIS E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA ENTRE OS MUNDURUKU	120
4.1. Relação meio ambiente e saúde	120
4.2. As percepções dos Munduruku sobre meio ambiente, os problemas ambientais e a relação com o processo saúde/doença	125
4.3 Os recursos naturais existentes e as formas de sustentabilidade	131
4.4. O território e a demarcação da identidade Munduruku	141
4.5. As formas de enfrentamento aos problemas de saúde e ambientais e a organização sociopolítica dos Munduruku	145
CONSIDERAÇÕES FINAIS	152
REFERÊNCIAS	159
ANEXOS	
Anexo 1- Mapa da Terra Indígena Coatá-Laranjal	164

INTRODUÇÃO

Ao longo dos séculos, após o contato com os colonizadores, os povos indígenas sofreram graves epidemias tais como o sarampo, a varíola e a malária como consequência da expansão demográfica e econômica da sociedade nacional, além das mudanças culturais e socioambientais. Hoje os povos indígenas do Brasil apresentam um perfil de saúde bem complexo resultante dos processos de transformação social e ambiental com o ressurgimento de algumas doenças (reemergentes) como a tuberculose e a malária e o surgimento de novas doenças (emergentes) como as doenças crônicas não transmissíveis (diabetes *melittus* e hipertensão arterial) e a Aids.

Estudos epidemiológicos sobre os povos indígenas no Brasil, como o de Carlos Coimbra Jr. e Ricardo Santos (2003, p. 28) relatam que: “o contexto geral das mudanças socioculturais, econômicas e ambientais na qual se inserem os povos indígenas no Brasil de hoje tem grande potencialidade de influenciar os perfis epidemiológicos”. Considerando a grande diversidade étnica e regional na qual estão inseridos os povos indígenas neste país e a intensificação dos contatos de vários povos com a sociedade nacional esse perfil está mudando e vem apontando a necessidade e maior conhecimento sobre o tema.

Diante deste contexto, estudando a situação de saúde de alguns povos indígenas do Brasil, e mais especificamente da Amazônia e a partir de nossas experiências e observações como profissional de saúde indígena foi que surgiu o nosso interesse em compreender a relação saúde e mudanças socioambientais entre os Munduruku, tendo em vista a necessidade de um maior número de pesquisas que enfoquem essa relação, partindo da percepção indígena.

No presente estudo, escolhemos como agentes sociais da pesquisa, os Munduruku da T.I. Coatá-Laranjal, região do Rio Canumã e Mari-Mari, Município de Borba, Estado do Amazonas, conhecidos na literatura como os Munduruku do Rio Madeira. Escolhemos os Munduruku desta região, por haverem poucos estudos sobre os mesmos e pela questão do acesso às aldeias. O povo Munduruku está localizado hoje em diferentes regiões e territórios do Brasil, nos estados do Pará, do Amazonas e Mato Grosso, somando ao todo, cerca de 9.993 pessoas, com a maior concentração no Município de Jacarecanga (4.887 pessoas) no Pará (ISA, 2007). Os Munduruku da T.I. Coatá-Laranjal (Estado do Amazonas), somam atualmente cerca de 2.919 habitantes. A referida Terra Indígena possui uma extensão

territorial de 1.153.210 hectares (Anexo 1), dividindo-se em dois rios: Rio Canumã com uma população de 1.734 pessoas, distribuídas em 314 famílias e 21 aldeias e Rio Mari-Mari com uma população de 1.185 pessoas, distribuídas em 219 famílias e 11 aldeias (FUNASA/SIASI, 2008) (Figura 1 e 2).

Sendo um povo em contato antigo e constante com a população nacional, pois os primeiros contatos com os Munduruku datam desde o século XVIII, apreende-se que muitas mudanças ambientais e socioculturais têm ocorrido no contexto onde vivem, mudanças essas que podem estar influenciando na situação atual de saúde-doença deste povo. Em face dessas preocupações levantamos as seguintes questões: Qual a percepção dos Munduruku sobre a relação saúde e ambiente? Que problemas ou mudanças ambientais e socioculturais têm ocorrido em seu território e quais seus impactos sobre a situação de saúde dos mesmos? De que forma os Munduruku se organizam para o enfrentamento dos seus problemas de saúde e ambiente? Essas são algumas questões que tentamos responder no decorrer deste trabalho.

Nesse intuito, nosso objetivo principal foi buscar compreender as percepções dos Munduruku da T.I. Coatá-Laranjal sobre a relação saúde e condições socioambientais e culturais, visando identificar fatores que podem estar influenciando atualmente no processo saúde/doença e na qualidade de vida, identificando formas de enfrentamento aos problemas levantados pelos mesmos.

Partindo da idéia de Pierre Bourdieu (2004, p.49) sobre ruptura epistemológica, tentamos ao construir nosso objeto de pesquisa, ter um novo olhar, um novo modo de ver a realidade, rompendo com o pré-construído. Para o referido autor “a ruptura é, com efeito, uma *conversão do olhar* e pode-se dizer do ensino da pesquisa em sociologia que ele deve em primeiro lugar “dar novos olhos” como dizem por vezes os filósofos iniciáticos”. Foi nesse sentido que desenvolvemos esta pesquisa, tentando converter nosso olhar para compreender melhor a realidade indígena e a pluralidade dos seus pontos de vista.

A construção do objeto segundo Bourdieu (2004, p.27) “é um trabalho de grande fôlego, que se realiza pouco a pouco, por retoques sucessivos, por toda uma série de correções, de emendas, sugeridas por o que se chama o ofício, quer dizer, esse conjunto de princípios práticos que orientam as opções ao mesmo tempo minúsculas e decisivas”. Nesse sentido foi que construímos nosso objeto, realizando várias vezes correções em nosso trabalho, principalmente por termos pouca experiência enquanto pesquisadora, pois nosso caminho foi inverso, tínhamos a experiência de campo em área indígena, mas nos faltava o saber metodológico necessário para realizar a pesquisa.

Adotamos nesta pesquisa o método etnográfico articulado a uma abordagem analítica. O tipo de pesquisa que desenvolvemos baseou-se na abordagem de análise qualitativa, acrescida com dados quantitativos (informações demográficas e epidemiológicas) partindo da idéia de que essas abordagens são complementares na pesquisa social em saúde. As técnicas de coleta de dados utilizadas no trabalho de campo incluíram: *surveys*, observação participante, entrevistas semi-estruturadas, discussões com grupos focais e algum relatos orais. Como a pesquisa é qualitativa, os dados foram registrados através do caderno de anotações, do gravador, máquina fotográfica, desenhos e quadros.

A pesquisa foi realizada na Terra Indígena Coatá-Laranjal (Rio Canumã e Mari-Mari), localizada no Município de Borba, pertencente ao Distrito Sanitário Especial Indígena de Manaus, Estado do Amazonas. Considerando as experiências que temos em área indígena e o conhecimento das várias funções dentro das aldeias, para fins de nosso estudo, escolhemos como agentes sociais da pesquisa, os caciques gerais, os conselheiros de saúde, os agentes indígenas de saúde (AIS), os agentes indígenas de saneamento (AISAN), os agentes indígenas microscopistas (AIM), os professores, as parteiras tradicionais e outros conhecedores da história do povo Munduruku, envolvidos direta ou indiretamente com a saúde, conhecedores do saber e práticas tradicionais, detentores de informações pertinentes ao processo desta pesquisa.

Nosso propósito era entrevistar 10 representantes indígenas de cada rio (Rio Canumã e Rio Mari-Mari), mas ao final conseguimos realizar 19 entrevistas, (Quadro 1) sendo oito no Rio Canumã e 11 no Rio Mari-Mari, além de coletarmos seis relatos orais. Tivemos dificuldade em entrevistar os pajés, pois são poucos os que existem nesta região, na sua maioria vivendo em aldeias mais distantes que não tivemos como visitar, devido à problemas logísticos, que às vezes o pesquisador se depara.

Dentre um universo de 32 aldeias, elegemos duas como locais principais da pesquisa, Coatá e Laranjal, por tratar-se de aldeias de referência para as demais, uma em cada calha de Rio (Canumã e Mari-Mari), tanto nas questões da saúde, como nas questões referentes à educação, e às questões políticas e por compreendermos que a partir destas aldeias, que possuem uma rede de relações com as demais, podem ser percebidos aspectos presente nas outras aldeias da T.I. Coatá-Laranjal.

Quadro 1- Entrevistas realizadas durante o trabalho de campo

Nº	Nome	Idade	Função	Aldeia	Rio
1	Manoel Lopes dos Santos	54	AIS	Laranjal	Mari-Mari
2	Jorge Japeca dos Santos	53	Vice-Cacique	Laranjal	Mari-Mari
3	Eurico de Freitas Reis	58	Professor	Laranjal	Mari-Mari
4	Mário Pereira Batista	47	Tuxaua	Cipozinho	Mari-Mari
5	Diego Moreira Maciel	23	AISAN	Laranjal	Mari-Mari
6	Domingas Pereira Batista	66	Parteira	Laranjal	Mari-Mari
7	Levi Paes de Oliveira	37	Conselheiro Distrital e AIS	Jacaré	Mari-Mari
8	Valdinéia dos Santos Reis	23	AIS	Laranjal	Mari-Mari
9	Quitéria Viana Cardoso	67	Liderança	Mucajá	Mari-Mari
10	Edivaldo dos Santos Oliveira	27	Coordenador da UPIMS	Laranjal	Mari-Mari
11	Rosa Marques Serrão	70	Parteira	Laranjal	Mari-Mari
12	Armando B. Vasconcelos	48	AISAN	Coatá	Canumã
13	Maria de Nazaré Ferreira	68	Parteira	Fronteiras	Canumã
14	Lázaro Beleza Ferreira	28	AIM	Fronteiras	Canumã
15	Ivan Moreira Rodrigues	37	AIS	Fronteiras	Canumã
16	Maria Brasil dos Santos Barbosa	54	Parteira	Caioé	Canumã
17	Manoel Cardoso Munduruku	63	Cacique Geral	Coatá	Canumã
18	Francisco Cardoso	50	Professor	Coatá	Canumã
19	Kleuton Lopes de Matos	32	Conselheiro Distrital	Fronteiras	Canumã

Fonte: Moradores dos Rios Mari-Mari e Canumã, 2008.

Para realizarmos este estudo sobre a relação saúde e condições socioambientais entre o povo Munduruku adotamos o enfoque ecossistêmico de saúde, considerando que a situação de saúde de um povo depende das condições e da qualidade do ambiente onde ele vive, assim como das condições e dos estilos de vida adotados por eles. Tendo em vista este enfoque, tomamos como referência a obra de Maria Cecília de Souza Minayo (2002) que nos apresenta

o enfoque ecossistêmico de saúde como uma das possibilidades de construção teórico-prática das relações entre saúde e ambiente nos níveis microssociais, dialeticamente articulados a uma visão ampliada de ambos os componentes. Segundo a autora, o enfoque ecossistêmico une três reflexões simultâneas a de saúde, a de ambiente e as análises das condições e estilos de vida de grupos populacionais específicos como processo mediador.

Uma abordagem qualitativa dos problemas de saúde possui várias aproximações com o método etnográfico. Segundo Ceres Gomes Víctora (2000), a abordagem etnográfica tem como base a idéia de que os comportamentos humanos só podem ser devidamente compreendidos e explicados se tomarmos como referência o contexto social onde eles atuam. É importante ressaltar que o pesquisador não é uma pessoa neutra no trabalho etnográfico, ele faz suas inferências baseado nas informações coletadas, nas teorias estudadas, nas suas experiências e em seu próprio bom-senso. Ao investigarmos uma realidade social é essencial o trabalho de campo e mais do que estar lá, é fundamental compreender o ponto de vista do grupo e suas relações sociais.

Quanto aos procedimentos da pesquisa, para obter os dados necessários referentes à saúde e às condições socioambientais entre os Munduruku, primeiramente realizamos um levantamento documental e bibliográfico (dados secundários) junto às instituições envolvidas: Fundação Nacional do Índio (FUNAI), Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e Instituto Socioambiental (ISA) sobre o tema proposto e posteriormente durante a pesquisa de campo coletamos os dados primários.

No primeiro momento, coletamos dados oficiais específicos sobre a situação de saúde dos Munduruku, que pertencem aos Polos base Coatá e Laranjal tendo como referência o Município de Nova Olinda, da área de abrangência do DSEI Manaus/Funasa. Bem como, analisamos dados demográficos e de morbi-mortalidade, onde destacamos como principais indicadores de saúde: Coeficiente de Mortalidade Infantil, Coeficiente de Mortalidade Geral, Taxa de Natalidade, Taxa de Fecundidade, além da Taxa de Incidência das doenças, visando uma melhor reflexão sobre a situação de saúde do povo Munduruku.

Durante o trabalho de campo, levantamos informações junto aos próprios usuários indígenas sobre suas percepções de saúde e doença, bem como sobre os problemas ambientais que podiam estar relacionados ao processo de saúde/doença. No momento da pesquisa coletamos também informações relacionadas às condições e aspectos socioculturais dos Munduruku tais como: história do contato, organização social e política, práticas culturais, sistema de subsistência e mudanças nos estilos de vida que poderiam estar influenciando no perfil de saúde dos mesmos.

A escolha do tema do presente estudo foi concebida inicialmente em razão de termos contato com os Munduruku há cerca de 12 anos, desenvolvendo ações voltadas para a saúde dos povos indígenas no Estado do Amazonas, como funcionária da Funasa, participando de encontros, reuniões de conselhos e conferências de saúde indígena, realizando visitas às aldeias, onde percebemos que sempre eram levantadas nas discussões e nos relatórios problemas sócio ambientais que afetavam a saúde destes povos. Outro motivo foi o fato de terem poucos estudos sobre os Munduruku desta região (Rio Madeira), principalmente na atualidade.

Diante do exposto e considerando que existe a necessidade de um maior número de estudos que enfoquem a temática “relação saúde e ambiente” a partir da percepção indígena, foi que realizamos esta pesquisa, tendo como objetivo compreender essa relação da saúde com as condições e mudanças ambientais e socioculturais entre o povo Munduruku da T.I. Coatá-Laranjal, considerando sua história, seus modos de vida, suas relações sociais e seus saberes e práticas tradicionais, contribuindo para melhor subsidiar as instituições envolvidas com essas questões e com algo novo para o conhecimento científico.

AS IMPRESSÕES DO TRABALHO DE CAMPO

Ao descrevermos como se desenvolveu a relação da pesquisa no trabalho de campo buscamos como suporte teórico Bourdieu (1997), segundo o mesmo, a relação de pesquisa mesmo que se distinga da maioria das trocas de existência comum, já que tem o conhecimento como fim, continua sendo apesar de tudo, uma relação social que exerce efeitos e podem afetar os resultados da pesquisa. O pesquisador deve reconhecer e dominar ao máximo esses efeitos, tais como o efeito de intrusão, de imposição e de censura, que devem ser controlados no trabalho de campo.

Na relação de pesquisa, na qual geralmente o pesquisador inicia a regra do jogo e o mercado dos bens lingüísticos e simbólicos se institui, para dominar os efeitos de estrutura seria necessário reduzir ao máximo a violência simbólica (efeito de intrusão) e instaurar uma relação de escuta ativa e metódica. A partir dos estudos sobre a relação de pesquisa, nos preparamos melhor para realizar o trabalho de campo, buscando ter um olhar mais atento e uma escuta ativa e metódica na relação de entrevista e nas discussões em grupo.

Segundo Gerald Berreman (1975) ao chegar no campo o etnógrafo depois de sua apresentação diante do grupo, tem a tarefa de procurar compreender e interpretar o modo de vida das pessoas que ali vivem. Para o autor “ambas as tarefas, como toda interação social,

envolvem controle e interpretação de impressões, nesse caso, impressões mutuamente manifestadas pelo etnógrafo e seus sujeitos” (BERREMAN, 1975, p.125). Para o autor essas impressões decorrem principalmente das observações e inferências do que os sujeitos dizem ou fazem tanto em público, quanto em ambiente privado quando às vezes não sabem que estão sendo observados. São essas interpretações das impressões acerca dos Munduruku, seus modos de vida e organização social que obtivemos durante o trabalho de campo, que tentamos descrever neste estudo.

Ao iniciarmos o trabalho de campo, primeiramente estabelecemos uma relação de confiança, pois já tínhamos proximidade e familiaridade com os agentes sociais da pesquisa há algum tempo, mas a relação de confiança se estabeleceu mais intensamente depois de vários contatos e numa relação mais constante. Segundo Bourdieu (1997, p. 697) “A proximidade social e a familiaridade asseguram efetivamente duas das condições principais de uma comunicação não violenta”.

Nossa relação com os Munduruku da T.I. Coatá-Laranjal, assim como com outros povos indígenas do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) de Manaus, começou enquanto profissional de saúde (assistente social) da Funasa. Nossos primeiros contatos iniciaram-se em 2000, com a implantação do DSEI Manaus e com a organização dos conselhos locais e distritais de saúde indígena, quando conhecemos várias lideranças indígenas, agentes de saúde, caciques, professores e parteiras indígenas que participavam das reuniões e capacitações. Também tivemos vários encontros nas conferências locais e distritais de saúde, nos cursos de conselheiros e de agentes indígenas de saúde, nos planejamentos locais e distritais de saúde, bem como durante as visitas de supervisão aos Polos base e aldeias.

Com a entrada no Programa de Pós-Graduação Sociedade e Cultura da Amazônia em 2007, culminando com o trabalho de campo, passamos a ter uma relação mais constante e de maior familiaridade com os Munduruku. Para realizarmos a pesquisa primeiramente solicitamos autorização formal na reunião do Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI) do DSEI Manaus em fevereiro de 2008 e depois na reunião do Conselho Local que se realizou em abril de 2008 na aldeia Cobras (Rio Canumã), Município de Borba. Como já tínhamos essa proximidade não tivemos problemas quanto à aceitação da pesquisa, mas assumimos o compromisso de dar retorno aos representantes das aldeias sobre os resultados da pesquisa.

A primeira viagem, início do trabalho de campo teve como objetivo de solicitar a autorização formal no conselho do local para realização da pesquisa, mas também de realizar

um levantamento prévio de algumas informações (*survey*), principalmente sobre a localização, organização e estrutura das aldeias, situação de saúde e organização dos serviços de saúde indígena nos Polos base, quando visitamos as aldeias Coatá e Laranjal.

Nessa viagem, percebemos uma boa aceitação dos indígenas à nossa presença e à proposta de pesquisa. A relação de confiança foi intensificada mais ainda pelo fato de viajarmos juntos no mesmo barco para participar da reunião do conselho local de saúde indígena, auxiliarmos na elaboração da ata da reunião e ajudarmos a tirar algumas dúvidas durante a reunião, atitudes essas que ajudaram a estabelecer uma relação social, pois a aceitação do pesquisador por parte dos agentes da pesquisa é fundamental para realizar um bom trabalho de campo. Inicialmente foi difícil separar a condição de pesquisadora da profissional da Funasa, pois os indígenas sempre traziam questões inerentes à Instituição e pediam explicações, pois para eles representávamos a instituição. Essa relação foi mudando aos poucos depois de vários contatos e depois da segunda entrada em campo.

Apesar de já termos viajado algumas vezes para esta região, começamos a ter uma visão mais geral da T.I. Coatá-Laranjal, da localização das aldeias e do tipo de ambiente, quando nesta viagem, tivemos a oportunidade de passar pelos dois rios parando em várias aldeias dos Rios Canumã e Mari-Mari. Neste momento inicial conversamos com várias pessoas na reunião do conselho local, onde estavam os representantes de todas as aldeias, quando desenharam o mapa de cada rio, foi como começamos a entender melhor a localização das aldeias, a distância entre as mesmas e a cidade de Nova Olinda e o acesso para chegar a cada uma delas.

Neste mesmo mês nos convidaram para prestigiar a festa do dia do índio (19/04/2008), que acontece no mesmo período nos dois rios, optamos por participar da festa da aldeia Laranjal pela facilidade do acesso, pois viajamos junto com a equipe de saúde que estava entrando em área para prestar assistência nas aldeias do Rio Mari-Mari. Ao chegarmos à aldeia procuramos o cacique geral Sr. Antônio Assam, que estava organizando a festa, o mesmo já nos conhecia, pois esteve na Casa do Índio com a clavícula fraturada, quando trabalhávamos lá. Ele e seu vice Sr. Jorge Japeca nos receberam muito bem e nos falaram um pouco da festa, que começou com as danças tradicionais no terreiro aberto (dança do Rairu e dança do Mapinguari) e depois a festa dançante no centro social, participamos das duas e estabelecemos uma relação de proximidade maior ainda com os moradores dessa aldeia.

A segunda entrada em campo ocorreu em junho de 2008, quando visitamos as aldeias do Rio Canumã: Coatá, Cajual, Fronteiras e Caióé e as aldeias do Rio Mari-Mari: Laranjal, Cipozinho, Mucajá e Jacaré. Na segunda viagem já com o roteiro de entrevista elaborado,

além da realização das entrevistas, realizamos duas reuniões com grupos focais, uma na aldeia Fronteira (Rio Canumã) e outra na aldeia Laranjal (Rio Mari-Mari) e ainda algumas conversas informais. A maioria das entrevistas ocorreu nas próprias casas dos indígenas, mas algumas ocorreram nos Polos e nas escolas, dependendo onde o entrevistado se sentisse melhor.

Na relação entre o pesquisador e o pesquisado é importante na interação durante a entrevista, estar atento para o que Bourdieu (1987, p. 696) chama de efeito de imposição: “Ninguém está livre do efeito de imposição que as perguntas ingenuamente egocêntricas ou, simplesmente desatentas podem exercer e, sobretudo do efeito contrário que as respostas assim extorquidas correm o risco de produzir no analista”. Muitas vezes tivemos que refazer nossas perguntas ou redirecionar a entrevista quando percebíamos que o entrevistado não entendia o que queríamos dizer. Outras vezes tivemos que deixar o roteiro de lado e escutar atentamente o que o entrevistado tinha a nos dizer, como foi o caso da entrevista com o cacique geral do Rio Canumã, a conversa fluiu naturalmente, sem roteiros, onde o local da entrevista foi na frente da casa do referido cacique. Iniciamos a conversa e o mesmo foi contanto a história de luta do seu povo e como ocorreu o processo de demarcação do território e outras questões interessantes que só intervimos para acrescentar algumas perguntas, o entrevistado neste caso, dirigiu a entrevista, mas de uma forma natural, enfim sabíamos que às vezes o pesquisador tem de deixar de lado o roteiro.

Com as parteiras as entrevistas foram diferenciadas, teve outro roteiro prévio e com poucas questões, por saber que eram pessoas mais idosas e com pouco estudo, tentamos conversar com as mesmas de forma bem natural e com linguagem bem simples. Já conhecíamos algumas parteiras de outros eventos e isso nos aproximou mais durante as entrevistas. Tentamos efetivar uma comunicação não violenta, escutando atentamente as suas histórias e percepções. As parteiras expressaram várias vezes o sentimento de felicidade por serem ouvidas e valorizadas.

Além das duas viagens relatadas, estivemos presente em mais uma reunião do Conselho Local de Saúde na aldeia Terra Vermelha (Rio Mari-Mari), em novembro de 2008, quando observamos de perto alguns problemas relacionados à saúde, vivenciados pelos moradores de todas as aldeias. Outro momento de suma importância foi a participação na Assembléia Geral dos Munduruku, realizada em maio de 2009, um momento ímpar, pois foi a primeira vez que participamos de uma assembléia geral dos Munduruku, onde problemas gerais como sustentabilidade das aldeias, funcionamento da organização indígena, questões referentes a educação e saúde indígena foram discutidas e levantadas propostas para resolução dos problemas.

Para aprofundarmos o conhecimento sobre a história de contato dos Munduruku buscamos estudos já realizados sobre os mesmos. O primeiro apoio teórico no qual nos embasamos para conhecer a história e um pouco da etnografia dos Munduruku foi o estudo realizado por Robert Murphy e Yolanda Murphy (1954) em *“As condições atuais dos Munduruku”*. Nesta obra os referidos autores estudaram os Munduruku do Rio Tapajós na década de 50, onde descreveram sua história e cultura e as possíveis alterações culturais na época, no entanto havia neste estudo, poucas informações sobre os Munduruku do Rio Madeira. Outra contribuição foi de Miguel Menendez, (1992) em *“A área Madeira-Tapajós: situação de contato e relações entre colonizador e indígenas”*, uma descrição da história dos indígenas que habitavam essa região, do século XVI ao século XIX baseada nas crônicas e autores de cada época.

Outro autor de suma importância para nosso estudo e com o qual tivemos contato foi Francisco Jorge dos Santos, que em seu livro *“Além da conquista: guerras e rebeliões indígenas na Amazônia (1999)”* faz uma análise sobre as guerras e o processo de pacificação dos Munduruku no período colonial, mostrando as guerras como forma de resistência aos mecanismos de conquista. Outra obra organizada pelo mesmo autor, foi o *“Dossiê Munduruku”*, baseada em documentos históricos do século XIX e início do século XIX.

Em relação ao tema saúde e ambiente, alguns estudos analisam os impactos das mudanças socioambientais sobre a situação de saúde das populações amazônicas. Edna Castro, Rosa Acevedo e Rosa Couto (2002, p. 28) desenvolveram estudos sobre trabalho, saúde e meio ambiente e verificaram indicadores alarmantes, como a contaminação mercurial, a expansão da malária na fronteira amazônica, além do recrudescimento de doenças transmissíveis (tuberculose e hanseníase) ao lado de doenças respiratórias, cardiovasculares e do sistema nervoso.

Carlos Machado de Freitas & Marcelo Porto (2006, p. 27), pesquisadores que tratam também do tema saúde, ambiente e sustentabilidade, destacam a importância dos estudos interdisciplinares e das abordagens integradas na análise e solução de problemas de saúde e ambiente. Lançamos mão para realizar esta pesquisa da literatura produzida por diferentes disciplinas como antropologia, psicologia, ciências ambientais, saúde coletiva e outras, enfocando especificamente a relação saúde e ambiente entre os povos indígenas, tema esse ainda pouco explorado diante da diversidade de povos indígenas no Brasil.

Adotamos como suporte teórico o enfoque ecossistêmico de saúde considerando que a situação de saúde de um povo depende das condições e da qualidade do ambiente onde ele vive, assim como das condições e dos estilos de vida adotados por eles. Para tal, tomamos

como referência Cecília Minayo (2002, p.173), que nos apresenta o enfoque ecossistêmico de saúde como uma das possibilidades de construção teórico-prática das relações entre saúde e ambiente. Minayo (2002, p.181) propõe uma abordagem holística e ecológica da promoção da saúde, que desenvolva novos conhecimentos sobre a relação saúde e ambiente em realidades específicas e concretas. Nosso estudo está pautado em uma visão globalizante da saúde, como resultado das condições de vida das pessoas, do meio ambiente, bem como dos estilos de vida adotados.

A fim de compreendermos o processo saúde/doença entre os povos indígenas, buscamos como referencial teórico os estudos de Ester Jean Langdon (1991) e Dominique Buchillet (1991) que discutem questões referentes às concepções de saúde e doença segundo o ponto de vista indígena, a causalidade, o processo terapêutico (tratamento) e a eficácia do tratamento, bem como colocam em discussão a relação do sistema tradicional de saúde indígena e o sistema ocidental.

Carlos Coloma (2003, p.79) também traz uma análise sobre o processo saúde/doença entre os povos indígenas afirmando que:

o saber sobre saúde e doença é uma construção de conhecimento sócio-histórico, donde as culturas vão expressar suas particularidades de acordo com a experiência acumulada e segundo a direção política que podem estabelecer sobre seu futuro [...].

Segundo o autor, entre os indígenas estudados, observou alta persistência de doenças e tratamentos usados de maneira tradicional, com a assimilação parcial de conhecimentos e práticas sobre doenças provenientes da sociedade nacional.

Para refletir sobre a categoria analítica representação social buscamos apoio em autores como Sandra Jovchelovitch (1995) e Cecília Minayo (1995) em "*Textos sobre representações sociais*". As representações sociais são elaborações simbólicas socialmente construídas por membros de um grupo, onde as mediações sociais é que vão regular a vida social dos indivíduos. Para compreendermos a percepção dos Munduruku sobre saúde e ambiente, as realidades devem ser interpretadas buscando-se essa relação entre o concreto e o imaginário e as mediações sociais estabelecidas. Segundo Jovchelovitch (1995, p. 80), as representações sociais devem concentrar-se nos processos de mediações sociais existentes.

Minayo ao referir-se à teoria das representações sociais acrescenta que as mesmas: "[...] devem ser analisadas criticamente uma vez que correspondem às situações reais de vida.

Nesse sentido, a visão de mundo dos diferentes grupos expressa as contradições e conflitos presentes nas condições em que foram engendradas” (1995, p. 109). Além disso, Minayo nos aponta que as representações sociais como concepções de mundo, devem considerar o universo de cada época que contém elementos de tradição e de mudança (2003, p.101-102).

Entre os Munduruku onde o contato se estabeleceu há muito tempo e é constante, as representações sobre saúde e ambiente, são concebidas a partir da articulação entre o pensamento tradicional indígena e as novas informações e procedimentos trazidos pela sociedade ocidental. As concepções indígenas sobre a doença e sua causalidade, por exemplo, vão depender das tradições míticas de cada grupo e das reinterpretações do grupo de acordo com a realidade e história de contato.

É imprescindível ao estudar o perfil de saúde de um povo, examiná-lo dentro de um contexto sociocultural. A partir da preposição de Clifford Geertz (1978), desenvolvemos nossa reflexão sobre cultura, entendida como um sistema simbólico, repleto de significados, que fornece tanto um formato do mundo, como um conjunto de normas para viver nele.

Para Jean Langdon (2003, p.96), que estudou a cultura de alguns povos indígenas, a cultura não é uma coisa pronta e estática:

é um sistema de símbolos fluidos, e podemos dizer até abertos à reinterpretação. Há possibilidades para as pessoas criarem novos significados. A noção de tradição tem de ser repensada, ela não é a repetição habitual e automática de ações [...].

Segundo essa visão de cultura a tradição vai continuamente sendo recriada e agregando novos elementos que vão sendo incorporados.

Marshall Sahlins, em *Cultura na Prática* (1993, p. 506), traz a discussão sobre a autoconsciência cultural, como um fenômeno marcante no final do século XX. Sahlins defende a idéia de que independente do contato com outra cultura européia as diferenças culturais sempre existirão, pois a cultura é histórica e está sempre mudando. Para entender a cultura dos Munduruku, partilhamos da idéia de cultura como uma construção simbólica do mundo sempre em transformação.

Para desenvolver a discussão sobre identidade étnica tomamos como aporte teórico a obra de Fredrik Barth (2000). Segundo o autor referido é a fronteira étnica que define o grupo e não o conteúdo cultural, as fronteiras sociais é que devem ser o foco ainda que possam ter contrapartida territorial. Para Barth se um grupo conserva sua identidade quando os membros interagem com outros, disso decorre a existência de critérios para demarcar a pertença e meios

para tornar manifestas a pertença e a exclusão. (2000, p. 34). Segundo a preposição do autor as fronteiras étnicas permanecem apesar do fluxo de pessoas que as atravessam.

Outra categoria analítica na qual buscamos suporte foi a noção de território, tendo em vista que para os povos indígenas território está interligado a questão da construção da identidade cultural e carrega sempre uma dimensão simbólica e cultural, além da dimensão econômica, social e política. Para Rogério Haesbaert (2007), o território definiu-se antes de tudo com referência às relações sociais e ao contexto histórico em que está inserido. Segundo Diegues (1996) a noção de território é um elemento importante na relação entre populações tradicionais e natureza, território depende não somente do meio físico explorado, mas também das *relações sociais* existentes.

Várias pesquisas em grupos locais específicos têm se voltado para estudos sobre a relação das mudanças socioambientais com a saúde humana. No que se refere aos povos indígenas, pesquisadores como Carlos Coimbra Jr. e Ricardo Ventura Santos (2003) ao estudar o perfil de saúde dos povos indígenas enfocam a articulação com os processos de mudanças socioambientais. Estudos em contextos locais, por exemplo, como entre os Xavante do Mato Grosso (T.I. Sangradouro-Volta Grande), evidenciam mudanças nos padrões de assentamento, mobilidade e subsistência e seus impactos nos perfis de saúde.

Para discutirmos sobre ecossistema buscamos as idéias de Alfredo Wagner de Almeida (2004) que propõe uma ruptura com o modo de pensar o ecossistema, concebendo este como produto das relações sociais e antagonismos. A partir do entendimento de que os ecossistemas são mediados pelas relações sociais dos grupos que vivem em determinado território ou região é que se tentou compreender as formas de interação dos Munduruku da T.I. Coatá-Laranjal com o meio ambiente e como estes percebem a relação dos problemas ambientais com o processo saúde/doença.

Questões como: a relação dos Munduruku da T.I. Coatá-Laranjal com a natureza, como os mesmos tem usado seus saberes e práticas tradicionais nessa relação, como utilizam os recursos naturais existentes para sua sustentabilidade, ao mesmo tempo conservando a diversidade biológica e os problemas ambientais percebidos que influenciam na situação de saúde dos mesmos, são questões que colocamos em discussão no decorrer deste trabalho.

O presente estudo está organizado em três capítulos. No primeiro capítulo apresentamos a história do contato dos Munduruku e alguns elementos etnográficos a partir das referências bibliográficas levantadas, fazendo a relação com o presente, situando como se deram essas relações de contato com a sociedade nacional ao longo dos anos até os dias atuais. Além do contexto histórico, apontamos algumas características de como vivem os

Munduruku da T.I. Coatá-Laranjal na atualidade, tais como: localização, população, cultura e religião, meios de subsistência, relações sociais organização social e política, tentando demonstrar mudanças ocorridas na sociedade Munduruku originada pelo contato interétnico.

O segundo capítulo trata primeiramente sobre o contexto da saúde no Brasil e da política de atenção à saúde dos povos indígenas, detalhando como era a assistência à saúde dos povos indígena antes e depois do processo de implantação do subsistema de saúde indígena no Brasil (1999) e sua articulação com o Sistema Único de Saúde (SUS). Apresentamos um breve histórico da Política de Saúde Indígena no Brasil até os dias atuais, para poder demonstrar como se encontra a situação de saúde do povo Munduruku neste contexto.

Outra questão abordada no segundo capítulo, refere-se ao processo de distritalização e organização dos serviços no DSEI, que começa com a atenção básica nas aldeias, garantindo o acesso aos atendimentos de média e alta complexidade nas referências do Sistema Único de Saúde (SUS). Além deste panorama geral que envolve a questão das equipes multidisciplinares de saúde, da infra-estrutura, do transporte, dos meios de comunicação, das referências e contra-referências, abordamos o ponto de vista dos Munduruku sobre esses serviços e os problemas relacionados à saúde identificados pelos mesmos. Posteriormente traçamos um perfil da situação de saúde dos povos indígenas no Brasil e mais especificamente no Amazonas, DSEI Manaus e Polos base Coatá e Laranjal (Município de Borba).

No terceiro capítulo, pretendeu-se demonstrar as percepções dos Munduruku sobre o processo saúde/doença e como eles vêem a sua relação com as mudanças socioambientais e culturais tendo como referência os dados de campo e buscando comparar com outros estudos que buscam compreender as concepções de saúde e doença entre outros povos indígenas. Neste capítulo tentamos construir as concepções dos Munduruku sobre saúde, a causalidade das doenças e o itinerário terapêutico (tratamento) percorrido pelos mesmos. No caso dos Munduruku os dois sistemas são usados, o tradicional e o sistema ocidental biomédico, alternando-se ou usados paralelamente. Outro ponto evidenciado neste capítulo, diz respeito às doenças consideradas antigas e as doenças emergentes (novas) resultantes da intensificação do contato, bem como as práticas e o papel dos curadores tradicionais nas aldeias, destacando o trabalho das parteiras tradicionais indígenas.

O quarto capítulo apresenta uma contextualização histórico-teórica relativa ao meio ambiente, que nos permite discutir a relação saúde e ambiente partindo do ponto de vista dos Munduruku. Ao estudar a relação deste povo com a natureza, abordamos a questão da biodiversidade existente e os conhecimentos tradicionais indígenas. Identificamos ainda os

tipos de recursos naturais existentes na T.I. Coatá Laranjal e as formas de sustentabilidade nas aldeias que são bem diversificadas. A história da luta pelo território e a demarcação da terra indígena são pontos evidenciados constantemente pelos Munduruku ao descreverem a relação saúde e ambiente, pois além de ser um espaço de construção de identidade é o espaço das relações sociais e dos conflitos gerados em prol da luta pela posse da terra e uso dos seus recursos. Ao final deste capítulo tentamos destacar as formas de enfrentamento dos Munduruku aos problemas de saúde e ambientais, bem como sua organização social e política.

Este estudo pretendeu contribuir para ampliação do conhecimento sobre os povos indígenas, especificamente sobre Munduruku da T.I. Coatá-Laranjal e suas concepções acerca da relação saúde/doença e condições socioambientais. A pesquisa evidencia mudanças no perfil de saúde dos mesmos, favorecendo o entendimento sobre as práticas tradicionais de saúde indígena e sua articulação com o sistema ocidental e demonstrando que a situação de saúde de um povo depende intrinsecamente das condições ambientais.

CAPÍTULO I

OS MUNDURUKU DA TERRA INDÍGENA COATÁ-LARANJAL: DA HISTÓRIA DE CONTATO AOS DIAS DE HOJE

Os Munduruku da Amazônia sofreram ao longo dos séculos, depois do contato com o mundo dos brancos, uma série de transformações socioculturais e ambientais, mas para entendermos melhor essas mudanças precisamos relacioná-las ao processo histórico e à estrutura da sociedade Munduruku. Segundo o pensamento de Frederik Barth (2000), apesar do contato interétnico entre brancos e índios, as diferenças culturais podem persistir, pois as distinções não dependem da ausência de interação ou não entre duas sociedades. Foi neste sentido que tentamos descrever um pouco da história dos Munduruku para mostrar como se deu a interação entre estes e a sociedade ocidental e como persistiram as suas fronteiras étnicas.

O povo Munduruku possui um intenso contato com a sociedade envolvente há muito tempo, sendo que os primeiros contatos aconteceram no século XVIII e continuaram até os dias atuais. Os Munduruku da Terra Indígena Coatá-Laranjal, região em que desenvolvemos nossa pesquisa, chamados na literatura de Munduruku do rio Madeira, estão localizados no Município de Borba, no Estado do Amazonas. Suas aldeias localizam-se nos Rios Canumã e Rio Mari-Mari (afluentes do Rio Madeira) e Rio Mapiá.

1.1 História do contato

A fama de índios guerreiros é uma constante na história dos Munduruku. Nos relatos históricos, os Munduruku no século XVIII foram conhecidos não só pelos seus constantes ataques aos colonizadores portugueses, como também à outros povos indígenas da região amazônica. Francisco Jorge dos Santos (1999, p.138) relata que: “Desde o início da década de 1770, tem-se notícias das atividades guerreiras dos índios Mundurucus [...] essa nação inquietou não só os colonizadores, mas também seus vizinhos indígenas Parintintins, Maués, Araras, Muras e outros”.

Segundo Robert e Yolanda Murphy, os Munduruku usavam algumas estratégias de guerra comuns contra os inimigos.

A estratégia comum de cercar a aldeia inimiga e atacar de madrugada, era a empregada pelos Mundurucu ¹ [*sic*]. No momento do ataque flechas flamejantes eram lançadas sobre os telhados da aldeia sitiada e os guerreiros irrompiam da floresta circunvizinha, soltando gritos aterradores. Todos os adultos inimigos eram mortos e suas cabeças eram seccionadas e conduzidas como troféus. As crianças eram levadas para serem adotadas pelos captores e criadas como Mundurucú ¹ (MURPHY, 1954, p. 07).

De acordo com Santos (1999, p.134), os primeiros registros sobre a presença dos índios Munduruku só começaram a aparecer em meados do século XVIII, de modo que os estudiosos do assunto concordam que a primeira referência sobre esses indígenas foi feita em 1768, pelo Padre José Monteiro de Noronha, Vigário geral da Capitania de São José do Rio Negro. Destaca ainda que: “Depois dessa primeira referência, os Mundurucus começaram a fazer parte de todos os relatos que se referiam à região dos rios Madeira, Tapajós e adjacências” (1999, p.134). Os Munduruku registrados por Noronha na região dos Rios Abacaxis-Canumã-Maué “teriam partido do habitat original, atravessando o Tapajós rumo ao interior da área, alcançando aquela região e, posteriormente curso baixo e a foz do Tapajós” (SANTOS, 1999, p. 135).

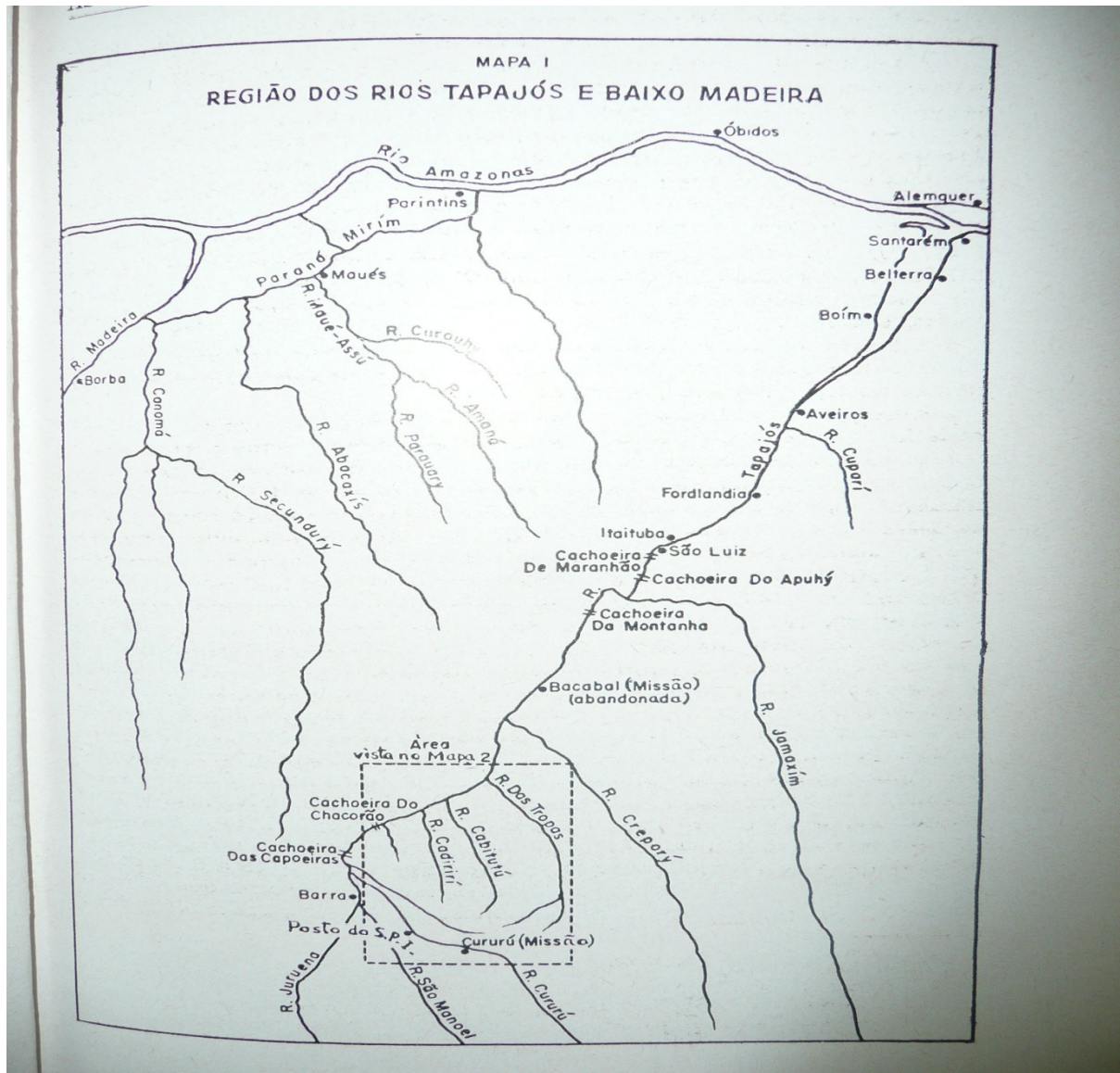
Segundo os especialistas do assunto, os Munduruku das adjacências do alto Rio Tapajós expandiram-se para a região do Baixo Madeira e Baixo Tapajós (Ver figura 1), em meados do século XVIII, obedecendo aos padrões originais de dinâmica populacional vigentes antes do aparecimento do branco, ou seja, já existia antes do contato com o branco esse movimento expansionista dos Munduruku, que também, segundo relatos históricos era feito através de guerras inter-tribais. Os moradores antigos do Rio Madeira contam que desceram do Rio Tapajós pelo Rio Secundury e foram povoando o Ro Canumã, Mari-Mari e Abacaxis (Francisco Cardoso Munduruku, 2009).

Esse movimento dos índios para o Rio Madeira também é relatado por Robert e Yolanda Murphy (1954, p. 8): “É crença dos autores, todavia, que essa região foi penetrada pelos Mundurucú somente depois que a tribo começou suas incursões contra os agrupamentos de outros índios e portugueses daquela área”. Baseados em observações de estudiosos da época, informam que na região do Madeira, os Munduruku mantinham intensas relações

¹ O termo Mundurucú era utilizado pelos autores Robert e Yolanda Murphy

comerciais com as missões e com os negociantes portugueses e essas relações continuaram através do século XIX e XX.

Figura 3- Mapa da região dos Rios Tapajós e Baixo Madeira



Fonte: Robert e Yolanda Murphy, 1954.

A expansão territorial sempre fez parte da luta dos Munduruku que conseguiram manter sua autonomia tribal. Darcy Ribeiro (1996, p. 54), ao estudar os índios do Rio Tapajós e do Madeira também nos fala da expansão dos Munduruku. Os Mura expandiram-se e passaram a ocupar um extenso território ao longo do Rio Madeira, até chegarem os Munduruku:

os Mura se conservaram independentes e hostis até 1784, quando surgiu na região uma outra tribo que lhes impôs sério revés. Eram os Munduruku, do Rio Tapajós, que vinham expandindo-se para o Madeira.

Depois de vários ataques dos Munduruku aos núcleos coloniais e a outros vizinhos indígenas, registrados nas correspondências trocadas entre autoridades coloniais e metropolitanas da época, a declaração de guerra aos Munduruku ganha corpo e só termina com o tratado de paz em 1795. De acordo com Santos (1999, p.159-160), o processo de “pacificação” dos Munduruku chegou à sua consolidação em 1795, mas se iniciou em 1794 na Capitania do Rio Negro. Segundo estudiosos, depois desse suposto “acordo de paz” entre chefes indígenas e autoridades coloniais no final do século XVIII, os Munduruku passaram a ser deslocados para os aldeamentos missionários e inseridos na exploração das chamadas drogas do sertão.

Pautado em documentos históricos, Santos fala dos Munduruku como aliados dos portugueses que os usaram na redução, isto é, no descimento de outros grupos indígenas que ainda resistiam ao domínio colonial. “No século XIX, desenvolveram atitudes guerreiras mercenárias além do papel de perseguidores dos rebeldes cabanos, principalmente na região que ficaria conhecida na época por Mundurucânia. Enquanto isso os Mura participaram da cabanagem ao lado dos rebeldes” (SANTOS, 1999, p. 176).

Sobre a utilização dos Munduruku pelos colonizadores para combater outros povos hostis, Darcy Ribeiro relata que:

devido à grande combatividade desses índios, eles foram recrutados pelos brancos para fazer frente a tribos hostis. Com isso os Munduruku conseguiram manter por um longo período certa integridade e autonomia tribal e poder político dos seus chefes, alcançados pelo relevante papel que exerciam na guerra (1996, p. 56).

O referido autor aponta essa estratégia de aliança dos Munduruku com os brancos como forma de sobrevivência e de manutenção da autonomia tribal, pois não se misturaram aos outros grupos e até hoje eles mantêm sua autonomia tribal e o poder político dos caciques gerais é muito forte e respeitado dentro e fora das aldeias.

Quanto à hostilidade dos Munduruku, Miguel Menendez afirma que os brancos não criaram hostilidades entre os Munduruku e seus vizinhos, mas aproveitam-se das já existentes: “Os confrontos dos Munduruku, por volta de 1786 com efetivos muras, obrigando

estes a deixar o Madeira e dirigir-se para o oeste são anteriores a qualquer aliança com o branco” (1992, p. 291).

A partir das considerações levantadas por Santos sobre as guerras travadas pelos Munduruku apreende-se que as guerras inter-tribais já existiam na Amazônia antes da chegada dos colonizadores e que as guerras contra os colonizadores portugueses era uma forma de resistência cultural e de luta por autonomia política. Vimos na literatura histórica que os Munduruku vieram para a região do Madeira por vários motivos, entre estes a expansão do seu território através de expedições de guerra.

Como podemos ver nos relatos históricos, a luta pela expansão do território é bem antiga entre os Munduruku. O território é um elemento chave para a produção e reprodução simbólica e material das relações sociais entre a sociedade indígena. A ocupação física de um território contribui para a demarcação de sua identidade. Destaca-se a importância do território indígena para o estabelecimento de critérios demarcatórios das fronteiras da identidade, relações de guerra, aliança, casamento, etc.

As missões religiosas também estiveram presentes na área Madeira-Tapajós desde o século XVII. Os primeiros missionários nessa região foram os jesuítas, que fundaram missões (aldeamentos) com índios descidos de aldeias originais:

Com a expulsão dos jesuítas em 1757, todas as suas aldeias foram elevadas à categoria de vilas ou lugares e passaram à administração secular, surgem então as diretorias de índios com o objetivo de manter os aldeamentos e administrar o trabalho indígena (MENENDEZ, 1992, p.289).

Os Munduruku da T.I. Coatá-Laranjal contam que a Vila do Canumã (Borba), que hoje é considerada branca, era antes uma missão e foi formada por moradores Munduruku. Um professor Munduruku da aldeia Coatá assim nos relata: “*Na boca do Mari-Mari tinha uma Missão chamada São Francisco... a Vila do Canumã era uma missão também*” (Francisco Cardoso, abril, 2009).

A história conta que os descimentos eram feitos através de um acordo ou tratado de paz, em que ambas as partes tinham seus interesses. Os Munduruku na época dos descimentos também tinham seus interesses, era uma relação de troca e não apenas uma relação de submissão passiva dos índios aos portugueses. Essa relação de troca permanece mais constante entre os Munduruku da T.I. Coatá-Laranjal, pois os mesmos vendem seus produtos nas cidades mais próximas e compram o que precisam levar para as aldeias.

No que se refere à formação dos aldeamentos, observamos que existiu uma forte interferência dos colonizadores nos seus padrões culturais: “[...] na tentativa de “europeizá-los”, os colonizadores interferiram veementemente em seus padrões culturais. Por exemplo, os religiosos agiram sistematicamente na tentativa de retirar dos principais as suas esposas adicionais” (SANTOS, 1999, p. 182). Esse desrespeito aos modos de vida tradicionais indígenas, causou muitos momentos de levantes, fugas e rebeldias dos grupos indígenas, e certamente não foi uma relação passiva.

Em decorrência das vastas áreas que ocupavam, os contatos dos Munduruku com as frentes de expansão variaram de acordo com a proximidade e facilidades de acesso aos seus territórios, fatos que resultaram no surgimento de aspectos diferenciados da cultura entre os indígenas localizados nas margens do Rio Tapajós, Rio Madeira, Cururú e na área de cerrado conhecida como Campos do Tapajós, região onde se encontram as aldeias mais tradicionais, e que é cenário de boa parte da mitologia deste povo (ISA, 2007).

Os Munduruku da Terra Indígena Coatá-Laranjal relatam que na época que o Serviço de Proteção aos Índios (SPI) chegou na região (1920) a área indígena era loteada entre patrões. Antes da terra ser demarcada, em várias entrevistas ouvimos relatos sobre a época dos patrões, como uma época de exploração e sofrimento para o povo. “*Na época dos patrões não podiam tirar Castanha*” (Francisco Cardoso, abril de 2009). Em um livro escrito pelos professores desta região, onde os mais velhos contam a história da reconquista da terra, falam assim desta época: “*Antes da terra ser demarcada, os índios já trabalhavam nas colocações dos castanhais e eram muito maltratados pelos invasores brancos...*” (BELEZA et. al., 2002).

Em relação à resistência, existem várias formas de um povo resistir e nem sempre se dá com o levante. Santos (1999) afirma em seu livro que os Muras completaram o processo guerra-paz-descimento-levante, pois voltaram a fazer guerra e a se debelar mesmo depois de descidos. Quanto aos Munduruku afirma que estes não completaram esse processo e coloca este grupo como aqueles que se integraram perfeitamente ao sistema português e serviram como braço armado aos colonizadores. Mas existem diferentes pontos de vista de quem conta a história. A relação de aliança com os brancos nesta época pode ter sido uma estratégia de sobrevivência física e cultural.

Antes da demarcação da T.I. Coatá-Laranjal há vários relatos sobre a história da reconquista da terra pelo povo Munduruku desta região que incluíram várias revoltas e massacres nesta região: “*por volta de 1870 os índios Munduruku lideraram a primeira*

revolta na região contra o português Luís Bentes, sob o comando de Manoel Tapajós Munduruku” (BELEZA et. al., 2002). Nas suas histórias orais os mais antigos relatam o massacre a Lúiz Bentes (patrão) e a expulsão de Galdino Mendes (comerciante) do rio Mapiá. Antes do Serviço de Proteção aos Índios (1920) contam que expulsaram muitos brancos da área: “*Entraram outros homens no tempo dessa gente, mas foram todos expulsos...todos eles se diziam donos dos castanhais, por isso é que o pessoal não podia tirar castanha, tudo já tinha dono*” (BELEZA et. al., 2002).

A noção de aculturação e integração permaneceu por muito tempo entre os antropólogos do Brasil, como Eduardo Galvão no livro *Encontro de sociedades: índios e brancos no Brasil* e Darcy Ribeiro no livro: *Os índios e a civilização* (1996). Ribeiro avaliou o grau de integração dos índios do Brasil na primeira metade do século XX, entre 1900 à 1957. Tal propósito aparece assim definido:

Procuramos alcançar estes propósitos pela comparação sistemática da situação em que se encontravam os grupos indígenas brasileiros na passagem do século com a situação em que se encontram hoje, quanto ao grau de integração com a sociedade nacional e, correlativamente, quanto à conservação ou perda da autonomia cultural e lingüística (1996, p. 254).

Quanto ao grau de integração, dividiu os grupos entre os isolados, em contato intermitente, com contato permanente e integrados. Os Munduruku aparecem como “contato permanente”, mas muitos grupos passaram de integrados à extintos, nesse momento da avaliação. Para Ribeiro, os povos de contato permanente haviam perdido grande parte da autonomia cultural, uma vez que dependiam do fornecimento de artigos e produtos da sociedade nacional, porém conservando alguns costumes tradicionais: “conquanto estes mesmos já se apresentassem profundamente modificados pelos efeitos cumulativos das compulsões ecológicas, econômicas e culturais correspondentes ao grau de integração” (RIBEIRO, 1996, p. 261).

Essa visão de que os índios iriam ser extintos ou integrados à sociedade nacional começa a mudar na década de 70, novos autores começaram a estudar as relações interétnicas (índios e brancos), não apenas como uma relação de dominação ou submissão, mas como um espaço de reorganização social, cultural e política, onde se destaca então o processo de identidade étnica.

Fredrik Barth é um dos antropólogos conhecidos que representou nesta década, um dos inspiradores dos estudos das identidades étnicas, particularmente entre índios e não-índios. Barth procurou mostrar que a ordem cultural pode mudar significativamente sem, no entanto ocorrer mudança de identidade do grupo, o mesmo afirma ao falar das fronteiras étnicas, que essas permanecem apesar do fluxo de pessoas que as atravessam. O autor defende a idéia de que: “a interação dentro desses sistemas não leva à destruição pela mudança e pela aculturação: as diferenças culturais podem persistir apesar do contato interétnico e da interdependência entre as etnias” (Barth, 2000, p. 26).

Neste período (década de 70), também se iniciam no Brasil, as lutas dos movimentos indígenas e aliados pela reivindicação de seus direitos como a questão da demarcação das terras indígenas, melhores condições de saúde e educação que se intensificou nos anos 80 e 90. Entre os Munduruku da T.I. Coatá-Laranjal na década de 80 se iniciou os primeiros movimentos pela luta da terra, que teve sua primeira delimitação em 1976. É importante ressaltar que em 1971 a Fundação Nacional do Índio (FUNAI) estabeleceu seus primeiros postos nas aldeias Coatá e Laranjal. Mas segundo os relatos ainda havia muitos invasores caçando e pescando na área indígena. Depois de muitas reivindicações a demarcação final da T. I. Coatá-Laranjal ocorreu em 2001.

As relações de contato sempre foram vistas como relação de dominação imposta pelos brancos aos índios. Segundo Maria Regina de Almeida (2003, p. 27) essas relações “eram vistas como simples relação de dominação imposta aos índios, de tal forma que não lhes restava margem de manobra alguma a não ser a submissão passiva a um processo de perdas culturais progressivas que os levaria à descaracterização e à extinção étnica”.

Nos dias atuais, entretanto, esse quadro tem mudado, “pesquisas interdisciplinares e estudos etno-históricos têm mostrado a extraordinária capacidade dos povos indígenas de reformularem suas culturas, mitos e compreensão do mundo para dar conta de pensar e interpretar coletivamente a nova realidade que lhes é apresentada” (ALMEIDA, 2003, p. 27-28). O que observamos hoje é que os Munduruku, apesar do intenso contato com a sociedade dos brancos, resistiram, continuam aumentando sua população, conseguiram demarcar seus territórios e possuem uma forte autonomia política e sólida organização social e certamente isso não se deu sem resistência e passivamente. Eles têm consciência de sua situação e das mudanças que ocorreram em sua sociedade e lutam para se auto-afirmar enquanto etnia de forma coletiva.

Diante do exposto acima, vimos que os Munduruku historicamente tiveram a capacidade de aprender práticas políticas e culturais com a sociedade nacional e manejá-las na luta pela manutenção de sua identidade e sua autonomia. As transformações que ocorreram em sua organização principalmente podem vistas como instrumentos de luta por seus direitos.

Outra questão que queremos destacar é a formação da etnicidade, como coloca Almeida (2003, p. 33), que os elementos essenciais para a formação do sentimento de comunhão étnica são a ação política e o sentimento de comunidade. A ação política e coletiva entre os Munduruku do Rio Madeira mostra que os mesmos sempre foram protagonistas de sua história, conseguindo negociar com os não-índios, estabelecer alianças e relações de troca, sem perder a autonomia tribal.

Outros aspectos para a constituição da categoria etnicidade levantados por Barth é a característica organizacional e o sentimento de pertencimento: “Se um grupo mantém sua identidade quando seus membros interagem com os outros, disso decorre a existência de critérios do pertencimento” (2000, p. 34). Mesmo mantendo relação com a sociedade nacional há mais de trezentos anos, os Munduruku conseguiram manter esse sentimento e se organizaram de tal forma que hoje vem destacando-se demográfica e politicamente.

Conforme pudemos observar durante os vários encontros que tivemos com os Munduruku desta região, os mesmos demonstraram ter consciência das mudanças socioculturais e ambientais que ocorreram em sua sociedade e passam por um processo de luta para se auto-afirmar enquanto etnia de forma coletiva e para melhorar sua qualidade de vida e de saúde.

1.2 Os Munduruku da Terra Indígena Coatá-Laranjal

O povo Munduruku, pertencente à família linguística Munduruku, do tronco Tupi, está localizado hoje em diferentes regiões e territórios do Brasil, nos estados do Pará (calha e afluentes do Rio Tapajós, nos Municípios de Santarém, Itaituba, Jacareacanga), do Amazonas (Rio Canumã e Rio Mari-Mari no Município de Borba) e Mato Grosso (região do Rio dos Peixes, Município de Juara). A população Munduruku concentra-se majoritariamente na Terra Indígena Munduruku, com a maioria das aldeias localizadas no rio Cururu, afluente do Rio Tapajós. A população total dos Munduruku de todas essas regiões e estados soma cerca de 9.993 pessoas (ISA, 2007). Segundo Santos (1995, p. 9), em *Dossiê Munduruku*

Os Munduruku, povo indígena de língua tupi, viviam originalmente, segundo a tradição, na aldeia de Nicodemus, situada sobre uma colina no meio de uma vasta campina no alto curso do Rio Cururu, um dos formadores do Tapajós. Esse local proporcionava maior segurança contra os ataques inimigos.

Os Munduruku da T.I. Coatá-Laranjal, com os quais temos contato há cerca de 12 anos, estão localizados no Município de Borba, no Estado do Amazonas. Suas aldeias localizando-se nos Rios Canumã (Polo base Coatá) e Mari-Mari (Polo base Laranjal), afluentes do Rio Madeira, e Rio Mapiá. O Rio Mari-Mari é um braço do Rio Abacaxis, registrado na literatura como local onde habitavam os Munduruku do rio Madeira. Existem duas aldeias Munduruku no Rio Mapiá (Mamiá e Terra Preta) que estão dentro da T.I. Coatá-Laranjal e são atendidas por Borba, mas que não farão parte deste estudo devido ao acesso e as referências de atendimento à saúde que são bem diferentes.

Segundo informações levantadas junto à Funai, a T.I. Coatá-Laranjal abrange as aldeias dos povos Munduruku e Sateré-Mawé (uma aldeia), com uma extensão de terra de 1.153.210 hectares, demarcada em 2001 e homologada em 2004, através do Decreto de 19 de abril de 2004. Segundo relatos dos caciques gerais e de representantes da União dos Povos Indígenas Munduruku e Sateré-Mawé (UPIMS), foram aproximadamente 20 anos de luta pela demarcação da terra, que começou na década de 80. Hoje os Munduruku possuem um território bem extenso, com uma diversidade de recursos naturais e possuem área tanto de várzea como de terra firme (Figura 4).

Conforme informações levantadas junto ao Sistema de Informação em Saúde Indígena (SIASI) da Funasa, os Munduruku desta região somavam em 2008 uma população de aproximadamente 2.919 pessoas, sendo 1.734 do Rio Canumã e 1.185 do Rio Mari-Mari, distribuídas em 32 aldeias, sendo 21 aldeias no Rio Canumã e 11 aldeias no Rio Mari-Mari (Quadros 2 e 3).

Quadro 2 - População do Rio Mari-Mari (Pólo base Laranjal) por aldeia, nº de famílias e sexo

Nº	Aldeia	Nº de Famílias	Sexo Masculino	Sexo Feminino	População Total
1	Boa hora	7	24	14	38
2	Cacoal	5	14	14	28
3	Jacaré	7	19	13	32
4	Laguinho	14	43	29	72
5	Laranjal	32	78	62	140

6	Mucajá	51	160	140	300
7	Sorval	21	56	61	117
8	Terra Vermelha	13	37	36	73
9	Varre Vento	14	51	34	85
10	Cipozinho	35	99	87	186
11	Vila Nova	20	57	57	114
		219	638	547	1.185

Fonte: FUNASA/SIASI/2008

A região mais extensa e com maior número de famílias é a do Rio Canumã, prevalecendo nos dois rios pessoas do sexo masculino. A aldeia Cipozinho localizada do outro lado da margem do Rio Mari-Mari, é a única aldeia Sateré-Mawé da T.I. Coatá-Laranjal. O tuxaua da aldeia informou que vieram da região do rio Andirá, Município de Barreirinha depois de terem passado pelo Alto Rio Negro. Chegaram em 1975 nesta região e começaram com seis famílias, tentaram viver cinco anos na região do Alto Rio Negro, mas não deu certo e a Funai os transferiu para esta região onde até hoje estão vivendo com a concordância dos Munduruku.

As aldeias mais populosas desta Terra Indígena são: Coatá, Mucajá e Fronteiras respectivamente (Quadros 2 e 3). Para fins de assistência à saúde foram escolhidas desde 2000 para serem Polos base (unidades básicas de atendimento à saúde), as aldeias Coatá, no Rio Canumã e Laranjal no Rio Mari-Mari, por serem aldeias estratégicas, mais organizadas politicamente (onde moram os caciques gerais) e porque servem de referência para as outras aldeias.

É importante ressaltar que tanto a Funai quanto a Funasa, informam que geograficamente as aldeias da região do Coatá-Laranjal ficam geograficamente localizadas no Município de Borba, mas o acesso é mais fácil para Nova Olinda, por isso, este Município é a referência tanto para a saúde, quanto para comercialização dos produtos. Para questões políticas a referência é Borba, pois é onde os Munduruku dessa terra votam e, segundo relatos dos mesmos, é onde a Prefeitura dá mais apoio a eles, construindo escolas e dando suporte de transporte para a educação.

No que diz respeito à língua de origem, poucos nesta região falam o Munduruku, apenas algumas pessoas mais idosas. Conforme relatos que ouvimos quando estivemos em área, os jovens e as crianças não estão aprendendo a língua na escola porque não têm professores com conhecimento da língua materna. Mas estão discutindo atualmente estratégias para resgatá-la. Dona Ester Caldeiras Cardoso (89 anos) moradora antiga da aldeia

Coatá, falante da língua Munduruku, conta que tentou ensinar a língua de origem no curso de professores, mas não teve continuidade nas escolas.

Nº	Aldeia	Nº de Famílias	Sexo Masculino	Sexo Feminino	População Total
1	Apuí	6	16	13	29
2	Aru	24	47	52	99
3	As cobras	15	38	41	79
4	Cafezal	2	8	9	17
5	Caióé	16	59	45	104
6	Cajual	10	37	26	63
7	Empresinha	8	31	25	56
8	Fronteira	37	116	109	225
9	Jutai/Malocão	12	24	26	50
10	Juvenal	12	37	26	63
11	Coatá	50	146	142	288
12	Makambira	15	43	30	73
13	Mamoal	5	17	8	25
14	Niterói	16	47	53	100
15	Pajurá	9	33	22	55
16	Parawá	29	80	65	145
17	Santa Cruz	3	9	4	13
18	Santo Antônio	9	30	25	55
19	São Domingos	8	21	19	40
20	Sauru	16	50	50	100
21	Tartaruginha	12	28	27	55
		314	917	817	1.734

Quadro 3 – População do Rio Canumã (Pólo base Coatá) por aldeia, nº de famílias e sexo

Fonte: FUNASA/SIASI/2008

Na aldeia Coatá devido à expansão demográfica, algumas famílias se deslocaram para outras localidades mais distantes onde pudessem ter mais espaço para plantar, caçar, pescar

enfim melhores condições de subsistência. Ao todo foram formadas mais cinco localidades: Caióé, Cajual, Empresinha, Mamoal e Tartaruginha. Para os indígenas essas localidades não são consideradas aldeias, por não terem caciques próprios, são subordinadas ao cacique do Coatá, foram famílias que saíram da aldeia Coatá estrategicamente devido ao aumento da população e a necessidade de expansão territorial.

1.2.1 Estrutura das Aldeias Coatá e Laranjal

A aldeia Coatá, aldeia de referência do Rio Canumã, tem uma população atual de 288 pessoas distribuídas em cerca de 50 famílias. A estrutura da aldeia parece um pouco com uma vila, possui uma única rua reta acimentada cortando a aldeia ao meio, ligando quase todas as casas, que ficam dispostas nos dois lados da rua. A maioria das casas é de madeira, cobertas de telha, e algumas poucas, são cobertas de palha. Existem algumas casas de palha provisórias na parte da frente da aldeia que são utilizadas nos períodos de festas, quando vêm famílias de outras aldeias (Figura 4).

Figura 4 – Aldeia Coatá vista por seus moradores



Fonte: Desenho elaborado pelos moradores da aldeia Coatá em maio de 2008

Cabe lembrar que o desenho da figura acima foi elaborado a partir de uma discussão com grupo focal, onde participaram professores, AIS, AIM, AISAN e algumas lideranças locais. Como mostra o desenho da aldeia, na frente da mesma há uma praça, com bancos de cimento, um telefone da Embratel e outro da Telemar que fica em frente ao Polo base. À noite, as pessoas costumam sentar na praça para conversar e o gerador de luz fica ligado somente à noite. Por trás da rua principal existe uma grande quadra poli-esportiva e um campo de futebol. Próximo à praça funciona um Posto da Funai construído em madeira de lei, onde trabalha um funcionário indígena e neste tem uma radiofonia. No início da rua há uma Igreja Católica, cujo santo padroeiro é o Menino Deus e mais à frente também existe uma Igreja Batista.

Nesta mesma rua está situado o Polo base, com um alojamento para a equipe de saúde. Neste ambiente são realizados os primeiros atendimentos de saúde aos pacientes da própria aldeia e aos encaminhados de outras aldeias do Rio Canumã. Vale ressaltar que em cada aldeia há um AIS que faz os primeiros atendimentos. Em cada Polo base, que é um posto de saúde maior, existe uma equipe composta por enfermeiro, odontólogo, técnicos de enfermagem, ACD, AIS, AIM e AISAN. Se a equipe de saúde deste Polo não conseguir resolver os problemas de saúde nesta instância eles os encaminham para Nova Olinda para atendimento na rede do SUS e se for necessário para Manaus e assim por diante de acordo com a complexidade do problema.

Em relação à educação formal há cinco escolas de 1ª à 4ª série, uma em cada aldeia da área de abrangência do Coatá: Caióé, Cajual, Mamoal, Empresinha, Cafezal e Coatá e uma escola de 5ª à 8ª série que funciona na aldeia Coatá. Segundo o coordenador da UPIMS, o fortalecimento da educação indígena tem sido uma das principais lutas do movimento indígena, pois até 1993 os professores não eram indígenas, pois os mesmos não tinham escolaridade suficiente. Os professores informam que o primeiro curso de formação de professores indígenas desta região, foi no período de 1999 à 2004, a partir de então foram formados 46 professores e quase todas as aldeias hoje possuem escolas. Isso mostra a organização dos Munduruku e a necessidade de fixar mais os jovens nas próprias aldeias, pois antes iam estudar em outras cidades e muitos não retornavam.

No Centro Social são realizadas festas e reuniões comunitárias. Verificamos também que existem alguns pequenos comércios onde se vendem gêneros alimentícios e de higiene, refrigerantes e utensílios de uso geral. Observamos a existência de algumas casas de farinha

comunitárias, sendo algumas de propriedade familiar. Os moradores nos relataram como é o processo todo até chegar na produção da farinha, onde toda a família participa. Geralmente começam pela preparação do campo, derrubando a mata, neste momento fazem o puxirum com a participação de outras famílias. Depois a família faz a roça, planta a maniva, demorando cerca de um ano para colher a mandioca. Aí vem todo o processo de trabalho da farinhada (Figura 5).

Figura 5- Casa de Farinha da aldeia Cajual



Fonte: Foto da autora, Maio, 2008

A população da aldeia Laranjal soma atualmente 140 pessoas, 32 famílias, distribuídas em 25 casas. Nesta aldeia vive o cacique geral do Rio Mari-Mari. Existem duas escolas, uma que funciona de 1ª à 4ª série e Educação de Jovens e Adultos-EJA e a outra de 5ª à 8ª série. Os professores são indígenas, mas ensinam somente em português, pelo fato de somente alguns falam a língua Munduruku. Os alunos de outras aldeias deslocam-se diariamente em transportes tipo rabetas, pois somente na aldeia Laranjal funciona escola de 5ª à 8ª série.

Na estrutura da aldeia Laranjal há um Posto da Funai, onde funciona uma radiofonia e além deste meio de comunicação há também um telefone público da Embratel. Também

existe um Centro Social bem amplo de madeira e uma pequena Igreja de São João Batista ambos localizados no centro da Aldeia. Por trás da aldeia verificou-se ainda a existência de um campo de futebol. Observamos a existência de três casas de farinha comunitária, composta de fornos, gareira (espécie de recipiente em madeira onde se coloca a massa da mandioca ralada), tipipis (onde se espreme a massa e tira-se o excesso da água) e peneiras.

Figura 6- Aldeia Laranjal vista por seus moradores



Fonte: Desenho elaborado pelos moradores da aldeia Laranjal em junho de 2008

Quando visitamos a aldeia observamos que as casas, em sua maioria, são de madeira cobertas com telha, mas existem algumas construídas com as paredes e cobertura em palhas. Os moradores relataram que há um poço artesiano funcionando na aldeia Laranjal desde 2000, mas o tratamento e a cloração da água iniciaram em julho de 2007. O reservatório joga água direto para as residências. A caixa d'água comporta 5.000 litros e possui um xafariz que dá suporte para as residências mais distantes.

No Polo base Laranjal, unidade de atendimento aos indígenas referenciados de outras aldeias do Rio Mari-Mari, quando não se resolve o problema de saúde no local, os pacientes são encaminhados para Nova Olinda, removidos em transporte fluvial. Destaca-se que ao

chegar no município de referência os indígenas são atendidos pelas unidades de saúde do SUS, com o apoio e acompanhamento dos profissionais da FUNASA, não resolvendo o problema de saúde nesta instância encaminham para Manaus, onde o paciente deverá ser acompanhado pela Casa de Saúde do Índio.

O Polo base do Rio Mari-Mari (Laranjal) é construído em alvenaria, de cobertura em telha, composto por salas de espera, de observação, consultório odontológico, de farmácia, consultório para atendimentos médico/de enfermagem, radiofonia e laboratório, que até o momento da pesquisa encontra-se desativado funcionando apenas com exames para malária.

Os tipos de construção das casas e como estão organizadas mudaram. Na aldeia Coatá, por exemplo, são construídas em uma única rua horizontal que margeia o rio. Na aldeia Laranjal as casas são construídas de forma circular, ao redor do centro situam-se a Igreja Católica, o centro social e a escola.

Figura 7- Aldeia Coatá



Fonte: Foto da autora, Maio, 2008

Figura 8- Aldeia Laranjal



Fonte: Foto da autora, Maio, 2008

1.2.2 Os meios de subsistência

De acordo com Robert e Yolanda Murphy (1954, p. 6), o povo Munduruku “[...] era um povo sedentário, que vivia em aldeias estáveis e levavam uma existência baseada na agricultura de roças, caça, pesca e coleta de alimentos silvestres nessa ordem de importância”. Hoje os principais meios de subsistência dos Munduruku da T.I. Coatá-Laranjal são a caça, a pesca, a agricultura familiar e a extrativismo de alguns produtos da floresta. Relatam que já coletaram muita castanha no passado para vender, ainda extraem castanhas, mas hoje o principal produto extraído e comercializado é o açaí, que vendem em sacos com caroço. Existem projetos financiados para produção de cacau, açaí, graviola e andiroba em algumas aldeias. Segundo os moradores da região, consome-se mais caça de janeiro a junho, quando o peixe fica mais escasso, mas o consumo de caça miúda é constante. O peixe é mais farto de agosto à dezembro, em época de seca, quando o rio baixa, mas se consome peixe durante todo o ano.

A agricultura da mandioca aparece nas entrevistas como principal atividade produtiva. A produção de farinha é uma prática constante nas aldeias que atualmente vem sendo comercializada, além de ser a base da alimentação diária dos Munduruku. Cada família tem sua roça, chamada também de rancho, geralmente um pouco afastada da aldeia. Além da mandioca também plantam cará, macaxeira, jerimum, batata doce, abacaxi, banana e outras árvores frutíferas.

Às vezes fazem o *puxirum* na hora de fazer o roçado (derrubar o mato e preparar o campo), a plantação da maniva é realizada por cada família, que colhe sua mandioca e produz sua farinha. Presenciamos algumas famílias fazendo a farinhada e todos participam de alguma forma deste momento, inclusive as crianças. Enquanto alguns torram a farinha, no forno usando o remo, outros estão preparando a massa, uns ralando a mandioca, outros peneirando, enfim é um trabalho familiar. Algumas famílias vendem a farinha e a goma da tapioca. Fazem também para alimentação diária o beiju de tapioca. Em época de festas costumam fazer o biscoito de tapioca para servir com café aos convidados.

1.2.3 A organização sociopolítica dos Munduruku

Quanto à organização social, segundo Robert e Yolanda Murphy:

[...] a sociedade Mundurucu se caracterizava pela presença de descendência unilinear. A população era dividida em metades, chamadas “vermelhos e brancos”, as quais por sua vez se subdividiam em mais de quarenta grupos. A participação nas metades e grupos constituía herança patrilinear. O matrimônio era matrilocal, isto é, o homem residia permanentemente na aldeia de sua mulher, e torna-se membro integrante de sua família (1954, p. 6).

Conforme relato de um professor Munduruku da aldeia Coatá existiam os clãs vermelho e branco que se dividiam em famílias com nomes de animais e plantas tais como “*gavião real, guaribas, seringa barriguda, macacos e outros*” (Francisco Cardoso, 2009), mas poucas pessoas têm essa lembrança dos tipos de clãs nas aldeias. Observamos que os casamentos são em sua grande maioria realizados na religião católica.

Nos estudos sobre os Munduruku, Robert e Yolanda Murphy descrevem que a aldeia era uma unidade política autônoma sob a liderança dos chefes e dos mais velhos. A instituição da casa-de-homens era outro aspecto que tinha grande importância para os Munduruku: “os homens comiam, dormiam, trabalhavam, repousavam e se reuniam em conselho dentro

daquele recinto. Era ali também que se tocavam as trombetas sagradas, defendidas das vistas das mulheres. Apenas estas e as crianças ocupavam as casas de moradia” (1954, p.6).

Os Munduruku da T.I. Coatá-Laranjal, do Rio Canumã e Mari-Mari possuem uma forte organização sociopolítica, com uma hierarquia de poderes. Cada calha de Rio tem um representante maior que é o cacique geral. Esta posição é bastante respeitada por todas as aldeias, embora cada aldeia tenha seu cacique. No Rio Canumã (Coatá) permanece a forma tradicional de passar os cargos de cacique geral de pais para filho. Já na aldeia Laranjal o cacique geral é eleito entre os representantes das aldeias. Atualmente foi escolhida no Rio Mari-Mari, a primeira mulher cacique Munduruku (2009), uma mudança na história da escolha dos caciques gerais desta região.

As organizações indígenas também têm desempenhado um papel muito importante no processo de organização dos Munduruku desta região. Desde 1991 foi criada a UPIMS, que representa os povos indígenas desta região e faz articulações com a sociedade ocidental para viabilizar os direitos dos mesmos. Segundo seu coordenador Edivaldo dos Santos Oliveira, o principal papel da UPIMS é lutar pelos direitos do povo Munduruku e Sateré-Mawé, a mesma *“lutou junto com os índios pela demarcação das terras, trabalha para o fortalecimento da educação indígena diferenciada, apóia diretamente o movimento das mulheres indígenas e luta pela garantia do direito à saúde diferenciada”* (Coordenador da UPIMS, 2008).

Existem vários departamentos dentro da UPIMS, entre eles o Departamento de Professores Indígenas e o Departamento de Mulheres Indígenas. A referida organização também desenvolve atividades de incentivo à produção agrícola através de projetos financiados pelas instituições competentes e anualmente realiza uma Assembléia Geral dos Munduruku da T.I. Coatá-Laranjal. O Coordenador da UPIMS relata alguns avanços trazidos depois da organização da mesma:

Hoje temos a terra demarcada e homologada depois de mais de 20 anos de luta; o acesso à educação tem sido mais fácil depois das parcerias com as Prefeituras e o Estado (SEDUC); com os cursos oferecidos em parceria com o IDAM a farinha que é vendida hoje é de melhor qualidade [...] (Edivaldo Santos Oliveira, junho de 2008).

Outra instância de participação social muito importante são os conselhos locais e distritais de saúde indígena, criados desde 2000, com a implantação dos DSEI. Todos os problemas de saúde e reivindicações relacionados à saúde são discutidos em reunião dos conselhos locais, realizada com a participação de representantes de cada aldeia e depois

encaminhados ao conselho distrital. O conselho local de saúde indígena é formado por usuários indígenas. É escolhido um conselheiro local e um suplente em cada aldeia, participam também da reunião os agentes indígenas de saúde, os caciques, a equipe de saúde de cada Polo base e alguns convidados das instituições governamentais e não-governamentais como a Funasa, a Funai, a Coiab e a Upims.

Durante o período em que estávamos fazendo a pesquisa de campo, participamos de duas reuniões do conselho local de saúde indígena, uma em abril de 2008 e outra em novembro de 2008. É um momento em que as situações e os problemas relacionados à saúde são expostos por cada conselheiro e todos têm oportunidade de se manifestar, embora muitas vezes não tenham respostas imediatas para seus problemas.

Observamos nestas reuniões que os principais problemas levantados estão relacionados à infra-estrutura, recursos humanos e apoio logístico para o funcionamento dos serviços de saúde. Os mais destacados foram os seguintes: deficiência no transporte para as equipes se deslocarem e para remoções; pagamento de funcionários terceirizados atrasados; descontinuidade da formação e capacitação para os agentes indígenas de saúde e conselheiros; inexistência de equipamentos nos Polos base para exames laboratoriais, dificuldades para aquisição de alimentação e estruturação da Casa de Apoio de Nova Olinda; problema nos sistemas de abastecimento de água; medicamentos insuficientes para atender as demandas das aldeias e insuficiência de medicamentos especiais. Algumas propostas são aprovadas e encaminhadas ao conselho distrital de saúde indígena, que tem poder deliberativo e às instituições responsáveis.

Essas formas de organização social existente entre os Munduruku da T.I. Coatá-Laranjal nos mostra como os Munduruku de hoje tem conseguido se organizar sendo sempre protagonistas de sua história, não numa situação de vítimas, mas de agentes sociais que querem mudanças e melhorias de vida.

Os Munduruku possuem intensa rede de relações de contato com a sociedade nacional, que são relações bem antigas. Segundo os Murphy: “[...] todos os observadores de primeira mão dos Mundurucú da região do Madeira dizem que eles mantinham intensas relações comerciais com as missões e com negociantes portugueses” (1954, p. 8)”. Os Munduruku desta região continuam mantendo intensas relações comerciais com os não-índios, vendendo seus produtos na cidade, principalmente a farinha, o açaí e a castanha e solicitando serviços essenciais para as suas aldeias, como serviços de saúde e educação.

Existem várias agências externas, instituições e organizações, que possuem relações constantes com os Munduruku desta localidade (Quadro 4), trazendo alguns benefícios para as

aldeias. Vale ressaltar que este quadro foi construído a partir das informações levantadas durante os encontros com grupos focais das aldeias Coatá e Laranjal, onde participaram agentes indígenas de saúde e de saneamento, conselheiros, caciques, professores e representantes das mulheres.

Entre as instituições governamentais federais aparece a presença da Funai e da Funasa que atuam dentro das T.I. prestando serviço direto através de seus profissionais. A Funai, responsável pela fiscalização das terras indígenas e pela defesa dos direitos sociais indígenas e a Funasa, por sua vez, responsável até o momento da pesquisa pela atenção à saúde dos povos indígenas. Ambas possuem atualmente alguns profissionais indígenas atuando nas aldeias. Além destas instituições, apontam o Conselho Indigenista Missionário (CIMI) que realiza alguns trabalhos sociais e visitas periódicas às aldeias. A Igreja Católica está presente na maioria das aldeias, principalmente na região do rio Mari-Mari. Observamos a presença da Igreja Evangélica na aldeia Coatá, mesmo sendo a maioria das pessoas católicas e a Igreja Batista na aldeia Cipozinho. O Instituto de Desenvolvimento Agropecuário do Estado do Amazonas (IDAM) também tem estado algumas vezes em contato com os indígenas, através de seus técnicos, para dar assistência técnica para melhoramento da produção de farinha. Os funcionários da Secretaria Estadual de Educação (SEDUC) também se relacionam com os Munduruku durante o processo de formação dos professores e acompanhamento às escolas indígenas.

Verificamos que são constantes as relações das lideranças e conselheiros distritais com as Prefeituras e as Secretarias Municipais de Saúde (SEMSAS) de Nova Olinda e Borba para reivindicarem melhorias no atendimento à saúde. Essas SEMSAS recebem recursos da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) vinculada ao Ministério da Saúde, chamado de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas (IAB-PI) para contratação de equipes de saúde para atuação em áreas indígenas.

Quadro 4 - Rede de relações sociais dos Munduruku da T. I. Coatá-Laranjal com agências externas

Quadro Organizações/Instituições	Benefícios que traz para as Aldeias
FUNAI - Fundação Nacional do Índio Posto indígena Coatá-Laranjal com sede em Nova Olinda. Atende as terras indígenas Coatá-Laranjal; Lago do Arari; Lago do Limão, Cunchã-Sapucaí e Setemã/Cana	- Fiscaliza as terras indígenas; - Defende os direitos dos índios; -Atende na parte jurídica: (tira documentos, registros e outros);

CIMI - Conselho Indígenista Missionário Tem representação em Manaus e Nova Olinda	<ul style="list-style-type: none"> - Orientou e apoiou no processo de demarcação das terras; - Apoiou no processo de implantação da educação escolar indígena; - Orienta sobre os direitos dos índios e apóia nos cursos de agentes indígenas de saúde;
FUNASA - Fundação Nacional de Saúde- órgão responsável pela atenção à saúde indígena A Terra Indígena Coatá-Laranjal está dentro da área de abrangência do DSEI Manaus.	<ul style="list-style-type: none"> - Construiu a estrutura dos Pólos-base nas aldeias Coatá e Laranjal (Unidade Básica de Saúde) para atendimento à saúde dos índios desta região; - Adquiriu transportes para remoção e trabalho das equipes de saúde em área e meios de comunicação - Realiza capacitações para AIS, AIM e AISAN; - Contrata as equipes de saúde para atender nas aldeias; - Realiza as ações de saúde no Pólo e nas aldeias;
CEPLAC - Comissão Executiva do Plano da Lavoura Cacaueira; órgão do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento.	<ul style="list-style-type: none"> - Financia projetos para plantação de cacau, açaí e graviola através do BASA. - Sistemas Agroflorestais.
IDAM - Instituto de Desenvolvimento Agropecuário do Estado do Amazonas.	<ul style="list-style-type: none"> - Oferece oficinas e assistência técnica para melhorar a qualidade da produção de farinha nas aldeias.
SEDUC - Secretaria Estadual de Educação	<ul style="list-style-type: none"> - Responsável pela formação dos professores indígenas;
SEMED - Secretaria municipal de Educação de Borba	<ul style="list-style-type: none"> - Contratação dos Professores; - Material escolar;
SEMSA - Secretaria Municipal de Saúde Borba e Nova Olinda	<ul style="list-style-type: none"> - Responsável pelo atendimento aos indígenas quando buscam o atendimento nas unidades de saúde do Município;
PREFEITURA DE BORBA	<ul style="list-style-type: none"> - Construção de escolas na área indígena - Aquisição de transporte escolar - Contratação de Profissionais para atender na área indígena com recursos da SAS

Fonte: Discussão com grupos focais, nas aldeias Coatá e Laranjal, em junho de 2008.

1.2.4 A cultura e a religião

Ao descrever os Munduruku do Rio Madeira, o casal Murphy relatava o seguinte:

Outros Mundurucu localizavam-se nos rios Mawés-Assú, Abacaxis e Canumã, no território compreendido entre o Madeira e o Tapajós, mas esse grupo, ao que se diz, perdeu quase que completamente a sua cultura aborígine e tem sido grandemente assimilado pela população brasileira local (1954, p. 5).

Em outro momento enfatizaram novamente essa visão: “A perda de cultura e assimilação foram igualmente rápidas para os índios que viviam entre o Tapajós e o Madeira” (1954, p. 10). Essa afirmação de que os índios teriam sido assimilados pela cultura da sociedade nacional com perdas culturais progressivas e extinção étnica permaneceu por muito tempo entre os antropólogos de então.

Os Munduruku do Madeira (T.I. Coatá-Laranjal) contemporâneos não perderam sua cultura e nem foram assimilados pela sociedade nacional como previam Robert e Yolanda Murphy na década de cinquenta, houve transformações culturais sim, como já relatamos acima, mas hoje este povo está mais consciente de sua ação social e política, de que são produtos de uma longa história de imposição, de exploração, mas que podem também mudar essa história, como estão fazendo hoje lutando junto com outros povos da Amazônia para se afirmar e defender seus direitos.

A partir do contato com as frentes econômicas e as instituições não indígenas (missão e SPI), vários aspectos da vida cultural dos Munduruku sofreram mudanças. Sendo um povo guerreiro, várias expressões culturais significativas estavam relacionadas às atividades de guerra, que tinham um caráter simbólico marcante para constituição do homem e da sociedade Munduruku. Os deslocamentos das aldeias tradicionais para o estabelecimento nas margens dos rios, formando pequenos núcleos populacionais, por certo contribuiu também para o desaparecimento da casa dos homens, unidade importante na aldeia tradicional e na permanência de alguns rituais de caráter coletivo que estavam relacionados às atividades de provisão de alimentos (ISA, 2007).

Durante nossas visitas e conversas com os Munduruku da T.I. Coatá-Laranjal (Rio Madeira) observamos que os mesmos percebem as mudanças que ocorreram no seu modo de viver, nos hábitos alimentares, nas tradições, resultado do intenso contato com a sociedade nacional, mas tentam se organizar para mostrar à sociedade envolvente que são diferentes e que possuem aspectos culturais e religiosos específicos.

Quanto à religião dos Munduruku, Robert e Yolanda Murphy relatavam que: “se baseava principalmente na prática do xamanismo e na crença no espírito dos animais silvestres, peixes e plantas ambientes, às quais se referiam como mães da espécie em particular” (1954, p.7). Para agradar esses espíritos os Munduruku efetuavam grandes cerimônias inter-aldeias, durante quase todas as estações chuvosas. Hoje entre os Munduruku da T.I. Coatá-Laranjal permanecem as crenças no xamanismo, embora nem todas as aldeias

possuam pajés e a crença nos espíritos da mata e dos bichos do fundo. Os rituais e danças tradicionais continuam sendo realizados em datas comemorativas como no dia do índio.

Na aldeia Coatá, por exemplo, na festa do Dia do Índio, convidam todas as aldeias, pessoas de fora, realizam festa dançante, torneio, mas também apresentam a dança tradicional do *Rairu* (a dança do tatu). A vida religiosa nesta aldeia é bem diversificada, existem católicos, evangélicos, mas quando necessitam também buscam a ajuda do pajé, do benzedor, pois segundo relatos permanecem as crenças nos seres sobrenaturais (bichos do fundo), nos encantamentos por botos, no mau olhado e na panemice.

O cacique geral do Rio Canumã, que vive na aldeia Coatá, Sr. Manoel Cardoso Munduruku (abril de 2008) nos contou algumas crenças do povo de sua aldeia: “*quando o caçador sai para caçar tem que puxar o braço com tucupi e pimenta malagueta, deve ser puxado por uma criança, sai a panemice e endireita o braço [...]*”. Outra crença é no encantamento do boto: “*a mulher menstruada não deve descer para a beira por causa do bôto, pode dar dor de cabeça no homem e a mulher pode endoidar se o boto simpatizar com ela, ela pode correr para a água [...]*”.

Estivemos presente na festa do Dia do Índio na aldeia Laranjal a convite do cacique geral, mas não costumam convidar gente de fora (brancos) para assistir, é uma festa voltada mais para os próprios moradores das aldeias do Rio Mari-Mari, todas as aldeias são convidadas, inclusive algumas famílias de outras aldeias, ficam em casas provisórias feitas de palha, somente para este fim. Neste dia também realizam a dança tradicional do *Rairu* (dança do tatu) apresentam as danças tradicionais no terreiro e depois realizam a festa dançante no salão do centro social.

A dança do *Rairu* inicia-se com vários brincantes vestidos de forma tradicional, usando pinturas corporais e cocar na cabeça (Figura 9). São chamados os tocadores, (utilizando instrumentos como *gambá* e *caracachá*) e cantadores, que ficam em um canto do terreiro, tocando e cantando. Depois de algum tempo entoando o canto na língua Munduruku, aparece um homem vestido de tatu dançando ao centro do círculo. Depois entra a figura do pajé defumando a todos e a parteira tradicional. Todos dançam e repetem a mesma música várias vezes.

Ao conversar sobre a dança, o cacique geral do Rio Mari-Mari informou que há muito tempo, desde sua infância, ele lembra que já existia a dança do tatu. Depois de quase uma hora de apresentação ele chama a dança do Mapinguari, que é uma dança nova criada por alguns indígenas de outra aldeia. Na dança do Mapinguari apresentam-se os cantores, os tocadores e os dançantes, com a presença de um pajé. No decorrer da dança aparece o

Mapinguari que é um homem vestido de bicho, todo preto, dançando ao meio. Durante o dança também oferecem caçuma, uma bebida fermentada, aos brincantes.

Na aldeia Laranjal é muito forte a prática do catolicismo e são constantes as festas de santo: São João Batista (junho), que é o padroeiro da aldeia e as festas de Santa Maria (agosto) e Santa Luzia (dezembro). Ao chegar à aldeia em nossa segunda viagem, em junho de 2008, observamos que estavam fazendo os preparativos para a festa de São João Batista, enfeitando com bandeirinhas o terreiro e levantando os mastros.

Figura 9- Dança tradicional do Rairu



Fonte: Foto da autora, Aldeia Laranjal, abril de 2008.

Ao final da tarde assistimos a uma pequena procissão com o santo, e logo após o levantamento dos mastros lisos. Segundo um morador da aldeia, nesse ritual os donos da festa deveriam estar presentes.(Figura 10). Os donos da festa são os responsáveis por cada noite

pela organização da festa, aqueles que não compareceram na elevação do mastro, iam buscar amarrando-os em um laço vermelho no mastro liso. Existiam dois tipos de mastro, um com frutas penduradas, levantado no início da festa (16/06) e derrubado no final pelo juiz da festa (24/06) e os mastros lisos levantados pelos donos da festa, também chamados de mordomos. À noite ocorriam as novenas e após estas o bingo. Participamos de uma novena e observamos que eles rezavam em latim a novena a São João Batista. Observamos que essas manifestações religiosas através das festas de santo são comuns entre os caboclos do interior do Estado do Amazonas.

Figura 10- Procissão de São João Batista na aldeia Laranjal



Fonte: Foto da autora, aldeia Laranjal, junho de 2008

Apesar de não haver a figura do pajé nas duas aldeias citadas, fica evidente nas falas dos moradores, as crenças no poder deste curador. Quando aparecem problemas que é para o pajé resolver, buscam o pajé de outra aldeia. Relatam que procuram o pajé em caso de “*assombração de bicho, encosto e feitiço*”. Quando é quebrando e mau olhado procuram o

benzedor e em alguns casos procuram o pegador de osso, como “*rasgadura, carne entrilhada*”, para costurar. Apesar das mudanças no sistema religioso, as crenças arraigadas na mente dos indígenas vão sendo passadas de geração em geração, esta é uma forma de manutenção da tradição, do sistema tradicional de cura.

Quanto à cultura material apenas algumas famílias produzem artesanatos, vendidos em época de festa, outros produzem objetos de cerâmica, onde apenas algumas mulheres dominam esta prática, observamos alguns objetos de cerâmica na aldeia Caióé, como fogareiro, bacia de caiçuma e panela de barro (Figura 11). Em relação à cestaria, é comum a confecção de paneiros, peneiras e tipitis, mais para uso familiar nas casas de farinha.

Figura 11- Artesanatos de cerâmica feitos por Dona Iracema Cardoso



Fonte: Foto da autora, aldeia Caióé, junho de 2008

Como relatamos acima a vida religiosa dos Munduruku inclui tanto as crenças nos santos católicos como nos seres sobrenaturais, às vezes se fundindo ou se modificando ao longo dos anos, ambas são representadas através dos ritos. Na festa de santo tem o rito da procissão, da novena. Nas festas tradicionais a “Dança do *Rairu*” é um tipo de ritual que

expressa a relação do homem com os seres da natureza. Buscamos Durkheim (1989, p.67), para mostrar as categorias da vida religiosa, para o mesmo os fenômenos elementares da vida religiosa ordenam-se em duas categorias fundamentais: as crenças e os ritos, onde “as primeiras são estudos de opinião, consistem em representações; os segundos são modos de ação determinados.” Os rituais são as manifestações dessas crenças e no caso dos Munduruku são bem diversificados, incluindo aspectos de tradição e agrupando novas crenças.

Marcel Mauss traz a discussão sobre o perfil de agentes mágicos e a eficácia dos ritos, nas suas considerações sobre magia ele afirma “só se procura o mágico porque se crê nele, só se executa uma receita porque se confia” (1974, p.122). O autor destaca, ainda, que o poder do mágico vem a ser delegado pela própria sociedade: “Vimos de fato, que o mágico é designado pela sociedade, ou iniciado por um grupo restrito, ao qual a sociedade delegou o poder de criar mágicos” (1974, p. 126). A eficácia dos ritos, como no caso dos rituais do pajé, depende da crença de cada povo, não podemos julgar como verdadeiros ou falsos, os rituais são socialmente eficazes, mas também dependem do contexto da situação, ao longo dos anos eles podem ser modificados, mas não perdem sua estrutura que é baseada nos mitos.

Na perspectiva de Clifford Geertz, cultura é uma teia de significados, um sistema simbólico coletivo e está articulado a uma ação social. Ao falarmos dos rituais cabe aqui ressaltar que: “Num ritual, o mundo vivido e o mundo imaginado fundem-se sob a mediação de um único conjunto de formas simbólicas, tornando-se um mundo único...” (GEERTZ,1978, p. 82). Apesar de qualquer ritual religioso envolver essa fusão do ethos com a visão de mundo, o autor diz que: “são principalmente os rituais mais elaborados e geralmente mais públicos que modelam a consciência espiritual de um povo...” (1978, p.83).

A cultura não é estática, como um sistema de símbolos, está aberta à reinterpretações e novos significados. “A noção de tradição tem de ser repensada, ela não é a repetição habitual e automática de ações” (LANGDON, 2003, p.96). Segundo essa visão de cultura a tradição vai continuamente sendo recriada e agregando novos elementos que vão sendo incorporados. Os rituais indígenas são formas de manutenção da tradição, mas que continuamente vão agregando novos significados.

Os rituais indígenas, vistos como sistemas simbólicos, culturalmente construídos, não são apenas ações correspondentes ao imaginário ou ao mundo das idéias, mas são socialmente eficazes orientando e muitas vezes reorganizando as estruturas culturais de um povo, ou seja, estão relacionados à realidade e à história de cada povo.

1.2.5 Os processos de mudanças entre os Munduruku

Os Munduruku da T. I. Coatá-Laranjal possuem uma relação de contato com a sociedade nacional há mais de trezentos anos e esta relação tem se intensificado ainda mais nos últimos anos. Apesar de sofrerem muitas mudanças em sua estrutura e em sua cultura, podemos observar que o desenvolvimento de uma consciência étnica e cultural entre este povo vem se fortalecendo na atualidade.

Marshall Sahlins afirma que no século XX esse processo de autoconsciência cultural vem se formando notavelmente: “A autoconsciência cultural que vem se desenvolvendo entre as antigas vítimas do imperialismo é um dos fenômenos mais notáveis na história mundial no fim do século XX” (1993, p. 506). O autor defende a idéia de que independente do contato com outra cultura européia as diferenças culturais sempre existirão, pois a cultura é histórica e está sempre em transformação: “Noções reificadas das diferenças culturais, tal como encontradas em costumes e tradições distintos, podem existir e existiram independente da presença européia” (1993, p.507). Apesar do intenso contato com a sociedade envolvente, os Munduruku e os Sateré-Mawé desta região conseguem manter suas diferenças e se autoafirmarem.

Entre as mudanças que ocorreram na sociedade desse povo podemos dizer que hoje os Munduruku da T.I. Coatá-Laranjal estão cada vez mais desenvolvendo um processo de protagonismo de sua história. O posto da Funai existente nas aldeias do Coatá e Laranjal é dirigido por funcionários indígenas, além de atuarem também na sede que fica em Nova Olinda. Em relação à saúde também estão assumindo algumas funções, nos Polos base existentes em cada rio, trabalham AIS, AISAN, AIM e um AIS em cada aldeia, todos os funcionários pagos pelo governo. Ainda não existem enfermeiros, odontólogos e médicos indígenas nesta região, por falta de uma maior escolarização, mas sabemos que eles estão se preparando para entrar no ensino superior e muitos indígenas já estão cursando faculdades nas universidades públicas, principalmente depois das cotas específicas para indígenas.

Outra mudança diz respeito à educação, antes não havia escola nas aldeias e durante muito tempo só havia o ensino primário, levando muitos jovens a estudar nas cidades. Antes não havia professores indígenas e foi a partir da década de 90 que começaram a ser contratados depois do primeiro curso de formação de professores concluído em 2004. Hoje

aumentou o número de professores nas aldeias e além do ensino primário em quase todas as aldeias, existem duas escolas de 5ª à 8ª série nas aldeias Coatá e Laranjal, o que representa um grande avanço do movimento indígena pela educação, diminuindo a saída de jovens para as cidades. Atualmente o movimento indígena está lutando para intensificar nas áreas indígenas do Amazonas a implantação do ensino médio.

Os Munduruku da T.I. Coatá Laranjal, sofreram algumas mudanças quanto às formas de sustentabilidade, apesar de manterem ainda grande quantidade de caça, peixe, eles consomem muitos alimentos vindos da cidade. Como precisam hoje se vestir, comprar alimentos e outros produtos manufaturados possuem uma intensa relação com a cidade. Buscam novas formas de sustentabilidade e os principais produtos comercializados são a farinha, a castanha e o açaí. Para melhorar a qualidade dos produtos e organizar esta produção a UPIMS faz projetos para trazer financiamentos e técnicos para prestar orientação técnica nas aldeias.

Os Munduruku de hoje trouxeram para a aldeia novas tecnologias, meios de comunicação e transporte modernos. Principalmente nas aldeias de referência (Coatá e Laranjal) existe gerador de luz, telefone, televisão, DVD, computadores e outros objetos industrializados. Observou-se durante as entrevistas que eles vêem essa mudança de forma positiva, pois com essas novas tecnologias melhora-se a vida na aldeia e facilitam-se as ações, principalmente de saúde e de educação.

Mas percebemos nos relatos dos mais antigos, como o do cacique geral do Rio Canumã, Sr. Manoel Cardoso Munduruku, a saudade dos tempos anteriores:

Antigamente todos comiam juntos, a caça era dividida de família em família. Se reuniam no terreiro para capinar. Hoje tem máquina de capinar que a comunidade paga para fazer a limpeza... Antes tinham uma buzina de bambu que apitavam e todo mundo já sabia que era para se reunir. Hoje tem telefone e vão colocar até internet aqui na aldeia (Aldeia Coatá, maio, 2008).

Observamos que na organização sociopolítica dos Munduruku, além dos caciques (chefes das aldeias), existem nas aldeias funcionários do governo, jovens coordenadores de organizações, agentes de saúde, conselheiros de saúde, professores indígenas e novas lideranças que se articulam com o mundo externo, mas isto não é visto pelos moradores como um problema, pois apesar de ser evidente a diferenciação e a aquisição de novos bens dentro das aldeias por parte destes líderes e jovens mais instruídos, estes são vistos como agentes de

mudanças para beneficiar as aldeias e usam formas de ação coletivas. Segundo Barth os agentes de mudanças são:

os indivíduos que costumam ser chamados um tanto etnocentricamente de novas elites: aquelas pessoas que, nos grupos menos industrializados, têm maior contato com os bens e as organizações das sociedades industrializadas, bem como maior dependência dos mesmos (2000, p. 59).

Existem os agentes de mudanças entre os Munduruku, resultantes de todo um processo de contato com o mundo dos brancos, mas o poder hierárquico tradicional continua sendo mantido nas aldeias, as decisões mais importantes são discutidas coletivamente em reunião ou assembléia e tem que ter a aprovação do cacique geral, ou seja, apesar da ação desses agentes, a hierarquia continua em seus padrões tradicionais nas aldeias.

Segundo relatos orais a descendência entre os Munduruku é patrilinear, existem poucos casamentos de brancos com índio e de Munduruku com outras etnias. No caso do Rio Mari-Mari existem casamentos de Munduruku com Satere-Mawé por ter uma aldeia Sateré neste Rio, mas prevalecem os casamentos entre parentes da mesma etnia. Quando um branco casa com uma índia Munduruku e ele vem morar na aldeia, ele passa a ser reconhecido como indígena.

Não existe mais a casa-dos-homens, mas existem reuniões dos conselhos de saúde, de educação e outras associações, onde a participação maior é dos homens e pouco as mulheres participam apesar de já terem sua organização. As aldeias são autônomas, cada uma possui seu cacique, mas hierarquicamente estão subordinadas ao cacique geral, que tem um poder muito forte nesta região. A nova forma de organização política os levou a ter uma maior consciência social e étnica e a conquistar vários direitos tais como a demarcação de suas terras e uma educação e saúde diferenciada.

Apesar da intensificação do sistema ocidental de saúde dentro das aldeias, os Munduruku não desprezaram as práticas e os saberes tradicionais, o papel dos curadores tradicionais de saúde ainda têm muita importância nas aldeias. Nem todas as aldeias possuem pajé, mas em determinadas situações buscam os pajés de outras aldeias, para tirar feitiço, tirar panema, espantar os espíritos e encantamentos de boto e outros bichos do fundo e da mata. Apesar de uma grande quantidade de mulheres procurarem os hospitais para fazerem seus partos, a maioria ainda busca a parteira e quase todas as aldeias possuem parteiras tradicionais. Além destes curadores tradicionais existem os benzedores (rezam para tirar

quebrando e mau olhado) e os pegadores de osso (tratam casos de rasgadura e desmentidura) que são muito procurados em suas aldeias, além de um amplo conhecimento de ervas medicinais, do domínio de vários moradores mais antigos.

Uma das mudanças culturais importantes que vem preocupando principalmente as lideranças indígenas é a quase perda total da língua Munduruku. Nesta região poucos falam a língua de origem, apenas alguns mais velhos. Os Munduruku têm consciência hoje que a língua é uma das características distintivas que os diferencia e estão tentando fazer um trabalho de resgate da língua materna.

Alguns povos indígenas usam alguns sinais e signos para marcar sua diferença (sinais diacríticos), tais como a língua, pinturas corporais, artesanatos e outros, mas em muitos grupos essas características vão sendo transformadas e até não mais usadas, como as pinturas corporais entre os Munduruku. Barth afirma que é a fronteira ética que define o grupo e não o conteúdo cultural:

as características culturais que assinalam a fronteira podem mudar, assim como podem ser transformadas as características culturais dos membros e até mesmo alterada a forma de organização do grupo...apenas os fatores socialmente relevantes tornam-se relevantes para diagnosticar o pertencimento (2000, p.33).

Os Munduruku usaram estratégias políticas para manterem sua autonomia, lutando para manterem-se distintos e autônomos, ao mesmo tempo apropriando-se e incorporando novas formas da sociedade nacional de viver, dependendo das mercadorias e bens da mesma. Muitas relações com as agências externas no passado foram negativas, como a exploração de mão-de-obra indígena, a exploração da seringa e da castanha em suas terras e invasão de madeireiros, relatados no início do séc. XX. Hoje com suas terras demarcadas, não permitem a entrada de invasores e tudo que é tirado é para consumo ou para auto-sustentação das aldeias. A autonomia política conquistada pelos Munduruku baseia-se principalmente na posse da terra.

Diante do exposto o que podemos observar foi que apesar das mudanças socioculturais e ambientais trazidas pelo contato com a sociedade nacional, os Munduruku demonstram em seus relatos e práticas uma autoconsciência étnica, cultural e ambiental, lutando para manter alguns aspectos tradicionais, como os rituais e a organização política tradicional dos caciques, ao mesmo tempo agregando novos conhecimentos técnicos para melhorar a sustentabilidade nas aldeias. A dependência depois do contato interétnico índio/branco está voltada para a

satisfação de novas necessidades (bens manufaturados, alimentos, roupas...) que antes do contato inexistiam.

Compreender a situação de saúde/doença dos povos indígenas requer, pois essa reflexão sobre seu processo histórico e as mudanças socioculturais e ambientais, pois o perfil de saúde de um povo depende das suas condições de vida, modos de vida estabelecidos e do ambiente onde esse povo vive. No passado os Munduruku dependiam basicamente da agricultura, da caça, da pesca e da coleta para sua subsistência. Hoje com a intensificação do contato, mudaram nas aldeias os estilos de vida, os tipos de alimentação trazendo como consequência novas doenças (doenças emergentes) e algumas doenças reemergentes². As condições ambientais também mudaram trazendo consequências para a saúde e alterando no perfil de saúde dos Munduruku.

CAPÍTULO II

O CONTEXTO DA SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL E O PROCESSO SAÚDE/DOENÇA ENTRE OS MUNDURUKU

2.1 O contexto atual da saúde no Brasil e a política de atenção à saúde dos povos indígenas

Para discutirmos a relação da saúde humana com o ambiente e outros fatores socioculturais adotamos o conceito mais amplo de saúde, como resultante das condições de vida. Nesse conceito destaca-se a idéia de que a saúde é produzida socialmente e a promoção à saúde está relacionada a um conjunto de valores e condições de vida. As determinações da saúde passam pelas dimensões sociais, culturais, ambientais, econômicas e políticas. Na saúde indígena esses fatores determinantes são de suma importância para entender o processo saúde/doença dos povos indígenas, por se tratar de uma população considerada mais vulnerável aos agravos à saúde e por dependerem intrinsecamente do meio ambiente para viver. Essa concepção ampliada de saúde teve seus principais marcos na I Conferência Mundial de Promoção à Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em 1986, que visou sobretudo:

² Doenças reemergentes: seria decorrente do ressurgimento de conhecidas doenças após o declínio ou controle de sua incidência (Greco, 2001 apud Minayo, 2002, p. 37)

propor estratégias que incluíssem cuidados ambientais, busca de qualidade dos sistemas de suporte concretizados nos serviços de saúde, incentivos à iniciativa de responsabilidade pessoal na prevenção de agravos e promoção de comportamentos, atitudes e práticas saudáveis (MINAYO, 2002, p. 177).

A partir dessa I Conferência Mundial de Promoção à Saúde difundiram-se conceitos básicos de fortalecimento da saúde pública em torno do compromisso de saúde para todos. Nesta conferência ficou definido que:

[...] a promoção à saúde consiste em proporcionar aos povos os meios para melhorarem sua situação sanitária e exercer maior controle sobre a mesma [...]. As condições e requisitos para saúde são: a paz, a educação, a moradia, a alimentação, a renda, o ecossistema estável, a justiça social e a equidade. As estratégias-chave para promover a saúde incluem o estabelecimento de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis, fortalecimento de ações comunitárias, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde (MINAYO, 2004, p.157).

O enfoque da promoção à saúde está pautado em uma visão globalizante como resultado das condições de vida das pessoas, do meio ambiente onde vivem, bem como dos estilos de vida adotados por cada povo. Vale salientar que a promoção da saúde nesse sentido requer ação coordenada dos diferentes setores sociais, as ações do Estado em suas políticas intersetoriais, as ações da sociedade civil e do sistema de saúde especificamente.

A III Conferência Mundial de Promoção à Saúde, realizada na Suécia em 1991, também foi um marco importante, tendo como tema principal a *criação de ambientes saudáveis*, acontecendo um ano antes da Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, a Rio-92, colocando a discussão ambiental na agenda da saúde, abordando a interdependência entre os dois fatores (MINAYO, 2002, p. 157). Nesta conferência assuntos políticos e sociais foram tratados, além de discutir a falta de meios para garantir a autodeterminação dos povos e a degradação dos recursos naturais.

No Brasil, nos anos 80, em um contexto de crise econômica e de crise da Previdência Social, surge um movimento de múltiplos atores sociais, o Movimento da Reforma Sanitária, que tinha como proposta a democratização da saúde no Brasil e a implantação de um Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como princípio básico a saúde como direito de todos. Os princípios e diretrizes deste movimento foram sistematizados na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, sendo esta um marco no processo de

saúde do país. A partir desta Conferência, a saúde é definida como: “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, e o acesso e posse da terra e aos serviços básicos de saúde”, mostrando, portanto que a situação de saúde e doença de um povo depende do resultado das condições de vida, do meio ambiente onde ele vive e do acesso aos serviços de saúde.

O Relatório produzido pela VIII Conferência Nacional de Saúde serviu de referência e suas diretrizes foram incorporadas à Constituição Brasileira de 1988, que incluiu pela primeira vez uma seção sobre a saúde, no capítulo da seguridade social, artigo 194, composta pelo tripé: saúde, previdência e assistência social. Em seu artigo 196 a saúde passa a ser concebida como “direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem á redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Mas foi somente em 1990, no Governo Fernando Collor de Melo, que o Sistema Único de Saúde foi instituído e regulamentado através da Lei Orgânica de Saúde, composta pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90. A primeira dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços e a segunda normatiza a participação da comunidade na gestão do SUS e das transferências de recursos financeiros para a saúde. Foi neste contexto do movimento pela saúde como direito de todos e com a implantação do SUS que começam as discussões sobre a necessidade de uma atenção à saúde diferenciada aos povos indígenas no Brasil.

Com o início da colonização no Brasil e a introdução de novas doenças entre os povos indígenas, como a tuberculose, a varíola e o sarampo, até então desconhecidos para os mesmos, os indígenas começaram a ser assistidos inicialmente pelos missionários, depois dos descimentos para as missões religiosas ocorridos no século no XVIII na Amazônia.

Em 1910, foi criado o SPI, órgão vinculado ao Ministério da Agricultura, que se destinava a proteger os índios, procurando enquadrá-los progressivamente ao sistema produtivo nacional. A “assistência à saúde dos povos indígenas, no entanto continuou desorganizada e esporádica, não se instituiu qualquer forma de prestação de serviços sistemática, restringindo-se a ações emergenciais ou inseridas em processos de pacificação” (FUNASA, 2002, p.7). Segundo Darcy Ribeiro, na época do SPI, moléstias como a gripe, a pneumonia, a tuberculose e a coqueluche foram as maiores responsáveis pela alta mortalidade de vários grupos indígenas que mantinham relações pacíficas com os brancos desde a

fundação do SPI, além de epidemias de varíola e sarampo que provocaram verdadeiras dizimações (1996, p. 230-231).

O SPI foi extinto em 1967 e criou-se então a Funai, subordinada ao Ministério da Justiça. A mesma prestava assistência aos indígenas, através de Equipes Volantes de Saúde (EVS) que realizavam atendimentos esporádicos, prestando assistência médica e vacinando nas comunidades. Desde sua criação, a Funai ficou responsável pela assistência à saúde indígena no país. Após a crise financeira do Estado Brasileiro, pós-milagre econômico na década de 70, a Funai teve dificuldades em dar continuidade a organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas devido à grande diversidade e dispersão geográfica, aliada à carência de recursos humanos, financeiros e falta de estrutura básica para prestar serviços de saúde nas aldeias. Ester Jean Langdon avalia assim a Funai:

Com sua criação, em 1967, a Fundação Nacional do Índio (FUNAI) estabeleceu setores orientados a atender especificamente aos problemas de saúde existentes entre os índios. Lamentavelmente, o funcionamento destes serviços, seja por falta de recursos, ou por falta de preparo adequado dos atendentes, resultou em um sistema de serviços inadequado. A FUNAI estabeleceu postos de saúde dentro das áreas indígenas, visando atender as necessidades de saúde primária e este atendimento foi suplementado por equipes volantes de médicos que freqüentemente visitaram as áreas (LANGDON, 1999, p. 5).

No contexto do processo de discussão sobre a democratização da saúde no Brasil, em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde convocou a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, realizada em Brasília, onde foram definidas as diretrizes para um modelo nacional de assistência aos povos indígenas, integrado ao Sistema Nacional de Saúde. Em 1993 foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, esta define um modelo de assistência aos povos indígenas, baseado no modelo de Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI). Apesar das reivindicações das referidas conferências passaram-se treze anos desde a I Conferência até a implantação do Subsistema de Saúde Indígena.

É importante destacar que em 1991, através de um Decreto Presidencial, nº 23 foi transferido a responsabilidade da saúde indígena para o Ministério da Saúde, através da Fundação Nacional de Saúde. Neste mesmo ano foi criada, por meio de uma resolução do Conselho Nacional de Saúde, a Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI), tendo como principal função a assessoria nas questões da saúde indígena, momento este de muita importância para o movimento indígena que começou a ter voz no Conselho Nacional de

Saúde. Neste mesmo ano devido às muitas pressões ao Governo Federal, resultante da situação precária de saúde em que se encontravam os Yanomami (altos índices de mortalidade por malária e tuberculose) foi criado o primeiro Distrito Sanitário Indígena, chamado Distrito Sanitário Yanomami (DSY).

Em 1994 através de um novo Decreto Presidencial de nº 1.141/94, é devolvida a gestão da política de saúde indígena para a Funai. Neste mesmo ano por meio de uma resolução a CIS (Comissão Intersetorial de Saúde) é aprovado um modelo de Atenção Integral à Saúde do Índio, mas que divide as responsabilidades entre a Funasa e a Funai, a primeira responsável pela recuperação da saúde dos indígenas e a segunda responsável pelas ações de prevenção e controle de agravos tais como imunização, controle de endemias e formação dos agentes indígenas de saúde. O SUS já preconizava que o atendimento à saúde deveria ser integral e o princípio da equidade devia ser considerado, principalmente entre populações consideradas vulneráveis, como no caso dos povos indígenas. Mas isso ainda estava longe de acontecer, pois a assistência continuava tendo um caráter emergencial.

A falta de articulação entre ações preventivas e curativas trouxe muitos problemas para a saúde dos índios no Brasil. Segundo relatos dos indígenas que viveram este processo, os mesmos ficaram confusos sem saber a quem recorrer quando adoeciam. Até 1999 as duas instituições citadas acima dividiram a responsabilidade pela saúde indígena, muitas vezes realizando viagens conjuntas em casos de surtos epidemiológicos.

No estado do Amazonas, acompanhamos as ações de saúde indígena desde 1997, antes e depois do processo de implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas que começou em 1999. Até então as ações eram desenvolvidas através de viagens de imunização e controle de endemias, em casos emergenciais, como surtos de malária, diarreia, tuberculose e outros agravos, a Funasa acionava a Funai e algumas vezes dependendo da necessidade e da urgência solicitava o apoio da Aeronáutica e do Exército. Os AIS nesta época já existiam e trabalhavam como voluntários, a Funasa apoiava na formação dos mesmos juntamente com as

Organiza

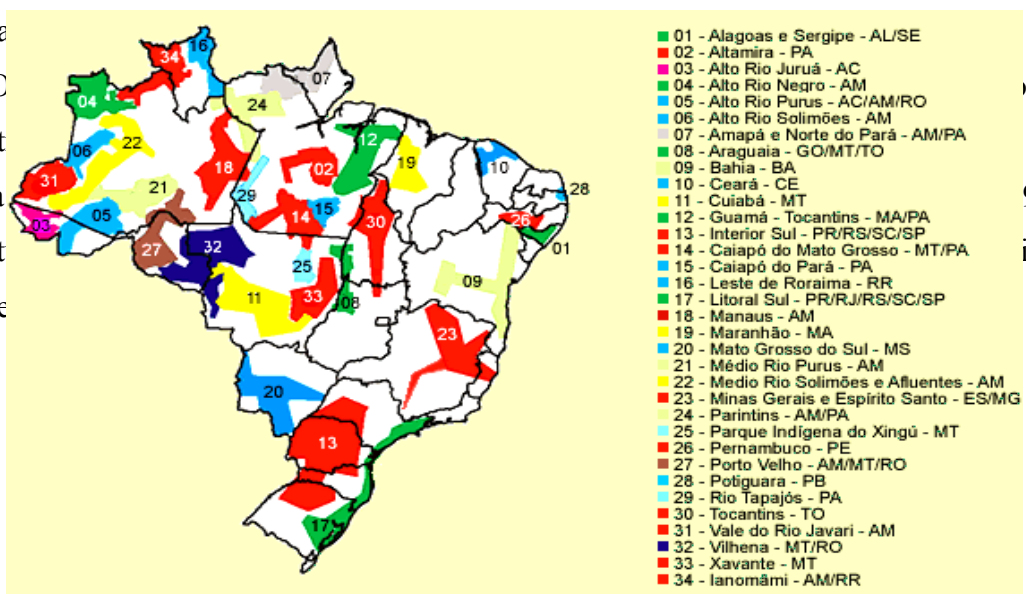
C

1999, at

indígena

foi insti

Único de



esto de

saúde

9.836,

istema

Fonte: FUNASA

Fonte: FUNASA, 2002

Foram implantados no mesmo ano em todo o país 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Figura 12), entre estes, sete foram implantados no Estado do Amazonas, sendo o estado com maior número de Distritos. No Estado do Amazonas houve um amplo processo de discussão iniciado em março de 1999, com o I Encontro Regional para implantação dos DSEI, realizado em Manaus, participaram este evento: representantes das organizações governamentais envolvidas (FUNASA, FUNAI, FIOCRUZ, SUSAM, SEDUC, UFAM e etc.), Organizações Não-governamentais indígenas e não indígenas (COIAB, CIM, CIMI, e outras) e lideranças, tuxauas, professores e agentes indígenas de saúde provenientes de todas as sub-regiões ou calhas de rio, como eram chamadas as localidades onde existia atendimento aos indígenas. Este encontro teve como objetivos principais: “Discutir a proposta de organização e implantação dos DSEI; levantar o diagnóstico situacional por Distrito; avaliar a utilização dos serviços de saúde existentes e definir estratégias e ações prioritárias para implantação dos DSEI” (MENDONÇA, 2000, p. 21).

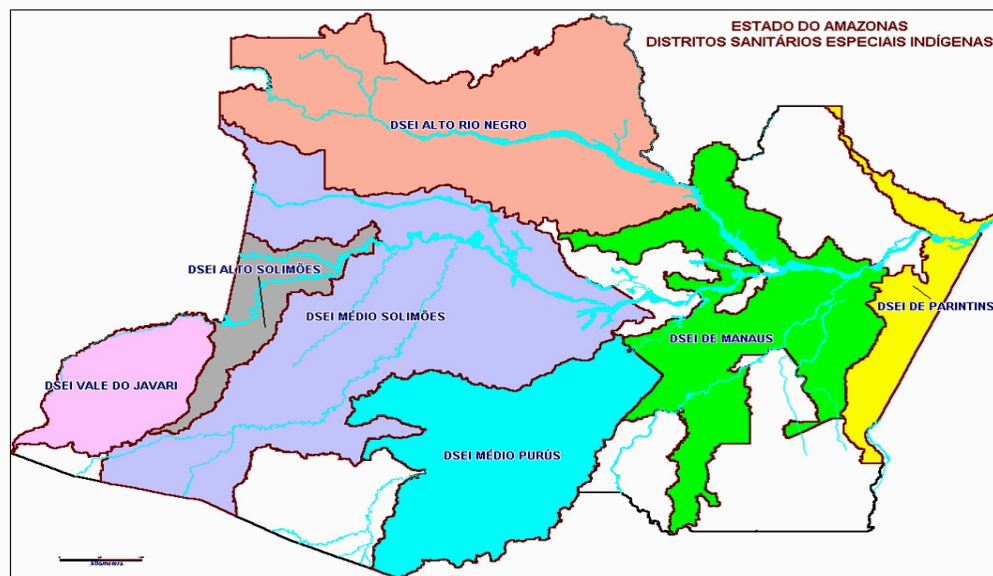
Após esse primeiro encontro foram definidos no Estado do Amazonas seis Distritos Sanitários Especiais Indígenas: Médio Solimões e Afluentes, Alto Rio Solimões, Vale do Javari, Médio Rio Purus, Manaus e Alto Rio Negro. O DSEI Parintins surgiu depois de uma nova discussão, foi o último a ser criado (Figura 13). Foram realizados durante esse ano (1999) sete encontros distritais por área Distrital, com ampla participação indígena, onde também foi definida a delimitação geográfica e populacional de cada DSEI e as referências e contra-referências para os atendimentos de saúde de acordo com o nível de complexidade dos problemas. Até 2000 todos os DSEI do Amazonas estavam implantados (MENDONÇA, 2000, p.).

Vale destacar que a Funasa no Estado do Amazonas, neste momento da implantação dos DSEI optou pela terceirização dos serviços de saúde, fazendo convênios com ONG'S, em sua maioria indígenas. Luíza Garnelo (2003, p. 236), ao avaliar o processo de distritalização descreve assim esse momento:

Na saúde indígena, por sua vez, as ações tem sido integralmente terceirizadas, mantendo-se a responsabilidade de gestão no órgão de governo, ao qual caberia normatizar, acompanhar e avaliar os serviços prestados pelas entidades executoras.

Ao se referir a terceirização integral a autora estava se referindo aos recursos para contratação de recursos humanos, insumos, equipamentos e infra-estrutura física que neste primeiro momento da distritalização eram repassados às ONG'S que executava as ações sob a fiscalização da Funasa.

Figura 13 -Mapa dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas do Estado do Amazonas



Fonte: FUNASA, CORE-AM

Outros pesquisadores analisam o processo de distritalização indígena, como Renato Athias e Marina Machado (2001, p. 3) avaliam o processo de implantação dos DSEI no Brasil, reconhecendo que houve um amplo processo participativo e que o processo de distritalização, teria sua organização de forma diferenciada em cada região:

Os Distritos que estão sendo implantados em todo o Brasil contemplam as características peculiares de cada área indígena e estão sendo concebidos dentro de um processo de discussão que envolve vários atores sociais, tais como: as organizações indígenas, os profissionais de saúde, as ONGs, as universidades e órgãos federais como a FUNASA e a Fundação Nacional do Índio (FUNAI). De um lado, esta pluralidade é importante e necessária, pois reflete as características de cada área. No entanto, dadas as diversas formas de contato das populações indígenas com a sociedade envolvente e, em consequência, os diferentes estágios de organização política frente a esta mesma sociedade, o processo de distritalização nas áreas indígenas tende a desenvolver-se de forma variada de uma região para outra.

Esse processo inicial de implantação dos DSEI teve vários avanços diante da realidade precária em que se encontrava a situação do atendimento à saúde dos povos indígenas no Brasil. Houve organização dos serviços, estruturação de pólos-base e postos de saúde, compra de equipamentos, de meios de transporte e de comunicação, contratação de equipes de saúde para permanecerem em área indígena e o processo de participação social indígena avançou bastante com a formação e a organização dos conselhos locais e distritais de saúde, processo este que acompanhamos desde o início da implantação dos DSEI no Amazonas.

Após os dois primeiros anos de implantação e organização dos DSEI realizou-se em 2001, a III Conferência Nacional de Saúde Indígena, em Luziânia/Goiânia. Acompanhamos este momento e houve ampla participação indígena de todas as regiões do Brasil, a mesma teve como objetivo principal a avaliação do Subsistema de saúde indígena. Nesta Conferência ficou definido que a gestão da indígena deveria permanecer sob a responsabilidade do Ministério da Saúde/Funasa. A conferência reforça e avalia o modelo de Distrito Sanitário Especial Indígena existente e defende a autonomia dos DSEI como unidade gestora.

Após cinco anos de implantação dos DSEI, depois de várias avaliações, a Funasa verificou que havia muitos problemas em relação às prestações de contas e aos serviços prestados pelas ONG'S, principalmente aqui no Amazonas, quando em 2004 a partir da Portaria nº 70/2004 do Ministério da Saúde, foram aprovadas as Diretrizes da Gestão da Política de Atenção à Saúde Indígena e a Funasa passa a ser então responsável pela execução direta das ações de saúde indígena (Art.3º) cabendo aos Estados, Municípios e Instituições Governamentais e Não Governamentais atuarem de forma complementar (Art.8º). Situação que na realidade do Amazonas só começou a mudar em 2005, quando as ONG'S começaram

a encerrar os seus convênios globais e a maioria saiu deste processo. Desde 2005 a Funasa fez novos convênios, mas, desta vez apenas para contratação de recursos humanos.

Outro marco importante na história da Política da Saúde Indígena no Brasil, foi a realização, em março de 2006, da IV Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada em Rio Quente/Goiás, que contou com cerca de 1.200 participantes, sendo 800 delegados, a maioria indígena. Esta Conferência teve como principal propósito a avaliação do processo de Distrito Sanitário Especial Indígena, tendo como propostas manter o Ministério da Saúde/Funasa responsável pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, assumindo a execução direta das ações; reforçando que os DSEI devem ser unidades gestoras com autonomia política, financeira e técnico-administrativa. Participamos desse processo das conferências indígenas e observamos que a participação indígena foi intensa e efetiva, inclusive cada DSEI realizou as etapas anteriores, as Conferências Locais e as Conferências Distritais de Saúde Indígena.

É importante destacar que o financiamento da saúde indígena tem múltiplas fontes, o recurso vem diretamente do orçamento da Funasa e do Ministério da Saúde, podendo ser complementado por outros órgãos. A execução das ações de assistência à saúde indígena é realizada através da execução direta da Funasa e também dos convênios com as Organizações Governamentais, Não-Governamentais, mediante aprovação dos Conselhos Distritais. Além dos convênios é repassado um recurso fundo a fundo da Secretaria de Atenção à Saúde/MS para os Municípios, chamado Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas (IAB-PI), estabelecido atualmente na Portaria nº 2656 de 2007, que destina-se aos Municípios cadastrados que possuem população indígena, para ofertar consultas e serviços de atenção básica, incluindo a contratação de equipes de saúde para atender em áreas indígenas. Outro Incentivo estabelecido na referida Portaria, é o Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI), repassado diretamente aos Hospitais de Referência cadastrados que atendem aos povos indígenas e destina-se à implementação qualitativa e equânime da assistência ambulatorial, hospitalar, apoio diagnóstico e terapêutico à população indígena

Essas várias formas de financiamento da saúde indígena acaba deixando os indígenas um tanto confusos, dependendo do tipo de problema eles recorrem às vezes à prefeitura, outras vezes à Funasa e quanto se trata de contratação de pessoas procuram as ONG'S. Os Munduruku com os quais trabalhamos reclamam muito a respeito dessa divisão de responsabilidades e mostram estar insatisfeitos com esta forma em que vem sendo repassado os recursos para a saúde indígena, pois eles falam nas reuniões que às vezes não sabem mais a quem cobrar de fato.

A saúde indígena atualmente está passando por um momento de transição e discussão do modelo de atenção, pois depois de dez anos de funcionamento do subsistema de saúde indígena, muitos problemas relacionados à gestão, infra-estrutura e organização dos serviços estão ocorrendo na saúde indígena. Participamos em junho de 2009, de uma Oficina Regional realizada em Manaus, organizada pelo Ministério da Saúde, onde se discutiu a autonomia e reorganização dos DSEI e como deve ser sua nova estrutura. Neste evento as lideranças indígenas teceram várias críticas tais como: capacidade gerencial da Funasa, insuficiência de infra-estrutura e equipamentos nas aldeias para prestação dos serviços de saúde, precárias condições de trabalho em áreas indígenas, descontinuidades do processo de capacitação dos AIS e conselheiros, SIASI ineficiente, falta de acompanhamento ao repasse de recursos para as agências conveniadas e para as prefeituras e outros problemas que estão levando o movimento indígena a solicitar a criação de uma Secretaria Especial Indígena ligada diretamente ao Ministério da Saúde.

2.2. Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas

Adotamos a concepção de Distrito Sanitário como processo social de mudanças das práticas sanitárias. O propósito fundamental deste processo é a transformação das práticas sanitárias para se obter impacto sobre a situação de saúde da população. Nesse sentido o processo de implantação dos DSEI, não é apenas a delimitação de um espaço geográfico e populacional onde os serviços de saúde são organizados, mas é um processo criativo, contínuo e conflitivo. Pois a população indígena possui uma ampla diversidade étnica, cultural, social, política e com perfis epidemiológicos diferentes, por isso os Distritos são diferentes, e deve considerar os conflitos existentes em cada região.

É neste sentido, que a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas aprovada pela Portaria do Ministério da Saúde de nº 254, de 2002, tem como finalidade garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, considerando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de cada povo, respeitando sua medicina tradicional e sua cultura.

Esta política define o conceito de Distrito Sanitário como modelo de organização de serviços de saúde, orientado para um determinado espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, político e administrativo bem delimitado que contemple um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas de saúde e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação de assistência aos povos indígenas e com controle social (FUNASA, 2002, p.13).

De acordo com a política de atenção à saúde indígena, cada DSEI deve organizar uma rede de serviços de atenção básica dentro das áreas indígenas, de forma integrada e hierarquizada com complexidade crescente, ou seja, desde o atendimento de atenção básica na aldeia até o atendimento mais complexo de média e alta complexidade, articulado com a Rede do SUS. A Funasa tem como prioridade a atenção básica nas aldeias e conta com o apoio dos Municípios e do Estado para os serviços de maior complexidade. Hoje, embora tudo isso esteja estabelecido em lei, a assistência à saúde indígena ainda não está funcionando como foi preconizada, um dos entraves tem sido quando o indígena chega na rede do SUS, onde ele vai passar por uma longa fila de espera e as especificidades no caso das internações hospitalares também deixam muito a desejar.

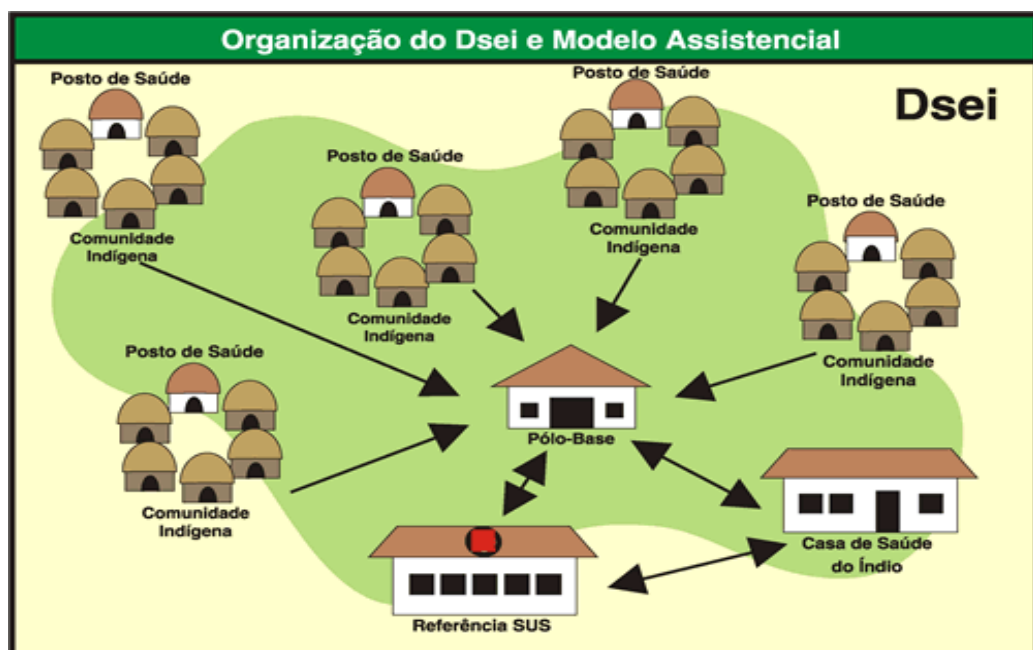
Nas aldeias é previsto atuarem as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem, técnicos de laboratório, AIS, AIM e AISAN e outros técnicos se necessário tais como: assistente social, antropólogo, educador e outros. No Estado do Amazonas a dificuldade maior tem sido a contratação de médicos para atender nas aldeias, pois além dos salários baixos é difícil encontrar este profissional com disponibilidade para atuar em área indígena.

Em cada Polo base é previsto haver uma equipe completa para atender sistematicamente com permanência em área indígena, mas existe uma carência de médicos para atender em área indígena. Outra dificuldade tem sido a rotatividade de profissionais, principalmente no DSEI Manaus que tem mudado constantemente de gerência e de ONG conveniada, dificultando a continuidade das ações em área indígena. Nos Pólos da T.I. Coatá Laranjal, o fato de trocar constantemente de profissionais, principalmente de enfermeiros, os elos de proximidade e familiaridade necessários para estabelecer a confiança entre os profissionais de saúde e usuários são sempre quebrados.

Nas aldeias são desenvolvidos os programas de atenção básica, onde os principais programas estabelecidos nos Planos Distritais são: imunização; saúde da mulher e da criança; vigilância nutricional; prevenção e controle das DST/HIV e Aids; controle da tuberculose e hanseníase; saúde bucal; controle da malária e leishmaniose; controle da hipertensão e diabetes *mellitus*; assistência farmacêutica e outras ações como saneamento básico. Verificamos que há EMSI atuando em todos os Polos base do DSEI Manaus, mas os profissionais de saúde reclamam da falta de estrutura e condições para desenvolverem as ações de saúde, tais como falta de transporte fluvial e radiofonias além da insuficiência de combustível e medicamentos.

A Política de Saúde Indígena estabelece um modelo de organização dos serviços de saúde (Figura 14), onde o Polo base é a primeira referência para os AIS que atuam nas aldeias, são unidades básicas de saúde e podem estar situados nas aldeias ou Municípios de Referência. A maioria dos problemas deve ser resolvida nesse local, onde as equipes de saúde além de atender nos Polos deveriam percorrer as aldeias para desenvolver os programas de atenção básica. Em cada aldeia é previsto ter um AIS, mas depende também do tamanho da população de cada aldeia e do acesso, suas atividades devem ser voltadas mais para a prevenção das doenças, através das visitas domiciliares e palestras educativas. No DSEI Manaus e mais especificamente nos Polos base Coatá e Laranjal, além do AIS em cada aldeia, existem AISAN, um em cada Polo e AIM, que são dois em cada Polo para percorrer as aldeias.

Figura 14 – Fluxo de Organização dos Serviços do DSEI e Modelo assistencial



Fonte: FUNASA, 2002

Uma das principais dificuldades apontadas pelas lideranças indígenas nas reuniões dos Conselhos Locais de Saúde Indígena e dos CONDISI tem sido quanto ao processo de formação dos AIS, pois estava previsto pela Funasa desde a implantação dos DSEI a realização de seis módulos de formação (etapas), mas esse processo não teve mais continuidade na maioria dos DSEI do Amazonas. Nos últimos anos verificou-se uma rotatividade muito grande de profissionais e a falta de preparação dos mesmos para atuarem em contexto intercultural como era previsto no início da distritalização. Quando começou a implantação dos DSEI, eram realizados vários cursos, chamados introdutórios, previstos antes das equipes entrarem em área indígena, de acordo com relatos dos profissionais as capacitações não tem ocorrido mais.

Os problemas de saúde que não são resolvidos na instância das aldeias e Polos base são encaminhados para a rede de serviços do SUS de acordo com a realidade de cada DSEI. No caso do Amazonas, primeiramente encaminham-se os pacientes para os Municípios de referência mais próximos, estes não resolvendo são encaminhados para Manaus, onde estão os serviços de média e alta complexidade. Esses pacientes encaminhados recebem apoio da Casa de Saúde Indígena (CASAI), localizadas geralmente nos Municípios de Referência de cada DSEI, essas Casas devem: receber, alojar e alimentar pacientes e acompanhantes encaminhados; prestar assistência de enfermagem 24 horas por dia; marcar consultas, exames e internações nos hospitais e providenciar o retorno do paciente à sua aldeia com as informações sobre a sua situação.

A CASAI está localizada na estrada AM-010 Km 25, que liga Manaus à Itacoatiara, presta apoio aos pacientes referenciados dos sete Distritos Sanitários do Estado do Amazonas, além de ser referência de atendimento para ao Estados de Roraima, Acre e Rondônia utilizando os serviços oferecidos pela rede do SUS. Quando os problemas não são resolvidos em Manaus, encaminham-se os pacientes indígenas para outros estados, cabe à Funasa acompanhar todo o processo de tratamento dos pacientes indígenas em articulação com o SUS.

Nas reuniões dos conselhos distritais e locais que participamos, são muitas as reclamações dos indígenas em relação à CASAI tais como: problemas de estrutura física; alojamentos inadequados e quentes; problemas alimentares e inexistência de alimentação diferenciada; demora na realização das consultas com os médicos especialistas, dos exames e

outros procedimentos na rede do SUS. Além de não terem no ambiente interno da CASAI, onde permanecem semanas e às vezes até meses, atividades sócio-educativas e ocupacionais, ficando muito ociosos neste local, para eles é um sofrimento ficar muito tempo fora da aldeia e do seu ambiente social. Nas visitas que fizemos à CASAI, os usuários relatavam sentir falta da família, da natureza, tomar banho no rio, caçar, pescar enfim do ambiente onde viviam, totalmente diferente das rotinas e regras de uma Casa de Saúde.

A promoção de ambientes saudáveis é uma das ações estabelecidas pela política de saúde indígena que incentiva a promoção da saúde. Não basta apenas prevenir e cuidar, mas faz-se necessário promover ações que propiciam melhorias na qualidade de vida e de saúde da população tais como a construção de poços artesianos, o controle da qualidade da água, a construção de sanitários, local adequado para o destino final do lixo nas comunidades, o cultivo de plantas medicinais, enfim são ações que requerem articulações interinstitucionais e intersetoriais e a participação dos indígenas no estabelecimento das mesmas, pois a promoção da saúde visa ações setoriais das instituições, do Estado e da sociedade civil.

O controle social indígena é de suma importância neste processo. Verificamos que o controle social tem se fortalecido nos DSEI do Estado do Amazonas, temos participado ao longo destes dez anos das capacitações de conselheiros, do processo de organização dos conselhos e conferências, bem como das reuniões de alguns conselhos distritais e locais e temos percebido que a participação indígena é bem ativa, embora nos últimos anos tenha faltado mais apoio ao processo de capacitação dos conselheiros, as reuniões dos Conselhos locais e distritais vêm ocorrendo, mas não sistematicamente. Observamos por exemplo, entre os Munduruku nas duas reuniões que participamos que as reivindicações se repetem porque a maioria dos problemas continua sem solução.

As deliberações dos Conselhos não são resolvidas em sua maioria e muitas vezes não são levadas a sério pelas instituições responsáveis, causando revolta entre os indígenas que acabam em algumas situações tomando atitudes mais agressivas como ocupações e invasões das instituições. A participação indígena se realiza de maneira formal principalmente através dos Conselhos Locais e Distritais de Saúde, das Conferências de Saúde, dos Fóruns de Saúde e através de representação indígena nos Conselhos Municipais, Estaduais e Conselho Nacional de Saúde. Foi Criado recentemente o Fórum de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena, onde se reúnem periodicamente os presidentes desses conselhos de todo o Brasil.

A atenção diferenciada e o respeito às especificidades culturais é outra questão que merece atenção, pois embora esteja estabelecida na política de atenção à saúde indígena, na

prática observamos que não existe uma preocupação por parte da Funasa no Amazonas principalmente em incentivar e preparar os profissionais de saúde para fazerem a articulação entre o sistema biomédico e o sistema tradicional, pois não basta apenas respeitar, mas há necessidade de incorporar as práticas de cura e os cuidados tradicionais de saúde indígena no subsistema de saúde indígena.

2.3 A situação da saúde indígena no Brasil e no Estado do Amazonas

Estudos epidemiológicos recentes sobre os povos indígenas no Brasil, apontam um quadro de saúde bastante dinâmico e complexo relacionado diretamente a processos históricos de mudanças sociais, culturais, econômicas e ambientais. A interferência do homem no meio ambiente, as precárias condições de saneamento, o esgotamento dos recursos naturais, as mudanças nos hábitos alimentares e a introdução de produtos industrializados são alguns fatores que podem estar influenciando no processo saúde-doença dos povos indígenas, somados às dificuldades e limitações no acesso aos serviços de saúde. É nesse sentido que nos respaldamos numa visão ecossistêmica da saúde, na perspectiva de Minayo (2002, p.174): “o modelo ecossistêmico une três reflexões simultâneas a de saúde e a de ambiente tendo, como processo mediador, as análises das condições e estilos de vida de grupos populacionais específicos”.

Os povos indígenas vivem hoje em vários estágios de contato com a população nacional. A antropóloga Jean Langdon (1999, p. 4), observa em seus estudos que os grupos de contato constante sofrem de uma situação sanitária que caracteriza os grupos pobres em geral: altas incidências de desnutrição, tuberculose, problemas de saúde bucal, parasitoses e alta mortalidade infantil. O processo de saúde e doença entre os povos indígenas está diretamente relacionado ao processo histórico e às mudanças socioculturais e ambientais vivenciadas pelos mesmos, pois muitos passaram por intensas mudanças em sua estrutura social e outros permanecem em situação de pouco contato ou isolados.

Mesmo depois de dez anos da implantação dos DSEI, o quadro epidemiológico dos povos indígenas no Brasil nos últimos anos, segundo dados da Funasa, apontam que as condições de saúde dos povos indígenas continuam precárias. No Amazonas, apesar da implantação de um novo modelo de assistência à saúde das populações indígenas, através dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas desde 1999, as condições sanitárias da população

indígena que vive neste estado não são satisfatórias. Na maioria dos DSEI do Amazonas as taxas de mortalidade infantil continuam altas. Doenças como a malária continuam com Índice Parasitário Anual (IPA) crescente no Amazonas (FUNASA, 2003-2005). Ainda morrem crianças indígenas por diarreia, infecções respiratórias agudas e desnutrição como tem sido divulgado nos últimos anos.

A avaliação do estado de saúde de um povo ou de uma sociedade, segundo os epidemiologistas é geralmente feita por indicadores socioeconômicos, ambientais, demográficos e epidemiológicos. Segundo Medronho (2003, p. 40), entre os indicadores de saúde de uma população a taxa de mortalidade infantil é considerada uma das mais sensíveis à sua situação de saúde e condição social, por ser um grupo populacional bastante vulnerável. Os indicadores demográficos tais como: taxa de natalidade e de fecundidade são importantes também para avaliar o perfil de saúde e a qualidade de vida de um povo.

Ao avaliar a demografia dos povos indígenas no Brasil, Santos e Coimbra Jr. (2003, p.14-15) apontam que:

a situação demográfica dos povos indígenas na atualidade está estreitamente relacionada com os amplos impactos causados pela interação com a sociedade nacional, cuja profundidade temporal se estende até a chegada dos colonizadores europeus (séc.XVI).

Até a década de 1970 os prognósticos eram sombrios em relação ao futuro dos povos indígenas. A partir da década de 80 e mais especificamente na década de 1990, os estudos apontam que as populações indígenas no Brasil vêm crescendo, afastando a hipótese do desaparecimento dos índios e as previsões de declínio apontadas por Darcy Ribeiro (1957).

Heloísa Pagliaro (2005, p. 79) constata em seus estudos que “alguns povos indígenas tem crescido, em média, 3 à 5% ao ano, nos últimos decênios [...]”. Segundo a referida autora, entre os fatores que explicam o crescimento demográfico observado:

[...] destacam-se o aumento da capacidade de resistência dessas populações às agressões dos agentes infecciosos, com a menor ocorrência de epidemias; a contribuição de ações de saúde voltadas para as populações em áreas de contato antigo; e a organização dos povos indígenas em instituições que agem em sua própria defesa (2005, p.79).

Como exemplo de crescimento demográfico, podemos citar o caso dos Kaiabi do Xingu, em 1970 havia 204 Kaiabi no Parque Indígena do Xingu (PIX) e em 1999 somavam 758 indivíduos, “o crescimento médio anual da população no período de 1970-1999 foi de 4,5% ao ano. A imigração foi irrelevante ao longo desses trinta anos [...]” (PAGLIARO, 2005, p. 82). Outro exemplo de crescimento demográfico são os Xavantes de Pimentel Barbosa-Mato Grosso, que apesar da crise demográfica entre os idos da década de 40 até a década de 60, “a partir da década de 70 decresceu a mortalidade e aumentou a fecundidade, e a população iniciou um período de rápido crescimento” (SANTOS, FLOWERS e COIMBRA JR, 2005, p. 74).

Apesar da mudança no quadro demográfico dos povos indígenas no Brasil, existem problemas quanto à qualidade dos indicadores demográficos como taxa de natalidade, de mortalidade, de fecundidade, que são de suma importância para entender essa dinâmica demográfica. É importante entendermos também quais os fatores que estão desencadeando essas mudanças na demografia dos povos indígenas. Além da queda da mortalidade infantil e o aumento da natalidade entre os povos indígenas no Brasil, a inclusão da categoria indígena nos censos demográficos de 1991 e 2000 pode ter sido um dos fatores que desencadearam essa mudança. Vale ressaltar que os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) incluem os indígenas aldeados e os que vivem nas áreas urbanas, assim muitos problemas como, dupla contagem dos índios nas cidades e nas terras indígenas e mobilidade constante de algumas etnias podem ter influenciado no levantamento do IBGE.

Os censos demográficos do IBGE indicam que em 1991, 294 mil pessoas se declararam indígenas, enquanto que em 2000 o montante foi de 734 mil pessoas, crescimento expressivo de números de pessoas que se autodeclararam indígenas (PEREIRA e AZEVEDO, 2005, p. 156). As razões que explicam esse notável incremento merecem várias análises e podem estar ligadas à vários fatores tais como aumento real da população indígena, aumento de índios urbanizados que optaram por declarar-se indígenas e assim por diante.

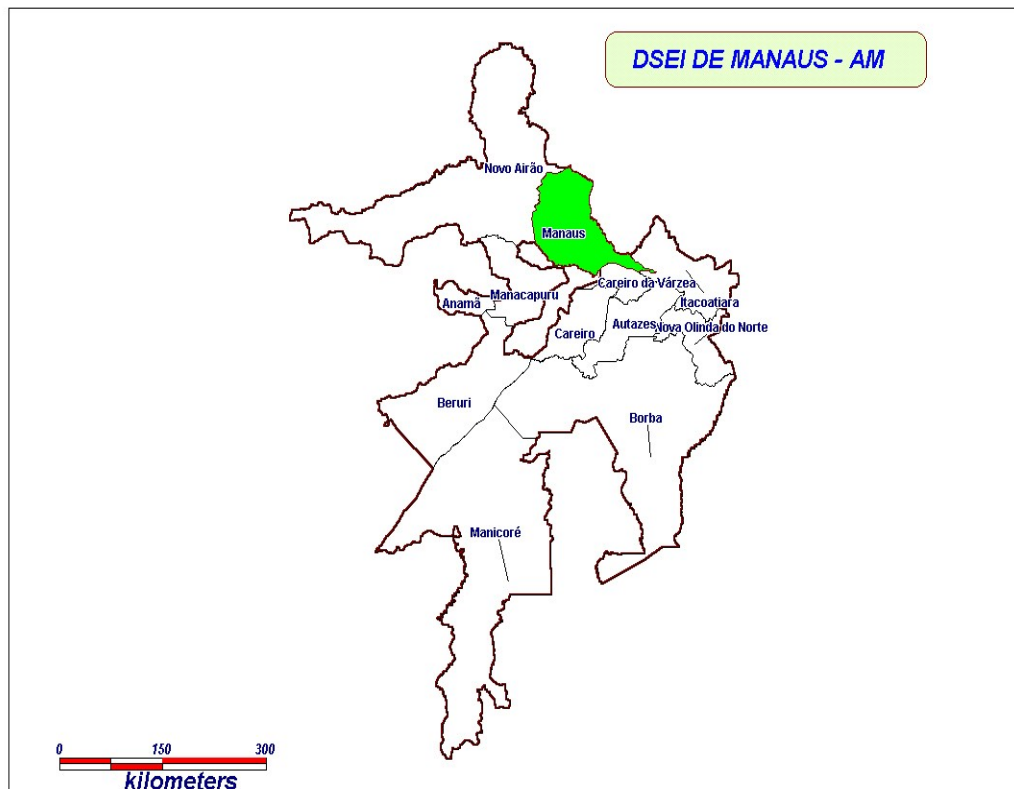
Segundo a Funai, vivem hoje no Brasil cerca de 460 mil índios, distribuídos entre 215 sociedades indígenas, que perfazem cerca de 0,25% da população brasileira. Cabe esclarecer que este dado populacional considera tão-somente os indígenas que vivem em aldeias. São 215 sociedades indígenas e cerca de 55 grupos de índios isolados, sobre os quais ainda não há informações objetivas e pelo menos 180 línguas são faladas pelos membros destas sociedades. Cabe ressaltar que não consta o ano da fonte desses dados no site da Funai (FUNAI, 2009).

Até 1999 a avaliação do estado de saúde dos povos indígenas era dificultada pela carência e dispersão de dados epidemiológicos entre as instituições (Funai e Funasa). Com a implantação dos DSEI e do Sistema de Informação em Saúde Indígena (SIASI) passou-se a ter maiores informações disponíveis para avaliação do perfil de saúde dos povos indígenas. Apesar de ser um avanço, o SIASI ainda apresenta deficiências, percebemos que mesmo após vários anos de sua implantação existem problemas na sua operacionalização e no resultado das informações, mas hoje com esse sistema de informação é possível termos dados sistemáticos para avaliar o perfil de saúde dos povos indígenas no Brasil e fazer um maior acompanhamento.

Os dados que estamos utilizando neste estudo abrangem somente os indígenas aldeados e são baseados nas informações do SIASI, nos relatórios de gestão da FUNASA/CORE-AM, nas informações dadas pelas equipes locais de saúde e mais especificamente baseada nas informações dos indígenas. A Funasa estimava quando iniciou o processo de implantação do subsistema de saúde indígena uma população indígena de cerca de 370 mil indígenas, com cerca de 210 povos falantes de mais de 170 línguas identificadas (FUNASA, 2002). Em 2007, o SIASI somava uma população de cerca de 530 mil indivíduos, distribuídos em aproximadamente 4.095 aldeias, organizados em 118.915 famílias (SIASI/FUNASA/2007). Percebemos diante dessas informações um acréscimo populacional de 160 mil indígenas em menos de 05 anos, que pode estar relacionado a um aumento real da população, à diminuição da mortalidade infantil e ao cadastramento de novas aldeias em todo o país.

O DSEI Manaus possuía em 2007, uma população indígena de 17.056 indígenas, distribuído em 175 aldeias, composto por 19 Municípios em sua área de abrangência e 14 Polos base (SIASI local/Funasa), vale lembrar que quando o referido DSEI foi criado em 1999, abrangia apenas 11 Municípios, conforme a figura abaixo. Destacamos o DSEI Manaus por ser o Distrito ao qual pertencem os Munduruku da T. I Coatá-Laranjal, neste mesmo ano os Munduruku somavam aproximadamente 2.913 pessoas, representando 17,08 % da população indígena do referido DSEI.

Figura 15- Mapa do DSEI Manaus



Fonte: FUNASA/2000

No DSEI Manaus-AM, observamos além de problemas de infra-estrutura para operacionalizar o SIASI nos pólos, a falta de uma normatização maior quanto ao envio das informações mensais dos Polos para a sede do DSEI. Verificamos a necessidade de ter na sede do referido DSEI profissionais qualificados para monitorar e avaliar os dados, pois a importância das informações em saúde seria exatamente para o replanejamento e a intensificação das ações se necessário. A vigilância em saúde depende do monitoramento e da avaliação das informações. Observamos que nos Polos base Coatá e Laranjal, o Sistema de Informação Local possui muitas deficiências, além da falta de equipamentos, falta também uma rotina no envio dos impressos dos Polos para a sede em Nova Olinda e o monitoramento dessas informações.

No Estado do Amazonas, tomamos como referência para análise demográfica e epidemiológica os dados de 2006 e 2007, por não estarem concluídos os dados de 2008 dos DSEI. Verificamos nos anos referidos houve um acréscimo populacional em 90% dos DSEI, apenas o DSEI Vale do Javari apresentou declínio em sua população que pode estar relacionado à alta mortalidade apresentada neste DSEI, e problemas de descontinuidade das ações, acarretando problemas na qualidade das informações. Embora tenha ocorrido um

aumento populacional nos DSEI, em 80% dos mesmos o número de famílias permaneceu sem alterações. Quanto ao número de aldeias apenas três DSEI mostraram acréscimo no número de aldeias cadastradas. (Tabela1).

Tabela 1 - Caracterização dos Dsei, Amazonas, anos 2006 e 2007

DSEI	Nº de Mun.	2006					2007				
		Pop. Indíg.	Etnia	Nº de Fam.	Nº de Ald.	Nº de Equip	Pop. Indíg.	Etnia	Nº de Fam.	Nº de Ald.	Nº de Equip.
ARN	3	27.798	26	6.323	671	25	29.037	26	6.323	671	25
MAO	19	16.717	22	3.343	168	22	17.056	22	3.343	175	22
PIN	4	9.806	2	1.257	103	7	9.917	2	1.858	102	9
VJ	1	3.651	6	697	48	14	3.622	6	697	48	14
MP	3	4.431	8	861	68	5	6.170	8	861	68	5
ARS	7	37.838	5	5.736	157	11	41.749	8	5.736	175	9
MAS	14	10.220	11	1.297	101	14	11.630	11	1.297	101	14
Total	51	110.461	78	19.548	1.316	91	119.181	78	20.115	1.340	100

Fonte: Consolidado SIASI/2006 e 2007. Dados Sujeitos a revisão.

Ao contrário do que pensávamos, os números de nascimentos diminuíram em 80% dos DSEI, apenas o DSEI Alto Solimões apresentou aumento significativo em sua natalidade de 2006 para 2007 (Ver tabela 2). Podemos supor neste caso que o aumento da população não está relacionado diretamente ao aumento da natalidade no Amazonas, mas pode estar relacionado ao cadastramento de novas famílias e à dinâmica populacional das cidades para as aldeias impulsionadas pela a estruturação dos serviços de saúde e de educação nas aldeias.

Tabela 2 - Número de nascidos vivos por sexo, nos Dsei, Amazonas, anos 2006 e 2007

DSEI	2006		Total	2007		Total
	Mas	Fem		Mas	Fem	
Alto Rio Negro	423	360	783	373	403	776
Manaus	255	264	519	205	199	404
Parintins	-	-	161	66	70	136
Vale do Javari	60	60	120	64	58	122
Médio Purus	40	42	82	51	57	108
Alto Rio Solimões	319	310	629	646	667	1.313
Médio Solimões e Afluentes	202	190	392	197	191	388
Total			2.686	1.602	1.645	3.247

Fonte: Consolidado SIASI/ 2006 e 2007

Apesar da tendência decrescente nas taxas de mortalidade infantil no país como um todo, que apresenta uma taxa de 25,1 por mil nascidos vivos em 2006 e 19,3 em 2007 (Ministério da Saúde, 2008), entre as populações indígenas esse declínio não vem ocorrendo em todos os DSEI de forma uniforme. Nos DSEI do Estado do Amazonas, as taxas de mortalidade infantil continuam bem elevadas e bem acima da média nacional, embora tenham diminuído em quase todos os DSEI, alguns ainda vem apresentando tendência crescente no coeficiente de mortalidade infantil nos últimos dois anos analisados (2006/2007). No DSEI Vale do Javari, por exemplo, a mortalidade infantil aumentou de forma representativa, enquanto que no DSEI Alto Rio Negro essa taxa diminuiu significativamente (Tabelas 3 e 4).

Tabela 3 - N° de óbitos, taxa de mortalidade infantil e taxa de mortalidade geral nos DSEI, Amazonas, 2006

Fonte: Relatório de Gestão CORE-AM/ 2006 e 2007

Indicadores	ARN	MAO	PIN	VJAV	MRP	ARS	MSA	Total
Óbitos em Menor de ano	92	14	10	15	8	24	23	186
Taxa de mortalidade infantil	117,5	26,9	62,1	125,0	97,6	38,1	58,7	69,2
Óbitos gerais	197	52	16	35	27	91	90	508
Taxa de mortalidade geral	7,1	3,1	1,6	9,6	6,1	2,4	8,8	4,6

Tabela 4- N° de óbitos, taxa de mortalidade infantil e taxa de mortalidade geral nos DSEI, Amazonas, 2007

Fonte: Relatório de Gestão CORE-AM/ 2006 e 2007

Indicadores	ARN	MAO	PIN	VJAV	MRP	ARS	MSA	Total
Óbitos em Menor de ano	52	28	7	17	4	49	9	166
Taxa de Mortalidade Infantil	68,3	69,3	51,5	139,3	37	37,3	23,2	51,1
Óbitos gerais	194	76	22	37	13	146	34	522
Taxa de mortalidade geral	6,7	4,5	2,2	10,2	2,1	3,5	2,9	4,4

Historicamente o perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil apresenta as doenças infecciosas e parasitárias como doenças prevalentes. No passado, depois do contato

com os colonizadores e depois com as missões, há relatos de que a gripe e o sarampo chegaram a dizimar milhares de indígenas em pouco tempo. Muitos povos indígenas que passaram por essa experiência de intenso contato com o mundo dos brancos, no passado tiveram como resultado do contato, graves epidemias.

Na década de 50, Darcy Ribeiro (1996) em seu estudo sobre as relações entre índios e brancos no Brasil, relata a introdução de várias doenças entre os indígenas que em contato com a sociedade nacional como a gripe, o sarampo a varíola e a varicela. Nessa década aponta como principais doenças que causavam mortalidade entre os povos indígenas:

A gripe a pneumonia, a tuberculose e a coqueluche tem sido as maiores responsáveis pela altíssima mortalidade dos grupos indígenas silvícolas que entram em relações pacíficas com os brancos desde a fundação do SPI (RIBEIRO, 1996, p. 230).

Neste mesmo período Ribeiro destaca a malária como uma das principais doenças: “Em certas regiões, a malária ataca fortemente os índios, sem, contudo provocar mortalidade semelhante àquelas outras moléstias” (1996, p. 231).

Na Amazônia é comum verificarmos o problema da malária nos estudos mais recentes dos povos indígenas desta região, é uma doença que não ficou apenas na história do passado, mas continua afetando os povos indígenas. Podemos citar o caso dos Yanomami, a epidemia da malária se originou entre eles a partir da invasão do território indígena por garimpeiros que ocorreu no final da década e 80 e início da década de 90, essa invasão alterou o ambiente onde viviam os Yanomami criando condições propícias para a transmissão da malária (SANTOS e COIMBRA JR., 2003, p.25). Essa é uma das situações vividas por vários povos indígenas, onde as mudanças no ambiente, com a devastação das florestas trouxeram conseqüências para a saúde dos povos indígenas.

Estudos mais recentes como de Coimbra e Santos (2003, p. 24) apontam que a tuberculose, a malária e as parasitoses intestinais, destacam-se como principais doenças infecto-parasitárias que acometem as populações indígenas no Brasil. Segundo os autores, os grupos que vivem em certas áreas da Amazônia e do Centro-Oeste principalmente em áreas sob influência de fluxos migratórios, atividades de mineração ou implantação de projetos de desenvolvimento são mais vulneráveis: “nesses contextos, elevadas taxas de morbidade e mortalidade devido à malária têm sido observados” (COIMBRA e SANTOS, 2003, p.24)

O Estado do Amazonas é o que mais apresenta casos de malária nos últimos cinco anos analisados pela Funasa, verificamos nos relatórios de gestão da referida instituição, que o DSEI Vale do Javari, Alto Rio Negro, Médio Purus e Manaus respectivamente apresentavam nos últimos anos analisados (2006 e 2007) os maiores índices de malária. No Vale do Javari já é uma epidemia, mais de 70 % da população sofre com esta doença (FUNASA, 2009).

As parasitoses intestinais também são citadas por vários estudiosos como uma doença prevalente nas áreas indígenas. Para Dominique Buchillet (2004, p. 57), a incidência das parasitoses intestinais, “depende da diversidade e da complexidade do meio ambiente, da concentração demográfica e do grau de mobilidade espacial, das condições do *habitat* e das fontes hídricas, das práticas de higiene e dos hábitos alimentares da população local”.

No Estado do Amazonas a diarreia e a helmintíase, destacam-se como as principais doenças infecto-parasitárias que acometem os povos indígenas deste estado. Uma das condições que favorecem a ocorrência dessa doença são as precárias condições de saneamento nas áreas indígenas. É comum nas aldeias indígenas a falta de estrutura para a coleta dos dejetos e para o tratamento da água, favorecendo a prevalência dessas doenças. A segunda doença prevalente nas áreas indígenas deste estado são as infecções das vias aéreas superiores (IVAS), além da baixa cobertura vacinal, as condições ambientais (mudanças climáticas) e nutricionais dos grupos indígenas podem estar influenciando na ocorrência de problemas respiratórios (Ver tabela 5).

Tabela 5- Doenças de maior ocorrência e taxa de incidência nos Dsei do Amazonas, anos 2006/2007

Doenças	2006		2007	
	Nº	Incidência	Nº	Incidência
Diarreia	12.920	116,96	22.726	190,08
Helmintíase	13.327	120,65	14.713	123,45
Ivas	10.360	93,79	14.767	123,9
Malária	8.559	77,48	14.713	123,45
Dermatite e eczema	3.827	34,64	5.720	47,99
Hipertensão	1.750	15,84	2.575	21,6
Desnutrição	1.436	13	2.919	24,49

Pneumonia	1.209	10,94	2.022	16,96
Hérnia	622	5,63	483	4,05
Dst	518	4,68	531	4,56
Contato c/ animais e plantas venenosas	282	2,55	444	3,72
Compl.gravidez,parto e puerpério	322	2,91	300	2,52
Epilepsia	260	2,35	250	2,09
Diabetes	172	1,56	280	2,35
Tuberculose	107	0,97	110	0,92
Hanseníase	141	1,27	9	0,07
Leishmaniose	41	0,37	25	0,21

Fonte: Consolidado SIASI/ DSEI, ano 2006 e 2007

A emergência de novas doenças crônicas não-transmissíveis no quadro da situação de saúde dos povos indígenas no Brasil tais como a obesidade, a hipertensão arterial e diabetes *mellitus* tipo II, entre outras, está relacionada às mudanças socioculturais e ambientais. Segundo Santos e Coimbra Jr. (2003, p. 29), o surgimento dessas doenças “está estreitamente associado às modificações na subsistência, dieta e atividade física, dentre outros fatores, acopladas às mudanças socioculturais, econômicas, resultante da interação com a sociedade nacional”. No Estado do Amazonas é crescente a incidência dos casos de hipertensão e diabetes *mellitus*, principalmente nos DSEI Alto Rio Negro e Manaus (Relatório de Gestão, FUNASA, 2006 e 2007), que são duas regiões onde os povos indígenas possuem intenso contato com a sociedade nacional e problemas relacionados à subsistência alimentar e mudanças nos hábitos e estilos de vida, esses fatores podem estar influenciando no aumento dessas doenças (Tabela 5).

Outros problemas emergentes entre os povos indígenas devido a intensificação do contato, tem sido a ocorrência dos transtornos mentais e do alcoolismo, provocados pelas mudanças culturais rápidas e o constante contato dos indígenas com as cidades. Alguns estudos analisam esse problema entre as sociedades indígenas, que tem trazido conseqüências tais como o aumento da violência, do suicídio e sua associação com outros agravos como as DST e a Aids. Entre muitos povos indígenas o uso de bebidas fermentadas é um prática tradicional, principalmente nos rituais e festas, portanto o conceito de alcoolismo em sociedades indígenas deve ser relativizado. Estudos de caso, como entre os Kainkang (Paraná)

mostram que conforme se deu a intensificação do contato, eles trocaram o uso de bebidas fermentadas pela cachaça. “A partir de então deu-se o uso indiscriminado de bebida destilada. Isso ocorreu concomitantemente à catequização, à desvalorização da cultura indígena, à imposição de novos valores, e a perseguição aos Kuiã, especialistas tradicionais dos Kainkang” (SOUZA, OLIVEIRA e KOHATSU, 2003).

Além desses problemas, a desnutrição tem se destacado como um dos principais agravos de saúde nos dois anos analisados, problema relacionado principalmente à diminuição dos limites territoriais em algumas regiões e às alterações nos sistemas de subsistência nas aldeias. Apesar de não apresentar números elevados, diante de outras doenças, as DST também continuam aumentando entre os povos do Amazonas, mas não existem dados precisos sobre o número de casos de Aids entre os indígenas do Estado do Amazonas, os dados do ISA informam que os Saterê- Mawé e os Tikuna, são os povos do Amazonas que mais tem sofrido com este problema.(ISA, 2001). O aumento das DST/HIV e da Aids é motivo de grande preocupação, por ser uma doença que pode se tornar uma epidemia no futuro dos povos indígenas, sendo pouco conhecida entre estes.

A tuberculose segundo os estudos de Santos e Coimbra, destaca-se como uma das principais epidemias dos povos indígenas do país (2003, p.24). No Amazonas apesar de não ter uma alta incidência, mas é uma doença que ainda prevalece entre alguns povos indígenas, principalmente na região do alto Rio Negro e Alto Rio Solimões (FUNASA, CORE-AM, 2009). De acordo com Buchillet que faz um estudo sobre os povos do Rio negro, a tuberculose é uma “doença ligada de maneira íntima às condições socioeconômicas de vida e ao estado imunitário da pessoa infectada, fica claro que ela não acomete as comunidades e os indivíduos de maneira similar” (2004, p.57).

Avaliando as causas de morte nos últimos anos, observamos que as principais causas de óbitos entre os povos indígenas no Amazonas são por ordem de ocorrência: pneumonia (em primeiro lugar nos dois anos), diarreia, suicídio, desnutrição, tuberculose, septicemia, feitiço, contato com animais e plantas venenosas, insuficiência cardíaca e malária, entre outras, alternando-se nos dois anos analisados. O feitiço também aparece nas informações como uma das principais causas de morte, sendo 07 casos em 2006 e 13 casos em 2007, sendo representativo essas ocorrências no DSEI Alto Solimões. Esses dados mostram que os indígenas atribuem muitas causas de morte a fatores sobrenaturais (Relatório de Gestão da CORE-AM/FUNASA, 2006 e 2007).

Observamos ainda que os casos de suicídios vem aumentando entre os povos indígenas e estão geralmente relacionados a fatores de natureza social, econômica, religiosa

ou cultural. No Estado do Amazonas, em 2006 foi a terceira maior causa de morte (26 casos) e em 2007 foi a segunda causa (30 casos), aumentando a cada ano este problema. Destaca-se os suicídios entre os Suruwahá, do DSEI Médio Purus (08 casos em 2006), causados por ingestão do sumo da raiz do timbó; entre os povos do DSEI Alto Rio Negro (06 casos em 2006 e 07 casos em 2007) e entre os Tikuna, do DSEI Alto Rio Solimões (05 casos em 2006 e 19 casos em 2007), estes dois últimos mais relacionados à intensificação do contato e à ingestão de bebida alcoólica (Relatório de Gestão da CORE-AM/FUNASA, 2006 e 2007). Existem vários estudos sobre o suicídio entre os povos indígenas, entre estes, citamos Cleane Oliveira e Lotufo Neto (2002), que já relatavam vários casos de suicídio entre alguns povos indígenas, antes da implantação dos Distritos, destacando os Tikuna e os Suruwahá.

Diante deste quadro, verificou-se que saúde dos povos indígenas está passando por mudanças rápidas em seu perfil epidemiológico e demográfico, aliadas à intensificação do contato e consequentemente aos problemas socioambientais.

2.4 A situação de saúde dos Munduruku da Terra Indígena Coatá-Laranjal

A transição demográfica e epidemiológica que se verifica em vários estudos, entre os povos indígenas do Brasil diante das rápidas mudanças socioculturais e ambientais, ganha maior visibilidade nos últimos anos. Entre os Munduruku da T.I. Coatá-Laranjal essa situação também não é diferente, nos Polos base Coatá e Laranjal as mudanças no perfil de saúde e doença deste povo vem ocorrendo principalmente nos últimos dez anos, depois do processo de demarcação das suas terras e implantação do subsistema de saúde indígena.

O perfil epidemiológico e demográfico dos Munduruku dos Polos base Coatá e Laranjal, apresentam situações um pouco diferenciadas entre si. Nas aldeias que pertencem ao Polo base Coatá, observamos que houve um crescimento na população geral nos dois últimos anos analisados, porém verificamos que a taxa bruta de natalidade (TBN) diminuiu (Tabela 6). Entre as aldeias do Polo Laranjal o aumento da população foi insignificante, embora a taxa de natalidade também tenha diminuído, essa diminuição foi menor que no Polo Coatá (Tabela 7). Essa realidade vem se apresentando também entre outros povos do DSEI Manaus, pois conforme verificamos na tabela 3, desde 2005 vem diminuindo a taxa de natalidade de uma forma geral neste DSEI.

Tabela 6-Taxa bruta de natalidade (TBN), taxa de mortalidade infantil (TMI), taxa bruta de mortalidade (TBM) e taxa de fecundidade total (TFT) do Pólo Coatá, 2007 e 2008

Variável	Anos	
	2007	2008
População	1.748	1.804
Nascidos Vivos (NV)	55	33
TBN	31,5	18,3
Óbitos em menor de 1 ano	2	0
TMI/ 1000 (NV)	36,4	0,0
Óbitos gerais	4	2
TBM	2,3	1,1
Mulheres de 15 à 49 anos	323	429
TFT	170,3	76,9

Fonte de dados: Consolidado de morbi-mortalidade do Pólo Coatá, DSEI Manaus, 2007 e 2008

Tabela 7-Taxa bruta natalidade (TBN), taxa de mortalidade infantil (TMI), taxa bruta de mortalidade (TBM) e taxa de fecundidade total (TFT) do Pólo Laranjal, 2007 e 2008

Variável	Anos	
	2007	2008
População	1.165	1.169
Nascidos Vivos (NV)	39	31
TBN	33,5	26,5
Óbitos em menor de 1 ano	2	0
TMI/ 1000 (NV)	51,28	0,0
Óbitos gerais	6	2
TBM	5,2	1,7
Mulheres de 15 à 49 anos	186	289
TFT	209,7	107,3

Fonte de dados: Consolidado morbi-mortalidade do Polo Laranjal 2007 e 2008

Assim sendo, o aumento populacional na T. I. Coatá-Laranjal, não está diretamente relacionado ao número de nascimentos, mas pode estar relacionado ao cadastramento de novas famílias e ao processo de deslocamento e formação de novas aldeias. Em 2007 na T.I. Coatá-Laranjal soma-se uma população geral de 2.913 indivíduos já em 2008 somavam 2.973 indígenas, observando-se um pequeno aumento populacional. Vale ressaltar que em 2007, os entrevistados nos informaram que foi formada uma nova aldeia (Boa Hora) no Rio Mari-Mari, mas não alterou muito o número da população.

Quanto à mortalidade, nos dois Polos verificamos que houve diminuição das taxas de mortalidade infantil e da mortalidade geral. Em 2007 a mortalidade infantil apresentava taxa maior nas aldeias do Polo Laranjal, que possui um número menor de população em relação às aldeias do Polo Coatá. Em 2008 não houve notificação de nenhum óbito infantil (Tabelas 6 e 7). A diminuição da mortalidade indica melhorias nas condições de saúde da população que pode estar relacionada à questão da demarcação das terras (2001), à disponibilidade de

recursos naturais como a caça e a pesca, além da coleta de produtos da floresta como a castanha e o açaí e o incremento das formas de sustentabilidade existentes nas aldeias. Outro fator que destacamos é a sistematização dos serviços de saúde nas aldeias. Apesar das dificuldades apontadas pelos indígenas, que exporemos mais adiante, hoje existem equipes de saúde nos pólos, possuem mais acesso aos medicamentos, ao tratamento das doenças e às remoções de urgência.

Outro indicador demográfico importante é a taxa de fecundidade total. Nos últimos anos avaliados a Taxa de Fecundidade Total (TFT), entre as mulheres Munduruku em idade reprodutiva nas aldeias dos dois Polos base apresentaram declínio representativo, mesmo assim observamos que as tal taxa está acima da média nacional (Tabela 6 e 7). Na área do Coatá, por exemplo, a taxa de fecundidade total indica que a cada 1.000 mulheres em idade fértil nascem 76 crianças vivas. Na área do Polo Laranjal as taxas são mais altas em relação ao Coatá nos dois anos (Tabelas 6 e 7). Apesar do declínio da fecundidade entre as mulheres Munduruku, a queda da mortalidade infantil e geral entre os munduruku é um indicador de melhorias nas condições de saúde e de vida desse povo. A intensificação do contato com a cidade, o acesso às informações, o acesso das mulheres à educação e a preocupação com a subsistência da família, são fatores que podem estar influenciando na diminuição dos números de filhos.

Quanto às morbidades, os dados apontam predomínio nos dois Polos, das doenças infecto-parasitárias como a helmintíase, a diarreia, e a amebíase, não muito diferente da situação de outros povos indígenas estudados no Brasil (Tabela 8). O que observamos é que a inexistência de infra-estrutura adequada para abastecimento de água potável, a falta de local adequado para coleta dos dejetos e do lixo, além da convivência com animais domésticos, são os principais meios que propiciam a veiculação dessas doenças.

Tabela 8 - Doenças de maior ocorrência, nos Pólos Coatá e Laranjal, DSEI Manaus, Amazonas, 2007 e 2008

Doenças	Coatá		Laranjal	
	Anos			
	2007	2008	2007	2008
Helmintíase	283	137	674	279
Diarréia e Gastroenterite	256	113	128	69
Amebíase	125	08	52	37
Desnutrição	158	0	0	0
Influenza (gripe)	93	03	159	01
Nasofaringite	68	51	105	121
Ivas	28	94	10	19

Asma	69	51	37	30
Malária	78	0	0	3
Hipertensão	37	1	0	3
Compl.gravidez, parto e puerpério	0	5	1	16
Hanseníase	0	0	0	19
Cont.c/animais e plant. venenosos	4	0	7	4
Diabetes	12	0	0	0
Pneumonia	0	8	1	0
Epilepsia	0	3	2	1
Tuberculose	1	0	0	3
Dst	1	0	0	0
Leishmaniose	0	1	0	0

Fonte de dados: SIASI Local/ DSEI Manaus, 2009

Outra morbidade que se destacou nos dois anos analisados, foi a desnutrição, sendo que em 2007 foram registrados 158 casos no Polo Coatá, enquanto em 2008 não aparecem registros. No Polo Laranjal não aparece notificações de desnutrição em nenhum dos dois anos analisados. Esta situação pode estar relacionada à implantação do SISVAN (Sistema de Vigilância Nutricional Indígena), que em 2007 intensificou suas ações, mas não houve continuidade a este programa em 2008 nas aldeias, não aparecendo nenhum caso de desnutrição em 2008, que pode ser uma situação não real, devido a descontinuidade nas notificações (Tabela 8). Problemas socioambientais, como mudanças nos hábitos alimentares, a diminuição da caça, do peixe e outros alimentos coletados na floresta podem estar influenciando na ocorrência de desnutrição nesta região, embora não seja um problema percebido como de grande relevância pelos indígenas, segundo as entrevistas.

As doenças respiratórias como: influenza, nosofaringite, IVAS e asma também aparecem como doenças prevalentes nos dois Polos nos anos de 2007 e 2008, havendo uma queda significativa da influenza em 2008 nos dois Polos (Tabela 8). Esses agravos podem estar relacionados às condições climáticas, às condições alimentares e aos cuidados durante os primeiros anos de vida da criança. Diante desse quadro se faz necessário intensificar as ações de atenção integral à saúde da criança e a aumentar a cobertura vacinal nesta região.

A malária é uma doença endêmica principalmente nas aldeias da área do Coatá. Verificamos que embora tenham sido registrados muitos casos em 2007, não houve registro em 2008 dos casos de malária nesta região, o que pode ser um problema de informação, por ser esta uma região endêmica e todos os anos os indígenas relatam que ocorrem muitos casos, principalmente nas aldeias Coatá e Fronteiras como vamos ver mais adiante nas percepções indígenas. Há poucos casos de malária registrados nas aldeias do Laranjal, o que pode ser também um problema de informação apesar de ser um área considerada não endêmica.

Outra morbidade que se destaca neste estudo é a hipertensão arterial. Fica evidente nos dados, principalmente nas aldeias do Coatá, que houve subnotificação de informação em 2008, pois se em 2007 foram registrados 37 casos e há apenas um caso em 2008, sendo uma doença crônica que requer controle, verifica-se mais uma vez problemas nos registros dos casos, o mesmo ocorrendo com o registro das diabetes mellitus (Tabela 8). A falha no fluxo de informações, influenciada pelas mudanças constantes de profissionais nas áreas indígenas, principalmente enfermeiros e a falta de normatização dessas informações nos Polos também contribuiu para a deficiência na qualidade das informações.

Vale salientar significativo aumento dos problemas relacionados à gravidez, ao parto e ao puerpério em 2008, principalmente nas aldeias do Polo Laranjal, apontando a necessidade de rever a cobertura e a qualidade das ações de pré-natal, acompanhamento ao parto e puerpério, articulando os conhecimentos e práticas da biomedicina aos conhecimentos e práticas tradicionais das parteiras indígenas. Os casos de hanseníase que apareceram em 2008 no Polo base Coatá (19 casos) também foram representativos e merecem uma avaliação mais detalhada, pois essa doença nunca foi relatada pelos indígenas durante esses dois anos em que estivemos indo às aldeias desta região.

A situação de saúde e doença dos Munduruku passa por um processo de transição, onde ao lado de doenças antigas (malária e diarreia) surgem novas doenças que requerem maior atenção. Embora estejam funcionando as ações de atenção básica previstas para a saúde indígena como expomos acima, existem muitas dificuldades na operacionalização e monitoramento dessas ações. Apesar da prioridade do subsistema de saúde indígena ser a prevenção dos agravos e promoção da saúde, os dados e depoimentos apontam muitas distorções.

Percebemos que as prioridades das ações nas áreas indígenas acabam tendo um enfoque medico/curativo, de caráter individual, pois grande parte do tempo as equipes ficam no Polo base, esperando a demanda espontânea, por falta na maioria das vezes de condições de trabalho, enquanto que o modelo de vigilância em saúde, que é o modelo que deveria ser adotado pelo subsistema de saúde indígena, teria como objetivo atender a demanda organizada por meio das ações programadas nas aldeias sistematicamente.

O funcionamento dos serviços e ações de saúde nos Polos, aldeias e CASAI depende de vários fatores tais como: infraestrutura, recursos humanos, logística, insumos, equipamentos e outros recursos. Participamos durante a pesquisa de duas reuniões do conselho local de saúde onde estavam representantes de todas as aldeias dos Rios Canumã e Mari-Mari, uma em abril de 2008 e outra em novembro de 2008. As demandas eram quase

sempre as mesmas e os indígenas reclamavam das respostas às suas demandas. Os principais problemas levantados foram:

- Insuficiência dos meios de transporte e de comunicação nas aldeias
- Não funcionamento dos sistemas de abastecimento de água construídos;
- Precárias condições dos postos de saúde;
- Insuficiência e atraso no repasse das cotas de combustível para as ações de saúde;
- Deficiência na manutenção dos motores;
- Insuficiência e falha na rotina de abastecimento de medicamentos;
- Precárias de condições de trabalho para as equipes de saúde;
- Descontinuidade nas capacitações dos conselheiros e dos AIS;
- Falta de rotina no abastecimento de alimentação da CASAI de Nova Olinda.

Além desses, os conselheiros indígenas apontam problemas na administração de recursos repassados para as Prefeituras de Borba e Nova Olinda através do incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas (IAB-PI): *“queremos participar das decisões sobre a aplicação do saldo de recursos da SAS”*. Sobre a administração do DSEI fazem também reclamações: *“O DSEI é mal administrado não conhecem nossa realidade”* (Conselheiro Distrital do Coatá, reunião de novembro de 2008). Nesta mesma reunião, os indígenas estavam muito insatisfeitos e revoltados, pois era a segunda reunião do ano e cobravam a presença da chefia do DSEI Manaus, que não compareceu. Formaram uma comissão e foram até Manaus, na Coordenação Regional da Funasa para exporem seus problemas e levar suas reivindicações.

O Conselheiro distrital do Polo Laranjal, resume assim a sua percepção sobre os problemas: *“Os meios de transporte, os meios de comunicação, a construção de poços artesianos e postos de saúde para nós é prioridade”*. Reclama ainda da falta de resposta por parte da instituição responsável às suas demandas: *“Precisamos valer o controle social da comunidade, colocam na gaveta as nossas demandas e nunca nos dão resposta”* (novembro, 2008). Observamos que o controle social por parte dos indígenas é realizado, mas o problema é a efetivação das suas demandas, que na maioria das vezes não são tratadas com seriedade por parte das instituições responsáveis.

Percebemos nesta região vários problemas de infra-estrutura que vão desde as precárias condições dos Polos base e postos de saúde até a falta de condições de trabalho apontadas pelos indígenas nas reuniões e entrevistas. Além destes, destacamos o insuficiente monitoramento à execução das ações por parte do órgão gestor e falta de maior gerenciamento técnico-operacional por parte do DSEI Manaus; alta rotatividade de profissionais nas áreas

causando com isso descontinuidade das ações e enfraquecimento dos vínculos entre os usuários indígenas e as equipes de saúde; falta de maior articulação do subsistema de saúde indígena e a rede do SUS, além da falta de consideração e respeito ao controle social indígena.

Diante do quadro de mudanças na situação de saúde e doença entre os Munduruku, dos problemas na qualidade e na oferta dos serviços do subsistema de saúde indígena, é fundamental entendermos as representações sociais dos mesmos sobre esse processo saúde e doença e como eles percebem a relação da saúde com outros fatores sócio culturais e ambientais.

CAPÍTULO III

AS PERCEPÇÕES DOS MUNDURUKU SOBRE O PROCESSO SAÚDE/DOENÇA

3.1 As representações sociais sobre o processo saúde/doença

Muitos indicadores de saúde não levam em conta as percepções indígenas sobre os seus problemas de saúde e suas eventuais causas. Essas percepções poderiam ser utilizadas para entender melhor a situação de saúde/doença de um povo. Não temos pretensões neste estudo de fazer comparações entre as percepções dos índios e as dos profissionais de saúde, pois os indígenas possuem formas diferentes de conceber saúde, doença e cura. O que não é tão relevante para os profissionais, para os mesmos pode ser, como é o caso da doença que os Munduruku chamam de “ramo de ar”, muito citada como um problema de saúde comum nas aldeias, assim como o mal olhado e o encosto. As restrições alimentares pós-parto, por exemplo, são de muita importância para os Munduruku para evitar problemas de saúde para a mãe, para o bebê e para o pai do bebê.

Falar das representações sociais indígenas nos remete à teoria das representações sociais, que tem sua origem em Émile Durkheim (1989). Este parte da idéia de que a forma dos indivíduos agirem e pensarem passa pelo coletivo. Para o autor as representações coletivas não são simples soma das representações individuais, mas são elaboradas a partir de certo consenso social que lhes é anterior: “[...] porque uma sociedade não é constituída simplesmente pela massa dos indivíduos que a compõem, pelo solo que ocupa, pelas coisas de que se serve, pelos movimentos que realiza, mas antes de tudo, pela idéia que ela faz de si mesma” (1989, p. 500).

Jodelet (1989) apud Ceres Gomes Víctora (2000, p. 14) afirma que:

as representações sociais podem ser entendidas, assim, como formas de conhecimento socialmente elaboradas e partilhadas que possuem fins práticos e concorrem à construção de uma realidade comum a um grupo social.

Ao pensar a relação saúde e ambiente é imprescindível ter a visão de que os grupos indígenas elaboram suas próprias formas de entender o processo saúde/doença de acordo com a sua realidade e as experiências partilhadas.

Para Sandra Jovchelovitch (1995, p. 80) “[...] as representações sociais não são um agregado de representações individuais da mesma forma que o social é mais que um agregado de indivíduos”. A manifestação da doença embora seja um fenômeno individual não pode ser abstraída da vida social e deve ser articulada a realidade sócio-ambiental. As representações sociais são essenciais para entendermos a concepção dos povos indígenas sobre saúde e ambiente e as realidades são interpretadas buscando-se a relação entre o concreto e o imaginário.

[...] não há dúvida que a TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS se constrói uma teoria de símbolos. Elas são consideradas, de acordo com Moscovici, formas de conhecimento social que implicam duas faces, tão inter-ligadas como dois lados de uma folha de papel: o figurativo, ou lado imageante, e o lado simbólico (JOVCHELOVITCH, 1997, p.71).

Minayo (1995, p. 109) ao referir-se à teoria das representações sociais enfatiza a questão dos conflitos e das contradições geradas nos diferentes grupos sociais:

[...] as *Representações Sociais* possuem núcleos positivos de transformação e de resistência na forma de conceber a realidade. Portanto, devem ser analisadas criticamente uma vez que correspondem às situações reais de vida. Nesse sentido, a visão de mundo dos diferentes grupos expressa as contradições e conflitos presentes nas condições em que foram engendradas.

As Representações Sociais expressam as diversas visões de mundo dos grupos sociais, são elaborações simbólicas construídas por membros de um grupo e podem ser usadas como mediações sociais que passam a regular as normas de comportamento do mesmo. Além disso, Minayo (2003, p.101-102) aponta as representações sociais como concepções de mundo, que devem considerar o universo de cada época, contendo elementos de tradição e de mudança. No caso dos Munduruku vamos encontrar em seu contexto sociocultural elementos de tradição e de mudanças, além das contradições e conflitos sociais que são inerentes a qualquer sociedade. Entre as sociedades indígenas, as representações sociais são articuladas com a produção material, os mitos, a organização social, a religiosidade e o campo cognitivo das mesmas.

Entre os povos indígenas de muito contato com a sociedade nacional, como no caso dos Munduruku, as mudanças culturais são constantes, embora mantendo alguns aspectos da tradição e o processo saúde/doença está relacionado a esses aspectos socioculturais. Se uma doença tem como causalidade, por exemplo, o mal olhado e o feitiço, neste caso a busca pelo tratamento vai ser entre os curadores tradicionais. Se uma criança está com diarreia, mas essa for relacionada à quebra de restrições alimentares, os indígenas levam ao benzedor primeiramente.

Nesse sentido, concordamos com as idéias de Langdon (LANGDON, 1995, p.4) que apresenta a visão de saúde como um sistema cultural:

aplicado ao domínio da medicina, o sistema de saúde é também um sistema cultural, um sistema de significados ancorado em arranjos particulares de instituições e padrões de interações interpessoais. É aquele que integra os componentes relacionados à saúde e fornece ao indivíduo as pistas para a interpretação de sua doença e as ações possíveis.

A doença é concebida assim como uma construção sociocultural, onde a mesma vai ser interpretada de acordo com as experiências sociais e particulares. A Aids, por exemplo, como não é uma doença vivenciada pelos Munduruku é pouco comentada durante as entrevistas observamos que não houve muitos relatos de ações específicas voltadas para prevenção desta doença, mas mesmo assim como os agentes da pesquisa tiveram contato com outros povos onde já ocorreu a Aids, mostraram medo de contrair a doença e já estão aderindo ao uso de preservativos inclusive por conta das DST, principalmente os mais jovens que estão em constante contato com o mundo dos brancos.

As concepções de doença descritas segundo a biomedicina não correspondem às das sociedades tradicionais. Segundo Langdon (1991, p.24), conceitos como doença, diagnóstico, causalidade, terapêutica ou eficácia devem ser repensadas quando aplicados às sociedades tradicionais, “as representações e as práticas relativas à doença e ao seu tratamento, objeto de estudo da antropologia da doença, recobrem nas sociedades tradicionais, [...] diferentes realidades em relação às ocidentais”.

Na perspectiva da biomedicina, a doença é vista apenas como um processo biológico, A antropologia questiona o modelo biomédico e concebe saúde/doença como processo psicobiológico e sociocultural. “Nessa abordagem a doença não é visto como um processo puramente biológico/corporal, mas como o resultado do contexto cultural e a experiência subjetiva de aflição” (LANGDON, 1995, p.1). Partindo dessa abordagem, é que entendemos cultura como dinâmica e heterogênea e a doença como processo e como experiência.

A doença enquanto processo não é um momento único nem estanque, mas uma seqüência de eventos que tem dois objetivos pelos atores:

(1) de entender o sofrimento no sentido de organizar a experiência vivida, e (2) se possível, aliviar o sofrimento. A interpretação do significado da doença emerge através do seu processo. Assim, para entender a percepção e o significado é necessário acompanhar todo o episódio da doença: o seu itinerário terapêutico e os discursos dos atores envolvidos em cada passo da seqüência de eventos (LANGDON, 1995, p.5).

Pesquisas mais atuais têm demonstrado que as concepções e práticas de cura indígenas não são cegas, sua avaliação e tratamento são baseados também em observações empíricas. Os Munduruku reconhecem a eficácia da biomedicina e a busca pelo atendimento médico e pelos medicamentos industrializados é constante nas aldeias, mas não deixam de lado suas práticas tradicionais de cura que incluem os remédios caseiros e os curadores tradicionais.

3.2. As percepções sociais dos Munduruku sobre o processo saúde/doença e práticas tradicionais de cura

Partindo da concepção de doença enquanto processo de construção sociocultural é que descrevemos as percepções indígenas sobre o processo saúde doença. Os resultados da pesquisa apontam que as percepções dos Munduruku da T.I. Coatá-Laranjal traz uma visão ampla da saúde, relacionada às condições socioculturais e ambientais. Os entrevistados dos Rios Canumã e Mari-Mari conceberam saúde assim:

Saúde é estar bem alimentado, corpo sadio, ter ambiente saudável e limpo;

Ter saúde é se prevenir, é preciso se cuidar, é preciso ter boa higiene, ser educado, cuidar dos rios, não poluir o rio e ajuntar o lixo;

Ter saúde é conservar bem o local onde se mora e não deixar criar lixo;

Ter boa alimentação, ter trabalho. Saúde é ter cuidado com certos alimentos, com o ambiente onde se mora. É ter boa alimentação, ter bom ambiente e preservação do ambiente;

Ter saúde é estar bem fisicamente é estar bem com a família. Saúde é estar de bem com a vida, convivência boa com a comunidade. É ter mais higiene, cuidar da casa e das crianças, do meio onde a gente mora (2008).

Observamos que além de uma consciência de que a saúde está estreitamente ligada a fatores socioambientais, como a poluição dos rios, a disponibilidade de alimentos, a questão do lixo, dos cuidados com a casa e com o ambiente onde se vivem, os Munduruku enfatizam a importância de ter boa relação social com a comunidade. Os entrevistados demonstram

também uma visão que relaciona saúde às regras de higiene corporal e alimentar, bem como ao estado físico e social das pessoas, concepção esta ancorada na biomedicina e nos novos conhecimentos trazidos pelos brancos.

A saúde traz em sua concepção ecossistêmica as reflexões simultâneas de saúde, de ambiente tendo, as análises das condições e estilos de vida de grupos populacionais específicos como processo de mediação. Entre os Munduruku ficou evidente que percebem essa relação, até porque não conseguem conceber saúde deslocada da questão ambiental, pois dependem intrinsecamente da natureza para sobreviver. Quando trabalhamos essa questão com um grupo focal, onde participaram várias pessoas (comunitários) das aldeias Coatá e Fronteiras, obtivemos as seguintes concepções de saúde:

É nossa vida;
É ter como trabalhar para sobreviver;
É ter um ambiente saudável;
É estar bem e ter disposição;
É ter uma boa alimentação;
É ter a casa limpa e higiene;
É ter alegria e fazer festas;
É ter a terra para plantar e fazer nossa roça;
É ter a caça e o peixe;

Nesse momento do trabalho em grupo, verificamos que fizeram uma relação mais intensa com a natureza e com a questão da sustentabilidade alimentar e da terra. Nos relatos durante as entrevistas relataram que a saúde melhorou bastante depois da demarcação das terras como relatamos no primeiro capítulo deste trabalho. Enfatizam ainda a importância das relações sociais e das festas, como sinal de saúde.

Para caracterizar a doença como processo, é preciso primeiramente o reconhecimento dos sinais e sintomas da doença, que dependem da cultura e das experiências de cada povo, outro passo é o diagnóstico e a escolha do tratamento, que geralmente se inicia no contexto familiar e a busca pela cura depende da gravidade e do tipo de doença e a avaliação do tratamento. Esses passos são chamados de processo terapêutico “melhor entendido como uma seqüência de decisões e negociações entre várias pessoas e grupos com interpretações

divergentes ao respeito da identificação da doença e da escolha da terapia adequada...” (LANGDON, 1995, p.5).

No contexto indígena esse processo é ainda mais complexo, pois envolve diferentes conhecimentos, experiências e poderes envolvendo os dois sistemas de saúde o biomédico e o tradicional, assim sendo podem recorrer ao mesmo tempo a diferentes alternativas como o tratamento com ervas medicinais, o xamanismo e a medicina ocidental.

Em um estudo recente realizado pelos professores indígenas Munduruku da T. I. Coatá-Laranjal (2002), alguns indígenas mais velhos contam a história do seu povo e da reconquista da terra e nos seus relatos podemos verificar as percepções dos mais antigos sobre algumas doenças e suas causas. Sr. Pergentino Lopes da Silva (88 anos), da aldeia Laranjal, contava assim sobre a malária na época do SPI:

A febre começou a atacar, era uma febre muito forte que as pessoas não demoravam muito tempo. Nós chamávamos paludismo ou cesão. Não existia remédio que acalmasse, nem sei como nós escapamos. Foi muita sorte mesmo falo mesmo pra vocês. Nós enterrávamos de duas pessoas na mesma rede, que era chamada de maquira porque não dava tempo de fazer os caixões (BELEZA,2002, p.68).

O velho indígena atribuiu essa epidemia a um castigo da natureza, causada por elementos espirituais: *“O curador falou que era a mãe do cesão que estava com raiva, porque as pessoas que vieram lá do Paraná da Eva, tinham feito raiva para ela. Só tinha jeito se os pajés se reunissem e fizessem um trabalho de pajelança naquele lugar para fechar a mãe da doença”* (BELEZA, 2002, p.69). Como vimos no relato a busca da causalidade da doença assim como da cura tiveram uma concepção diferente da biomedicina, a causa foi atribuída às entidades da natureza e buscou-se os saberes tradicionais do pajé para realização da cura.

Outro indígena do Rio Canumã, Sr. Maximino Marques, morador antigo da aldeia Sauru, fala sobre a malária na época das colocações dos castanhais e como era o tratamento naquela época:

Na vila do Canumã também apareceram muitos casos de doenças. A primeira doença que apareceu foi o paludismo, que os índios também chamavam de febre braba. A segunda foi no Castanhais Açu dentro do rio Canumã, mas ou menos em

1920. Só escapavam os pais das crianças. Mas muito adulto morreram naquela época (2002, p.83).

Quanto ao tratamento as ervas eram a escolha do tratamento: *“Há 80 anos atrás os remédios que os índios usavam contra a febre braba chamava-se “ Malva São João Caá”, que era uma planta rasteira encontrada no terreiro das casas ou na capoeira com rama grande. O que matava a febre era só o amargume desse remédio”* (BELEZA, 2002, p.83).

Dominique Buchillet (1991, p.26), ao falar da causalidade da doença diz que esta é indissociável da constatação da desordem fisiológica ou orgânica:

A doença é geralmente atribuída à intervenção de agentes humanos e não-humanos (espíritos, animais, divindades, fantasmas, etc.), mas esse conhecimento de uma causalidade exógena à doença não implica necessariamente na passividade do paciente frente à sua doença. O indivíduo pode ser a causa direta, ou indireta de sua própria doença: por um comportamento socialmente desviante ou por infração à regras culturais

É nesse sentido que as sociedades indígenas vão explicar a doença e sua causa conforme suas regras sociais e o seu sistema cultural e religioso que são específicos de cada povo e cada região. Dependendo da causa da doença que pode ser atribuída tanto a seres sobrenaturais, como a fatores externos, bem como à quebra de regras ou normas individuais ou coletivas, os Munduruku buscam diferentes formas de tratamento que geralmente iniciam no contexto familiar.

Segundo os relatos dos Munduruku, atualmente as doenças mais freqüentes que atingem a população são respectivamente: diarreia, gripe, febre, malária, pneumonia, pressão alta, derrame, tosse de guariba, malária, verminose, doenças no olho, doenças de ouvido, dor de cabeça, dor de barriga, vômito, tosse, reumatismo e micoses. Entre estas, as mais citadas pelos entrevistados são a diarreia, a gripe e a malária, doenças estas que fazem parte da história passada dos Munduruku.

Hoje, com a intensificação do contato com a sociedade nacional, com novas relações sociais estabelecidas, além da presença mais constante do sistema oficial de saúde nas aldeias, as concepções de saúde e doença e sua causalidade também vão sendo alteradas e novos conceitos da medicina científica são incorporados. Entre os Munduruku mais jovens, que já passaram pelo processo de capacitação para atuarem como AIS, AIM e AISAN percebe-se que a visão de saúde, doença e sua causa vem agregada de conhecimentos da biomedicina, os

discursos dos mesmos evidenciam o domínio quanto ao conhecimento da “medicina do branco”.

Ao perguntarmos sobre as causas das doenças que mais atingem o povo Munduruku como a malária e a diarreia os agentes mais jovens assim descrevem: *“A malária é causada pelo mosquito anofelino fêmea que é transmitido através do sangue contaminado. A diarreia é causada pelo alimento mal lavado e pela água”* (Lázaro, AIM da aldeia Coatá, junho de 2008). Esse discurso demonstra a incorporação dos novos conhecimentos sobre as doenças e suas formas de transmissão trazida pela veiculação de novas informações. Enquanto que os mais velhos fazem a relação da doença com um castigo da natureza como foi relatado no caso da malária.

Algumas doenças, segundo o ponto de vista indígena, como a malária e a diarreia, também estão relacionadas às variações sazonais dos ciclos das águas, às cheias e às vazantes: *“Na época da queda d’água (maio) dá muita diarreia e malária (Francisco, Professor, aldeia Coatá, 2008); A diarreia é devido a água, quando sobe ou desce a epidemia ataca.(Armando, AIS, aldeia Coatá, 2008); Na época da queda d’água (maio) dá muita diarreia e malária (Francisco, Professor, aldeia Coatá)”*.

A malária e a diarreia, geralmente ocorrem com mais frequência quando se inicia a subida e a descida das águas, além desse fator alguns indígenas fazem relação ainda com as mudanças no ambiente: *“Quando dá malária na aldeia tem de selecionar quem não está com malária. O Carapanã está aumentando mais porque o meio ambiente está sendo afetado, com o desmatamento o carapanã ataca mais...”* (Kleuton, Aldeia Fronteira, junho, 2008).

A causa da diarreia e da verminose é geralmente relacionada à qualidade da água e aos cuidados com o lixo e a alimentação, principalmente na visão dos agentes de saúde: *“A verminose acontece por falta de cuidados com a criança, com a casa, com a água e com os alimentos. A diarreia aumenta com a queda d’água, porque fica mais suja”* (Valdinéia, AIS, aldeia Laranjal, 2008). Os entrevistados demonstram reconhecer que onde existe poço artesiano funcionando a diarreia tem diminuído mais e onde não funciona a ocorrência é maior. Na aldeia Laranjal e na aldeia Fronteira, onde os poços estão funcionando e a água é tratada pelos AISAN, por exemplo, a incidência da diarreia é menor do que na aldeia Coatá, que apesar de ter um poço, o mesmo não está funcionando e a água não é de qualidade:

Tinha muita diarreia na aldeia, depois que foi construído o poço artesiano diminuiu mais os casos. O poço está funcionando há mais ou menos um ano. A diarreia diminuiu mais de vez em quando ocorrem casos. O lixo na aldeia tem aumentado. Mas os professores e os Ais já orientam a coletar o lixo e a queimar ou enterrar. O

lixo também traz doenças como a diarreia. (Kleuton, conselheiro distrital e AIS, Aldeia Fronteira, junho de 2008).

O AISAN, que é um agente de saúde capacitado para fazer o trabalho de educação em saúde, fazer o tratamento da água e fazer a manutenção do poço em sua aldeia faz o seguinte discurso: *“A diarreia vem da água, da alimentação. Quem consome a água do poço é difícil adoecer de diarreia. Outras aldeias que não tem poço dá mais diarreia”* (Diego, AISAN, aldeia Laranjal, junho de 2008). Outro indígena também da aldeia Laranjal, avalia assim a situação: *“A diarreia está ligada à mudança do tempo (vazante/cheia), nessa época a água fica suja. No Laranjal houve uma melhoria na água, com o poço...”* (Professor Eurico, Laranjal, 2008).

Na aldeia Coatá as condições de saneamento são precárias, além de ser uma aldeia populosa com 288 pessoas, a água consumida não é de qualidade, pois apesar da Funasa ter perfurado um poço artesiano, a água não é adequada para beber, segundo estudos feitos pelo setor de saneamento da referida instituição. Até o final da pesquisa o problema não havia sido resolvido, os indígenas contam que há cerca de dois anos ficaram de fazer outro poço e nada foi resolvido: *“A diarreia é devido a água, quando sobe ou desce a epidemia ataca. Falta medicamento (hipoclorito) para tratar a água. A água não é de qualidade, o poço não funciona”* (Armando, AIS, aldeia Coatá, junho de 2008).

As modificações no meio ambiente, consequência das atividades humanas podem ter efeitos representativos, na desapareição, aparição ou permanência de certas doenças, além das modificações socioculturais que também vão influenciar no perfil de saúde e doença de cada povo. Destacamos neste estudo as doenças antigas, aquelas que fazem parte da história do povo Munduruku desde os primeiros contatos com o branco e as doenças atuais, aquelas doenças novas e mais algumas antigas que permaneceram ou reapareceram nos dias atuais (reemergentes). Classificamos como doenças novas aquelas que eram desconhecidas e apareceram com a intensificação do contato com a sociedade nacional, relacionadas geralmente às mudanças nos modos de vida, nos hábitos alimentares e às mudanças ambientais (doenças emergentes).

Quadro 5 - Doenças antigas e doenças atuais, segundo a visão dos Munduruku

Doenças antigas	Doenças atuais
Sarampo	Malária
Sesão (malária)	Diarreia
Tuberculose	Gripe
Sarampo	Diabetes

Paludismo	Derrame (Ramo de ar)
Tosse de guariba	DST
Ramo de ar	Pressão alta
Malária	Tuberculose
Gripe	Epilepsia
Diarréia	Desnutrição
Feitiçaria	Dor de olho (conjuntivite)
Epidemia de febre	Febre
Varicela (Catapora)	Ferrada de arraia
Varíola	Feitiço

Fonte: Resultado das entrevistas nas aldeias do Rio Canumã e Mari-Mari, junho de 2008

Algumas doenças antigas como a malária, a diarréia, a gripe e a tuberculose decorrentes do contato e relatadas na história passada desse povo, continuam presentes, são doenças que permaneceram e estão ligadas às condições de saneamento, às condições ambientais e sociais do povo Munduruku (Quadro5). Nas aldeias onde as condições de saneamento continuam precárias as ocorrências de diarréia são maiores, a diferença é que hoje tem tratamento e controle de algumas doenças, como a malária, por exemplo, tratada com os medicamentos da biomedicina, enquanto na história passada contada pelos antigos era curada com ervas. Vale ressaltar que algumas doenças consideradas tradicionais, como o feitiço, permanecem sendo relatadas como freqüentes nos dias atuais.

Outras doenças como a varíola e o sarampo desapareceram com a intensificação das vacinas nas áreas indígenas, mas algumas, como a varicela (catapora) e a coqueluche (tosse de guariba) ainda ocorrem em algumas áreas. Apesar da introdução da vacina contra a gripe (influenza) nas áreas indígenas, a mesma continua com elevada incidência aliada às infecções respiratórias. É a segunda doença mais citada pelos entrevistados, que pode estar relacionada às mudanças climáticas e ao ambiente onde vivem. A vacina é bem aceita pelos Munduruku que reclamam inclusive quando atrasam as viagens de vacinação.

Algumas doenças consideradas novas, como a Aids aparecem nas entrevistas, embora não haja ocorrência de Aids entre os Munduruku desta região, mesmo assim é uma preocupação para alguns, como no caso do tuxaua geral do Rio Canumã: *“Apesar de conviver com o mundo dos brancos espero que não aconteça a Aids em nossa aldeia”* (Sr Manoel Cardoso, Tuxaua geral do Rio Canumã, junho de 2008). Quanto às DST, não são doenças recentes, mais atualmente tem aumentado o número de casos nas aldeias indígenas. A Aids e as DST são doenças que aparecem relacionadas à intensificação do contato e ao estabelecimento de novas relações sociais com o mundo dos brancos. Geralmente os Munduruku relacionam essas doenças com as festas nas aldeias e com o fluxo constante de

pessoas que vão á cidade em busca dos salários e aposentadorias: *“As DST aumentaram com a convivência com o branco, no tempo de festa entra gente diferente dentro da aldeia...”* (Valdinéia, AIS, aldeia Laranjal, junho de 2008).

Outras doenças consideradas novas ou emergentes³, que aparecem nas falas dos entrevistados foram a hipertensão arterial (pressão alta) e a diabetes *mellitus* (Quadro5). Ressalta-se que as doenças emergentes estão relacionadas tanto a transformações socioambientais, quanto a novas situações de vida estabelecida por segmentos populacionais vulneráveis. Os resultados da pesquisa apontam que os Munduruku fazem a relação do surgimento dessas doenças com as modificações na subsistência e nos hábitos alimentares: *“A hipertensão vem da alimentação; a caça é salgada, o peixe é salgado. Antes tinha muito e comia carne fresca. Aqui não tem geladeira e a gente coloca no sal. As pessoas hoje comem muito açúcar, antes não se consumia tanto açúcar”* (Manoel, AIS da aldeia Laranjal).

Segundo relatos dos indígenas antigamente consumiam mais os alimentos tirados da terra (não industrializados), adoçavam o café com o caldo de cana-de-açúcar, por exemplo. Hoje consomem muito mais o açúcar, pois pouco se planta a cana: *“A gente plantava roça, tirava copaíba. Tomava o café torrado direto da mata com garapa da cana. O pão de cada dia era o cará, a macaxeira. Acho que a gente vivia muito mais, era mais forte. Nossa sobrevivência também mudou”* (AIM, Lázaro, aldeia Fronteiras, 2008).

Além disso, observamos que com a introdução de pequenos comércios nas aldeias Coatá e Laranjal, intensificou-se mais o consumo de alimentos industrializados como: biscoitos, refrigerantes, óleo, sal e açúcar, associada a essa situação verifica-se a redução de atividades físicas com o aumento de pessoas assalariadas (professores, AIS, AIM e AISAN), outros que recebem benefícios (auxílio natalidade, auxílio doença, bolsa família) e aposentados. Evidencia-se nas entrevistas realizadas na aldeia Coatá, muitas mudanças sociais e nos modos de vida:

Antigamente todos comiam juntos. Toda caça era dividida de família em família. Reuniam-se no terreiro para capinar. Falta fazer um trabalho comunitário. O trabalho ficou individual por família. Apareceram os projetos do CEPLAC. Apareceram os comércios. Têm aposentados e funcionários. Tem uma máquina de capinar, que a comunidade pega para fazer a limpeza... (Manoel Cardoso, Tuxaua geral, aldeia Coatá, 2008).

³ Doenças emergentes: seria aquela causada pela introdução de novos microorganismos..ou por patógenos reconhecidos mas não detectados previamente (Greco, 2001 apud Minayo, 2002, p. 37)

Hoje as relações de troca também mudaram, entrou a circulação do dinheiro e muitas famílias dependem de alguma renda para sobreviver, embora permaneçam a agricultura, a caça e a pesca como meios principais de subsistência: “*Naquela época não existia nada vendido. Hoje se não tiver dinheiro na comunidade a gente não come muita coisa. Se uma família matasse uma caça todo mundo comia*” (Manoel Lopes, AIS, Laranjal, 2008).

Os Munduruku da T.I. Coatá-Laranjal, intensificaram seus contatos com a sociedade nacional devido à vários fatores, tais como relação de comercialização dos produtos, participação em reuniões, recebimento de salários e aposentadorias, tratamento de saúde e outras situações, resultando com isso, no aumento do consumo de sal e de açúcar nas aldeias, de bebidas alcoólicas, (principalmente em épocas de festa), de gorduras saturadas (óleo de cozinha) e a redução de atividades físicas. Essas e outras mudanças nos estilos de vida deste povo têm influenciado no aumento de ocorrência de hipertensão arterial e diabetes *mellitus* tipo II nas aldeias Munduruku dos Rios Canumã e Mari-Mari, que chamamos de doenças emergentes, pois antes não havia relato das mesmas. Antes da distritalização havia poucos relatos dessas doenças entre os indígenas, hoje se tem mais informações sobre o quadro de saúde dos povos indígenas, com a entrada de equipes de saúde em área e as ações de atenção básica desenvolvidas nos Polos base e aldeias.

Segundo Santos e Coimbra Jr. (2003) a emergência dessas novas doenças crônicas não-transmissíveis, como obesidade, hipertensão arterial e diabetes *mellitus* tipo II, são pouco conhecidas nos estudos de epidemiologia dos povos indígenas no Brasil e com amplos impactos no presente e no futuro, evidenciando a necessidade e maior número de estudos. Mas assim, alguns estudos já apontam ocorrência entre vários povos indígenas. “A primeira referência a diabetes *mellitus* em grupos indígenas no Brasil datam dos anos 70, e diz respeito aos Karipúna e Paklikúr no Amapá [...]” (VIERA FILHO apud SANTOS e COIMBRA JR apud, 2003 p.33). Desde então, casos têm sido reportados em diversos outros grupos indígenas da Amazônia e Centro-Oeste, como os Gavião, Boróro, Xavante e Teréna (CARDOSO et. al., neste volume; TAVARES et.al., 1999; VIEIRA FILHO, 1991, 1996; VIEIRA FILHO et. al., 1983, 1984 apud SANTOS e COIMBRA JR, 2003, p. 34).

Durante as entrevistas tentamos identificar o itinerário terapêutico dos indígenas quando adoecem, concebendo este como:

Um conjunto de processos implicados na busca de um tratamento desde a constatação de uma desordem passando por todas as etapas institucionais (ou não)

onde podem se atualizar diferentes interpretações (paciente, família, comunidade, categorias de curadores etc.) e curas (BUCHILLET, 1991, p. 28).

Na aparição de uma doença, a escolha pelo tipo de tratamento vai depender dos sintomas e das causas da doença. No caso dos Munduruku a maioria inicia o tratamento no contexto familiar, com remédios caseiros e ervas, dependendo da gravidade e do tipo de doença, procuram pelo AIS no posto de saúde, depois a equipe de saúde do Polo base e não resolvendo encaminham para o Município de Nova Olinda e em último caso para Manaus.

Quando alguém adoece faz primeiro um chá. Vai com o AIS ou vem para o Pólo com profissionais e eles encaminham para Nova Olinda (AIS Armando, Coatá). Alguns correm primeiro para o remédio caseiro. Se não der jeito corre com o AIS. Quando não dá jeito recorrem ao Polo. Se for preciso encaminham para o hospital de Nova Olinda. Antes de levar ao profissional de saúde, alguns levam ao pajé, quando acham que é mal olhado, vento caído... (AIM, Lázaro, 2008).

Em alguns momentos a escolha do tratamento pode ser alternada: buscam as ervas, o curador tradicional e a medicina ocidental se necessário ou podem usar simultaneamente as duas medicinas. Reconhecem a eficácia da medicina ocidental, mas não deixam de buscar e acreditar na eficácia da medicina tradicional: *“Fazem primeiro o remédio caseiro, procuram um benzedor; depois procuram o Posto. Às vezes no Pólo-base pedem para buscar o benzedor antes”* (Valdinéia, AIS, Aldeia Laranjal, 2008).

No tratamento tradicional quer à base de ervas, encantações, massagens, é impossível desvincular o empírico do mágico-religioso, do sobrenatural ou do simbólico. É importante ressaltar a questão da eficácia do tratamento, a eficácia da veracidade, ou não, dos saberes tradicionais indígenas não pode ser avaliada pelos parâmetros biomédicos, pois dependendo do contexto sociocultural, das experiências e das necessidades sentidas pelos grupos, escolhem o procedimento terapêutico adequado e não resolvendo eles reavaliam e escolhem outro se necessário.

Verificamos que os dois sistemas de saúde (tradicional e biomédico) são complementares, dependendo do tipo de doença busca-se o tratamento adequado, quando esta é vista como resultado de forças mágicas e sobrenaturais, busca-se o tratamento da causa e a escolha do tratamento é tradicional, que vai além da cura física, mas neste caso não fica inviabilizado o tratamento dos sintomas ou manifestações físicas da doença, quando geralmente busca-se o tratamento na medicina ocidental. Para Buchillet (1991, p.29):

a noção de eficácia terapêutica recobre, nas sociedades tradicionais, muitas outras dimensões que as do esquema biomédico ocidental: as medicinas tradicionais podem preencher outras funções que a propriamente terapêutica, i.e., o tratamento sintomático da doença.

O fluxo de referência e contra-referência do atendimento aos indígenas pelo subsistema de saúde indígena é bem disseminado e conhecido entre todos os entrevistados. Quando perguntamos sobre as principais dificuldades sentidas no atendimento foram constantes nas entrevistas as queixas quanto ao atendimento no Município e nas Casas de Saúde do Índio: *“No município: enfrentamos fila, na Casa de Apoio não tem alimentação... (Jorge Japeca-Vice Cacique, aldeia Laranjal, 2008). “Custa o atendimento nas cidades. Os exames são demorados. Na casa de apoio às vezes não tem onde a gente ficar” (Ivan, AIS, aldeia Fronteira, 2008).*

A maioria reclama da assistência, mas alguns reconhecem que melhorou em relação ao que era antes: *“Hoje é melhor do que antes. Muitas vezes o profissional vai até a aldeia. A assistência no Município é boa, estão conseguindo resolver os problemas. Quando não resolvem encaminham para Manaus” (Lázaro, AIM, aldeia Coatá, 2008);*

As principais dificuldades relacionadas à assistência à saúde dos índios estão geralmente relacionadas à questão dos medicamentos industrializados, a falta de transporte de combustível e de comunicação, ou seja, às condições dos atendimentos emergenciais (remoções), evidenciando-se a visão médico-curativa da assistência à saúde:

Às vezes no município demora para o médico atender. Às vezes falta combustível para deslocamento e para visitar outras aldeias. Falta comunicação, não tem rádio... (Diego, AISAN, Laranjal, 2008).

Falta muitas vezes o medicamento. Há muitas dificuldades para atender o paciente. Às vezes falta alguém acompanhar (Armando, AIS, aldeia Coatá, 2008)).

Percebemos que embora prevaleça essa percepção emergencial das ações, pois se não houver condições para remoção, as pessoas correm risco de vida, grande parte dos agentes sociais da pesquisa descrevem a falta de condições de trabalho para desenvolver os programas de atenção básica, como saúde da mulher e da criança, saúde bucal, além da falta de materiais para os próprios AIS realizarem seu trabalho nas aldeias: *“Alguns programas não estão funcionando como a prevenção das mulheres, o trabalho do dentista, a vacina tem atrasado”*

(Manoel Lopes, *AIS da aldeia Laranjal*, 2008); “*Falta de medicamentos básicos. Falta de material para desenvolver o trabalho como balança, aparelho de pressão e termômetro*” (Valdinéia, *Ais da aldeia Laranjal*, 2008).

Outra ação de saúde muito visualizada e valorizada hoje em dia pelos Munduruku é a vacinação. Como sabem que a diminuição de muitas doenças, como a varicela, o sarampo e a gripe estão relacionadas a vacina, os mesmos reclamam quando a vacina não acontece no período previsto: “*Falta condições para trabalhar, falta medicamento. A vacina está atrasada*” (Jorge Japeca, vice- cacique, aldeia Laranjal).

Observamos durante o trabalho de campo, que existe descontinuidade de algumas ações nas aldeias, como a vacinação, justamente pela falta de condições materiais e logísticas. Há equipe de saúde trabalhando nos Polos base, mas ainda trabalham no modelo médico-assistencial esperando a demanda chegar até o Polo, enquanto que o modelo previsto para a saúde indígena seria a vigilância em saúde, onde as ações é que devem chegar até as aldeias, onde os programas de atenção básica deveriam ser acompanhados mensalmente. As gravidades e as remoções aumentam justamente porque as ações básicas não estão funcionando como previstas.

3.3. O sistema tradicional de saúde indígena e o sistema ocidental

As representações e práticas relativas à doença e seu tratamento nas sociedades tradicionais indígenas recorrem aos dois sistemas de saúde: ao sistema tradicional de saúde indígena e ao sistema ocidental. Na perspectiva das sociedades tradicionais as doenças não podem ser pensadas e analisadas fora de seu contexto pessoal, social, ambiental e histórico, como também sem considerar as “representações do mundo natural e das forças que o regem, as representações das pessoas, por fim, as modalidades de relação entre mundo humano, mundo natural e mundo sobrenatural” (BUCHILLET, 1991, p.25).

No caso dos Munduruku, algumas doenças chamadas de *doenças tradicionais*⁴ são relatadas pelos entrevistados, tais como: *quebranto, mal olhado, encosto, feitiço, vento caído e ramo de ar* (doença conhecida hoje como derrame). A busca pelo tratamento dessas doenças é diferenciada das doenças consideradas doenças do branco, que geralmente estão ligadas à

⁴ Doenças tradicionais são aquelas relacionadas a fatores cosmológicos e à quebra de regras sociais e ao sistema cultural e religioso

questão da transmissibilidade, ao contrário das doenças tradicionais que não costumam virar epidemias.

o caso de tratar-se de uma doença leve e conhecida, a cura pode ser um chá ou uma visita ao posto de saúde. No caso de uma doença séria, com sintomas não-usuais, ou interpretada como resultante de um conflito nas relações sociais ou espirituais (por exemplo, quebra de tabu), talvez o xamã ou outro especialista em acertar relações sociais seria escolhido primeiro. Não é possível prever a escolha, pois esta vai ser determinada pela leitura dos sinais da doença negociada pelos participantes (LANGDON, 1995, p.5).

Quando as doenças são interpretadas como resultante de causas espirituais ou de quebras de regras ou tabus, os Munduruku procuram o tratamento na medicina tradicional, buscando os curadores tradicionais ou as ervas e plantas de acordo com o tipo de doença e sua causalidade. Observamos que os mesmos demonstram ter conhecimento de quando a doença deve ser tratada pelo sistema ocidental de saúde ou quando deve ser tratada pelo sistema tradicional de saúde indígena:

A gente ainda busca na minha família os remédios caseiros, feitos de ervas, copaíba, ervas de passarinho usamos para micoses. Chamamos de quebranto, vento caído, mal olhado dos bichos do fundo, esses casos precisam de curandeiro para afastar as coisas ruim; tem uma pessoa no Caióé que é considerada pajé. Quando tem febre e não dá nada, e a pessoa está desmentida procura o pegador (tem vários nas aldeias) que pega, reza, ensina os remédios. O pajé faz banho, defuma, reza, passa receita de remédio (Sr Manoel Cardoso, Tuxaua geral do Rio Canumã, junho de 2008).

Concebemos como curadores tradicionais ou especialistas indígenas, o pajé, o benzedor, o pegador de osso e a parteira tradicional. Ressaltamos que na realidade dos Munduruku da T.I. Coatá-Laranjal não existe pajés em todas as aldeias, mas quando é necessário buscam o atendimento dos pajés de outras aldeias. Quanto aos pegadores de osso e parteiras é comum haver em quase todas as aldeias esses especialistas. O benzedor é uma função exercida por várias pessoas na aldeia, tem benzedor, por exemplo, que também pode ser pegador de osso.

Os resultados da nossa pesquisa apontam a utilização das duas medicinas, a medicina tradicional e a biomédica, ora usadas de forma complementares, ora sendo a alternativa escolhida pelos agentes sociais envolvidos de acordo com o diagnóstico e a causalidade da

doença. Observamos a forte crença nos curadores tradicionais e nos remédios caseiros e uma percepção bem clara de quando o tratamento requer o uso do sistema tradicional de cura:

A gente vê se a doença é para o médico, se é para o pajé procuram o pajé, ou o benzedor, o pegador, a parteira. (Manoel, AIS, aldeia Laranjal, 2008);

Acredito nos benzedores, gente que faz remédio; Em caso de dor de cabeça forte (vou atrás do benzedor). Quando é pra médico o curador não cura. Remédios caseiros que usamos são casca de pau, raspagens [...] (Jorge Japeca, Vice Cacique, aldeia Laranjal, 2008);

Antes de ter Pólo, Postos a maioria das doenças eram tratadas pelo pajé (Professor Eurico, Laranjal, 2008);

No pensamento tradicional as doenças podem ser causadas, por seres sobrenaturais, entidades cósmicas, plantas, animais ou seres humanos capazes de manipular poderes mágicos, como no caso do feitiço e do encosto que só pode ser tratado por um pajé, que tem poderes para tirar o feitiço ou o encosto de um espírito ou de um bicho do fundo. Durante as entrevistas com os Munduruku verificamos que dependendo de algumas situações e da causalidade da doença os mesmos sabem a qual especialista recorrer. O encosto, mal olhado de bicho e feitiçaria são as principais situações em que se busca o pajé, podendo ainda buscá-lo para uma defumação da casa e do terreiro: *“Quando não estamos se sentindo bem na casa, procuramos para defumar e ver se tem alguma coisa”* (Quadro 6).

Não tivemos oportunidade de entrevistar muitos pajés pelo fato de serem poucos e morarem em aldeias distantes. Mas nos indicaram uma jovem, que os moradores a reconhecem como pajé. A mesma mora na aldeia Caióé. Os moradores das aldeias lhe procuram para benzer, passar remédios e banhos. Ao visitarmos a aldeia Caióé, realmente encontramos uma moça de 24 anos que se identificou como pajé, ela conta que não sabia o que ia ser *“o pessoal me chama para benzer, quando tem dor de barriga pode ser quebranto eu passo os remédios e banhos. Faço remédio para tirar panemice ...”*. Faz um ano que a mesma vem de fato desenvolvendo este trabalho depois de passar por todo um aprendizado com curandeiros mais velhos, quando descobriu que tinha este dom. Diz que usa ervas (guia de vassourinha) para tirar quebrando e para tirar mal olhado usa o cigarro de tauari, misturado com alecrim.

Quadro 6- Curadores tradicionais, situações e práticas terapêuticas adotadas

Curadores	Situações em que buscam os	Práticas terapêuticas
-----------	----------------------------	-----------------------

tradicionais	curadores	
Pajé	Mal olhado, vento caído... Caso de doença do ar; Encosto, espírito mal; Encantamento dos bichos do fundo (boto); Mal olhado de bichos, Feitiço; Quando foi prejudicado por bicho do fundo; Feitiçaria; Quando é feitiço e encosto; Quando estão com doídice.	O pajé faz o remédio, um banho, ensina os remédios; Reza, benze, faz remédios caseiros, faz banhos, fuma o tauari; Faz defumação; Defuma com o cigarro de tauari, chama o espírito da pessoa, com o cigarro assopra na cabeça; Usa ervas, passa remédios. Às vezes fazem banhos e defumam a casa, o terreiro; Faz suas rezas e defumações.
Pegador de osso	Rasgadura; Desmentidura; Problema de osso; Procuram quando alguém cai, quando tem um baque...	Passam remédios caseiros; Eles costuram desmentidura; Tem uns que só pegam, colocam no lugar; passam alguma coisa para emplastar com ervas em cima do baque...; Tratam de costela rasgada;
Benzedor	Quebranto; Mal olhado; Quando a criança está com mal olhado, quando está com diarreia pode ser quebranto;	Fazem o remédio tradicional; Ensinam remédios; Fazem sua oração, usam folhas para benzer (vassourinha, peão roxo); Ensinam remédio para fazer.
Parteira	Com dores para ter o bebê; Puxar a barriga; Endireitar o bebê.	Elas pegam a barriga; Endireitam a posição do bebê; Passam alho para a criança não dobrar; Às vezes passam banhos para passar o frio; Partejam; Algumas fazem oração para descer a placenta; Amarram o cordão umbilical do bebê e queimam com copaíba;

Fonte: Resultado das entrevistas com moradores dos Rios Canumã e Mari-Mari, 2008

A crença no mal olhado dos bichos do fundo, como o boto é muito comum entre os moradores: “*A mulher menstruada não deve descer para o rio, por causa do boto, pode dar dor de cabeça no homem e nas crianças. A mulher pode endoidar se o boto simpatizar com ela, ela pode correr para a água*” (Manoel Cardoso, tuxaua do rio Canumã, 2008).

Nas práticas de cura é comum a utilização de ervas e recursos naturais nas quatro categorias de especialistas indígenas. Sendo a defumação e o uso do cigarro de tauari uma prática específica do pajé. A reza e o benzimento também estão presentes nas práticas do pajé, do benzedor e da parteira (Quadro 6). Assim observamos que todo ato de cura à base de

plantas, pajelança, rezas e massagens incluem sempre os dois pólos, o sentido comum e universal e o tratamento simbólico, baseado nas crenças e no lado mágico e religioso.

De acordo com o pensamento de Buchillet (1991, p. 33), a forma e o tratamento escolhido pelos indígenas (medicina ocidental ou medicina tradicional) dependeriam da categoria etiológica da doença: quando a mesma é interpretada como uma causalidade sobrenatural, caberia um tratamento tradicional, quando é uma causalidade natural, dependeria mais da medicina ocidental. Mas existem várias variantes que influenciam na busca do tratamento como a gravidade da doença e a distância geográfica, por exemplo, dos serviços de saúde. Observamos entre os Munduruku, a persistência das práticas tradicionais de saúde convivendo com as práticas da medicina ocidental.

3.3.1 As parteiras tradicionais indígenas

Destacamos o trabalho das parteiras tradicionais entre outros curadores tradicionais, por termos conseguido entrevistar um número maior de parteiras e por percebermos que as práticas das parteiras indígenas fazem parte do sistema tradicional de saúde dos Munduruku de uma forma bem significativa, pois quase todas as aldeias possuem parteiras e as mulheres preferem fazerem seus partos de forma tradicional.

Em relação ao parto das índias Munduruku, a maioria dos entrevistados respondeu que as mulheres preferem ter seus partos em casa. Procuram mais o hospital do Município nos casos em que a gravidez é de risco ou quando é primeiro filho ou quando a parteira não deu jeito. O trabalho da parteira é muito valorizado entre os Munduruku, entrevistamos duas parteiras do Rio Canumã e duas do Rio Mari-Mari no intuito de conhecer um pouco do seu trabalho e de suas práticas tradicionais.

Figura 16- Parteiras indígenas



Fonte: Foto da autora, novembro,2008

Segundo os relatos das parteiras entrevistadas, elas adquirem seus conhecimentos e experiências com alguém da família, começam essas atividades bem jovens e vão se aprimorando com o tempo. Duas parteiras que entrevistamos além do conhecimento tradicional já passaram por encontros e oficinas de parteiras e receberam algumas orientações e materiais de procedimentos ocidentais para usarem em seu trabalho como bacia, tesoura e luvas. Mas já fazem cerca de oito anos que aconteceu essa distribuição de material e não houve continuidade a esse trabalho: *“Ganhei uma bacia, fita para medir, luva, uma tesoura depois que fiz curso em Manaus. Corto o cordão umbilical com a tesoura (Maria de Nazaré, aldeia Coatá, 2008).*

Os partos são realizados geralmente na casa da grávida e alguém da família vai chamar a parteira: *“Vou até a casa, quando me chamam, em qualquer hora quando tão aperreado eu vou lá [...]”*. Os materiais utilizados pelas parteiras incluem tanto os da medicina ocidental, como os tradicionais, utilizam tesouras ou algum material cortante como ponta de fecha ou tala de palha para cortar o umbigo do bebê e a amarra do cordão geralmente é feita com algum tipo de fio:

Levo uma tesoura, queimo o umbigo com cabo da colher quente para não sair sangue, uso uma ponta de flexa para cortar o umbigo (Maria Brasil, Aldeia Caioé, 2008).

Corto o umbigo com tala de palha e amarro com fio de algodão (Domingas Batista, aldeia Cipozinho, 2008);

Na hora de assistir corto o cordão com a tesoura, oito dias não pode pegar a tesoura (D. Rosa Serrão, aldeia Laranjal, 2008)

Vale ressaltar que entrevistamos uma parteira Sateré-Mawé, D. Domingas Batista e seus procedimentos são diferentes das parteiras Munduruku, a talha de palha e o fio do algodão, por exemplo, só são usados pela parteira Sateré. As parteiras Munduruku que usam tesoura nos relataram que no passado também usavam tala de palha e algumas ainda usam a ponta de fecha para cortar o cordão umbilical do bebê. Algumas comentam que fazem algum tipo de preparo antes de partejar e cada uma tem seus procedimentos tradicionais próprios. Observamos que o uso de alguns materiais como o alho, tem efeito simbólico para expulsar a placenta: *“Quando vou partejar não posso comer pimenta. Quando vou assistir uma pessoa, passo alho, se não pode nascer, puxa no cordão do bebê com alho para nascer a placenta.. Põe na bacia, a posição: fica sentada e pode fazer a força quando nasce”* (Rosa Serrão, aldeia Laranjal, 2008)

As parteiras nos falam com muito orgulho de seu trabalho e todas dizem que perderam a conta dos partos que fizeram: Descrevem da seguinte forma seu trabalho:

Pego a barriga da mulher, vejo como tá a criança e às vezes tem de endireitar a criança. Às vezes elas vêm em casa e mandam pegar a barriga e perguntam quando vão ter. Uma paciente tava com o filho sentado. Passei óleo, fui mexendo, rodando até ajeitar a criança. Passo um alho para não dobrar, e sempre puxar para não voltar, pois pode voltar. Às vezes passa banhos para passar o frio (Maria Brasil, aldeia Caioé, 2008)

Além de partejar, como falam, também são chamadas para pegar a barriga da grávida e ver se o bebê está na posição certa. Utilizam também plantas medicinais para fazer banhos e chás, fazem o uso de alho e óleos também para puxar a barriga ou para ajudar na expulsão da placenta.

A forma como são realizados os partos e as posições adotadas pelas mulheres na hora do parto foram descritas nas entrevistas com as parteiras. Segundo as mesmas algumas mulheres preferem ter o bebê deitadas, mas a maioria prefere a posição sentada em um banquinho com uma pessoa segurando por trás:

Na hora do parto uma pessoa segura por atrás, senta no banquinho. Às vezes passa algum chá caseiro. Muitas se apóiam na rede. A maioria tem o bebê de cócoras em cima do banquinho (Maria de Nazaré, aldeia Fronteiras, 2008);

A maioria tem sentada na beira do banco. Outras têm deitada na cama (D. Maria Brasil, aldeia Caioé, 2008)

A maioria tem sentada no banco baixo. (D. Domingas, aldeia Cipozinho, 2008).

Alguém segura por trás, suspende, apara a criança, depois senta a mulher para nascer a placenta. Corta o umbigo, amarra, pega copaíba queima na ponta do cordão e ao redor, pega algodão e embrulha. (D. Rosa Serrão, aldeia Laranjal, 2008)

As parteiras descrevem com detalhe os primeiros cuidados com o recém-nascido, que inclui o corte e a amarra do cordão umbilical, a limpeza da criança e o banho. É importante destacar as manobras tradicionais para ajudar na expulsão da placenta:

Alimpo, corto o umbigo, coloco a camisa. Quando demora para sair a placenta dou óleo para a mãe tomar, coloco sal na mão para sair logo (D. Domingas, aldeia Ciozinho, 2008).

A gente dá banho com água morna, limpa, embrulha, logo que nasce, coloca pra mamar na mãe. Mamar na mãe ajuda a jogar a placenta. Quando a criança chupa no peito, ajuda a nascer a placenta. Quando demorava dava um jeito na barriga (D. Maria de Nazaré, aldeia Fronteiras, 2008);

Quando nasce e a mãe tem leite dá logo para mamar. Às vezes a placenta sai junto, às vezes demora a sair depois. (D. Maria Brasil, aldeia Caioé)

Observamos tanto nas entrevistas com as parteiras como conversando com algumas mulheres das aldeias Coatá e Laranjal, a importância que se dá nesta região ao resguardo pós-parto tanto alimentar como de atividades cotidianas. A quebra de regras e restrições alimentares pós-parto entre as mulheres Munduruku pode trazer consequências tanto para a saúde da mulher como para o bebê e até mesmo para o pai da criança. O pós-parto é considerado uma situação liminar, ou seja, as mulheres estão mais susceptíveis a adoecer, assim como o nascimento, a puberdade e o parto também são situações liminares.

As restrições alimentares incluem a proibição de alguns tipos de caça, de peixes e algumas frutas tais como manga, bacaba, abacate e banana pacovã. Geralmente referem que no período do resguardo não podem comer caça e peixe *“reimoso”*, descrevem que só podem comer as caças miúdas e peixes escolhidos: *“Às vezes comem coisa reimosa e faz mal para criança dá problema de barriga”* (Maria Brasil, aldeia Caioé, 2008). Alguns tipos de alimentos vão trazer problemas de saúde para o bebê porque relacionam com o leite materno:

“*Jabuti faz mal para a barriga do bebê*” (D. Rosa Serrão, aldeia Laranjal, 2008). Foram descritas nas entrevistas algumas caças e peixes que não podem ser consumidos no período pós-parto tais como: anta, queixada, veado, tatu, porco, jaraqui da escama fina, tucunaré pintado, queixada, macaco, piranha, traíra e jabuti.

Entre as proibições de atividades estão: varrer, lavar roupa e tratar peixe, principalmente nos primeiros vinte dias, pois pode causar hemorragia na mulher: “*Não pode varrer, tratar de peixe, pisar na escama de peixe* (Maria Brasil, aldeia Caioé, .2008). Existem ainda restrições para o pai da criança que se forem quebradas podem trazer problemas para o bebê: “*O pai não pode trabalhar no serviço pesado durante um mês. Faz mal para o umbigo da criança, a mesma se espreme*” (D. Rosa Serrão, aldeia Laranjal, 2008).

Existe uma crença muito forte de que as mulheres puérperas não podem descer para o rio enquanto estiverem sangrando por medo de encantamentos e mal olhado dos bichos do fundo:

Enquanto tiver parto arriando (sangrando) não pode descer para o rio. Tem bichos, mal olhado de bicho do fundo (D. Maria de Nazaré, 2008).

Não é bom descer para a beira do rio, enquanto estiver sangrando, pois estão de corpo aberto, mais ou menos 15 dias. O medo é do boto (D. Maria de Nazaré, 2008)

Mulher com sangue não pode ir para a beira, pois o boto judia. Às vezes dela, de quem tá perto dela (D. Domingas, 2008).

Vários povos indígenas possuem tabus e restrições alimentares e sexuais principalmente nos momentos liminares da vida. Cibele Verani (1991, p.78), ao estudar as representações da doença entre os Kuikuro do Alto Xingu aborda essa questão:

[...] os tabus alimentares e as restrições de atividades sexuais aplicam-se a determinados contextos liminares. Durante os momentos de reclusão (após o nascimento de uma criança, na puberdade; após a “furação de orelha”, na iniciação xamanística, ou no luto pela morte de um esposo ou membro do grupo de substância, na menstruação feminina e após o parto, ou por ocasião de acontecimentos de doenças, os Kuikuro consideram-se particularmente susceptíveis.

Observamos que os tabus relacionados ao período menstrual e pós-parto entre os Munduruku estão geralmente relacionados ao medo do mal olhado e dos encantamentos dos bichos do fundo, pois geralmente tem uma relação com o “cheiro do sangue”, que podem

atrair os bichos do rio e a mulher estando com o corpo aberto está mais susceptível nesses momentos. Entre os Kuikuro, “a contaminação pelo “cheiro do sangue” feminino (menstrual ou do parto), afeta os adultos jovens, categoria social “lutadores”, enfraquecendo-os, em especial o jovem recluso, podendo torná-lo aleijado ou mesmo matá-lo (VERANI, 1991, p.79)”.

As representações sobre a saúde e a doença entre os Munduruku vão sendo recriadas de acordo com as experiências individuais e coletivas do grupo, incorporando novos conceitos da medicina ocidental. As experiências com as novas doenças como consequência das alterações socioambientais e novos estilos de vida adotados pelos Munduruku trazem a necessidade de novos conhecimentos e formas de enfrentamento aos problemas de saúde. Ao mesmo tempo verificamos a necessidade de relativização do pensamento biomédico dos profissionais de saúde de entenderem e articularem as práticas da biomedicina à medicina tradicional, respeitando os saberes tradicionais indígenas e suas especificidades culturais.

CAPÍTULO IV

AS MUDANÇAS SOCIOAMBIENTAIS E RELAÇÃO COM O PROCESSO SAÚDE/DOENÇA

4.1. Relação meio ambiente e saúde

As preocupações com os problemas ambientais foram dissociadas por muito tempo das preocupações com os problemas da saúde. Vários movimentos de protecionismo à natureza levantaram questões relacionadas à destruição e a degradação ambiental, mas existia pouca relação com as dimensões sócio culturais e com a saúde humana. Segundo Carlos Machado de Freitas e Marcelo Firpo Porto (2006, p. 48), foi a partir das décadas de 1960 e 1970 que esse quadro começa a mudar, quando surgem dois movimentos (*top down e bottom down*) como respostas sociais aos problemas ambientais e que contribuiu para ampliar a compreensão das questões ambientais relacionadas aos problemas de saúde, não se restringindo apenas aos aspectos de saneamento e controle de vetores, mas recuperando a dimensão social dos mesmos.

Mas foi a partir do último quartel do século XX, que os problemas ambientais começaram a ser disseminados na sociedade como um todo, com a realização das duas grandes Conferências Mundiais sobre Meio Ambiente, organizadas pela Organização das Nações Unidas (ONU), a primeira realizada em 1972 (Estocolmo) e a segunda realizada em 1992 (Rio de Janeiro), esta conhecida como Rio-92. A Conferência das Nações Unidas sobre o Ambiente Humano (1972) inclui o reconhecimento dos humanos viverem em um ambiente que proporcionasse qualidade de vida:

Ela contribuiu para a mudança das atenções centradas na noção de preservação e conservação da natureza biofísica para a noção de um ambiente global, alcançando as questões ambientais no topo da agenda política nacional, regional e internacional. A esta noção articula-se a idéia do direito de os humanos viverem em um ambiente de qualidade que permitisse uma vida com dignidade e bem-estar, passando a ser incluído na constituição de alguns países o reconhecimento do ambiente como direito humano fundamental” (FREITAS & PORTO, 2006, p. 50).

A Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (1992), que resulta na Agenda 21, um marco para a questão ambiental, menciona as dimensões sociais

e econômicas e reconhece a saúde ambiental como prioridade social para a promoção da saúde (FREITAS & PORTO, 2006, p. 50). A idéia de sustentabilidade passou a ser um conceito fundamental depois dessas conferências.

O relatório desta Conferência sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, “abrangeu a idéia de que as necessidades essenciais das populações deveriam ser urgentemente focalizadas, dentro de um marco que articulasse suas relações com os fatores ambientais aí considerados...” (MINAYO, 2002, p.179). Esse também é um grande avanço, pois as populações e suas necessidades básicas como saúde, educação, saneamento e outros direitos fundamentais passam a ser prioridade nas relações com os fatores ambientais.

O Relatório *Nosso Futuro Comum*, denominado de *Relatório de Brundtland* (1987), publicado pelas Nações Unidas, contribui para conformar a idéia de desenvolvimento sustentável reconhecendo que os problemas ambientais demandam esforços comuns, a longo prazo integrados com os objetivos de desenvolvimento. Segundo Joselito Abrantes (2002, p. 65) o relatório enfatiza: “a necessidade de reformulação do sistema político de participação entre nações e dentro de cada uma delas, como forma de facilitar o alcance do princípio da equidade”. A necessidade de efetivar esforços comuns destinados à proteção, conservação e uso sustentável da diversidade biológica passou a ser definida como uma prioridade internacional.

Em face dessas considerações preliminares, adotamos para fins deste estudo o enfoque ecossistêmico de saúde, uma das propostas mais recentes, que relaciona saúde, ambiente e condições e estilos de vida adotados por grupos populacionais específicos, esta proposta é pautada nas idéias de Minayo (2002).

Outra pesquisadora que dá destaque a abordagem de análise do enfoque ecossistêmico é Edna Castro, trazendo a discussão sobre os impactos das atividades dos grupos populacionais sobre o ambiente e a repercussão desse fator na situação de saúde dos mesmos:

[...] o enfoque ecossistêmico que estuda a conexão entre as atividades dos grupos sociais e seu impacto ao meio ambiente. Interroga como se encontra o estado de saúde dos ecossistemas, o seu equilíbrio e os processos de reprodução biológica, indicando as situações que interferem na saúde dos grupos humanos (CASTRO, 2002, p. 26).

Essa visão pauta-se pela compreensão de que a saúde dos grupos humanos está irremediavelmente ligada às condições ambientais. O conceito de ecossistema neste sentido “atribui significado de conjunto ao ar, à terra, à água e aos organismos vivos e às interações

entre cada um desses organismos” (CASTRO, MARIN e COUTO 2002, p.26). As atividades humanas intensivas de exploração da natureza podem ameaçar a saúde e o bem-estar das gerações presentes e futuras.

Dentro dessa perspectiva várias pesquisas em grupos locais específicos têm se voltado para estudos sobre a relação das mudanças socioambientais com a saúde humana. Pesquisadores como Carlos Coimbra Jr. e Ricardo Ventura Santos (2003) ao estudar o perfil de saúde dos povos indígenas enfocam a articulação com os processos de mudanças socioambientais. Estudos em contextos locais, por exemplo, como entre os Xavante do Mato Grosso (T.I. Sangradouro-Volta Grande) evidenciam mudanças nos padrões de assentamento, mobilidade e subsistência e seus impactos nos perfis de saúde, ocasionando principalmente problemas nutricionais:

Quando a demarcação e a regularização da Terra Indígena Sangradouro-Volta Grande ocorreram no final da década de 80, grande parte da cobertura vegetal original já havia sido alterada devido a invasões anteriores de fazendeiros [...]. No que se refere a caça, a progressiva escassez de animais nas áreas próximas aos aldeamentos constitui um registro freqüente entre os povos indígenas do país e o caso Xavante não parece ser uma exceção a este perfil (COIMBRA JR. et. al., 2003, p.111)

A relação entre saúde e ambiente nos remete à discussão da degradação ambiental. Para efeito deste estudo “a degradação ambiental significa uma ameaça aos sistemas de suporte à vida, no que se refere aos serviços dos ecossistemas dos quais derivam a viabilidade da vida de todos os seres e sistemas vivos, incluindo para os humanos” (FREITAS e PORTO, 2006, p. 15). Os ecossistemas oferecem inúmeros benefícios para os humanos, como produção de água, alimentos, combustível, regulação do clima e dos ciclos das águas e das doenças entre outros, essenciais para a saúde humana.

A escassez de recursos naturais, a poluição dos rios, as alterações na cobertura vegetal, a diminuição dos limites territoriais, as invasões de madeireiros e garimpeiros nas áreas indígenas, entre outros, são formas de degradação ambiental que trazem impactos negativos para a saúde de vários povos indígenas no Brasil. Um exemplo de agravo ambiental que traz conseqüências importantes para a saúde decorre da contaminação de mercúrio, utilizado nos garimpos de ouro e que atinge alguns povos da Amazônia:

Entre os Munduruku no Pará, por exemplo, verificaram níveis elevados de metilmercúrio nas espécies de peixes mais frequentemente consumidas. Outros estudos recentes, como entre os Makuxi, Kaiapó e Pakaanóva (Wari), confirmam a amplitude do problema de contaminação ambiental por mercúrio na bacia amazônica (SANTOS e COIMBRA JR. , 2003, p. 29).

Segundo Freitas e Porto (2006, p. 28), as abordagens ecossistêmicas de saúde desenvolvidas nos últimos anos buscam estabelecer uma relação entre serviços de ecossistemas e bem-estar humano:

Nessa concepção, dentre os fatores sociais e ambientais que afetam a saúde, podemos encontrar o emprego e a distribuição de renda, as condições de vida e de trabalho, a qualidade e a sustentabilidade do ambiente, as redes sociais e de suporte social, a maior participação nos processos decisórios locais que a afetam a saúde, bem outros que afetam o bem-estar físico e social.

Nessa perspectiva que consideramos ser a mais pertinente para a análise que propomos, a saúde possui além da dimensão biomédica, as dimensões sociais, ambientais e culturais e políticas, considerando as contradições e conflitos eventuais dentro de uma sociedade e sua participação nos processos de decisão. Os problemas ambientais geram conflitos, reações e movimentos por parte da sociedade. Entre os povos indígenas os movimentos de luta pela garantia da terra, pela expulsão de madeireiros e garimpeiros de seus territórios, pelo acesso à saúde, entre outros problemas, evidenciam o processo de organização e participação dos mesmos na luta pelos seus direitos.

Pactuamos com a idéia do pesquisador Alfredo Wagner de Almeida (2004, p.37). que levanta a questão de uma ruptura com o modo de pensar o ecossistema amazônico:

Tal ruptura aponta para uma noção de ecossistema amazônico que não se reduz mais ao quadro natural, às paisagens e às descrições de espécies, produzindo listas e copiosos inventários de ocorrência de plantas, frutos, e congêneres [...] ela traz em seu bojo o significado de ecossistema amazônico como produto de relações sociais e de antagonismos, ou seja, pensado como um campo de lutas em torno do patrimônio genético, do uso de tecnologias e das formas de conhecimento e de apropriação de recursos naturais.

Partindo desse entendimento de que os ecossistemas são mediados pelas relações sociais dos grupos que vivem em determinado território ou região é que tentamos

compreender as formas de interação dos Munduruku da T.I. Coatá-Laranjal com o meio ambiente e como estes percebem a relação dos problemas ambientais com o processo saúde/doença.

Ao estudar a relação dos povos tradicionais indígenas com a natureza, é importante trazer a discussão sobre a biodiversidade e os conhecimentos tradicionais indígenas tendo como base a Convenção sobre Diversidade Biológica (CDB). A discussão sobre os saberes tradicionais coloca em evidência as relações sociais que traz em seu bojo questões tais como a utilização sustentável dos recursos naturais, o respeito aos conhecimentos e práticas tradicionais das comunidades locais e populações indígenas. A CDB foi assinada durante a Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (1992) e seu texto é aprovado no Brasil pelo Congresso Nacional em 1994. Esta convenção reconhece o papel fundamental das comunidades indígenas, tradicionais e locais na conservação e uso sustentável dos recursos biológicos. O artigo 8 (j) estabelece que os Estados-membros em conformidade com sua legislação nacional devem:

Respeitar, preservar e manter o conhecimento, inovações e práticas das comunidades locais e populações indígenas com estilo de vida tradicionais relevantes à conservação e à utilização sustentável da diversidade biológica e incentivar sua mais ampla aplicação com a aprovação e a participação dos detentores desse conhecimento, inovações e práticas; e encorajar a repartição equitativa dos benefícios oriundos da utilização desse conhecimento, inovações e práticas (BRASIL, 2000)

As maneiras específicas como os povos indígenas lidam com a natureza e como têm usado seus saberes e práticas tradicionais na utilização dos recursos naturais existentes para sua sustentabilidade ao mesmo tempo conservando a diversidade biológica, tem feito com que os mesmos sejam reconhecidos e valorizados pela suas formas de organização social e relação com o ambiente. Os Munduruku da T.I. Coatá-Laranjal tem sua forma própria de organização social e de se relacionar com o ambiente. Apesar de terem um amplo território e disponibilidade de caça, peixes e frutos da floresta mostram em seus discursos a preocupação com a finitude dos recursos disponíveis em seu território, onde existe um forte controle interno, território este que foi historicamente motivo de lutas e conflitos.

4.2. As percepções dos Munduruku sobre meio ambiente, os problemas ambientais e a relação com o processo saúde/doença

A preocupação com o aumento de doenças como a malária, a leishmaniose, a desnutrição, as doenças diarréicas, bem como outros agravos em áreas indígenas em decorrência da degradação ambiental vem aumentando na região Amazônica. Os ecossistemas onde os povos indígenas vivem e que tradicionalmente dependem da caça, da pesca, do extrativismo e da água para sua sobrevivência vêm sendo ameaçados.

Para entendermos melhor a relação dos povos indígenas com a natureza é necessário entendermos as representações do pensamento indígena sobre a natureza, que envolvem além do conhecimento empírico, um conjunto de valores e representações imaginárias. As percepções dos Munduruku da T.I. Coatá-Laranjal sobre meio ambiente envolvem além da floresta, os animais, os peixes e os rios, a questão da terra, do lazer, da educação, enfim as relações dos seres que vivem neste espaço, uma visão ampla e abrangente onde as necessidades das pessoas e seu bem-estar são destacados. Segundo a discussão com o grupo focal do Rio Canumã (Coatá) as percepções sobre meio ambiente foram assim descritas:

É o espaço onde se vive. Para ter um ambiente saudável é preciso ter cuidados;
A terra indígena é um ambiente que precisa ser preservado e precisa de fiscalização;
É ao redor onde a gente vive, onde está nossa comunidade e nossa casa;
É de onde se tira os alimentos;
Faz parte do ambiente os animais, as árvores, os peixes e as pessoas.

Segundo a discussão com o grupo do Rio Mari-Mari (Laranjal), as percepções sobre meio ambiente foram concebidas da seguinte forma:

É a floresta, os rios, os igarapés e lagos;
É as casas onde se vive;
É o campo onde as pessoas se divertem;
É a escola;
É o ar que respiramos;
É a água, os peixes e os rios.

Além do entendimento sobre meio ambiente, os Munduruku mostram grande preocupação com a preservação do ambiente onde vivem e principalmente com a fiscalização das suas terras. Demonstram ter consciência de que dependem intrinsecamente dos recursos

da natureza para viver e por isso precisam preservar e cuidar do mesmo. Sr Manoel Cardoso Munduruku, cacique geral da aldeia Coatá (2008) concebe meio ambiente da seguinte forma: *“É conservar a natureza... Só derrubamos o mato para plantar nossa roça. Não tem muita área desmatada. É os animais (nosso alimento), a mata que refresca o ar. A natureza que protege a gente...”*

Outra questão que aparece na fala do Sr Manoel Cardoso é a interação do grupo com seu ambiente, a percepção da natureza vai além de ser um espaço natural, é um espaço sobrenatural e social. A proteção da natureza pode ter várias formas de interpretação que vão desde a proteção do sol, os alimentos que a natureza proporciona, até a proteção imaginária dos seres da floresta. É comum nas áreas indígenas, as matas e os rios terem seres protetores e seus donos como mãe da mata, mãe d’água e outros.

Sr. Pergentino Lopes (88 anos), morador antigo da aldeia Laranjal, ao relatar sobre a causa do cesão (malária) fez a relação com a mãe do lugar:

Meu pai e os pajés falaram que aquele lugar era muito respeitado, era um lugar sagrado. Ninguém podia ofender, mas no final da tarde eles pegaram as suas armas e começaram a atirar em direção ao barranco. Por isso eu digo, tudo tem sua mãe e nenhuma mãe gosta que mexam com seus filhos. E aquele pessoal ofendeu a mãe daquele lugar. Ai a febre apareceu e começou a atacar as pessoas...” (BELEZA, 2002, p.67-68)

Nas suas concepções os Munduruku demonstram preocupação com as gerações futuras, pensamento este, ligado às idéias do desenvolvimento sustentável que tem como princípio fundamental a preocupação com a degradação ambiental: *“Acho que se a nossa terra foi demarcada, acho que tem que preservar, temos que pensar nos nossos filhos e nos que vão vir, pois se não, não vai mais ter o peixe no futuro”* (Valdinéia Santos, aldeia Laranjal, 2008). Os Munduruku possuem uma forte interação com seu território e muitas mudanças ambientais e na qualidade de vida deste povo estão vinculadas diretamente a questão da demarcação de suas terras. Contam em seus relatos que já tiveram muitos conflitos no passado em decorrência das invasões de suas terras (época dos patrões) e hoje mesmo com as terras demarcadas sofrem conseqüências das invasões e da exploração dos recursos naturais ocorridas no passado, como a diminuição da caça, do peixe e da castanha.

Durante o trabalho de campo foram identificados pelos agentes sociais alguns problemas ambientais expostos no quadro abaixo. Muitos indígenas relacionam os problemas ambientais à situação de saúde doença (Quadro7).

Quadro 7- As percepções dos Munduruku sobre os problemas ambientais

Agentes sociais	Problemas ambientais identificados
Armando Vasconcelos (AIS), aldeia Coatá	Muitas queimadas no passado e muita tirada de madeira; A pesca em barco pesqueiro foi negociada, mas deixa prejuízo; Aumento do lixo nas aldeias.
Lázaro Beleza Ferreira (AIM), aldeia Fronteiras	Falta ter mais cuidado com o lixo; A questão dos pescadores dentro da aldeia é um dos problemas. Vai faltar peixe no futuro; Quando o rio seca, a água fica mais suja, dá muita diarreia aqui no Coatá. Falta ter mais cuidado com o lixo.
Manoel Cardoso Munduruku, tuxaua Geral do Rio Canumã	A água suja, quando seca e quando enche traz doenças; Os nossos rios agora secam muito e tem dificuldade de pegar a água.
Manoel dos Santos, AIS da aldeia Laranjal	Existem muitas queimadas (pessoas da própria aldeia) Existe muito lixo; A qualidade da água é boa para tomar, mas falta o pessoal da saúde fiscalizar o poço; Antes não tinha tanto lixo. O Problema do lixo pode dar verminose e diarreia; Existem pequenos comércios; Tem muitos cães na aldeia.
Eurico, professor, aldeia Laranjal	Houve uma grande queimada há três (3) anos atrás e isso agrediu muito a natureza (Laranjal, Vila Nova e Mucajá); A caça ficou mais difícil. O peixe também foi afugentado, faltaram as frutas para eles comerem; Precisamos cuidar do destino do lixo.
Mário Saterê, tuxaua e AIS, aldeia Cipozinho	A água suja prejudica a saúde; Mudança de tempo traz doença.
Diego Moreira Maciel, AISAN, aldeia Laranjal	Queimadas nos igarapés; Jogar lixo no chão; Apesar de ter poço a água não tá boa;
Valdinéia dos Santos Reis, AIS, aldeia Laranjal	Queimadas (às vezes quando ta seco, tocam fogo no igapó); O que tá afetando mesmo é o lixo, porque pode aparecer doenças na aldeia... Os barcos pesqueiros pegam o peixe, vendem, trazem poluição, bebidas... Quando seca a água é distante para pegar e fica suja, era um problema que a gente enfrentava bastante. Tem aldeias no tempo da seca que tem problemas com a água parada; Diminuição da caça e do peixe; Algumas frutas já não são suficientes.

Fonte: Entrevistados dos Rios Canumã e Mari-Mari, 2008

A extração de madeira na área indígena (Quadro 7) e a extração da castanha aparecem nas entrevistas como questões que afetaram muito o ambiente no passado, na época das “*colocações dos castanhais*”. Hoje com a demarcação das terras, os Munduruku relatam que este problema deixou de existir, mas antes tiveram muitos conflitos e tiveram que expulsar muitos invasores de suas terras, conforme contam alguns moradores antigos:

Antes da terra ser demarcada os índios já trabalhavam nas colocações dos castanhais e eram muito maltratados pelos invasores brancos. Eles entravam para dentro das colocações de castanhais que ainda existem até os dias de hoje... Os índios Munduruku sofreram muitas conseqüências por causa das colocações dos castanhais. O homem branco queria se tornar patrão e dono de tudo que existia na terra de origem dos índios (BELEZA, 2002, p. 79).

Mas com a demarcação das terras vieram as mudanças, consideram que melhorou as condições de vida, ressaltam um sentimento de autonomia, livre da figura do patrão: “*Tiraram os posseiros e regatões da área. Hoje estão vivendo sossegados. Não tem mais patrão. Vivem da agricultura. O CIMI contribuiu bastante nas orientações sobre os direitos dos índios*” (Jorge Japeca, aldeia Laranjal, 2008).

O coordenador da UPIMS, Sr. Edivaldo dos Santos Oliveira, compara como era antes da demarcação e como é hoje, demonstrando orgulho de terem conseguido demarcar suas terras e como vem se organizando para preservar os recursos naturais existentes:

Existia muita extração de madeira, antes da demarcação tinham os posseiros. Hoje não há mais esse problema. Antes os posseiros exploravam muito a castanha e derrubavam o açazeiro. Hoje se tira madeira apenas para fazer as casas. A produção hoje é agro-extrativista. Trabalham com a produção do açaí vendem o saco em caroço (2008).

Conforme o quadro acima, outros problemas destacados pelos entrevistados diz respeito às queimadas e à diminuição da caça, do peixe e dos frutos da floresta. Cabe lembrar que durante muito tempo os recursos naturais existentes nesta região foram explorados por invasores e posseiros. Somente com o processo de demarcação da terra indígena é que teve início um processo de reorganização interna dentro da área indígena. Novas aldeias foram criadas para que pudessem ter mais espaço para plantar e caçar. Todas as mudanças estão relacionadas a questão do território: “*Algumas famílias depois da demarcação ocuparam novas terras para trabalhar e criaram novas aldeias. Foi formada a aldeia Boa hora, por*

exemplo, que foram famílias do Sorval que foram para lá em busca de terras para plantar e é mais farto de caça e peixe (Professor Eurico, Laranjal, 2008).

Entretanto alguns fatores como as queimadas e a entrada de barcos pesqueiros na área, evidenciados nas entrevistas, podem estar contribuindo para diminuição da caça e do pescado, afastando a caça e espantando os peixes. Durante as visitas nas aldeias, várias vezes presenciamos o consumo de várias caças como paca, cutia, veado e principalmente porco do mato que saboreamos em uma comemoração de casamento na aldeia Laranjal. A fartura de peixe é mais nos períodos de arribação, mas a base da alimentação Munduruku continua sendo a caça, o peixe, a coleta de frutos e a farinha. Outros alimentos como o arroz, o feijão, o óleo, o sal, o açúcar e outros produtos vindos da cidade, são complementares, inclusive já existem alguns pequenos comércios nas aldeias Coatá e Laranjal, embora esses produtos industrializados tenham menor importância na dieta alimentar. Muitas mudanças nos modos de vida e na alimentação são percebidas pelos Munduruku. A intensificação do contato preocupa alguns que relacionam aos riscos de trazerem novas doenças: *“Mudou na alimentação. Não existe mais tanta fartura de caça e pesca. Tinha pouco contato com branco. O índio vai mais para a cidade. Tem mais riscos de se contaminarem com algumas doenças”* (Manoel Lopes, aldeia Laranjal, 2008).

A questão da entrada de barcos pesqueiros na área indígena aparece nas entrevistas como uma questão preocupante: *“Os barcos pesqueiros pegam o peixe, vendem, trazem poluição, bebidas...”*. Conversamos com o Coordenador da UPIMS e participamos de uma Assembléia Geral dos Munduruku na aldeia Coatá (maio/ 2009) onde essa questão foi ponto de discussão. O coordenador explicou que houve um acordo de manejo da pesca, iniciado em 2006, onde as aldeias foram consultadas, possuindo o acompanhamento e a fiscalização da Funai. A UPIMS reuniu com as aldeias do rio Canumã, onde foi autorizada a entrada dos barcos pesqueiros três meses ao ano (período da piracema) e os peixes que são retirados são o matrixã e o jaraqui. Quando foi feito este acordo ficou decidido que uma porcentagem da renda iria beneficiar as comunidades desse rio. Durante a Assembléia, o coordenador da UPIMS, explicou que o recurso é dividido entre as aldeias do Rio Canumã. Observamos que as lideranças e os representantes das aldeias do Rio Mari-Mari presentes não aderiram à entrada de barcos pesqueiros em sua área, mas respeitam a decisão dos demais. Mesmo trazendo renda para as aldeias, verificamos que alguns se preocupam com os impactos que essa atividade possa trazer para a área indígena, como diminuição dos peixes e poluição dos rios.

A qualidade e o acesso à água em períodos de seca, é uma questão que preocupa bastante os Munduruku (Quadro 7). A demanda pela construção de poços artesianos e pelo tratamento da água é ponto de discussão em todas as reuniões do conselho local de saúde indígena. Onde existem poços artesianos, como na aldeia Fronteiras, há um reconhecimento que diminuiu os casos de diarreia: *“Tinha muita diarreia na aldeia, depois que foi construído o poço artesiano diminuiu mais os casos. O poço está funcionando há mais ou menos um ano. A diarreia diminui mais de vez em quando ocorrem casos.* (Klewton, aldeia Fronteiras, 2008). Já na aldeia Coatá apesar da construção de poço, o mesmo não está funcionando, foi detectado pelos técnicos da Funasa que a água não é de qualidade e não serve para consumo. Quando seca fica muito distante para pegarem a água. Além destas aldeias citadas existem poços artesianos nas aldeias Laranjal, Mucajá e Laguinho. Num universo de 32 aldeias, 05 poços artesianos representa uma cobertura muito baixa. O problema da água suja, parada e a distância para pegar a mesma em períodos de seca são destacados várias vezes nas entrevistas e geralmente relacionam com a ocorrência de doenças como a diarreia.

O problema do aumento do lixo é uma preocupação constante entre os entrevistados, principalmente na aldeia Coatá, onde a população é maior e possui quantidade maior de comércio (Quadro 7). Percebem que o lixo aumentou e que precisam cuidar do destino do mesmo, em várias aldeias, verificamos que eles já vêm fazendo este trabalho: *“Para combater o problema do lixo, fazem mutirão para fazer a limpeza, queimam o lixo e alguns deixam em um lugar distante. Material cortante enterram”* (Armando Vasconcelos, aldeia Coatá, 2008). Na aldeia Fronteiras os agentes de saúde e professores, também vem orientando os moradores a ter esse cuidado: *“O lixo na aldeia tem aumentado. Mas os professores e Ais já orientam a coletar o lixo e a queimar ou enterrar. O lixo também traz doenças como a diarreia”* (Klewton, aldeia Fronteiras, 2008). Outra agente de saúde da aldeia Laranjal fala da importância de orientar as pessoas sobre os cuidados com o lixo: *“Algumas pessoas queimam o lixo. Falta um trabalho de consciência sobre os cuidados com o lixo...”* (Valdinéia, aldeia Laranjal, 2008).

A relação entre problemas ambientais e as doenças é evidenciada em várias entrevistas, o desmatamento e as queimadas, por exemplo, relacionam geralmente aos problemas respiratórios e à malária, o problema da água suja e do lixo são mais relacionados a verminose, a diarreia e às dermatites:

O devastamento da floresta, a poluição do ambiente como queimadas, por exemplo, pode trazer várias doenças. A fumaça pode trazer problemas

respiratórios. Tem muitos casos de malária na aldeia Fronteira [...]. O carapanã está aumentando mais porque o meio ambiente está sendo afetado, com o desmatamento o carapanã ataca mais (Klewton, aldeia Fronteiras, 2008);

O problema do lixo, por exemplo, pode dar verminose e diarreia. (Manoel dos Santos, Laranjal, 2008)

O problema da água quando seca, fica suja e difícil. Dá coceiras na pele das criança, dá diarreia (Levi Paes, aldeia Jacaré, 2008).

Assim, constatamos que os Munduruku tem uma percepção clara dos problemas ambientais e da relação direta destes problemas com as suas condições de saúde. Observamos, comparando com outros povos estudados como os Xavante, já citados por nós neste trabalho, que também passaram por recentes transformações ambientais e sócio-culturais, que o quadro de saúde destes povos em constantes transformações, está mudando rapidamente, revela-se a manutenção das doenças infecto-parasitárias concomitantemente com a rápida emergência de doenças crônicas não-transmissíveis (COIMBRA Jr. et. al., 2003, p. 120). Uma das diferenças é que a desnutrição aparece entre os Xavantes como uma das principais causas de morte, enquanto que na T.I. Coatá-Laranjal a desnutrição não tem sido um problema de relevância e não foi relatado nas entrevistas. A fome que hoje afeta vários povos indígenas no Brasil, não é um problema para os Munduruku desta região, apesar da diminuição da caça e do peixe, possuem um território bem extenso, com vasta cobertura florestal. A agricultura familiar e o extrativismo vem se intensificando como formas de sobrevivência aliada a novas formas de renda e trabalho nas aldeias.

4.3 Os recursos naturais existentes e as formas de sustentabilidade

Para os povos indígenas as florestas são muito mais do que uma fonte de madeira. “A maioria dos povos tradicionais que habitam florestas ou áreas próximas a estas dependem largamente de alimentos e recursos provenientes da caça, da coleta ou da extração...” (POSEY, 2002, p. 350). Muitos povos indígenas atualmente vêm passando por problemas de saúde, como a desnutrição e a tuberculose, justamente pela escassez desses recursos naturais em seus territórios.

Para os Munduruku muitas estratégias de subsistência mudaram ao longo dos anos. Segundo relatos, antes da demarcação (época dos patrões), se vivia mais da coleta da castanha e da extração de madeira e sobrava pouco tempo para plantar a roça, depois da demarcação

das terras se voltou a plantar mais a roça, produzir a farinha e coletar o açaí. Os mesmos conseguiram reverter a situação de exploração e invasão de suas terras e hoje estão voltando com algumas formas tradicionais de subsistência como a roça, juntamente com novas estratégias como manejo do pescado, criação de gado em algumas aldeias, além do trabalho assalariado e outras fontes de renda.

Entre os Munduruku, as formas de apropriação dos recursos naturais e as formas de sustentabilidade nas aldeias são bem diversificadas. As práticas tradicionais da caça, da pesca da plantação da roça e a coleta da castanha e do açaí ainda são as mais importantes (Quadro 8). Hoje a agricultura da mandioca, principalmente a produção da farinha para comercialização é uma forte fonte de renda para muitas famílias, principalmente para as famílias do Rio Mari-Mari. A venda do açaí em caroços também é uma fonte de renda que beneficia muitas aldeias, com o apoio e a mediação da organização indígena UPIMS, os Munduruku conseguem um melhor preço no mercado.

Quadro 8 - Tipos de vegetais e sua utilização

Plantas	Principais utilizações
Castanha	Utilizada na alimentação e comercializada
Açaí	Utilizada como alimentação e comercializado em caroços
Louro Acariquara,	Utilizadas para construção de casas
Babaçu	Utilizada a palha
Itaúba	Utilizada na construção de canoas e casas
Frutas de árvores nativas: ingá, tucumã, uixi, bacaba, patauí,	Utilizadas na alimentação. O tucumã é comercializado por algumas aldeias como na aldeia Jacaré
Frutas de árvores domésticas: manga, laranja, cupuaçu, graviola, caju, cacau	Utilizadas na alimentação; A graviola e o cupuaçu são comercializados em pequena escala
Plantas medicinais: erva de passarinho, peão roxo, vassourinha, crajiru, copaíba e outras.	Utilizadas para chás, emplastos, benzimentos, banhos...
Agricultura: mandioca	Utilizada na produção da farinha, base da alimentação e comercializada. Também utilizada para fazer beiju, farinha de tapioca e rosca.
Outros tipos de agricultura Macaxeira, cará, jerimum, melancia, banana, milho, feijão abacaxi	Utilizadas na alimentação, algumas aldeias comercializam ou trocam por outros produtos.

Fonte: Discussão dos Grupos focais do Rio Mari-Mari e Canumã 2008

Apesar da intensificação do contato, os meios tradicionais de subsistência dos Munduruku da T.I. Coatá-Laranjal permanecem aliados às novas estratégias complementares de sobrevivência, incluindo neste sentido a comercialização dos produtos e o aumento de novas formas de renda dentro das aldeias como aposentadorias, bolsa família, auxílio natalidade e trabalho assalariado (professores, agentes indígenas de saúde, funcionários da Funai entre outros), aumentando assim a circulação do dinheiro nas aldeias e o consumo de bens da sociedade nacional. É comum vermos em algumas aldeias Munduruku hoje o aumento de produtos industrializados, tais como televisão, dvd, rádio, além de gerador de luz e telefone que são vistos como bens que trazem melhores condições de vida para as pessoas.

Cabe salientar que a demarcação das terras sempre foi um marco nas mudanças que ocorreram nesta região. No passado, principalmente na época dos patrões (como chamam) a coleta da castanha e a extração de madeira era a forma de extrativismo mais utilizada, mas em benefício dos patrões, havendo pouco tempo para produzirem suas roças. Durante a pesquisa, vários indígenas contaram a história do tempo dos patrões, muitos como o Sr. Jorge Japeca, vice-cacique da aldeia Laranjal, lembra com muita tristeza dessa época:

Antigamente no tempo dos meus pais, tinha muitos posseiros. Nossos pais, nossos avós foram muito massacrados. Trabalhavam para patrões (portugueses), castanha trocavam com rancho....Não podiam fazer roçado, pois tinham que trabalhar para o patrão. Quando o patrão chegava comprava a madeira, itaúba e pau-rosa.

Hoje depois da demarcação com o assentamento de novas aldeias, com mais disponibilidade de terra para plantar, a agricultura da mandioca voltou a ser a principal atividade, em seguida vem o extrativismo, a coleta do açaí que é vendida em caroços pela maioria das aldeias e depois a coleta da castanha que é vendida em pequena escala. O açaí é extraído apenas três meses por ano (julho à setembro). Durante a última assembléia Munduruku que participamos (maio/2009) decidiram que a organização indígena UPIMS ficaria responsável para negociar a compra direta do produto e vendê-lo ao mercado consumidor, evitando assim a venda para atravessadores.

O cultivo da mandioca aparece nas entrevistas como principal atividade produtiva. A produção de farinha é uma prática que vem sendo aperfeiçoada e melhorada com novas técnicas para ser comercializada além de ser a base da alimentação diária dos Munduruku: *“As casas de farinha são comunitárias. A farinha é melhorada para vender. Uma pessoa do*

IDAM mandou um técnico para ensinar, para dar treinamento, fazemos de dois tipos de farinha, uma fina e uma graúda” (Manoel dos Santos, AIS, aldeia Laranjal, 2008). Segundo o Coordenador da UPIMS, esses cursos resultaram da parceria entre UPIMS e IDAM e foram feitos nos dois Rios Canumã e Mari-Mari, mas quem mais produz para venda é o Rio Mari-Mari, através do Movimento das Mulheres Munduruku e Sateré (MIMIMS).

Cada família planta sua roça, chamada também de rancho, que geralmente fica um pouco afastada das aldeias, em algumas existe ainda a prática do puxirum: *“Nosso trabalho é através do puxirum. Cada família faz sua roça. Nossa sobrevivência sempre foi roça, melancia, feijão, milho...”* (Manoel Cardoso, tuxaua geral, aldeia Coatá, 2008). Além da mandioca algumas famílias também cultivam cará, macaxeira, jerimum, batata doce, abacaxi, banana, além de plantarem nas proximidades da casa algumas árvores frutíferas citadas no quadro acima (Quadro 8).

No que diz respeito à caça e a pesca, os Munduruku percebem uma gradativa diminuição e preocupam-se com a preservação dos animais e peixes existentes para consumo. Destacamos os mais consumidos hoje que fazem parte da alimentação desse povo. Como a dieta alimentar está relacionada diretamente às condições de saúde é importante conhecer a disponibilidade de caças e peixes consumidos:

Caças pequenas: paca, tatu, macaco, cutia, jabuti, tracajá e guariba.

Caças médias e grandes: porco do mato, veado, anta e caititu.

Aves que caçam: nambu, mutum, jacu, cujubim, jacamim, urumutum, tucano, arara, papagaio e galega (pomba do igapó).

Peixes consumidos: matrinxã, jaraqui, tucunaré, cará, traíra, tambaqui e o pirarucu.

É importante salientar que os moradores antigos lembram da época de fartura antes de entrarem os invasores e os patrões nessa região. Um morador antigo conta assim a história do Rio Canumã:

O Rio Canumã já foi muito farto de peixe, tinha peixe de tudo quanto é qualidade. Tinha tartaruga, tracajá, cabeçudo e ovo de tracajá. Hoje ainda temos mas é pouco, não é como naquela época em que os índios tinham com fartura para comer. Depois que os brancos começaram a entrar no nosso rio para explorar, tudo mudou. Levavam para a cidade todos os animais que apanhavam dentro da nossa área, tudo para comercializar (Sr. Maximino Marques, aldeia Sauru, 2002).

Houve mudanças também nas formas como os Munduruku caçam e como pescam hoje. No que se refere às técnicas da caça, segundo estudiosos do assunto, “antigamente era

praticada quase que diariamente por grupos de homens que empregavam técnicas coletivas, como a da armadilha e do cerco. As únicas armas utilizadas eram o arco e a fecha [...]” (MURPHY, 1954, p. 8). Hoje é uma prática mais individual ou em família, usam a espingarda e dependendo da caçada levam o cachorro junto: *“Caçamos mais com a espingarda. Temos que sair cedo para caçar. Algumas famílias levam cachorro. Caçamos porco do mato, catitu, cutia, macaco, jabuti, guariba, mutum, arara, anta. Não comemos preguiça, nem onça”* (Armando Vasconcelos, aldeia Coatá, 2008). Alguns entrevistados relatam que existem caças proibidas, como a onça e a preguiça e que isso tinha um significado, essas proibições são ainda respeitadas, mas muitos não sabem mais o significado da proibição.

Figura 17 – Munduruku saindo pra caçar na aldeia Laranjal



Fonte: a autora, 2008

Existe ainda a preparação antes da caçada, muitos fazem alguns preparativos para ter sucesso na caçada: *“Quando o caçador sai para caçar tem que puxar o braço com tucupi e pimenta malagueta por uma criança, sai a panemice e endireita o braço. Não pode encostar perto de mulher menstruada antes e depois de caçar. Antes fica com indisposição, fica preguiçoso, não traz nada[...]”* (Manoel Cardoso, tuxaua geral, aldeia Coatá, 2008). Outro entrevistado mais jovem fala que aprendeu a caçar com os pais e também destaca a questão da

panemice: *“A encomenda da caça, já empanema a caçada, banho do tucupi com pimenta é bom para tirar panema”* (Diego, AISAN, Laranjal, 2008).

Em relação à pesca também mudaram as formas de pescar. Antigamente era assim: “a pesca limita-se grandemente à época da estiagem, quando a aplicação do timbó e o arpoamento do peixe, à margem do rio, com o arco e a flecha se tornavam, possíveis” (MURPHY, 1954, p. 8). Hoje os Munduruku desta região relatam que ainda usam a flexa e caniço, mas é mais usada a malhadeira: *“Para pescar usamos a flexa e o caniço no igapó. Usamos a malhadeira também. Os peixes jaraqui e matrinxã dá mais na piracema, na época de seca dá mais o tucunaré, cará..”* (Lázaro, AIM, aldeia Fronteira, 2008). Sr. Manoel Cardoso fala da fartura do peixe no Rio Canumã na época da arribação: *“O peixe era pego com flecha, hoje é mais de malhadeira. Às vezes vão à noite faxiar... A fartura do peixe é em Março na arribação, época do jaraqui e matrinxã. De julho a setembro, quando seca aparece mais peixe jaraqui, tucunaré, cará...”*. (Aldeia Coatá, 2008).

Figura 18 - Pescadores Munduruku saindo para pescar



Fonte: Foto da autora, Maio, 2008

É importante destacar que os Munduruku utilizam os recursos naturais para sua subsistência de acordo com os ritmos da natureza e os ciclos das águas, a caça e a pesca obedecem a esses ritmos, há tempo de abundância e tempo de escassez, conhecidos no calendário dos Munduruku: *“Na seca caçam mais, pois os animais descem mais para perto*

dos rios (junho à setembro). Mas sempre se caça. Na época da cheia o peixe é escasso, é mais farto no verão. A pescaria é na maioria das vezes feita com anzol, flecha e zagaia, à noite fazemos faxiação ⁵ (Professor Eurico, aldeia Laranjal, 2008). Os povos indígenas são conhecedores dos ritmos e formas de organização da natureza e historicamente os mesmos tem se pautado no respeito aos seres vivos.

Algumas aldeias além da caça e da pesca criam alguns tipos de animais como galinha, pato, porco e gado. Durante o trabalho de campo, visitamos duas aldeias que ficam em terra de várzea, aldeia Mucajá e Jacaré, que são diferentes por terem criação de gado, não são muitas cabeças, mas relatam que vem aumentando (Figura 18). A criação de gado foi incentivada pelos projetos da Funai, mas poucas aldeias conseguiram manter sua criação. Conversamos com D. Quitéria Viana (maio, 2008), moradora antiga da aldeia Mucajá, que é considerada uma liderança no Rio Mari-Mari, a mesma nos recebeu, nos mostrou e nos contou um pouco da vida na aldeia:

A aldeia Mucajá fica em terra de várzea. Está em época de cheia. As roças são distantes em outras terras (terra firme). O principal meio de vida é a roça, mas já existem outras rendas como: bolsa família, auxílio maternidade, aposentadoria, trabalhadores assalariados, professores e AIS. Vivemos da caça e da pesca. Temos criação de galinha, pato, porco, e gado. O gado é da comunidade. A Funai é que financiou a criação de gado. A Coleta de castanha é pouca (mais para o consumo), o açai se consome e vende. Plantamos macaxeira, cará... Fazemos beiju, farinha de tapioca, beiju cica. Algumas famílias fazem artesanato em teçume: palha de arumã, peneira e paneiro.

Os meios de subsistência nesta aldeia são bem diversificados e possuem terra tanto em área de várzea como de terra firme, na época da enchente as casas ficam na sua maioria alagadas. Quando estávamos em área presenciemos um caso de ferrada de arraia, o que é um agravo comum nesta localidade, onde a enchente é um problema. Voltando a questão da sustentabilidade o que queremos mostrar é que mesmo vivendo em um mesmo território os Munduruku foram buscando novas formas de viverem de acordo com que a natureza lhes propiciava, agregando novas modalidades trazidas pela sociedade nacional.

⁵ Faxiação: tipo de pescaria realizada à noite com zagaia e lanterna

Figura 19 - Criação de gado na aldeia Mucajá



Fonte: Foto da autora, Maio, 2008

Na aldeia Jacaré, que é uma aldeia mais recente, localizada em um igarapé do Rio Mari-Mari, originada por uma única família, as formas de subsistência mudam também um pouco, além do gado eles comercializam a farinha, o açaí, a castanha e o tucumã, além disso, muitos moradores possuem renda (aposentados, assalariados e benefícios). O aumento demográfico culminando com a necessidade de espaço para plantar a roça foi o principal motivo que levou essas famílias a se organizarem nesta aldeia, saindo da aldeia Mucajá: *“Como no Mucajá estava crescendo, e aqui era melhor para plantar a roça, Nos mudamos para cá. Na época veio a família do meu pai. A roça é coletiva. Plantamos tudo junto, quando é para fazer a farinha fazemos juntos e depois dividimos”* (Levi Paes, AIS e tuxaua da aldeia Jacaré, 2008). Um dos problemas ambientais vivenciado pelos moradores da aldeia é a seca. *“Quando seca, a água fica suja e difícil de pegar, dá coceiras na pele das crianças, dá diarréia e gripe...”*. Observamos que a aldeia está localizada em um igarapé bem estreito, quando seca fica difícil inclusive o acesso, quando estivemos lá, percebemos que embora sejam poucos moradores (sete famílias) são bem organizados e trabalham de forma coletiva, a saúde das crianças é a principal preocupação, pois são as mais atingidas pelas doenças que relataram.

As formas e os modos de viver também são diferenciados entre os Saterê-Mawé. Como informamos no início deste estudo a aldeia Cipozinho, é a única aldeia do povo Saterê-Mawé, procedentes do Rio Andirá (Barreirinha), pertencente à T.I. Coatá-Laranjal. Os Munduruku e os Saterê-Mawé, pelo que observamos, são dois povos com cultura e tradições diferentes, mas que se articulam entre si convivendo no mesmo território de forma pacífica e utilizando os recursos disponíveis na natureza. Os Saterê-Mawé vivem também basicamente da roça, mas diferenciam-se quanto aos tipos de alimentos que consomem: “*Vivemos da roça, da produção da farinha e tapioca. Plantamos macaxeira, banana, jerimum. Tiramos castanha, açaí, patauá, buriti, e bacaba. A Caça é o porco do mata, anta, veado, pássaros, paca, cutia, macaco... Quando seca é mais fácil de pegar o peixe*” (Mário Saterê-Mawé, aldeia Cipozinho, 2008). Segundo os entrevistados desta aldeia, além destes meios de subsistência os Saterê-Mawé mantêm alguns alimentos tradicionais de sua cultura, comem saúva taia (formiga) e urupê (tipo de cogumelo), tomam o sapó várias vezes ao dia, bebida feita do pau do guaraná (ralado) com água. Fazem o tarubá feito de mandioca fermentada, beiju de tapioca, beiju cica, mingau de banana, farinha e cará. “*Tomamos chibé quando vamos trabalhar ou para segurar a fome...*”. Observamos que possuem uma diversidade de alimentos tradicionais, consomem alimentos industrializados como complemento, mas a base alimentar são os alimentos tradicionais.

Figura 20 - Moradores da aldeia Cipozinho (Saterê- Mawé)



Fonte: Foto da autora, Maio, 2008

Desse modo, observamos uma realidade onde dois povos vivem no mesmo ambiente sem competição por recursos, ao contrário há uma relação de aliança muito próxima e uma articulação política e econômica muito estreita. A UPIMS agregou o povo Sateré, inclusive ao nome. Nas Assembléias e reuniões de conselho, as lideranças Sateré sempre são ouvidas e têm representação, existindo um respeito mútuo entre estes dois povos. Durante as festas e rituais, como o ritual da tucandeira, por exemplo, os Saterê-Mawê convidam os Munduruku e vive-versa.

Mesmo os Munduruku sendo a grande maioria, não há uma relação de acomodação, um grupo mantém-se distinto do outro na sua cultura e nos seus estilos de vida, conseguem manter a fronteira étnica apontada por Barth (2000, p. 40):

cada grupo pode ocupar nichos distintos no ambiente natural e reduzir ao mínimo a competição por recursos. Nesse caso sua interdependência será limitada apesar de viverem na mesma região, e a articulação tenderão a se dar principalmente através do comércio e talvez em uma esfera cerimonial-ritual.

Diante do exposto, vimos que o estilo de vida dos Munduruku e as formas de utilização dos recursos da natureza organizaram-se em torno da idéia de que os recursos naturais disponíveis podem se esgotar se não houver formas de controle e preservação. Discute-se hoje de maneira coletiva como usar os recursos racionalmente e preservar a natureza pensando nas gerações futuras. Problemas e conflitos existem, mas percebemos que todas as questões maiores que dizem respeito ao usufruto dos recursos naturais, comuns em um território indígena, são discutidas coletivamente em assembléias e reuniões com a presença de representantes de todas as aldeias e dos caciques gerais.

Existem numerosas categorias de conhecimento tradicional entre os povos indígenas que claramente possuem um grande potencial de aplicação em uma vasta gama de estratégias de sustentabilidade. “Povos indígenas conservam a diversidade biológica e, em alguns casos, provêem outros benefícios ambientais através, por exemplo, da conservação, do solo e da água, do aumento da fertilidade do solo e do manejo da caça, da pesca e da floresta” (POSEY, 2002, p. 350).

Entre os Munduruku os saberes e práticas tradicionais sobre a natureza e o manejo dos recursos advindos da mesma, são de suma importância para a conservação da diversidade biológica, que continua sendo preservada, e utilizada de forma racional e sustentável de acordo com as necessidades de cada aldeia. A diferença é que os Munduruku aprenderam

algumas técnicas novas para melhorar a qualidade dos produtos que vendem como a farinha e o açaí e com isso aumentar a renda das famílias nas aldeias. Além da comercialização dos produtos, entrou também nas aldeias o trabalho assalariado e os benefícios que de certa forma influenciaram nas mudanças dos estilos de vida.

4.4. O território e a demarcação da identidade Munduruku

O território ocupado por um grupo indígena é a expressão mais concreta das formas de interação do homem com a natureza à sua volta. A ocupação física de um território contribui para a demarcação de sua identidade, é onde se estabelecem os critérios demarcatórios das fronteiras da identidade, relações de guerra, aliança, comércio, casamento, enfim é o elemento fundamental na vida dos povos indígenas. Os Munduruku da T.I Coatá-Laranjal possuem uma história de luta pela expansão e demarcação do seu território que expressa os conflitos e exploração dos seus recursos naturais que foram muito intensos no passado.

Para Haesbaert (2007, p. 82) o território é relacional definido sempre dentro de um conjunto de relações histórico-sociais, mas também no sentido de incluir uma relação complexa entre processos sociais. A demarcação do território é um marco na história desse povo, pois foi a partir do processo de demarcação, unidos em torno de uma luta, que se reorganizaram e criaram novas formas de organização.

É comum na história dos Munduruku dessa região o marco antes e depois da demarcação. Antes suas terras eram invadidas por posseiros e exploradores. Muitos relatam a existência da figura dos patrões no passado, que os exploravam nas colocações de castanhais. Segundo o Sr. Francisco Cardoso (Aldeia Coatá, 2008), *“quando o SPI chegou nessa região, tinham muitos posseiros, a área era loteada entre patrões, eles tinham fiscal, nessa época não podiam tirar castanha...O SPI foi loteando as terras por famílias...Depois dos massacres que houveram muitos posseiros foram embora”*. Os Munduruku contam em um livro escrito pelos professores indígenas (2002), essa história de luta pela reconquista da terra, marcada por conflitos entre brancos e índios, e expulsão de invasores de seu território, são histórias contadas pelos moradores antigos da T.I. Coatá-Laranjal. Os Munduruku não foram passivos e nem se deixaram dominar pelos brancos, o espírito guerreiro dos mesmos continuou ao longo dos anos e sempre lutaram pelo seu território.

Com a demarcação vieram as mudanças e falam desse momento com muito orgulho:

Trabalhamos mais de 20 anos para demarcar a nossa terra, depois da demarcação das terras, tiramos os posseiros e regatões. Hoje estamos vivendo sossegados, não tem mais patrão, vivemos da agricultura... A Funai fez levantamento de todos os brancos dentro da aldeia. A Funai está há muito tempo na aldeia. A Funai indenizou os brancos e depois foram embora. Acabaram com regatões aqui dentro. O Cimi veio há muitos anos dando apoio, fazendo reuniões sobre direitos dos índios, incentivando sobre a agricultura própria sem depender de patrões (Jorge Japeca, aldeia Laranjal, 2008).

Foram mais de 20 anos de luta desde a primeira delimitação. Segundo o Professor Francisco Cardoso (Coatá, 2008), a Funai começou a se estabelecer na região Coatá-Laranjal nos anos 70 e foi nessa década que iniciou o processo de luta pela demarcação:

Quando vieram para montar os Postos da Funai em 1971 ainda haviam muitos invasores caçando e pescando. Em 1976, saiu a primeira delimitação, mas não aceitamos porque a área era muito pequena. Aí saiu a segunda delimitação em 1977 quando saiu a portaria, mas não aceitamos. A terceira foi 1978. Essa demarcação foi paralisada e pedimos sua revisão em 89 quando foi dado continuidade e pedimos acréscimo na área. Veio um GT em 1997 e foi acrescida a área. A demarcação final só saiu em 2001 com 1.153.000 mil hectares

O professor Francisco Cardoso relata que quando saiu a Portaria de demarcação da terra em 1978, eles não concordaram (705.000 mil hectares), pois acharam pequena a área para o número de famílias que existiam. Quando saiu a demarcação final depois de muita pressão dos Munduruku, conseguiram um acréscimo de 448.000 mil hectares de terra, o que representou para os mesmos uma grande vitória.

O cacique geral do Rio Canumã lembra da história de luta pela terra com muito entusiasmo e orgulho, conta que acompanhou todo o processo: *“Questionamos sobre a delimitação da T.I. nos anos 80. Fomos para Brasília solicitar para aumentar a terra. A terra já foi delimitada. Lutamos cerca de 20 anos para conseguir a demarcação da terra. Antes tinha os posseiros que tiravam pau-rosa. Não existe mais posseiros”* (Manoel Cardoso, 2008).

O professor Eurico do Rio Mari-Mari conta assim a história da terra, lembrando desde a época do SPI:

No tempo do SPI, existiam lotes de terra demarcada. A terra não era delimitada, em 1978 houve o processo de delimitação foram mais 23 anos de luta para concluir a demarcação. Depois da 2ª Delimitação abrangeu o rio todo do Mari-Mari. Hoje são 11 aldeias. Algumas famílias depois da demarcação ocuparam novas terras para trabalhar e criar novas aldeias (2008, aldeia Laranjal)

Com a demarcação vieram as mudanças, segundo os entrevistados, as condições de vida melhoraram, a saúde do povo melhorou, vieram as escolas e os Munduruku voltaram a viver mais intensamente da agricultura e da roça. Com uma extensão maior de terras puderam plantar mais e estabelecer novas aldeias. Algumas famílias como no caso da aldeia Jacaré, reconhecida desde 2001, se deslocaram de outras aldeias. Com o aumento populacional na aldeia Coatá, também houve deslocamento, formaram mais cinco aldeias com famílias que se deslocaram da aldeia Coatá.

Muitos deslocamentos de aldeias também ocorreram por conta de epidemias. A aldeia Laranjal, por exemplo, mudou de local por causa da malária. Sr. Jorge Japeca (2008) nos relatou que *“A aldeia (Boca do Laranjal) era antiga. O pessoal conta que vieram de lá porque deu muita malária. Mudaram-se para a Ponta do Miriti, que hoje é a aldeia Laranjal”*.

A mobilização em prol da luta pela terra de forma coletiva e conseqüentemente pelo acesso aos recursos naturais disponíveis, fez aumentar entre os Munduruku o grau de coesão e solidariedade. Almeida (2008, p. 29-30) ao analisar os movimentos sociais e em seus diferentes processos de territorialização, destaca que:

Por seus desígnios peculiares, o acesso aos recursos naturais para o exercício das atividades produtivas, se dá não apenas através das tradicionais estruturas intermediárias do grupo étnico, dos grupos de parentes, da família do povoado ou da aldeia, mas também por um certo grau de coesão e solidariedade obtido face aos antagonismos e em situações de extrema adversidade e conflito.

Para Almeida (2008) nesses processos de territorialização, frente aos antagonistas e aos aparatos de estado, os agentes sociais lançam mão do critério político-organizativo que sobressai combinado com uma “política de identidades”. A luta pelo território fez com que os Munduruku se organizassem mais intensivamente e criassem a organização indígena que teria o papel de mediar as relações com as agências externas e os aparatos de estado. Na década de 80 foi criada primeiramente uma organização chamada Organização das Comunidades

Indígenas Munduruku (OCIM) com apoio do CIMI e depois, em 1991 é que foi criada a UPIMS que permanece até os dias atuais.

Segundo Diegues (1996, p. 83-85) a noção de território é um elemento importante na relação entre populações tradicionais e natureza:

O território depende não somente do meio físico explorado, mas também das *relações sociais* existentes[...]. O território das sociedades tradicionais, distinto das sociedades urbanas é *descontínuo*, marcado pelos vazios aparentes [...] os sistemas de manejo dos recursos naturais são marcados pelo respeito aos ciclos naturais [...] o território é também o locus das representações e do imaginário mitológico dessas sociedades tradicionais [...]

Na relação interétnica entre povos de culturas diferentes, como a que foi estabelecida há muitos anos entre os Munduruku e a sociedade nacional, a fronteira étnica citada por Barth se mantêm, mesmo em situação de contato social cada vez mais constante: “Se um grupo mantém sua identidade quando seus membros interagem com outros, disso decorre a existência de critérios para determinação do pertencimento...” (BARTH, 2000, p. 34). Os Munduruku da T.I. Coatá-Laranjal possuem um intensa articulação com a sociedade nacional, nas relações de comércio, na vida política, nos encontros sociais, mas persistem as suas diferenças culturais.

Para Diegues (1996, p. 88):

um dos critérios mais importantes para a definição de culturas ou populações tradicionais, além do modo de vida, é, sem dúvida, *o reconhecer-se* como pertencente àquele grupo social particular. Esse critério remete à questão fundamental da identidade [...].

Os Munduruku ao longo dos anos fortaleceram esse processo de identidade, marcados por histórias de guerras e conflitos, onde o território sempre foi a causa principal.

Assim, o território é para os Munduruku, a base de reprodução da vida, onde as relações sociais são estabelecidas, onde os saberes tradicionais são reproduzidos, onde os conflitos são gerados, onde o sentimento de pertencimento e de solidariedade é evidenciado na luta por bens e serviços coletivos, como a luta pela atenção à saúde e à educação de forma diferenciada.

4.5. As formas de enfrentamento aos problemas de saúde e ambientais e a organização sociopolítica dos Munduruku

O processo de participação em projetos de mudanças na ótica do desenvolvimento sustentável é um dos fundamentos da visão ecossistêmica. A lógica que enfoca necessidades básicas de populações específicas abrange o critério da autonomia e da participação da sociedade civil organizada na busca de alternativas para os problemas socioambientais. Em contextos indígenas, os problemas socioambientais e as precárias situações de saúde têm levado os povos indígenas a buscar novas alternativas e soluções para os seus problemas, seja através de suas organizações indígenas ou das formas de participação social (conselhos, conferências, fóruns e outras formas).

Com o processo de luta pela demarcação das terras e a busca de novas alternativas para melhorar as condições de vida, os Munduruku da T.I. Coatá-Laranjal começaram a se organizar para se articularem melhor frente à sociedade nacional. Surge a organização indígena UPIMS, criada em 1991, com sede em Nova Olinda do Norte e ligada a esta criaram outras coordenações, como a COPIMS - Coordenação dos Professores Indígenas Munduruku e Saterê e o MMIMS - Movimento das Mulheres Indígenas Munduruku e Saterê. Dentro da Coordenação existe um Conselho fiscal com representantes dos dois Rios Canumã e Mari-Mari.

O Coordenador atual da UPIMS informa que a cada quatro anos é escolhida em assembléia uma nova Coordenação e o objetivo principal da organização é a luta pelos direitos do povo:

A UPIMS foi criada com o objetivo de lutar pelos direitos do povo Munduruku e Sateré-Mawé, o papel principal tem sido garantir a demarcação das terras indígenas, o fortalecimento da educação indígena diferenciada e apoio direto ao movimento das mulheres indígenas e a garantia do direito á saúde diferenciada. Hoje por exemplo, o acesso a educação diferenciada tem sido mais fácil com o apoio das prefeituras e do estado (SEDUC), que promovem em parceria os cursos de formação continuada de professores indígenas.

Em relação ao setor produtivo fazem parceria com o IDAM e SEPROR para melhorar a produção, principalmente da farinha. A UPIMS incentiva e apóia na produção e venda do açaí que está aumentando, atualmente a mesma vai negociar a venda direta da produção. Hoje existe um acordo de pesca como já foi relatado onde a UPIMS estabelece relação com

empresários, tendo o acompanhamento da Funai e IBAMA. O movimento das mulheres está mais ligado ao setor produtivo.

Em relação à saúde existem algumas críticas da atual coordenação da UPIMS principalmente no que se refere à responsabilidade pela saúde indígena e à dispersão de recursos, aponta ainda alguns problemas relacionados à atenção à saúde nas aldeias:

Há uma dispersão muito grande de recursos, tem coisas que hoje é competência do Município, tem questões que a gente tem que se reportar à Funasa e outras questões ainda temos que ir atrás das ONG'S. Essa divisão acaba não funcionando, procura um e a responsabilidade é de outro.... Os principais problemas hoje é a falta de medicamentos, de logística para transporte e falta de comunicação (Edivaldo, Coordenador da UPIMS, 2008)

A organização indígena tem muita importância nesta região, todos os anos são realizadas assembleias para discutir seus problemas e avaliar como estão os trabalhos da organização. Na última assembleia, em maio de 2009, onde participaram os Munduruku dos dois rios, ficou evidente que a UPIMS está passando por uma fase financeira um tanto difícil. A mesma está sem sede própria e no momento não possui recursos suficientes para suprir as despesas da organização.

No passado a organização teve apoio de alguns órgãos e entidades, que deram um suporte inicial com recursos e compra de alguns equipamentos. Possuem um barco que estava parado e atualmente com apoio da Funai foi consertado. Nessa reunião foram discutidas algumas estratégias para manter a organização e para melhorar as condições de vida nas aldeias, entre elas, surgiu a idéia de fretar o barco da UPIMS ou transportar os indígenas para receber seus salários e aposentadorias no final de cada mês. Além destas idéias, houve a proposta da venda direta do açaí pela UPIMS e uma porcentagem do lucro da venda, ficaria para manter a organização. Houve uma proposta também de pesca esportiva, mas foi repensada depois que alguns participantes expuseram suas preocupações sobre os impactos sociais e ambientais que essa atividade poderia causar às aldeias (espantar o peixe, poluir o rio, trazer doenças...).

Observamos nesta assembleia um movimento de reorganização e de luta pela autonomia, os Munduruku perceberam que não podem mais depender apenas das instituições. Ficaram um pouco decepcionados por não ter representantes das instituições que foram convidadas. Muitos participantes expuseram assim suas opiniões: *“A UPIMS não tem mais recursos, a própria comunidade se comprometeu em colaborar com a UPIMS. A instituição é*

sem fins lucrativos...”. (Sr. Francisco Cardoso, 2009). A UPIMS somos todos nós... (Sr. Manoel Cardoso, aldeia Coatá, 2009). “Essa luta não é de hoje, é de muito tempo, temos que parar de muita dependência... quem tem de se interessar pelos nossos problemas somos nós...o povo indígena tem que andar com união, temos que saber qual o problema que nos tá afetando e mostrar a solução para esse problema” (Klewton, aldeia Fronteiras, 2009).

O que percebemos é que o processo de autonomia e reorganização interna entre os Munduruku está cada vez mais fortalecido e eles perceberam que estavam muito dependentes dos recursos dos brancos, pois inicialmente quando começou o processo de demarcação de suas terras tiveram muito apoio externo de recursos e equipamentos, mas agora eles percebem que precisam se reorganizar e buscar novas alternativas de sustentabilidade e de manutenção da organização indígena. Nos discursos se evidencia a questão do compromisso de cada aldeia, a questão da dependência dos recursos externos e a solidariedade. Eles possuem o entendimento da importância de ter uma organização que faça a mediação externa com entidades e órgãos da sociedade nacional na aquisição de bens e serviços coletivos.

Outro ponto que destacamos é a importância das relações sociais e políticas com a sociedade nacional. Os Munduruku possuem uma forte habilidade política, possuem consciência de que são numerosos e que seus votos são representativos para o Município de Borba, onde estão geograficamente inseridos. Recentemente conseguiram vários recursos como transporte para locomover os alunos, novas escolas, a manutenção e adequação de alguns poços artesianos além de terem alguns cargos no Município, como gerentes de educação indígena e outros, enfim participam ativamente das negociações com a Prefeitura de Borba principalmente.

A relação com a Prefeitura de Nova Olinda é menos intensa, embora seja o município mais próximo onde vendem seus produtos e compram produtos industrializados e onde são referenciados para atendimentos de saúde nos hospitais, consultas médicas e exames, não possuem uma relação de muita proximidade com a prefeitura de Nova Olinda. Recentemente pelo fato de haver saldo de recursos do Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas (IAB-PI) que eram repassados para essa Prefeitura, conseguiram através de várias reivindicações a construção de uma casa de apoio à saúde indígena que fica em Nova Olinda. Mas a manutenção ficou na responsabilidade da Funasa, problema este que ainda não foi solucionado até o momento, pois existe constante descontinuidade no abastecimento de alimentação e materiais de higiene por parte da Funasa.

As relações dos Munduruku com órgãos como a Funai já se estabeleceu há muito tempo, sendo o órgão responsável pela fiscalização das terras indígenas e pela garantia dos

direitos indígenas está sempre presente nas aldeias. Existe uma proximidade e articulação constante entre as lideranças indígenas e a Funai local principalmente pelo apoio aos projetos de auto-sustentação e fiscalização da área para impedir a entrada de invasores.

No que diz respeito à Funasa, as relações foram mais intensamente estabelecidas quando se iniciou o processo de distritalização em 1999. Com a formação dos conselhos locais de saúde indígena e do Conselho Distrital de Saúde Indígena em 2000, percebe-se um fortalecimento no processo de mobilização social em prol da saúde, onde todas as aldeias fazem suas reivindicações em torno do acesso aos serviços de saúde, mas relacionando sempre essa aos problemas ambientais, de saneamento, de educação, enfim às condições de vida e ambientais que estão intrinsecamente ligadas à saúde.

Existem várias formas de participação social indígena, essa participação começa nas aldeias, os conselheiros de cada aldeia reúnem com os moradores discutem quais os principais problemas, avaliam como está o atendimento à saúde e o trabalho das equipes e levam suas demandas para o Conselho Local de Saúde. A formação dos conselhos de certa forma propiciou uma maior mobilização em torno da atenção à saúde e de outras questões interligadas, pois é a única instância em que se reúnem periodicamente e os mesmos aproveitam para discutir também questões como educação, saneamento, problemas ambientais, projetos de auto-sustentação enfim outras questões que precisam ser discutidas para terem uma boa qualidade de saúde.

Na reunião do Conselho Local, embora cada conselheiro tenha sua participação, as lideranças sempre são chamadas a se pronunciarem e o poder interno, principalmente dos caciques gerais é muito respeitado. Os conselheiros tem um papel intervenção intercultural junto ao mundo não-indígena, possuem legitimidade para mediar as questões da saúde junto ao mundo dos brancos, são mediadores sociais, que geralmente possuem maior escolaridade e saberes sobre o mundo dos brancos, mas são papéis sociais diferentes dos caciques das aldeias, que possuem um forte poder político.



Fonte: Foto da autora, novembro, 2008

Outra instancia de participação social é o Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI) que possui um caráter deliberativo e é constituído de acordo com a Lei nº 8.142/90, de forma paritária, sendo 50% de usuários e 50% de organizações governamentais, prestadores de serviço e trabalhadores do setor saúde do DSEI. Os conselheiros distritais indígenas são escolhidos em seus conselhos locais. Participam do Conselho Distrital de Saúde Indígena do DSEI Manaus vinte e oito conselheiros, sendo a metade formada por representantes indígenas de cada Polo base. Como em Nova Olinda existem dois pólos base, dois conselheiros distritais (Coatá e Laranjal) têm representação neste conselho. Os mesmos levam as demandas do Conselho Local, que na maioria das vezes são questões referentes à falta de medicamentos, combustível, insuficiência de transporte e meios de comunicação, necessidade de poços artesianos e manutenção dos existentes, falta de condições de trabalho para as equipes e descontinuidade nos processos de capacitação para os AIS e conselheiros. Além de colocarem em discussão nas últimas reuniões a questão dos recursos do Incentivo de Atenção Básica (IAB-PI) e o Incentivo de Atenção Especializada (IAE-PI) que são repassados para os municípios.

A assistência nas aldeias pelas equipes e nos hospitais do Município, também são abordadas em discussão nas reuniões. Os conselheiros reclamam quando as equipes, por exemplo, deixam de entrar em área para realizar a vacinação programada ou quando demoram muito no Município esperando atendimento médico. Outra questão levantada pelos conselheiros principalmente nas reuniões distritais é quanto às dificuldades que encontram

quando ficam na Casa do índio de Manaus, reclamam principalmente da demora do atendimento na rede do SUS, das acomodações e da alimentação. Cobram sempre a presença dos gestores para ouvir seus problemas nas reuniões.

Acompanhamos de perto esse processo de organização dos conselhos e da realização das reuniões locais e distritais e percebemos que no início do processo de distritalização os conselhos foram muito valorizados e tiveram apoio para se organizarem. Mas no contexto atual estamos assistindo a uma desvalorização do controle social, no Conselho Distrital, onde são tomadas as decisões, geralmente as deliberações do conselho na sua grande maioria, não são levadas em consideração pela instituição responsável pela saúde indígena. Apenas algumas demandas mais urgentes são resolvidas, outras ficam apenas nas atas dos conselhos. Os Conselhos tem se fortalecido, possuem um forte poder reivindicativo, mas temos observado nos últimos anos um desânimo por parte dos conselheiros indígenas por não verem atendidas suas reivindicações.

Observamos ainda que há um desconhecimento quanto a importância do controle social no subsistema de saúde indígena. Os conselheiros distritais expõem sua insatisfação e indignação: *“Precisamos fazer valer o controle social da comunidade, colocam na gaveta as nossas demandas e nunca nos dão resposta* (Levi Paes, conselheiro distrital do Polo Laranjal). Outro conselheiro distrital avalia que o modelo da saúde indígena não está como queriam: *“O modelo de saúde que planejamos, não está como queremos...Hoje não somos ouvidos...”* (Dário Salgado, conselheiro distrital do CIM- Conselho Indígena Mura).

Diante do exposto, consideramos que os Munduruku da T.I. Coatá-Laranjal possuem uma ampla visão dos problemas ambientais e suas conseqüências para a saúde e através das suas formas de organização social e política tradicionais (hierarquia dos caciques) aliadas às novas formas (criação de conselhos de saúde e de educação indígenas e criação de organização indígena), buscando alternativas para os problemas socioambientais e de saúde. O poder de reivindicação dos Munduruku na luta pelos seus direitos, tem mostrado a formação de uma nova consciência social e a necessidade de reafirmação da sua identidade étnica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desta pesquisa proporcionou primeiramente, o aprofundamento do conhecimento acerca da história de contato dos Munduruku e sua organização sociopolítica e cultural, processo que se iniciou desde o século XVIII se intensificando até os dias atuais. Na história passada, os Munduruku utilizaram estratégias de guerra e alianças políticas para expandir seus territórios e manter a autonomia tribal. Na atualidade demonstram esse espírito guerreiro, revestidos de novas estratégias de luta e mobilização em prol dos seus direitos, frente a situações de adversidades e conflitos, apropriando-se e incorporando novas formas de viver da sociedade nacional. A intensificação do contato entre os Munduruku da Terra Indígena Coatá-Laranjal e a sociedade nacional, não só trouxe mudanças ambientais e socioculturais intensas e nos estilos de vida, mas também a emergência de novas doenças (hipertensão e diabetes *mellitus*) ao lado da reemergência de doenças antigas como a malária e a tuberculose.

Verificamos ao longo do trabalho de campo com os Munduruku processos de protagonismo indígena. A história de luta pela demarcação da terra despertou ainda mais esse

poder reivindicativo dos mesmos, culminando com a conquista da demarcação das terras em 2001, depois de momentos de negociação e reivindicações pela ampliação do território. Os Munduruku desta região vivem hoje intenso processo de reorganização e de reafirmação da identidade étnica e apesar da intensificação das relações sociais com agências externas, observada nos últimos, conseguem manter a fronteira étnica apontada por Barth (2000, p. 35). A organização sociopolítica dos Munduruku se fortaleceu ainda mais com a criação da organização indígena UPIMS, que desenvolvem um papel aglutinador das demandas indígenas frente à sociedade nacional, aumentando assim a consciência social e étnica deste povo. Além desta, a organização dos conselhos de saúde indígena tem sido um espaço de reivindicação pela melhoria das condições de vida e de saúde do povo Munduruku.

Os Munduruku da T.I. Coatá-Laranjal de hoje não perderam sua cultura e nem foram assimilados pela sociedade nacional como previam alguns antropólogos que estudaram esse povo na década de cinquenta. As transformações culturais ocorreram, mas alguns aspectos tradicionais da cultura permaneceram, tais como, alguns rituais e a organização política tradicional dos caciques. A vida religiosa é bem diversificada nesta região, convivendo as crenças nos santos católicos que não apresentam conflitos com as crenças nas pajelanças e nos seres sobrenaturais, embora cada uma seja distinta e tenha fins diferentes. Existem situações como os encantamentos por bichos do fundo, mau olhado, encosto e panemice que requerem conhecimentos específicos dos pajés e benzedores.

Entre as mudanças culturais destacamos o desuso quase geral da língua materna Munduruku, falada apenas por alguns mais idosos, preocupação que se destaca nas discussões e assembléias, pois hoje percebem o uso da língua como um sinal de identidade e buscam estratégias como trazer famílias do rio Tapajós, onde a língua Munduruku é mais disseminada, para incentivar o uso da língua entre as novas gerações. As pinturas corporais que eram muito utilizadas e aumentavam gradativamente, segundo os relatos históricos, agora são usadas apenas nas festas tradicionais, como no Dia do Índio e a produção de objetos de cerâmicas permanecem apenas em algumas aldeias.

Os povos indígenas possuem seus próprios saberes e formas de cuidar da sua saúde. Com a intensificação do contato e a introdução de novas doenças como a tuberculose, a varíola e o sarampo, até então desconhecidos para esta população, começaram a ser assistidos pelos missionários, depois dos descimentos para as missões religiosas ocorridos no século XVIII. Depois com a criação do Serviço de Proteção ao Índio em 1910 passaram a ser assistidos pelo Estado. Com a extinção do referido órgão e a criação da Funai (Ministério da Justiça) em 1967, a assistência aos índios passou a ser prestada pelas Equipes Volantes de

Saúde, mas por uma série de problemas resultou em um sistema de atenção à saúde indígena inadequado.

A precária situação de saúde em que se encontravam os povos indígenas no Brasil, principalmente nas décadas de 70 e 80 levaram o movimento indígena e seus aliados a reivindicarem, através das Conferências de Saúde Indígena, um Subsistema de Saúde Indígena específico e diferenciado, que levasse em consideração seus aspectos culturais e reconhecesse a eficácia da medicina tradicional, que veio a ser criado apenas em 1999, depois de várias reivindicações.

A implantação do subsistema de saúde indígena, articulado à rede do Sistema Único de Saúde, foi um grande avanço para a melhoria da atenção à saúde dos povos indígenas no Brasil. A criação e organização dos DSEI proporcionaram aos povos indígenas uma assistência mais sistemática nas aldeias e um melhor acesso ao tratamento e serviços de saúde. A participação social, através dos conselhos de saúde indígena, nos processos de decisão e organização dos serviços também foi um fator de suma importância para os indígenas, embora nos últimos seja observada uma insatisfação quanto às suas reivindicações não atendidas.

Mesmo depois de dez anos de funcionamento dos DSEI, estudos epidemiológicos apontam que as condições de saúde dos povos indígenas do Brasil continuam precárias. No Estado do Amazonas as condições sanitárias também não são satisfatórias, os DSEI apresentam altas taxas de mortalidade infantil, aliadas a um quadro de morbidade onde as principais ocorrências são respectivamente: a diarreia, helmintíase, malária, dermatites, hipertensão, desnutrição, pneumonia, DST, tuberculose e diabetes *mellitus* (Relatório de Gestão FUNASA, 2006 e 2007). Além destes, outros problemas emergentes entre os povos indígenas tem sido a ocorrência dos transtornos mentais e do alcoolismo e o aumento do suicídio provocado pelas mudanças culturais rápidas e o constante contato dos indígenas com as cidades. O suicídio tem sido nos últimos anos uma das principais causas de morte entre os indígenas no Estado do Amazonas.

Os dados demográficos e epidemiológicos analisados neste estudo apontam entre os Munduruku um perfil de saúde dinâmico e em transição. As precárias condições de saneamento nas aldeias, as rápidas mudanças nos modos de vida e nos hábitos alimentares associados às mudanças ambientais estão influenciando no processo saúde/doença entre os mesmos.

A diminuição da mortalidade infantil indica melhorias nas condições de saúde deste povo, que pode estar relacionada à questão da demarcação das terras (2001), à disponibilidade de recursos naturais (a caça, a pesca e a coleta de produtos da floresta) e o incremento de

novas formas de sobrevivência nas aldeias, como o trabalho assalariado, a aposentadoria, os benefícios assistenciais, aliado a isso o acesso aos serviços de saúde também tem contribuído para esta diminuição da mortalidade.

As principais doenças identificadas entre os Munduruku da T.I. Coatá-Laranjal foram as doenças infecto-parasitárias como a helmintíase, a diarreia, e a amebíase, não muito diferente da situação de outros povos indígenas estudados no Brasil, ligadas geralmente a inexistência de infra-estrutura para abastecimento de água potável, a falta de local adequado para coleta do lixo e destino dos dejetos, além da convivência com animais domésticos e condições de higiene.

Diferente de outros povos, a desnutrição não é um problema sentido e percebido pelos Munduruku, o que difere de alguns povos indígenas no Brasil. Outra doença que se destacou nos anos analisados foi a malária, doença endêmica principalmente nas aldeias da área do Polo Coatá. Observamos que embora tenham sido registrados muitos casos em 2007, não houve registro em 2008, o que pode também ser um problema de informação, considerando que os Munduruku informam em seus relatos que todo ano ocorrem casos de malária. A hipertensão arterial é outro agravo evidenciado neste estudo principalmente nas aldeias do Polo Coatá. Embora com menor ocorrência, os dados indicam ainda casos de complicações na gravidez, parto e puerpério, diabetes, hanseníase, tuberculose e DST.

O perfil de saúde dos Munduruku passa por um processo de transição, onde ao lado de doenças antigas (malária, tuberculose e diarreia) surgem novas doenças que despertam maior atenção atualmente como a hipertensão e a diabetes *mellitus*, por serem doenças de controle que requerem acompanhamento contínuo e mudanças nos hábitos alimentares e nos estilos de vida.

As representações sociais sobre o processo saúde/doença, são elaboradas e partilhadas pelos Munduruku a partir das suas experiências, a doença é vista como uma construção sócio-histórica interpretada de acordo com as experiências individuais e coletivas acumuladas. Constatamos entre os Munduruku a persistência do conhecimento sobre as doenças e tratamentos usados de forma tradicional com a assimilação parcial de conhecimentos e práticas sobre as doenças provenientes do contato com a sociedade nacional.

As percepções dos Munduruku sobre saúde demonstram que os mesmos possuem uma visão ampla e abrangente sobre ela, demonstram ter consciência de que a saúde tem relação direta com os fatores socioambientais, como a poluição dos rios, a disponibilidade de alimentos, o aumento do lixo, dos cuidados com a casa e com o ambiente onde vivem além de enfatizarem a importância das relações sociais. Os Munduruku, principalmente os que têm

maior contato com os cursos de saúde, associam as condições de saúde às práticas de higiene corporal e alimentar, bem como ao estado físico e social das pessoas, concepção esta trazida pelos conhecimentos da medicina ocidental.

Através da análise das representações dos Munduruku acerca do processo saúde/doença, verificamos que a busca pelo tratamento das doenças (processo terapêutico) depende das interpretações sobre a identificação da doença e sua causalidade. Entre as doenças consideradas tradicionais, causadas por fatores cosmológicos e espirituais, bem como pela quebra de regras culturais e restrições alimentares, destacam-se entre os Munduruku: *quebranto, mau-olhado, encosto, feitiço, vento caído e ramo de ar* (derrame). A busca pelo tratamento dessas doenças diferencia-se das doenças consideradas do branco, que geralmente estão ligadas à questão da transmissibilidade. Nestes casos a busca do tratamento adequado passa pelos curadores tradicionais tais como o pajé, o benzedor, o pegador de osso e a parteira, além da utilização das ervas medicinais.

As percepções dos Munduruku sobre a causalidade das doenças, evidenciaram vários fatores externos, como mudanças climáticas, variações dos ciclos dos rios, disponibilidade de recursos naturais, como mudanças nos modos de vida e nos tipos de alimentos consumidos, além dos fatores sobrenaturais e culturais geralmente relacionados às doenças tradicionais.

Constamos que os Munduruku recorrem aos dois sistemas de saúde simultaneamente, tanto ao sistema tradicional de saúde indígena como ao sistema ocidental. Os resultados da nossa pesquisa apontam a existência das duas medicinas, usadas de forma complementar ou alternada de acordo com o diagnóstico e a causalidade da doença. Observamos a forte crença nos curadores tradicionais e nos remédios caseiros e uma percepção bem clara de quando o tratamento requer o uso do sistema tradicional de cura.

A relação entre os problemas ambientais e as doenças é bem evidenciada pelos Munduruku, relacionam geralmente os problemas respiratórios e a malária aos desmatamentos e às queimadas. A verminose, a diarreia e os problemas de pele (coceiras) aos problemas da água suja e do aumento do lixo nas aldeias. A malária e a diarreia, também estão relacionadas às variações sazonais dos ciclos das águas, principalmente quando se inicia na subida e descida das águas.

Analisando as percepções dos Munduruku sobre meio ambiente, percebemos que os mesmos possuem um amplo conhecimento sobre meio ambiente, evidenciando-se uma preocupação com a preservação do ambiente e de seu entorno, bem como a preocupação com a sustentabilidade das futuras gerações. Estas idéias vão de encontro à Convenção sobre Diversidade Biológica que reconhece o papel fundamental das comunidades indígenas,

tradicionais e locais na conservação e uso sustentável dos recursos biológicos. As percepções dos Munduruku da T.I. Coatá-Laranjal sobre meio ambiente envolvem além dos recursos florestais, os animais, os peixes e os rios, a territorialidade, o lazer, a educação, enfim as relações dos seres que vivem neste espaço, uma visão abrangente, onde as necessidades das pessoas e seu bem-estar e a preocupação com a contenção dos recursos da natureza são consideradas.

Os saberes tradicionais indígenas estão intrinsecamente ligados à realidade socioambiental e aos ritmos da natureza e são mediados pelas necessidades cotidianas. Os Munduruku demonstram ter consciência das transformações ocorridas no ambiente onde vivem, em seus modos de vida, nas relações sociais com o mundo externo e em sua cultura e sobre as conseqüências dessas mudanças em sua situação sanitária. Mesmo possuindo um extenso território, amplas coberturas vegetais e disponibilidade de caça, peixes e frutos da floresta, demonstram a preocupação com a finitude dos recursos disponíveis. Observamos a existência de um forte controle interno do território, convivendo com novas formas de sustentabilidade, tais como projetos de auto-sustentação, criação de gado em algumas aldeias, melhorias na produção da farinha e na coleta do açaí e manejo do pescado em épocas de piracema.

Os principais problemas ambientais percebidos pelos Munduruku foram: as queimadas, a diminuição da caça, do peixe e dos frutos da floresta, a entrada de barcos pesqueiros na área, a qualidade e o acesso à água em períodos de seca, além destes destacou-se o aumento do lixo, uma preocupação constante nos relatos dos mesmos. As mudanças nos modos de vida e na alimentação também são percebidas pelos Munduruku. Com a intensificação do contato, ocorreram mudanças nos estilos de vida, tais como: alterações na dieta alimentar, aumento do consumo de produtos industrializados, intensificação das relações de comércio e troca, aumento do trabalho remunerado nas aldeias e dos benefícios assistenciais, entre outras mudanças, que contribuíram também para a introdução de novas doenças nas aldeias como a hipertensão arterial e a diabetes *mellitus*.

Outro aspecto observado neste estudo diz respeito ao crescimento demográfico, que aliado a necessidade de novos espaços para plantação da roça e utilização dos recursos naturais, influenciou no deslocamento e criação de novas aldeias. Nas aldeias mais populosas, por exemplo, como Coatá e Mucajá, algumas famílias se deslocaram e formaram novas aldeias, principalmente a partir da demarcação das terras, quando se ampliou o território e aumentou a disponibilidade de recursos naturais.

Outra questão interessante verificada nesta pesquisa foi a relação entre dois povos diferentes (Munduruku e Sateré-Mawé), convivendo no mesmo território e mantendo-se distintos. Observamos que apesar dos Sateré serem minoria, habitando apenas uma aldeia (Cipozinho), os mesmos não foram incorporados pela cultura Munduruku, vivem no mesmo ambiente, estabelecendo uma relação de aliança muito próxima e uma articulação política e econômica muito estreita. A organização indígena UPIMS agregou o povo Sateré, inclusive ao nome da organização.

A organização social e política entre os Munduruku têm avançado bastante nos últimos anos, principalmente após o processo de luta pela demarcação das terras e com a criação da UPIMS. Apesar de terem sofrido no passado com a exploração e invasão de suas terras (época dos patrões), nunca perderam seu espírito guerreiro, evidenciado nas suas histórias e conflitos em prol da luta pela terra e pela autonomia. A participação social dos Munduruku nos Conselhos de Saúde Indígena expressa o poder reivindicativo deste povo na luta pela melhoria de suas condições de saúde e dos problemas ambientais, que estão sempre interligados.

Além da particularidade histórica dos Munduruku, que se destacou como povo guerreiro, a diferença que percebemos ao estudar outros povos em situação de constante contato com a sociedade nacional, são as condições ecológicas da Terra Indígena Coatá-Laranjal. Vale salientar que a cobertura vegetal e a disponibilidade de recursos naturais encontram-se relativamente preservados se comparamos com áreas de outros povos de intenso contato. Mesmo assim, existem problemas ambientais apontados pelos agentes sociais, que trazem conseqüências para o processo saúde e doença dos mesmos. A tendência de mudanças nos hábitos alimentares e a introdução de novos estilos de vida merecem ser melhor aprofundados, considerando que este estudo não se estendeu a todas as aldeias. Assim não sabemos a intensidade do consumo de produtos industrializados em todas as aldeias, apesar de identificarmos que a alimentação tradicional (caça, pesca e coleta) continua prevalecendo.

As representações sobre saúde e doença vão sendo recriadas entre os Munduruku de acordo com as experiências cotidianas e incorporando novos conhecimentos da medicina ocidental. A ocorrência de muitas doenças novas e outras reemergentes é resultante das alterações ambientais e socioculturais, enquanto as doenças tradicionais são interpretadas como resultantes das forças sobrenaturais e das transgressões culturais e alimentares. Os Munduruku utilizam os sistemas tradicionais de cura e o sistema biomédico de acordo com a interpretação e a causalidade da doença. Apesar da Política de Atenção à Saúde Indígena estabelecer o reconhecimento à eficácia da medicina tradicional e a articulação do sistema

ocidental ao sistema tradicional indígena de saúde para uma atenção mais adequada, na prática existe um distanciamento muito grande entre as duas medicinas.

Esperamos com esta pesquisa contribuir para o conhecimento científico, acrescentando uma melhor compreensão acerca das representações sociais dos Munduruku sobre saúde e doença e sua relação com as mudanças socioambientais, bem como poder subsidiar os profissionais de saúde na implementação das ações de prevenção e promoção à saúde indígena, adequadas às especificidades culturais e articuladas ao sistema tradicional de saúde. Temos consciência que este não se encerra aqui, mas está aberto a novas discussões e requer um aprofundamento maior, tendo em consideração que existem poucos estudos sobre as representações sociais entre os Munduruku da Terra Indígena Coatá-Laranjal.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Maria Regina Celestino de (2003). Identidades étnicas e culturais: novas perspectivas para a história indígena. In: ABREU, Martha; SOIHET, Raquel (Orgs.). *Ensino e História: conceitos, temáticas e metodologia*. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, p. 27-37.

ALMEIDA, Alfredo Wagner (2004). Amazônia: a dimensão política dos “conhecimentos tradicionais”. In: ACSELRAD, H. (Org.). *Conflitos ambientais no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará: Fundação Henrich Böll.

ALMEIDA, Alfredo Wagner (2008). *Terra de quilombo, terras indígenas, “babaçuais livres”, “castanhais do povo”, faxinais e fundos de pastos: terras tradicionalmente ocupadas*. 2ª Ed, Manaus: PGSCA-UFAM.

ATHIAS, Renato e MACHADO, Marina (2001). A saúde indígena no processo de implantação dos distritos sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 17, n.2. Rio de Janeiro.

BARTH, Fredrik (2000). *O guru, o iniciador e outras variações antropológicas*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria.

BELEZA, Adalberto Rodrigues et al. (Org) (2002). Kwatá-Laranjal: história e reconquista da terra. Manaus: SEDUC-AM

BERREMAN, Gerald D. (1975). Etnografia e controle das impressões em uma aldeia do Himalaia. Tradução de Olga Lopes da Cruz. In: GUIMARÃES, Alba Zaluar (Org.). *Desvendando máscaras sociais*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, p. 123-174.

BRASIL (2000). Decreto Legislativo nº 02, de 03 de fevereiro de 1994. Aprova o texto da Convenção sobre Diversidade Biológica. Brasília: Ministério do Meio Ambiente. Série Biodiversidade nº 01.

BRASIL (2002). *Política Nacional de Atenção dos Povos Indígenas*. 2ª Ed., Brasília: Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde, 40 p.

BRASIL (2004). Decreto Presidencial s/n de 19 de abril de 2004. Homologa a demarcação administrativa da Terra Indígena Coatá-Laranjal, localizada no Município de Borba, Estado do Amazonas. FUNAI/Diretoria de Assuntos Fundiários. Brasília

BRASIL (2006). Departamento de Saúde Indígena. *Indicadores de Saúde Indígena- 2000 a 2005*. Brasília: Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde.

BOURDIEU, Pierre (1997). *A miséria do mundo*. Petrópolis: Vozes.

BOURDIEU, Pierre (2004). Introdução a uma sociologia reflexiva. In: BOURDIEU, Pierre. *O poder simbólico*. 7ª ed. Tradução Fernando Tomaz. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, p. 17-58.

BUCHILLET, Dominique (1991). A antropologia da doença e os sistemas oficiais de saúde. In: BUCHILLET, Dominique (Org.). *Medicinas Tradicionais e medicina Ocidental na Amazônia*. Belém: CEJUP/UEP, p. 21-44.

BUCHILLET, Dominique (2004). Cultura e saúde pública: reflexões sobre o Distrito Sanitário Especial Indígena do Rio Negro. In: LANGDON, Esther Jean; GARNELO, Luíza (Orgs.). *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa /Associação Brasileira de Antropologia, p. 53-67.

CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto (1998). *O trabalho do antropólogo*. Brasília: Paralelo 15, São Paulo: Editora Unesp.

CASTRO, Edna; MARIN, Rosa Acevedo; COUTO, Rosa Carmina Sena (2002). A pesquisa em ciências humanas e as relações entre trabalho, saúde e meio ambiente. In: COUTO, Rosa Carmina; CASTRO, Edna; MARIN, Rosa Acevedo (Orgs.). *Saúde, trabalho e meio ambiente: políticas públicas na Amazônia*. Belém: NAEA, p. 19-35.

CAVALCANTE, Clóvis (Org.) (2002). *Meio ambiente, desenvolvimento sustentável e políticas públicas*. São Paulo: Cortez, Recife: Fundação Joaquim Nabuco.

COIMBRA Jr., Carlos E. A.; SANTOS, Ricardo Ventura (2003). Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas no Brasil. In: COIMBRA Jr., Carlos E. A. (Org.). *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Abrasco, p. 13-36.

COLOMA, Carlos (2003). O processo de construção cultural na interpretação indígena sobre as patologias. In: JEOLÁS, Leila e OLIVEIRA, Marilene de (Orgs.). *Anais do Seminário sobre Cultura, Saúde e Doença*. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento-Projeto Vigisus/Fundação Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, Londrina, p. 76-90.

DIEGUES, Antonio Carlos Sant'ana (1996). *O mito moderno da natureza intocada*. São Paulo: Hucitec.

DURKHEIM, Émile (1989). *As formas elementares da vida religiosa*. São Paulo, Paulinas.

FREITAS, Carlos Machado de; PORTO, Marcelo Firpo (2006). *Saúde, ambiente e sustentabilidade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

FUNASA/Fundação Nacional de Saúde (2005). *Plano Distrital de Saúde Indígena do DSEI Manaus*. Coordenação Regional do Amazonas: Funasa. Mimeo

FUNASA/ Fundação Nacional de Saúde (2007). *Sistema de Informação em Saúde Indígena /DSEI Manaus*. Coordenação Regional do Amazonas. Manaus.

FUNASA/ Fundação Nacional de Saúde (2008). *Relatório de Gestão de 2006 e 2007 da Coordenação Regional do Amazonas*. Manaus. Mimeo

FUNAI/Fundação Nacional do Índio (2009). Disponível na internet via <http://www.funai.gov.br> [acessado em 28 de julho de 2009].

GARNELO, Luíza (2001). *Representações sociais e saúde indígena*. Manaus, 14 p. Trabalho não publicado.

GEERTZ, Clifford (1978). *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

GEERTZ, Clifford (2002). *Obras e vidas: o antropólogo como autor*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ.

GUARESCHI, Pedrinho A. e JOVCHELOVITCH, Sandra (Orgs.) (1995). *Textos em representações sociais*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes.

ISA/Instituto Socioambiental (2007). Disponível na internet via <http://www.socioambiental.org> [acessado em 31 de julho de 2007].

LANGDON, Esther Jean (1995). *A doença como experiência: A construção da doença e seu desafio para a prática médica*. Disponível na internet via <http://www.cfh.ufsc.br> [acessado em 01 de junho de 2009]

LANGDON, Esther Jean (1999). *Saúde e povos indígenas: os desafios na virada do século*. Florianópolis: UFSC.

LANGDON, Esther Jean (2004). Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. In: LANGDON, Esther Jean; GARNELO, Luíza, (Orgs.). *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa/Associação Brasileira de Antropologia, p. 33-51.

LANGDON, Esther Jean (2003). Cultura e os Processos de Saúde e Doença. In: JEOLÁS, Leila; OLIVEIRA, Marilene de (Orgs.). *Anais do Seminário sobre Cultura, Saúde e Doença*. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento-Projeto Vigisus/Fundação Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, Londrina, p. 91-107.

MAUSS, Marcel (1974). *Sociologia e antropologia*. Introdução de Claude Levi-Strauss; Tradução de Lamberto Puccinelli. São Paulo: EPU.

MEDRONHO, Roberto A. et al. (2003). *Epidemiologia*. São Paulo: Hucitec.

MENENDEZ, Miguel A. (1992). A área Madeira-Tapajós: Situação de contato e relações entre colonizador e indígenas. In: CUNHA, Manuela Carneiro da. (Org.). *A história dos índios no Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, p.281-296.

MENDONÇA, Janiacley (2000). O processo de implantação do Distrito Sanitário Especial Indígena de Manaus: seus avanços, obstáculos e dificuldades. Manaus, 70 p. Trabalho não publicado.

MINAYO, Maria Cecília (2004). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.

MINAYO, Maria Cecília (2002). Enfoque ecossistêmico de saúde e qualidade de vida. In: MINAYO, Maria Cecília; MIRANDA, Ary Carvalho de (Orgs.). *Saúde e desenvolvimento sustentável: estreitando nós*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 173-199.

MURPHY, Robert & MURPHY, Yolanda (1954). *As condições atuais dos Mundurucú*. Belém: Instituto de Antropologia e Etnologia do Pará. Publicação nº 8.

OLIVEIRA, Cleane S. de; LOTUFO NETO, Francisco (2003). Suicídio entre povos indígenas: um panorama estatístico brasileiro. Rev. psiquiatr. clín., vol.30, no.1, p.4-10. ISSN 0101-6083. Disponível na internet via <http://www.scielo.br> [acessado em 19 de agosto de 2009].

PAGLIARO, Heloísa (2005). A revolução demográfica dos povos indígenas: a experiência dos Kaiabi do Parque Indígena do Xingu, Mato Grosso. In: PAGLIARO, Heloísa, AZEVEDO, Marta Maria; SANTOS, Ricardo Ventura (Orgs.). *Demografia dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 79-102.

PEIRANO, Mariza G. S. (2000). *A análise antropológica dos rituais*. Brasília: Unb, Série Antropologia, nº 177.

PEREIRA, Nilza de Oliveira M; SANTOS, Ricardo Ventura; AZEVEDO, Marta Maria. (2005). Perfil demográfico e socioeconômico das pessoas que se autodeclaram “indígenas” nos censos demográficos de 1991 e 2000. In: PAGLIARO, Heloísa, AZEVEDO, Marta Maria; SANTOS, Ricardo Ventura (Orgs.). *Demografia dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 155-192.

POSEY, Darrel A. (2002). Exploração da biodiversidade e do conhecimento indígena na América Latina: desafios à soberania e à velha ordem. In: Clóvis Cavalcante. *Meio ambiente*,

desenvolvimento sustentável e políticas públicas. 4ª Ed. São Paulo: Cortez; Recife: Fundação Joaquim Nabuco, p. 345-368.

RIBEIRO, Darcy (1996). *Os índios e a civilização: a integração das populações indígenas no Brasil moderno*. São Paulo: Companhia das Letras.

SAHLINS, Marshall (1993). Adeus aos tristes tropos: a etnografia no contexto da moderna história mundial. In: SAHLINS, Marshall. *Cultura na prática*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, p. 503-534.

SANTOS, Francisco Jorge dos (1999). *Além da conquista: guerras e rebeliões indígenas na Amazônia Pombalina*. Manaus: Governo do Amazonas/Secretaria de Estado de Cultura e de Turismo/ UFAM.

SANTOS, Francisco Jorge dos (1995). *Dossiê Munduruku: Uma contribuição para a história indígena da Amazônia Colonial*. Manaus: Boletim Informativo do Museu Amazônico. Fundação Universidade do Amazonas.

SANTOS, Ricardo Ventura, FLOWERS, Nancy M.; COIMBRA JR, Carlos E. A. (2005). Demografia, Epidemias e Organização social: Os Xavante de Pimentel Barbosa (Etéñitépa), Mato Grosso. In: PAGLIARO, Heloísa; AZEVEDO, Marta Maria; SANTOS, Ricardo Ventura (Orgs.). *Demografia dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 59-78.

SOUZA, Jubert Antonio de; OLIVEIRA, Marlene de Oliveira; KOHATSU, Marilda (2003). O uso de bebidas alcoólicas nas sociedades indígenas: Algumas reflexões sobre os Kaingang da Bacia do Rio Tibagi, Paraná. In: PAGLIARO, Heloísa; AZEVEDO, Marta Maria; SANTOS, Ricardo Ventura (Orgs.). *Demografia dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 149-167.

TURNER, Terence (1993). Da Cosmologia à história: resistência, adaptação e consciência social entre os Kayapó. In: CASTRO, Eduardo Viveiros de; CUNHA, Manuela Carneiro da (Orgs.). *Amazônia: etnologia e história indígena*. São Paulo: USP/ Núcleo de História Indígena e do Indigenismo.

VÍCTORA, Ceres Gomes (2000). *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial.

VIEIRA, Paulo Freire (2001). Meio ambiente, desenvolvimento e planejamento. In: VIOLA, Eduardo J.; LEIS, Héctor R.; et al. (Orgs.). *Meio Ambiente, desenvolvimento e cidadania: desafios para as ciências sociais*. São Paulo: Cortez, p. 45-98.

VERANI, Cibele Barreto Lins (1991). Representações tradicionais da doença entre os Kuikuro (Alto Xingu). In: BUCHILLET, Dominique (Org.). *Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia*. Belém, Edições CEJUP, p. 65-89.