C T I
Centro de Trabalho Indigenista

ISA

Saúde

NA TERRA INDÍGENA VALE DO JAVARI

Diagnóstico médico-antropológico: subsídios e recomendações para uma política de assistência

© HILTON S. NASCIMENTO, ARQUIVO CTI, 2006

Posto de Vigilância e Proteção Ituí-Itaquaí, Frente de Proteção Etnoambiental Vale do Javari/FUNAI. Foto de Fabrício Amorim, Arquivo FPEVJ/FUNAI, 2010

SAÚDE NA TERRA INDÍGENA VALE DO JAVARI

Diagnóstico médico-antropológico: subsídios e recomendações para uma política de assistência

Outubro de 2011

C T I
Centro de Trabalho Indigenista

ISA

O **CENTRO DE TRABALHO INDIGENISTA (CTI)** é uma organização não governamental, fundada em março de 1979 por antropólogos e indigenistas que já trabalhavam com alguns povos indígenas do Brasil. A organização tem como marca de sua identidade a atuação direta junto aos povos indígenas de modo a contribuir para que assumam o controle efetivo de seus territórios, esclarecendo-lhes sobre o papel do Estado na proteção e garantia de seus direitos constitucionais. O CTI atua em Terras Indígenas inseridas nos Biomas Amazônia, Cerrado e Mata Atlântica.

Sua atuação se dá por meio de projetos elaborados a partir de demandas locais identificadas em parceria com os índios, repassando-lhes assessoria técnica e informações. Mais do que beneficiários, o princípio de atuação da entidade é que os índios sejam co-autores e co-executores dos projetos. Nossa proposta de trabalho é viabilizar a conquista ou a manutenção da autonomia econômica e política dos povos indígenas a partir de seus próprios parâmetros socioculturais de modo a reduzir sua dependência em relação ao Estado e as igrejas.

EQUIPE:

Coordenação Geral: Gilberto Azanha
Coordenação do Programa Javari: Maria Elisa Ladeira
Coordenação Adjunta do Programa Javari: Conrado Rodrigo Octávio e Pollyana Mendonça
Coordenação do Projeto Direitos dos Isolados na Fronteira Brasil-Peru: Helena Ladeira
Assessores do Programa Javari: Maria Fernanda Vieira; Luis Felipe Garcia e Janekely Reis D'Ávila
Consultor do Programa Javari: Hilton S. Nascimento

O **INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL (ISA)** é uma associação sem fins lucrativos, qualificada como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip), fundada em 22 de abril de 1994, por pessoas com formação e experiência marcante na luta por direitos sociais e ambientais. Tem como objetivo defender bens e direitos sociais, coletivos e difusos, relativos ao meio ambiente, ao patrimônio cultural, aos direitos humanos e dos povos. O ISA produz estudos e pesquisas, implanta projetos e programas que promovam a sustentabilidade socioambiental, valorizando a diversidade cultural e biológica do país.

Para saber mais sobre o ISA consulte
www.socioambiental.org

Conselho Diretor: Neide Esterci (presidente), Marina Kahn (vice-presidente),
Ana Valéria Araújo, Anthony R. Gross, Jurandir M. Craveiro Jr.
Secretário Executivo: André Villas-Bôas
Secretária Executiva Adjunta: Adriana Ramos

COORDENAÇÃO DO PROJETO ESPECIAL SAÚDE NO VALE DO JAVARI:

Gilberto Azanha (CTI)
Helena Ladeira (CTI)
Beto Ricardo (ISA)
Marcos Wesley de Oliveira (ISA)

Consultores:

Barbara Maisonnave Arisi (antropóloga, UFSC)
Deise Alves Francisco (médica)
Pedro de Niemeyer Cesarino (antropólogo, UNIFESP)
Maria Emília Coelho (jornalista)

Sumário

APRESENTAÇÃO **5**

MAPAS **7**

RECOMENDAÇÕES **11**

ASPECTOS DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE **22**

ASPECTOS ANTROPOLÓGICOS **43**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS **103**

ANEXOS **105**

ÍNDICE **133**

© CONRADO R. OCTAVIO, ARQUIVO CTI, 2008

Canoa marubo no alto rio Ituí.

© BEATRIZ MATOS, ARQUIVO CTI, 2007

Aldeia Trinta e Um, alto rio Jaquirana; povo Mayoruna.

© SANDERSON OLIVEIRA, ARQUIVO FPEV/FUNAI, 2009

Isolados do povo Korubo, em contato visual com equipe da FPEVJ às margens do rio Itaquaí.

© BARBARA ARISI

Maloca Matis na aldeia Beija-Flor, Médio Rio Ituí, TI Vale do Javari (AM), 2009

Apresentação

A gravidade persistente da situação de saúde dos povos indígenas do Vale do Javari (AM) levaram o Centro de Trabalho Indigenista (CTI)[1] e o Instituto Socioambiental (ISA)[2] a estabelecerem uma parceria para viabilizar a elaboração e difusão deste trabalho, como um contribuição a todos os atores envolvidos direta e indiretamente com essa região – em especial para a recém-criada Secretaria de Saúde Indígena (SESAI) do Ministério da Saúde – com o propósito de construir uma solução duradoura que garanta uma assistência de saúde diferenciada e eficiente.

Assim, entre os meses de abril e setembro de 2011, foram mobilizados profissionais com experiência em saúde indígena[3] e em etnografia dos povos do Vale do Javari[4], apoiados por técnicos do próprio CTI que atuam na região (ver no expediente). O trabalho de campo foi desenvolvido em Atalaia do Norte, Tabatinga e Manaus e procurou-se incorporar a visão de todos segmentos envolvidos (ver o roteiro completo de visitas e contatos no Anexo 1). Adotou-se a metodologia de entrevistas padronizadas e do registro de narrativas das lideranças e organizações indígenas e dos profissionais de saúde. Foram também realizadas reuniões com as instituições responsáveis pela assistência e presentes na Terra Indígena.

Nesse documento abordamos os diferentes aspectos da assistência no Vale do Javari baseados nas informações reunidas nas entrevistas com os profissionais das diversas instituições presentes tais como: em Atalaia do Norte, com representantes do DSEI-VJ[5], da administração da Casa do Índio, da direção geral do Hospital Municipal e da administração regional da FUNAI e, em Tabatinga, com o tenente-coronel diretor do Hospital de Tabatinga e com a coordenação da Frente de Proteção Etnoambiental Vale do Javari/FUNAI. Os dados de saúde aqui apresentados foram integralmente obtidos no próprio DSEI-Vale do Javari.

No entanto, a maior parte do tempo da consultoria foi dedicada à conversa com os usuários procurando entender qual o tipo de assistência que acham mais adequada às suas necessidades. A proposta de modelo assistencial apresentada aqui foi construída a partir dessa visão. Conseguimos conversar com muitas lideranças tradicionais das diferentes etnias uma vez que, por coincidência, se encontravam na cidade de Atalaia para o recadastramento da aposentadoria rural. Foram também entrevistados agentes indígenas de saúde, pacientes internados na Casa do Índio, indígenas moradores na zona urbana. Foram realizadas reuniões com as organizações indígenas UNIVAJA, AIMA, AKAVAJA, ASDEC e AMAS. Em Manaus, conversamos com a diretoria da Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB) sobre as expectativas do movimento indígena em relação à SESAI.

Vale destacar que as recomendações contidas inicialmente e com destaque nesse documento, são contribuições ao aperfeiçoamento do sistema de saúde a ser oferecido no Javari pela SESAI. A

---

1 www.trabalhoindigenista.org.br

2 www.socioambiental.org.br

3 Deise Alves Francisco, médica, 16 anos de atuação no Distrito Sanitário Yanomami

4 Bárbara Arisi, antropóloga, doutoranda em Antropologia Social pelo PPGAS/UFSC (Universidade Federal de Santa Catarina), e Pedro Cesarino, antropólogo, doutor em Antropologia, professor da UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo).

5 Só não foi possível reunirmos com o chefe do DSEI-Vale do Javari porque, à época, o mesmo se encontrava fora da cidade

real construção desse sistema, no entanto, passa por retomar a elaboração de um Plano Distrital Anual para o DSEI e a sua devida discussão e a aprovação pelo Conselho Distrital, envolvendo representantes de todos os setores diretamente envolvidos com a assistência neste distrito.

O relatório antropológico que completa o presente documento, em sua grande parte, provem das experiências de pesquisa de campo dos antropólogos Bárbara Arisi e Pedro Cesarino, que conviveram com os Matis e os Marubo do alto rio Ituí nos últimos anos. As informações referentes aos demais povos da TI Vale do Javari, os Korubo, Kulina, Kanamari e Tsohom Dyapá e Mayoruna-Matsés, foram organizadas a partir de estudos específicos realizados por outros antropólogos, além de uma série de documentos mencionados ao longo do trabalho. O documento antropológico apresenta também, no seu final, um Diretório de recursos humanos regional: trata-se de profissionais e estudantes de antropologia que se encontram nas proximidades da TI Vale do Javari e que, desta forma, poderiam ser mobilizados para dar conta das atividades propostas ao longo deste documento, em colaboração com os demais antropólogos já especializados nos povos da região.

As recomendações foram revisadas por membros do movimento indígena do Vale do Javari através de consultas coordenadas por Jorge Marubo (presidente do Condisi) e enviadas por Beto Marubo (vice-presidente do Condisi) em mensagem datada de 13 de outubro de 2011. Praticamente todas essas recomendações foram incorporadas à versão final deste documento.

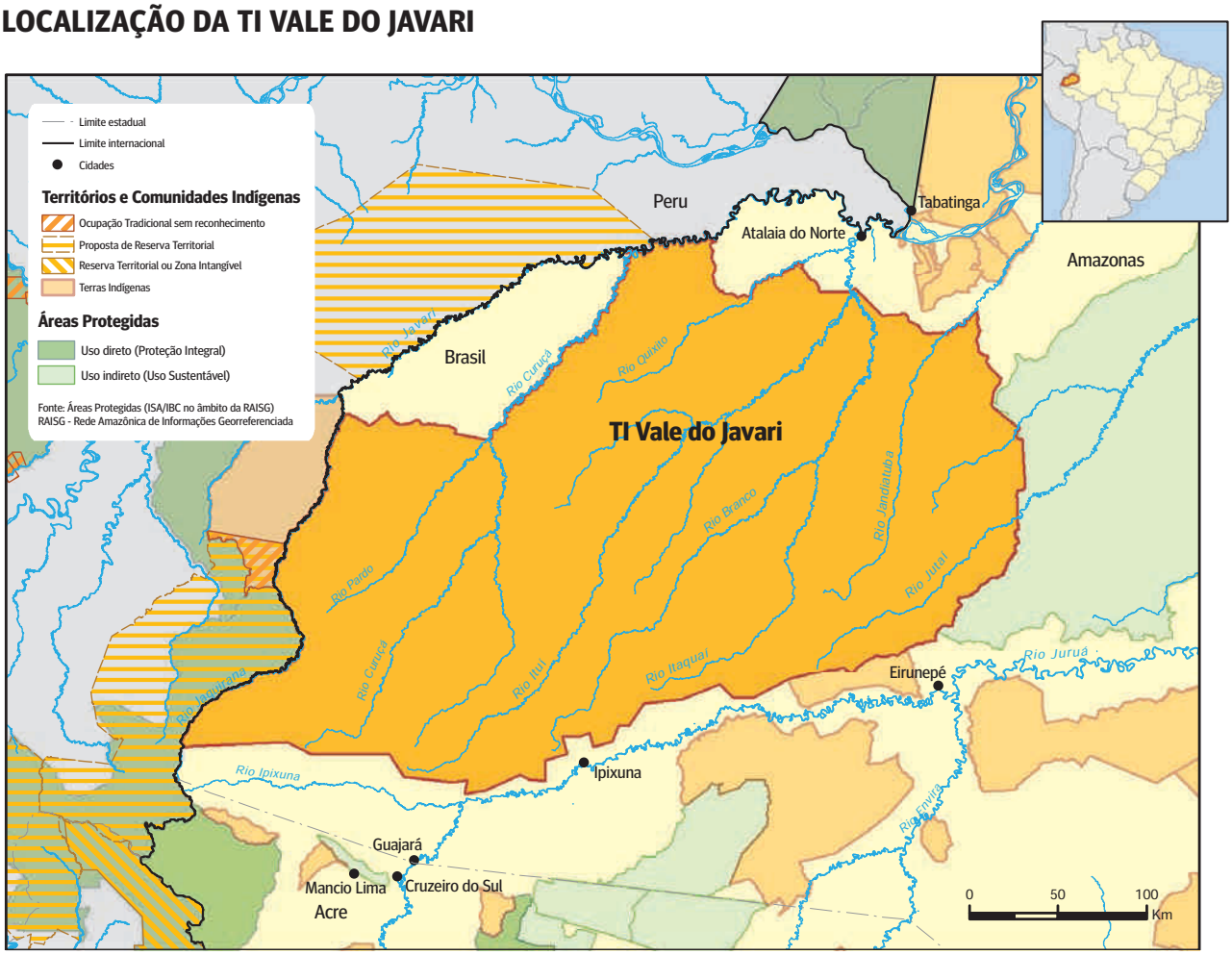
Antes de entrar nas recomendações específicas, julgamos importante salientar duas questões nevrálgicas na gestão do sub-sistema de atenção indígena, que deram origem à proposta de criação da SESAI pelo movimento indígena e das organizações de apoio. A primeira se refere à necessidade de uma **gestão mais participativa** como forma de controle das influências políticas locais e dos interesses econômicos diversos que ocorrem em todos os DSEIs do país. A segunda é a necessidade de uma **política específica para a contratação de recursos humanos** para o trabalho em áreas indígenas.

Neste momento de transição da responsabilidade do sub-sistema da FUNASA para a SESAI será fundamental o desenvolvimento das seguintes políticas públicas a nível nacional:

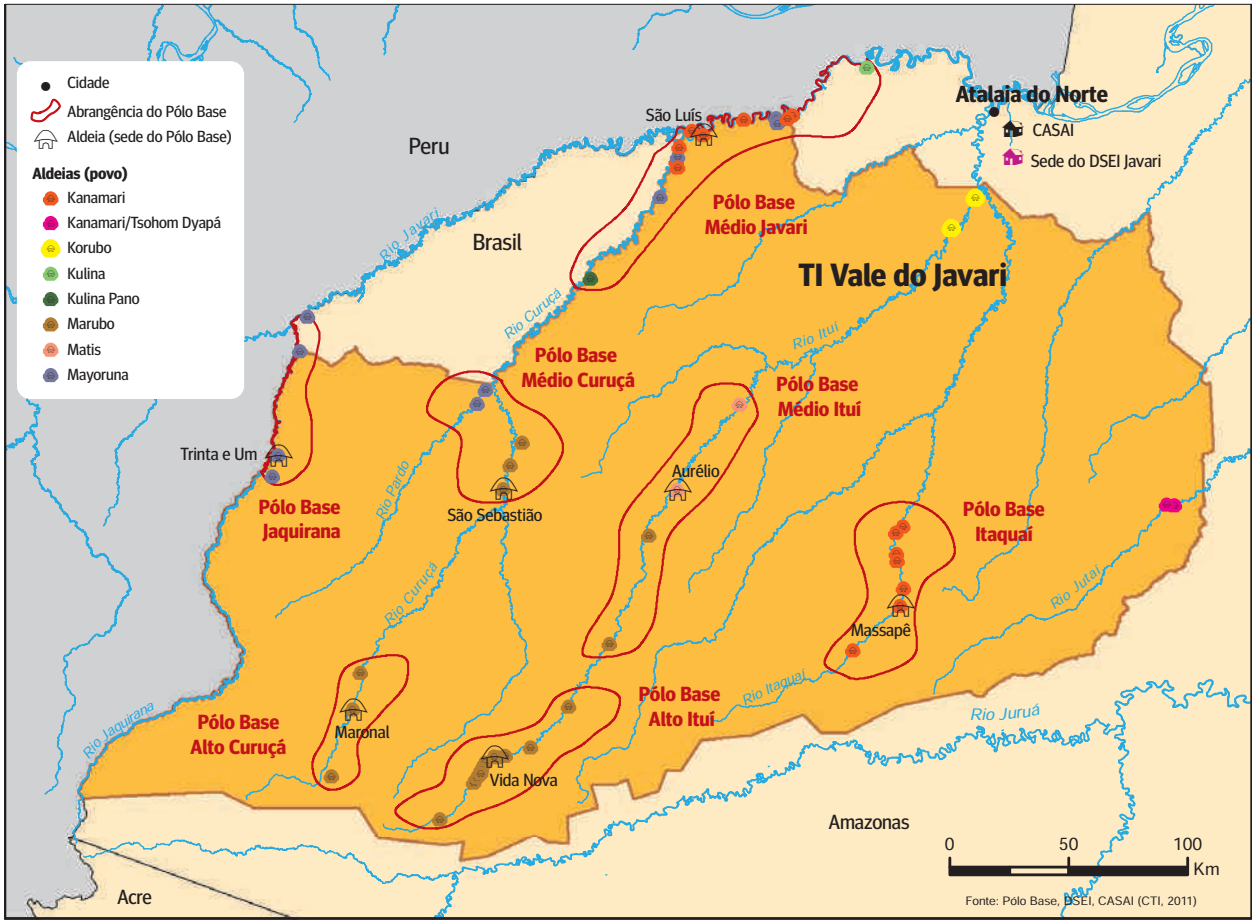
- Transformar de fato os DSEIs em unidades gestoras;
- Consultar os Conselhos Distritais para a escolha das chefias do DSEIs de forma a impedir manipulações políticas locais e interesses econômicos pessoais relacionados ao exercício do cargo;
- Garantir o orçamento dos DSEIs de acordo com as necessidades previstas nos Planos Distritais, sem interrupção no repasse dos recursos, porém precedidos por avaliação do desenvolvimento das metas e a aprovação das prestações de contas pela instância de controle social;
- Abandonar definitivamente o modelo de convênios para contratação de pessoal, visto que a experiência mostrou ao longo dos anos que esse instrumento é totalmente inadequado e insustentável;
- Elaborar um Plano de Cargos, Salários e Carreira específico para profissionais de saúde indígena;
- Promover uma ampla discussão no nível nacional da saúde indígena acerca da política de gestão e contratação de recursos humanos para os DSEIs, tendo em vista a realização de Concurso Público para o preenchimento de vagas.

CTI&ISA
17 de outubro de 2011

LOCALIZAÇÃO DA TI VALE DO JAVARI



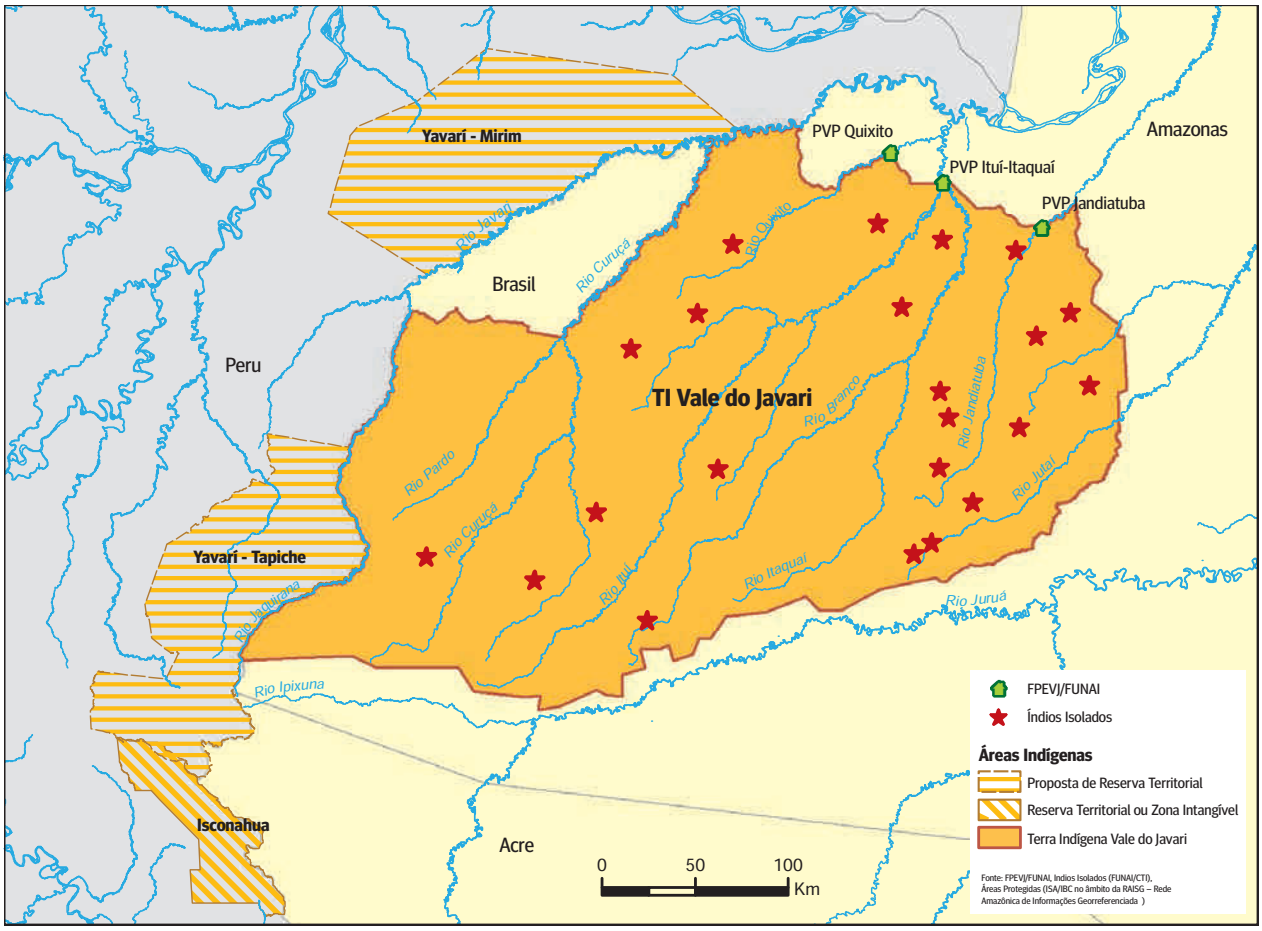
PÓLO BASE


Cidade
Abrangência do Pólo Base
Aldeia (sede do Pólo Base)
Aldeias (povo)
Kanamari
Kanamari/Tsohom Dyapá
Korubo
Kulina
Kulina Pano
Marubo
Matis
Mayoruna
Peru
Brasil
Acre
Amazonas
São Luís
Atalaia do Norte
CASAI
Sede do DSEI Javari
TI Vale do Javari
Pólo Base Médio Javari
Pólo Base Médio Curuçá
Pólo Base Médio Ituí
Pólo Base Jaquirana
Pólo Base Alto Curuçá
Pólo Base Alto Ituí
Pólo Base Itaquaí
Trinta e Um
São Sebastião
Aurélio
Massapê
Maronal
Vida Nova
Rio Javari
Rio Curuçá
Rio Ituí
Rio Jaquirana
Rio Itaquaí
Rio Juruá
0
50
100
Km
Fonte: Pólo Base, DSEI, CASAI (CTI, 2011)

ETNIAS

Aldeias (povo)
Kanamari
Kanamari/Tsohom Dyapá
Korubo
Kulina
Kulina Pano
Marubo
Matis
Mayoruna/Matsés
Socó
Caxias
Três José
Lago Grande
Flores
Santo Eusébio
Campinas
Casa de Apoio
Irari II
Lago do Tambaqui
São Luís
Maia
Fruta Pão
Quebrado
Mário Brasil
Amazonas
San José de Añushi
Jorge Chávez
Paujil
San Mateo
San Juan
Buen Perú
Cruzeirinho
Brasil
Pedro Lopes
TI Vale do Javari
Matsés
Cashispi
Soles
Terrinha
Nova Esperança
Beija-Flor
Santa Rosa
San Roque
Estirón
Trinta e Um
Lobo
São Salvador
Volta Grande
São Sebastião
San Ramón
Buenas Lomas Nuevas
Aurélio
Rio Novo
Jarinal
Queimada
Remansinho
Bananeira
Puerto Callao
Estirão do Pedra
Panema
Puerto Alegre
Beija-Flor
Massapê
Peru
Boa Vista
Estirão do Cumaru
Morada Nova
Penteaquinho
Praia Alegria
Vida Nova
Maronal
Mâncio Lima
Komãya
Kapivanawai
Liberdade
Nazaré
Maloca do Paulinho
Paraná
Água Branca
Acre
Rio Javari
Rio Curuçá
Rio Quixito
Rio Jandiatuba
Rio Branco
Rio Pardo
Rio Jutaí
Rio Itaquaí
Rio Jaquirana
Rio Ipixuna
Rio Juruá
0
50
100
Km
Fonte: Aldeias (CTI, 2011), Aldeias no Peru (IBC no âmbito da RAISG – Rede Amazônica de Informações Georreferenciada).

ÍNDIOS ISOLADOS



Recomendações

Duas questões nevrálgicas na gestão do sub-sistema de atenção indígena deram origem à proposta de criação da SESAI pelo movimento indígena e organizações de apoio.

A primeira se refere à necessidade de uma gestão mais participativa como forma de controle das influências políticas locais e dos interesses econômicos diversos que ocorrem em todos os DSEIs do país. A segunda é a necessidade de uma política específica para a contratação de recursos humanos para o trabalho em áreas indígenas.

Neste momento de transição da responsabilidade do sub-sistema da FUNASA para a SESAI será fundamental o desenvolvimento das seguintes políticas públicas a nível nacional:

- Transformar os DSEIs em unidades gestoras;
- Consultar os Conselhos Distritais na escolha das chefias do DSEIs de forma a impedir manipulações políticas locais e interesses econômicos pessoais relacionados ao exercício do cargo;
- Garantir o orçamento dos DSEIs de acordo com as necessidades previstas nos Planos Distritais, sem interrupção no repasse dos recursos, porém precedidos por avaliação do desenvolvimento das metas e a aprovação das prestações de contas pela instância de controle social;
- Abandonar definitivamente o modelo de convênios para contratação de pessoal, visto que a experiência mostrou ao longo dos anos que esse instrumento é totalmente inadequado e insustentável;
- Elaborar um Plano de Cargos, Salários e Carreira específico para profissionais de saúde indígena;
- Promover uma ampla discussão no nível nacional da saúde indígena acerca da política de gestão e contratação de recursos humanos para os DSEIs, tendo em vista a realização de Concurso Público para o preenchimento de vagas.

Reestruturação da Assistência no DSEI-VJ

Para o enfrentamento dos problemas de saúde que veremos adiante, será necessária uma reestruturação completa da assistência no âmbito do DSEI-VJ. A estratégia central recomendada para a reorganização do atendimento identificada nos encontros com os índios, os profissionais de saúde e as instituições durante o desenvolvimento desta consultoria, é a construção de um ***modelo de assistência permanente*** através da presença ininterrupta de profissionais de saúde na área indígena. Para

isso, o Conselho Distrital, representativo de todos setores envolvidos na assistência, deverá elaborar um novo Plano Distrital para o DSEI-VJ visando a ampliação e a capacitação das equipes, o desenvolvimento de uma nova metodologia de trabalho e a adequação da logística e da infraestrutura de campo. Integrada à nova assistência, deverá também ser construída uma estratégia de atenção à saúde dos povos isolados.

Abaixo organizamos as principais recomendações, uma espécie de síntese baseada nos argumentos e dados disponíveis nos dois relatórios (médico e antropológico) que seguem reproduzidos na íntegra na seqüência deste documento.

DEFINIÇÃO DA ASSISTÊNCIA PERMANENTE COMO MODELO DE ATENDIMENTO PARA O DSEI-VJ

O atual modelo de atendimento desenvolvido no DSEI-VJ é o da assistência eventual, com a organização de viagens das equipes para atendimento nos pólos-base e o seu retorno para a cidade sem a sua imediata substituição, descontinuando a assistência. As longas distâncias entre a cidade e os pólos-base e, a partir destes, até às comunidades, tornam exíguo o tempo real dedicado ao atendimento direto à população. Partes do ano os pólos-base ficam abandonados deixando a população sem alternativa de atendimento à sua saúde. Apesar do alto custo das operações, o impacto das ações emergenciais na situação de saúde tem se mostrado irrisório ou mesmo nulo. Esse modelo, além de defasado e ineficaz, contraria o direito ao acesso aos serviços de saúde, garantia conquistada pelos usuários do Sistema Único de Saúde em todo o Brasil. A experiência em outros DSEIs, que por décadas apresentavam quadros sanitários gravíssimos, demonstram que apenas ações de saúde contínuas tiveram impacto na qualidade de vida e saúde dessas populações indígenas e não deixa dúvida de que a assistência permanente é o único modelo possível a ser adotado neste momento no DSEI-VJ.

REORGANIZAÇÃO DO CONSELHO DISTRITAL

O último Plano Distrital Anual do DSEI-VJ foi elaborado em 2007 e os Conselhos Locais e Distrital deixaram de se reunir desde então. Não por acaso, a partir daí se aprofundaram as precariedades no atendimento em área e nunca foram tão trágicos os seus reflexos na saúde dos povos que habitam o Vale do Javari.

O Conselho Distrital é o espaço legítimo para o planejamento, acompanhamento e controle dos gastos previstos no Plano Distrital (ver adiante). Mas para que isto ocorra, a atual representação no CONDISI deverá ser redimensionada de forma a cumprir as exigências legais de paridade entre prestadores de serviços e usuários eleitos em suas aldeias. Recomendamos as seguintes ações:

- Reavaliar a composição atual do CD garantindo a paridade de 50% aos usuários e 50 % aos prestadores de serviços, com vaga proporcional para cada etnia, para os profissionais de saúde, FUNAI e demais instituições que prestam serviços e apoio no âmbito do DSEI;

- Definir os critérios de representação indígena que levem em conta a proporcionalidade por etnia, por quantitativo populacional, por calha de rio e as alianças inter-étnicas tradicionais;

- Organizar um calendário de reuniões dos Conselhos Locais para a escolha nas comunidades dos novos conselheiros que comporão o CD;

- Realizar cursos de capacitação de conselheiros com elaboração/divulgação de material didático específico;

- Realizar duas reuniões do CD até o final do ano de 2011 para a elaboração, discussão e aprovação do novo Plano Distrital 2012/2013;

- Garantir a participação dos conselheiros (transporte, alimentação, etc.) nas reuniões locais, distritais e de seus representantes em encontros de seu interesse a nível nacional sobre saúde indígena.

ELABORAÇÃO DO PLANO DISTRITAL PARA 2012/2013

O novo modelo assistencial terá que contar com um redimensionamento detalhado das metas, atividades e ações de saúde a serem desenvolvidos, bem como de seus custos, através da elaboração de um novo Plano Distrital pelo Conselho Distrital. Sugerimos abaixo os principais pontos a serem pactuados no novo Plano Distrital para a implantação da assistência permanente no DSEI-VJ nos próximos dois anos:

ADEQUAR O QUADRO DE RECURSOS HUMANOS

- Reavaliar o quantitativo de profissionais de cada categoria (área, sede, CASAI e equipe de reforma da infraestrutura) necessário para garantir a assistência ininterrupta nos pólos-base;

- Definir regras de seleção, contratação, remuneração, avaliação e demissão dos profissionais para o preenchimento do novo quadro de vagas (até que se realize o Concurso Público);

- Definir melhorias nas condições de trabalho visando diminuir a alta rotatividade dos profissionais (períodos de licenças, auxílio-alimentação, etc)

- Garantir a capacitação inicial dos novos profissionais e a educação continuada em saúde para AIS, AISAN, conselheiros, profissionais de saúde e educação comunitária com a elaboração de material didático específico (ver detalhamento adiante no ítem Educação em Saúde).

ELABORAR UMA NOVA METODOLOGIA DE TRABALHO PELA EQUIPE TÉCNICA

- Estabelecer metas a serem alcançadas para cada problema de saúde e os indicadores de verificação das mesmas;

- Elaborar protocolos de abordagem preventiva e curativa para cada doença que ocorre no DSEI, com a definição do papel de cada membro da equipe;

- Definir rotinas a serem desenvolvidas nos pólos-base como a regularidade de visitas às comunidades, prontuários de pacientes com atualização dos portadores e dos tratamentos crônicos (hepatite, Tb, etc.), funcionamento de subpólos próximos às aldeias, preenchimento de relatórios mensais de saúde, de controle de estoques de farmácia, etc.

➤ Realizar na área indígena, após capacitação da equipe:
- tratamentos para tuberculose (DOTs)
- aplicação de imunoglobulina anti-hepatite B nas primeiras 24 horas nos recém nascidos de mães de "alto risco" (HBsAg+, antiHBs-, hepatite aguda)
- continuidade dos tratamentos via oral para hepatite

➤ Realizar vacinação de rotina pela equipe do pólo-base, extinguindo a equipe volante de vacinação;

➤ Garantir o desenvolvimento de pesquisas, através de incentivos às instituições acadêmicas de nível federal e que visem acompanhar o impacto das atividades e ações na situação de saúde nas aldeias do Vale do Javari.

ADEQUAR A LOGÍSTICA E A INFRAESTRUTURA NO CAMPO

➤ **Pistas de Pouso:**

Para otimizar a entrada e saída das equipes de campo sem interrupções na assistência é necessário que se utilize um meio de transporte mais ágil como o uso de aeronaves mono ou bimotor. Esta possibilidade de transporte também será mais adequada para a remoção de pacientes graves para o atendimento na cidade. Algumas pistas já existentes na área poderão ser recuperadas, mas outras precisarão ser construídas de maneira a se ter, idealmente, uma pista de apoio para cada pólo-base:

1. Recuperação de 2 pistas: Alto Ituí e Alto Curuçá (Vida Nova e Maronal)
2. Abertura de 3 novas pistas: Itacoaí, Médio Ituí, Médio Curuçá
3. Avaliar possibilidade de compartilhamento de uma pista do Exército (localizada nas proximidades do Pelotão de Fronteira Palmeiras

➤ **Postos de Saúde:**
1. Construções Novas: Massapê e Aurélio
2. Reforma: São Luis, Trinta e Um e Vida Nova
3. Manutenção: São Sebastião e Maronal
4. Instalação de sistema de energia fotovoltaica, cadeia de frios, fornecimento de água, saneamento e de destinação dos lixos doméstico e hospitalar em todos os polos-bases.
5. Construção de alojamentos para os servidores da saúde no Pólo-Base.

➤ Articular com outros ministérios no que tange ao apoio técnico à reestruturação da assistência em área (Defesa/Exército Brasileiro; Justiça/FUNAI; Meio Ambiente/IBAMA; etc.);

➤ **Equipamentos e Materiais Médicos:**

Todos os equipamentos precisam passar por uma revisão do seu estado de conservação e ser avaliada a necessidade de manutenção ou de nova aquisição.

➤ **Melhoria das Instalações na beira do rio em Atalaia do Norte:**

Lideranças indígenas sugeriram que a SESAI deveria instaurar um flutuante na Beira de Atalaia do Norte, que fosse composto por um atracadouro para desembarque de pacientes, por instalações para guardar material das equipes de saúde, por um abrigo para deixar embarcações indígenas que vêm trazer pacientes para CASAI ou para atendimento de saúde na cidade, além de guarda-malas, de água tratada e de infra-estrutura sanitária adequada.

Implantação de Educação Permanente em Saúde

Uma das maiores demandas apontadas tanto pelos profissionais de saúde como pelos agentes de saúde e lideranças indígenas foi a necessidade de realização de cursos e treinamentos específicos e reciclagens continuadas, tanto de conhecimentos técnicos como de antropologia da saúde.

REALIZAÇÃO DE CURSOS/OFICINAS

Os cursos de educação continuada de etnologia e antropologia da saúde podem ser organizados e ministrados por professores que têm desenvolvido pesquisas entre os povos da TIVJ e outros povos amazônicos. Anexamos um diretório de recursos humanos disponíveis de serem articulados para tais atividades, a serem realizadas em conjunto com outros pesquisadores com trabalho consolidado ou em andamento sobre a área. Para tanto sugerimos:

A) CURSOS PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE ÁREA E DA CIDADE

- Treinamentos específicos para o atendimento às principais doenças da TI Vale do Javari e capacitação nos protocolos e rotinas do DSEI (malária, hepatites, doenças hepáticas, alcoolismo, desnutrição infantil, DSTs, etc);
- Cursos de etnologia com informações sobre a diversidade cultural dos povos ameríndios, em especial dos povos da TI Javari, especialmente sobre concepções indígenas de corpo, adoecimento e cura;
- Cursos de Antropologia da Saúde;
- Cursos sobre Atenção Diferenciada e Controle Social.

B) CURSOS PARA AGENTES DE SAÚDE, MICROSCOPISTAS E DEMAIS INTERESSADOS

- Treinamentos e reciclagem continuada específicos na prevenção e no atendimento às principais doenças da TI Vale do Javari;
- Cursos de capacitação em microscopia para malária;
- Cursos de antropologia da saúde e conhecimentos sobre atenção diferenciada e controle social;
- Capacitação em saúde ambiental e controle de zoonoses (tratamento do lixo, saúde dos animais domésticos, saneamento, etc.)[6].

6 Contribuição de Eduardo Matis, recém formado em veterinária em Manaus.

C) CURSOS PARA CONSELHEIROS E LIDERANÇAS INDÍGENAS

- Cursos sobre organização da sociedade brasileira, histórico da atenção à saúde, Política Nacional de Saúde Indígena, DSEIs, Conselho Distrital e controle social, etc.

D) OFICINAS MULTICULTURAIS SOBRE CONHECIMENTOS TRADICIONAIS E TRADUÇÃO DAS LÍNGUAS LOCAIS PARA O PORTUGUÊS

- Realizadas com a presença de xamãs, médicos e antropólogos, tendo em vista a elaboração de reflexões e ações sobre saúde (voltadas para as comunidades e para os profissionais de saúde, indígenas e não-indígenas), sobre os conceitos e noções do pensamento indígena e biomético, para que seja possível realizar materiais de saúde e de educação diferenciados. As oficinas podem servir também como espaço para o planejamento integrado de representantes dos povos indígenas com as equipes de saúde em ação na área, através de consulta prévia e com o consentimento das comunidades envolvidas.

E) ELABORAÇÃO DE MATERIAIS DIDÁTICOS PARA A EQUIPE DE SAÚDE E ÍNDIOS

Ao longo dos cursos/oficinas, materiais didáticos diversos poderiam ser desenvolvidos para uso pelas equipes de saúde e indígenas. Os temas, os conteúdos e a finalidade dos materiais poderiam ser definidos em diálogo com pesquisadores, profissionais e comunidades. Sugere-se que os (poucos) materiais já existentes sejam revisados e reeditados, em versões bilíngues elaboradas em conjunto com equipes multidisciplinares, com a presença e colaboração de xamãs e representantes das comunidades (lideranças e professores indígenas). Segue uma lista de sugestões de possíveis materiais:

1. Elaborar vídeos pelas próprias comunidades em parceria com profissionais não-indígenas (médicos e antropólogos) sobre questões relacionadas à saúde;

2. Elaborar glossários/dicionários com nomes de doenças e questões associadas a elas (contágio, prevenção, higiene, discriminação, etc) em todas as línguas.[7]

ELABORAÇÃO DE UMA POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS ISOLADOS

A história epidemiológica dos povos do Vale do Javari tem sido marcada pela ocorrência de diversas epidemias de doenças infectocontagiosas com alto impacto na mortalidade desde os primeiros contatos com a sociedade nacional. As iniciativas governamentais de assistência à saúde até hoje têm sido esporádicas, insuficientes e inadequadas, porém, para os povos ainda não oficialmente contatados, a situação é ainda pior: sequer existe uma orientação em relação à

7 Note-se que a produção de um material dessa espécie é algo complexo, que demanda a atividade e experiência intensivas de pesquisa de campo por parte de antropólogos versados nas línguas locais. Não se trata simplesmente de traduzir enfermidades do sistema ocidental em possíveis correlatos indígenas, uma vez que uma correlação objetiva de tal espécie é duvidosa e, em certa medida, inexistente. Trata-se, antes, de produzir glossários ou dicionários que dêem conta das diferenças de registro e dos processos de tradução envolvidos na passagem entre os sistemas médicos em questão.

abordagem do problema e, historicamente, sempre que estes contatos ocorreram, é improvisada uma assistência de emergência e pouco efetiva.

É muito provável que os grupos que hoje estão realizando os seus primeiros contatos com a população do entorno já estejam vivenciando o processo de contaminação e adoecimento pelas mesmas doenças. Caso persista a omissão do poder público na elaboração de uma política de saúde específica para esta situação, certamente resultará em mais um triste capítulo na tragédia sanitária que hoje ocorre no Vale do Javari.

Não temos informações concretas sobre a extrema vulnerabilidade a que estão submetidos os povos Korubo, Tsohom-Dyapá e a fragilidade dos demais povos que vivem sem contato permanente com os outros índios e não-indígenas que circulam pela TI (atualmente a Coordenação Geral de Índios Isolados e de Recente Contato contabiliza 15 referências[8] de isolados na TI Vale do Javari). Ainda assim, sua situação de fragilidade deve certamente ser levada em conta em qualquer projeto de atendimento que seja realizado pela SESAI junto aos povos indígenas da TIVJ. O coordenador da Frente de Proteção Etnoambiental Vale do Javari/FUNAI, Fabrício Amorim, solicitou à médica Deise Francisco e à antropóloga Barbara Arisi que incluíssem com destaque esse ponto em seus respectivos diagnósticos. Fazemos aqui o registro e incluímos o máximo de informações relevantes às quais conseguimos ter acesso sobre a fragilidade epidemiológica dos "isolados" assim como daqueles considerados como sendo de "recente contato".

Como se confrontar com o fato de que alguns dos povos isolados buscam o contato? Como conhecer as possíveis e distintas razões que os levam a tais movimentos (em direção aos brancos mas especialmente em direção a outros povos vizinhos, que eles próprios consideram como "seus parentes")? Se muitas delas se referem a dinâmicas sociais inerentes aos próprios modos de vida das populações da região, como será possível articulá-las à proteção dos efeitos devastadores das contaminações? Essas questões devem ser investigadas a partir de esforços de pesquisa multidisciplinares, capazes de oferecer elementos para as ações governamentais na área.[9] Recomenda-se, assim, que no novo Plano Distrital seja prevista a criação de uma comissão multidisciplinar, em conjunto com a Coordenação Geral de Índios Isolados e de Recente Contato da FUNAI, a fim de elaborar uma estratégia de abordagem da saúde dos grupos isolados que vivem no Vale do Javari. Há que se prever também a urgente necessidade de atendimento aos Tsohom-dyapá (regionalmente conhecidos como "Tukano") de recente contato que hoje vivem na aldeia Jarinal, no rio Jutaí, junto aos Kanamari – o que demanda trabalho sistemático não apenas da SESAI, mas também da FUNAI, por meio da FPEVJ.

No que se refere à saúde do povo Korubo, grupo não mais "isolado" que costuma tentar estabelecer contato com os que transitam pelos rios Ituí, Itaquaí, Coari e Branco,[10] cabe também à FUNAI e à SESAI, em conjunto, refletirem sobre tal processo de relação que se estabelece com os povos de contato já consolidado. Há que se pesquisar e se descobrir, enfim, até que ponto as relações buscadas pelo grupo Korubo de recente contato dizem respeito a necessidades ou dinâmicas internas do

---

8 A Coordenação Geral de Índios Isolados e de Recente Contato possui um sistema unificado de referências, que correspondem a informações sobre a existência de índios isolados em determinada região.

9 Azanha & Octavio (2009) têm um artigo específico sobre os isolados, que pode ser consultado para maiores informações. Há uma dissertação de mestrado específica sobre as relações entre índios isolados e de recente contato – Korubo - e índios contatados – Matis, paraconsultar tal trabalho e um artigo resultado do mesmo, acessar as versões online de tais documentos (Arisi 2007; Arisi 2010).

10 Um pequeno grupo do povo Korubo travou contato com a FUNAI em 1996 e desde então mantém relações permanentes com a FPEVJ, sendo considerado pelo órgão indigenista como de recente contato. O restante dos Korubo permaneceu isolado no interflúvio Ituí-Itaquaí, mas frequentando também as margens destes dois rios, que são transitadas pelos Kanamari, Matis e Marubo (e por aqueles que vão às suas aldeias).

próprio grupo, que não deveriam ser portanto necessariamente cerceadas (muito embora possam e devam ser observadas), ou, ao contrário, até que ponto são resultado de pressões externas que se impõem sobre o grupo.

Frente às informações expostas e à preocupação que as mesmas suscitam em relação à situação de saúde desse grupo Korubo, recomendamos à FPEVJ, à CGIIRC/FUNAI e à SESAI que se preparem para receber os Korubo do rio Coari ("isolados") com estrutura médica e sanitária adequada e que acompanhem suas relações com os Matis e Kanamari, sem necessariamente impedir tal movimento, que pode corresponder a dinâmicas e necessidades internas do grupo. Recomendamos, também, que esse processo seja acompanhado por lingüistas e etnólogos, capazes de auxiliar na mediação entre os distintos pontos de vista potencialmente conflituosos que ali estão em jogo. Isso nos parece importante para que o "contato oficial" não provoque uma trágica derrocada populacional – experienciada por outros povos do Javari como os Matis, cujo contato com a FUNAI, empreendido entre 1976 e 1978, resultou na morte de cerca de 2/3 da população, devido à total falta de preparo e estrutura da FUNAI na época (Erikson 1996; Arisi 2007) –, mas também para que tal processo seja assistido levando em consideração os modos locais de fluxo e de relação entre coletivos indígenas.

Com relação aos demais povos tratados aqui, como os que vivem em isolamento, sugere-se que se mantenha o trabalho que a CGIIRC/FUNAI já faz em parceria com o CTI, realizando ações permanentes de localização, vigilância e monitoramento (levantamento de informações entre os povos "contatados", expedições, sobrevôos de reconhecimento, restrição de acesso à TI) para assegurar-se da integridade física dessas comunidades. Este trabalho, no entanto, deve ser associado a uma assistência médica rigorosa e sistemática aos povos não-isolados, na tentativa de neutralizar os vetores de dispersão das epidemias.

Por fim, consideramos de extrema importância e urgência que haja sinergia e compartilhamento de informações entre a FUNAI e a futura SESAI para que ambos órgãos federais possam trabalhar em colaboração um com o outro, a fim de prestar o que é assegurado aos povos indígenas por lei: um atendimento de saúde e de qualidade. Note-se, também, como se verá na seqüência deste documento, que tal sinergia deve se beneficiar de uma interlocução com a pesquisa acadêmica realizada na área, sobretudo no que se refere à etnologia e à lingüística, que podem trazer materiais indispensáveis para uma articulação eficaz dos diversos pontos de vista em questão. No caso específico de grupos isolados e de recente contato, é fundamental que sejam construídos protocolos de atuação de profissionais da área de saúde e que seja assegurada sua formação continuada, com acompanhamento sistemático por parte da coordenação da FPEVJ.

RECOMENDAÇÕES GERAIS

A) INCENTIVO À PESQUISA

Incentivar a produção de pesquisas multidisciplinares voltadas para temas relacionados à saúde e realizar debates com representantes do Movimento Indígena do Vale do Javari acerca da importância de pesquisadores como mediadores/tradutores (entre instituições e sistemas de pensamento indígena e não-indígena) e como aliados das comunidades. Destaca-se a urgência de pesquisas de antropologia da saúde, de lingüística e de medicina, bem como a colaboração de pesquisadores que já tenham trabalhos consolidados entre outros povos indígenas das Terras Baixas da América do Sul.

Destaca-se, também, a necessidade de pesquisas relacionadas a: a) cuidado e atenção às crianças e mulheres e os demais temas tratados no item II.3.6 do relatório antropológico: abuso de álcool e suicídios (item II.3.6), b) sistema de cura "ribeirinho amazônico" (item II.10.2), c) encontros e desencontros comunicativos (ver toda parte II do documento antropológico) e d) informações sobre o povo Kulina Pano[11].

A Base do CGIIRC do encontro dos rios Ituí e Itaquaí poderia ser utilizada também como uma infra-estrutura de apoio atuação de pesquisadores das mais diversas áreas, especificamente no que se refere às populações isoladas e de contato recente daquela área, mas também às outras populações da TI.

B) VALORIZAÇÃO E FORTALECIMENTO DOS SISTEMAS DE MEDICINA TRADICIONAL, DE FESTAS E RITUAIS

Sugere-se apoio à realização de festas e rituais, bem como respeito aos calendários tradicionais. Trata-se de algo que deve ser levado em consideração pelas instituições públicas, uma vez que a medicina e os rituais constituem o núcleo fundamental da vida das comunidades da TI Vale do Javari e, portanto, representam a possibilidade de que haja recursos próprios para contornar os graves problemas enfrentados pela região. A intensa vida ritual e o sofisticado conhecimento tradicional dos povos do Vale do Javari devem ser tratados como aliados em quaisquer estratégias de intervenção na área por instituições não-indígenas. Negligenciar tais aspectos essenciais das culturas locais implica não apenas em perder a confiança das mesmas, mas também em perder fontes locais de conhecimento extremamente úteis para o combate de enfermidades diversas.

O apoio às atividades de fortalecimento dos festivais (crescentes, por exemplo, entre os Marubo e os Matis) implica, também, em um favorecimento das redes de circulação e transmissão de conhecimentos tradicionais, bem como na harmonização da vida em comunidade e da reaproximação de gêneros e gerações que têm visto as suas relações serem conturbadas nos últimos tempos por conta dos desastres sanitários da TI Vale do Javari. A parte II do relatório antropológico oferece elementos diversos para embasar essa sugestão.

As condições higiênicas das aldeias da TI Vale do Javari tornaram-se inadequadas, tendo em vista a alteração dos padrões tradicionais de higiene por conta da entrada de produtos industrializados das cidades e a mudança dos ciclos migratórios. Se os padrões tradicionais eram antes satisfatórios para lidar com outros critérios de manipulação de substâncias, de alimentos e de necessidades fisiológicas, o quadro passa a mudar quando as aldeias têm que conviver intensamente com produtos tais como pilhas, óleos e combustíveis para motores, embalagens plásticas, resíduos de medicamentos (embalagens, agulhas, medicamentos vencidos, materiais contaminados), metais e latas, baterias, placas solares, fiação elétrica sucateada, entre outros.

Por falta de orientação sobre a maneira mais adequada de descartar, reciclar ou remover tais materiais, as comunidades costumam, na melhor das hipóteses, queimá-los em buracos e, na pior,

---

11 Os Kulina da TI Vale do Javari não são os mesmos que habitam as regiões do Médio rio Juruá. Os de lá são da família linguística Katukina e os do Vale do Javari são da família Pano. Os que vivem no Vale do Javari são originários do Igarapé São Salvador e Todos os Santos, localizados no médio rio Curuçá. Foi umas das etnias que mais sofreu nos conflitos inter-étnicos. Há relatos de que o Exército teria matado muitos deles na década de 60; a FUNAI montou um posto de atração próximo a foz do Afluente São Salvador e fez o contato no final dos anos 70. Os Kulina estão espalhados por regiões como alto rio Curuçá, rio Ituí e uma outra parte no baixo rio Curuçá, no igarapé Pedro Lopes. Trata-se de uma população de mais de 100 indivíduos, sobre a qual inexiste pesquisa antropológica. Coutinho nota o seguinte: "Cabe lembrar que algumas famílias Mayoruna/Matsés habitavam também a mencionada localidade de Paraíso, situada pouco abaixo da comunidade Campinas, ocupada pelos Kulina na margem brasileira do Javari." (Coutinho 2008: 181) Infelizmente, não temos mais dados sobre os Kulina e sugerimos que seja feito um censo e estudo antropológico com os mesmos.

dispensá-los nos barrancos e ribanceiras de rios. Isso tem comprometido a qualidade da água que serve de consumo para a maloca (especialmente nas comunidades de cabeceira, nas quais o volume de água é menor, tal como no alto Ituí) e causado enfermidades diversas. Caixas d›água existem já em algumas comunidades, mas frequentemente seu uso é inadequado: não possuem telas protetoras, raramente são limpas, quando simplesmente não são abandonadas ou desperdiçadas por falta de informações sobre o seu manuseio e manutenção. Sugere-se, assim, ações educativas voltadas para a preservação da qualidade da água e do meio ambiente das aldeias, tais como oficinas sobre reciclagem e descarte de materiais industrializados.

C) CRIAÇÃO E MANUTENÇÃO DE BANCOS DE DADOS COM INFORMAÇÕES SOBRE A TI VALE DO JAVARI

Sugere-se a criação e manutenção de bancos de dados com informações diversas sobre a TI Vale do Javari, acessível a indígenas e não-indígenas que atuem na área, e que contenha: (a) materiais de pesquisa diversos tais como os mencionados ao longo deste documento; b) censos e mapas periodicamente atualizados da TI Vale do Javari, que indiquem os remanejamentos de comunidades e de pessoas; c) mapas de fluxos de deslocamentos dos povos ou "corredores de doenças"; d) calendário de deslocamentos sazonais das comunidades para caçadas e pescarias, bem como para as cidades (tendo em vista as principais atividades burocráticas e cursos de formação)[12], assim como festivais, festas, encontros e outros.

D) IDENTIFICAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS NA REGIÃO (VER AGENDA REGIONAL DE RECURSOS HUMANOS, EM ANEXO)

Há recursos humanos regionais que podem auxiliar nas tarefas sugeridas ao longo deste documento, estabelecendo relações mais constantes com as comunidades indígenas da TI Vale do Javari e com os quadros institucionais da região. Eles devem atuar em parceria com os pesquisadores que já possuem trabalhos consolidados na área, bem como com a equipe do Centro de Trabalho Indigenista e das organizações indígenas do Vale do Javari. O CTI tem um conjunto significativo de publicações, vídeos e matérias sobre os povos indígenas do Vale do Javari e sobre os povos Pano de modo geral, além dos próprios relatórios e informações de acervos. Este acervo já vem sendo utilizado pelos alunos e professores da UFAM e UEA. O site do CTI também disponibiliza um conjunto de teses e produções científicas resultado da parceria com as Universidades, principalmente com o Museu Nacional da UFRJ. A SESAI pode procurar estabelecer parcerias também com profissionais capacitados em centros de pesquisa de outras universidades brasileiras. Na região, devem ser levados em consideração o Campus da UFAM, em Benjamim Constant, a UEA em Tabatinga, a Universidade da Colômbia, e o Campus da UFAC em Cruzeiro do Sul. Os recursos humanos de tais últimas instituições da região, no entanto, precisam ser mais bem articulados para o envolvimento efetivo e em sinergia para ações na TI Vale do Javari. A promoção de oficinas e seminários (tais como as sugeridas neste documento) poderiam ser oportunidades estratégicas para tal fim.

E) FISCALIZAÇÃO, OTIMIZAÇÃO E SINERGIA DAS AÇÕES GOVERNAMENTAIS

Uma parte considerável das sugestões acima mencionadas já é coberta pelos órgãos públicos presentes na TI Vale do Javari (FUNAI, FUNASA, SESAI, FVS, outros), tal como no que se refere à presença de pólos-base, de cursos de capacitação para agentes de saúde, de expedições esporádicas para o con-

12 Por exemplo, em 2011, o recente recadastramento para os aposentados ou para providenciar documentos tais como o título de eleitor ou carteira de trabalho para aposentadoria, entre outros.

trole epidemiológico, de equipamentos e infra-estruturas, de radiofonia, entre outros elementos, alguns com o apoio das organizações indígenas e indigenistas. Ainda assim, tais ações e equipamentos estão longe de oferecer o seu potencial e execução ideais, por razões diversas que merecem uma avaliação detalhada e aprofundada. A prova de tal ineficácia do gerenciamento público da TI Vale do Javari é o desastre sanitário que se arrasta há anos na região. Sabe-se há tempos que o quadro não decorre apenas de estratégias inadequadas ou de incompetência de pessoal técnico, muito menos da falta de recursos.

A presença de uma infra-estrutura e de pessoal de base para ações sanitárias na TIVJ se mostra, dessa maneira, extremamente ineficaz: faz-se urgente a investigação das razões de tal ineficácia pelas instituições competentes (tais como o Ministério Público), bem como a elaboração de estratégias de ação imediatas para contornar o que já se configura como uma catástrofe humanitária. O relatório médico que compõe esse documento vem para embasar tais posições.

F) INSTALAÇÃO DE UMA BASE DA CGIIRC NO ALTO ITUÍ

A pista de pouso da aldeia Vida Nova, no alto Ituí, é a melhor de toda a TI Vale do Javari, ainda que seja bastante arriscada para pousos e decolagens. Sua manutenção tem sido garantida pelos próprios Marubo, que são pagos pela Missão Novas Tribos do Brasil para tal. A Missão, instalada na região desde a década de 1950, não tem prestado atendimento de saúde aos Marubo, salvo em situações extremas. Tampouco suas atividades de educação vão além do proselitismo religioso, oferecendo assim pouco retorno para as comunidades. Os Marubo, no entanto, temem que a saída da Missão possa gerar um vácuo de pessoal branco na região, que poderia levar ao abandono da pista de pouso e das demais atividades assistenciais prestadas pelos missionários.

Sugere-se, assim, que a missão seja substituída por uma base avançada da CGIIRC no alto Ituí, que não apenas teria a tarefa de monitorar os diversos povos isolados que habitam a região, como também poderia servir de controle para a entrada do varadouro que liga o alto Ituí ao vale do Juruá. Esse varadouro, como se disse, é porta de entrada para enfermidades diversas e tem um fluxo descontrolado. Tal base poderia, assim, otimizar e zelar pela pista de pouso, oferecendo uma integração estratégica com o Pólo-Base de Vida Nova e com toda a região da cabeceira do rio Ituí e Curuçá, além de ser ponto estratégico para remoções de urgência e entrada de equipes médicas. Vale sublinhar, porém, que a substituição da missão em nada adiantaria se não houvesse uma ocupação sistemática e rigorosa das benfeitorias em questão. Bem ao contrário, ela poderia gerar descontentamentos na população do alto Ituí, que vê nos missionários um dos únicos recursos constantes de apoio não-indígena nas aldeias.

Aspectos da Assistência à Saúde

Breve Histórico

A fim de melhor entender o modelo vigente no DSEI-VJ e o contexto no qual a SESAI foi criada é preciso relembrar sucintamente a cronologia dos modelos de gestão da saúde indígena no país até os dias atuais[13]:

1910: criado o Serviço de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais (**SPI**), vinculado ao Ministério da Agricultura. Destinava-se a proteger os índios, procurando o seu enquadramento progressivo e o de suas terras no sistema produtivo nacional. A assistência à saúde, no entanto, continuou desorganizada e esporádica.

Década de 50: criado o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (**SUSA**), no Ministério da Saúde, com o objetivo de levar ações básicas como vacinação, atendimento odontológico, controle de tuberculose e de outras doenças transmissíveis.

1967: criada a Fundação Nacional do Índio (**FUNAI**), que desenvolve ações de saúde esporádicas através das equipes volantes de saúde. Em escala e capacidades operacional e administrativa insuficientes, esta atividade foi se atrofiando até a sua paralisação.

Década de 70: inicia-se nesta época o contato mais sistemático dos povos do Vale do Javari com não-índios.

1986: realiza-se a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio. Primeira proposição do modelo dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) sob a gerência do Ministério da Saúde.

1988: a **Constituição Federal** reconhece as organizações socioculturais dos povos indígenas e que é competência da União legislar e tratar sobre a questão indígena. A Constituição também define os princípios gerais do Sistema Único de Saúde (**SUS**) e estabelece que a gestão do sistema é de competência do Ministério da Saúde.

1991: Decreto nº 23/91 - transfere para o Ministério da Saúde (MS) a responsabilidade pela coordenação das ações de saúde destinadas aos povos indígenas, estabelecendo os **Distritos Sanitários Especiais Indígenas** como base da organização dos serviços de saúde. Foi então criada, no Ministério da Saúde, a Coordenação de Saúde do Índio- COSAI, subordinada ao Dep. de Operações - DEOPE - da Fundação Nacional de Saúde, com a atribuição de implementar um novo modelo de atenção à saúde indígena.

1991: uma **epidemia de cólera** oriunda da região do Alto Solimões atinge o Vale do Javari ocasionando 3 óbitos entre os Mayoruna. É organizada a "Operação Cólera Alto Solimões" com a

13 Ver Portaria 254/2002

participação da ONG holandesa Médicos sem Fronteiras (MSF) que inicia trabalho assistencial no Vale do Javari.

1992: são notificados casos de hepatite e dois óbitos por essa doença no Vale do Javari.

1993: Uma equipe do Centro Nacional de Epidemiologia do MS (CENEPI) realiza investigação sorológica revelando que a população do VJ possui uma alta prevalência de infecção pelos vírus das hepatites B e D.

Realiza-se a II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas onde se reitera a defesa do modelo dos DSEIs e pela criação de uma secretaria especial do MS para a gestão da política de atenção à saúde para os povos indígenas.

1994: Decreto nº 1141/94. A incapacidade da FUNASA em atender às necessidades de assistência da população indígena leva à formação da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI) e devolve, na prática, a coordenação da saúde indígena para a **FUNAI,** que fica responsável pela recuperação dos índios doentes enquanto o **FUNASA** se encarrega das ações de prevenção.

No Vale do Javari a organização indígena CIVAJA (Conselho Indígena do Vale do Javari) estabelece uma parceria com a MSF, a Pastoral Indigenista e a Diocese do Alto Solimões, para a assistência básica de saúde e inicia a **formação de agentes indígenas de saúde** (AIS) nas aldeias. Uma importante aquisição de microscópios e radiofonias é realizada e instalada nas aldeias. O CIVAJA noticia a ocorrência de 19 óbitos por doença ictérica no final de 1994.

1995: Ocorrem mais sete óbitos por doença ictérica no VJ. A FUNAI então organiza a "Investigação Epidemiológica de Doença Ictérica Aguda no Vale do Javari" e, entre outras conclusões, afirma: "a área indígena do Vale do Javari é hiperendêmica para os vírus da hepatite B e D" e que os surtos de doença ictérica e parte dos óbitos ocorridos durante o surto podem ser atribuídos à hepatite fulminante e à malária.

1999: Lei n° 9.836 ("Lei Arouca") e Decreto nº 3156/99. **A saúde indígena volta a ficar a cargo do MS**: "O Ministério da Saúde estabelecerá as políticas e diretrizes para a promoção, prevenção e recuperação da saúde do índio, cujas ações serão executadas pela **FUNASA**." A partir deste momento, a saúde indígena ascende ao nível de departamento na FUNASA que inicia uma nova política sob o rótulo de "***Reestruturação da Saúde Indígena***". São, nesse contexto, definidos e implantados 34 DSEIs em todo Brasil, cujos serviços de atenção básica à saúde e prevenção são executados através da estratégia de descentralização via convênios firmados com organizações da sociedade civil - associações indígenas e indigenistas - e alguns municípios.

É criado o **Distrito Sanitário Especial Indígena do Vale do Javari** (**DSEI-VJ**) e a FUNASA firma um convênio com a **CIVAJA** para a assistência integral à saúde no DSEI-VJ. À época, a FUNASA garantiu às organizações que teriam todo o apoio técnico, político e administrativo necessário ao desenvolvimento de suas atividades. Entretanto, e apesar dos grandes avanços alcançados no quadro das parcerias, predominou no cotidiano um franco abandono, ou mesmo hostilidade, por parte de alguns setores da FUNASA, por motivações coorporativas ou ideológicas e, eventualmente, por interesses econômicos infiltrados na instituição.

2002: Portaria nº 254/02. Cria a **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas** integrada

à Política Nacional de Saúde, compatibilizando as determinações das Leis Orgânicas da Saúde com as da Constituição Federal, que reconhecem aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais.

2003: as organizações conveniadas com a FUNASA de todo o Brasil promovem encontros a fim de buscar soluções para os problemas relativos à condução das parcerias, destacando a falta de apoio político, técnico e administrativo na execução dos convênios por parte da FUNASA e a omissão do Ministério da Saúde como órgão gestor. As organizações conveniadas entregam ao Ministro da Saúde o documento "*Os Povos Indígenas do Brasil, através de suas organizações e lideranças, reivindicam que o Ministério da Saúde assuma de forma direta, integral e definitiva a sua responsabilidade pela gestão da saúde indígena*". Esse documento faz uma análise das sérias deficiências da gestão da FUNASA e de seu impacto negativo sobre a execução das ações de saúde pelas conveniadas nos diferentes DSEIs e solicita ao Ministério da Saúde que assuma, de fato e diretamente, a gestão da saúde indígena através da criação de uma Secretaria Especial de Saúde Indígena ligada diretamente ao MS.

Ainda que nesse período algumas organizações dotadas de estruturas administrativas ainda frágeis possam ter tido, de fato, problemas na aplicação dos recursos, a responsabilidade por falhas ocorridas deveram-se antes de tudo à própria FUNASA, pelo não cumprimento de sua obrigação e do compromisso de oferecer o apoio técnico e administrativo prometido, acompanhando o dia a dia dos convênios.

Novos inquéritos sorológicos são realizados, porém os dados não retornam para o DSEI e nenhuma ação concreta é viabilizada para o controle das hepatites no VJ.

Em meados de 2003, o Ministério Público entra com uma **Ação Civil Pública** por conta de problemas decorrentes da delegação ao CIVAJA e à Prefeitura Municipal de ATN da execução de ações básicas de saúde no DSEI-VJ. A principal medida requerida foi que a União Federal e a FUNASA assumissem diretamente a execução através da "*seleção por meio de concurso público*" e "*contratação, no regime jurídico-estatutário, de pessoal necessário à formação das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena e do pessoal administrativo*".

A FUNASA reconhece a tênue base legal da execução de uma função do estado por ONGs e propõe um **Termo de Ajustamento de Conduta** (**TAC**) com o Ministério Público.

Finda o convênio com o CIVAJA, retornado à FUNASA a responsabilidade pela execução direta da assistência no DSEI-VJ.

2004: Portarias nº 69 e 70. Alteram a natureza dos convênios com as ONGs limitando-as à contratação de pessoal e à compra de insumos e de combustível.

Uma expedição organizada pela Coordenação de Índios Isolados da FUNAI, "Expedição Imagem do Javari", visando coletar informações para subsídio de medidas de controle das principais doenças, é obrigada a interromper seus trabalhos em área por determinação da Procuradoria da República (Tabatinga) a pedido da FUNASA.

Notícias sobre a crítica situação de saúde no Vale do Javari aumentam na imprensa, divulgadas pelo CIVAJA, COIAB e CTI. Sem perspectiva de melhora da situação, o CIVAJA organiza uma

ocupação pacífica do escritório da FUNASA de Atalaia do Norte, visando chamar a atenção da imprensa para o problema. Em resposta, a FUNASA promete organizar ”planos emergenciais”. Porém no final desse ano, o CIVAJA denuncia: “a FUNASA ainda não conseguiu minimizar a situação caótica a que se chegou o atendimento de saúde indígena na região do Vale do Javari. O que se pode presenciar, atualmente, é que o Distrito Sanitário Especial Indígena em Atalaia do Norte – AM não tem as mínimas condições para implementar o tão divulgado “Plano Emergencial de Saúde” e muito menos o cumprimento do “Termo de Ajuste de Conduta”, formalizado entre a Funasa e o Ministério Publico Federal.”

O MP entra com pedido de **Homologação e Execução do TAC**[14] celebrado no ano anterior uma vez que: “Absolutamente nada, foi feito”. (...) “A FUNASA não cumpriu e não cumpre os termos do próprio ajuste (...)”. “O ajuste [...] foi descumprido quase que integralmente. Praticamente não houve cláusula ou parágrafo que tenha sido obedecido de forma escorreita e satisfatória (...)”.

2006 e 2007: assinado convênio entre FUNASA e a ONG ASASEVAJA (Associação de Apoio à Saúde e Educação no Vale do Javari) para contratação equipes multidisciplinares para aturem na área, porém problemas com prestações de contas e liberação de recursos levam a frequentes atrasos no pagamento dos salários. Novos inquéritos sorológicos são realizados, em várias etapas, demonstrando a já conhecida alta prevalência das hepatites.

2008: Nova Ação Civil Pública[15] do MP no intuito de compelir a FUNASA e a União ao atendimento direto no Vale do Javari, seguido de um **Termo de Conciliação Judicial** adequando prazos para a substituição dos profissionais.

2009: Lideranças do Vale do Javari invadem a sala de imprensa do **Fórum Social Mundial** chamando a atenção pública para os seus graves problemas de saúde. Na ocasião, é organizada a coletiva de imprensa “***Etnocídio no Vale do Javari”*** e as lideranças acusam o governo brasileiro de não dar assistência à saúde.

2010: Permanentemente envolvida com denúncias de má aplicação dos recursos destinados ao DSEI-VJ (como a compra irregular de combustível no país vizinho), mesmo com um orçamento anual estimado em R$ 12 milhões/ano, a execução direta da FUNASA continuou precária e com ações intermitentes e incapazes de mudar a realidade epidemiológica.

Decreto 7.336/10: transfere a gestão da saúde indígena da FUNASA para o Ministério da Saúde e **é criada a Secretaria de Saúde Indígena** (**SESAI**).

2011: Portaria nº 253/11. Prorroga em 180 dias a vigência dos convênios para a contratação de recursos humanos nos DSEIs, prorrogando na prática, a transição FUNASA-SESAI.

---

14 “lato senso” , Processo nº 2005.32.01.000008-1

15 nº 2008.32.01.000240-8

Caracterização do atendimento prestado nos dias atuais

LOCALIZAÇÃO

A Terra Indígena Vale do Javari localiza-se nas proximidades da fronteira do Brasil com o Peru, no extremo oeste do estado do Amazonas, compreendendo parte dos municípios de Atalaia do Norte, Benjamin Constant, São Paulo de Olivença e Jutaí. Totaliza uma área contínua de 8.544.480 hectares de floresta equatorial densa, com rica biodiversidade e diversos rios navegáveis como o Javari, Curuçá , Ituí, Itacoaí e Quixito, além dos altos cursos dos rios Jutaí e Jandiatuba. Foi demarcada em 2000 e homologada em 2001.

Historicamente a região tem sofrido constante pressão de exploração de seus recursos naturais em especial borracha, madeira e peles. Mais recentemente, devido à sua localização fronteiriça e erma, tem sido alvo de caça e pesca ilegais e do narcotráfico.

POPULAÇÃO

De acordo com os dados do DSEI-VJ a população assistida é de **4.915** pessoas[16] de sete diferentes etnias:

ETNIAS	POPULAÇÃO	%
Mayoruna	1776	36
Marubo	1667	34
Kanamari	926	19
Matis	390	8
Kulina	135	2,7
Korubo FPEVJ	13	0,2
outras	8	0,1
TOTAL	**4915**	**100**

Distribuem-se em 97 comunidades de pequenos agrupamentos familiares (983 casas) às margens dos principais rios da região:

RIOS	ETNIAS	Nº ALDEIAS	Nº CASAS	POPULAÇÃO	TOTAL
Itacoaí	Kanamari	18	176	683	683
Médio Javari	Mayoruna/Kanamari/Kulina	28	182	816	1742
Alto Curuçá	Marubo	5	68	380	
Médio Curuçá	Marubo /Mayoruna	12	90	546	
Alto Ituí	Marubo	13	87	681	1280
Médio Ituí	Matis/Marubo	10	126	599	
Jaquirana	Mayoruna	11	219	1046	1046
Zona Urbana ATN	Todos	-	35	164	164
		97	**983**	**4915**	

16 Fonte: SIASI - FUNASA/MS), atualizado até 01/07/2010 (http://www.funasa.gov.br/internet/desai/sistemaSiasiDemografiaIndigena.asp). Para outras informações sobre o quantitativo da população ver Relatório Antropológico sobre Saúde Terra Indígena Vale do Javari, Arisi B. e Cesarino, P.,(2011), página 9, nota 5.

Estes povos tiveram diferentes tempos e graus de contato com a sociedade envolvente: em contato sistemático existem os Kanamari (há aproximadamente 200 anos), Marubo (100 anos), Mayoruna (30 anos), Matis (30 anos) e Kulina (30 anos); De contato mais esporádico e recente existem dois pequenos grupos, os Korubo (10 anos) e os Tsohom-dyapa (10 anos);

Além destes, existem outros grupos que, apesar de nos últimos anos terem mantido diversos encontros com os demais índios e eventualmente com não-índios, ainda não foram oficialmente "contatados". Seu número exato ainda permanece desconhecido, porém estima-se que sejam em número igual ou até superior ao de índios contatados[17]. Para estes, o DSEI não conta com nenhuma política diferenciada de atendimento, quer preventivo, quer interventivo, que atenda à sua fragilidade epidemiológica.

OPERACIONALIZAÇÃO DAS AÇÕES NO DISTRITO

O atendimento parte da cidade de Atalaia do Norte, onde fica a sede do DSEI.

A **logística** compreende a organização de expedições, 4 a 5 vezes ao ano, com duração média prevista de 45 dias consecutivos. Cada expedição tem como destino uma calha de rio diferente, onde se localizam 1 a 3 pólos-base. São transportados para a área indígena a equipe de saúde, pacientes em alta hospitalar, medicamentos, materiais médicos, combustível, alimentação e outros insumos. A equipe geralmente é composta por 1 enfermeiro e 2 técnicos de enfermagem, 1-2 microscopistas e 1-2 agentes de endemias. Eventualmente acompanha o médico e/ou dentista.

O **transporte** se dá apenas por via fluvial. Na época das cheias, o acesso é por barco com motor 200 HP e o tempo de viagem varia de 6 horas (Médio Javari) até 22 horas (Alto Curuçá). Na época da seca somente se consegue navegar com motor 200 HP até certos trechos obrigando a troca para barcos menores com motor 13 ou 15 HP. Nesse caso o tempo de viagem pode chegar até 15 dias (somente ida):

EXPEDIÇÕES (CALHAS DOS RIOS)	PÓLO BASE	DISTÂNCIA DE ATALAIA DO NORTE	TEMPO BARCO C/ MOTOR 200 HP *	TEMPO BARCO C/MOTOR 15 HP OU RABETA **
1. Rio Itacoaí	Massapê	466 km	09 horas	6 dias
2. Rios Javari e Curuçá	São Luis	287 km	06 horas	3-5 dias
	São Sebastião	701 km	13 horas	10 a 12 dias
	Maronal	926 km	22 horas	12 a 15 dias
3. Rio Ituí	Aurélio	457 km	09 horas	8 dias
	Vida Nova	726 km	17 horas	12 a 15 dias
4. Rio Jaquirana	Trinta e um	799 km	18 horas	12 a 15 dias

* Na época da cheia; ** Na época seca

A partir dos pólos-base, as equipes se dirigem para o atendimento nas aldeias em canoas com motor de rabeta ("péc-péc") e o tempo de viagem varia de 30 minutos até 12 horas (somente ida). Em geral as condições dessas embarcações são muito precárias e, à exceção de uma embarcação recentemente adquirida, todas as demais estão necessitando de urgente manutenção.

17 Amorim 2008: 9-10

INFRA-ESTRUTURA DE CAMPO

A **infraestrutura** da maioria dos pólos-base é extremamente precária. Apenas os pólos-base de São Sebastião e Maronal apresentam condições mínimas para abrigar a equipe e o posto de saúde (alvenaria e madeira). Os pólos-base São Luis, Trinta e Um e Vida Nova necessitam de reformas urgentes, mas as piores condições de trabalho encontramos nos pólos-base de Massapê e Aurélio onde sequer existe uma infraestrutura para o atendimento.

O Pólo Base de Massapê nunca foi concluído, há apenas as ruínas da construção (ver Costa 2006; Matos e Marubo 2006; Costa 2009: 155). Em 2006, Costa observou: "Apesar de inútil em grande parte, uma pequena seção coberta da obra foi transformada em enfermaria e em abrigo para o rádio. Esta permanece sendo a única enfermaria no Itaquaí e, até recentemente, foi abrigo do único rádio presente em toda a área do rio. Ambos, o rádio e a enfermaria, estão ligados à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA)." (2009: 155). Em 2011, a situação é exatamente a mesma. Cabe observar que há em andamento um plano de mudar a comunidade Massapê para mais abaixo no rio Itaquaí, próximo de onde hoje encontra-se a comunidade Bananeira. Donde a necessidade de se refletir sobre a localização mais adequada de um futuro Pólo Base.

O Pólo Base Aurélio é uma casa de paxiúba, com telhas de palha de jarina, na qual a maca está sempre coberta por pequenos pedaços de palha seca que se soltam do teto. Os enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem possuem um local exíguo e inapropriado para alojamento.

No alto Ituí, no Pólo-Base Vida Nova, existe uma estrutura de alvenaria, com cômodos razoáveis e equipamentos semi-completos. Falta, porém, finalizar todo o acabamento e a instalação de benfeitorias (caixas d'água, telas de proteção, fiação elétrica, aparelhos sanitários, água encanada, etc), bem como um cuidado mais rigoroso com as mesmas, que rapidamente se deterioram pelo mau uso ou má conservação. Há também demandas constantes de construção de outro Pólo-Base nas aldeias do alto Ituí (aldeia Paraná), que dista cerca de cinco horas de motor peque-peque de Vida Nova, bem como de aquisição de mais voadeiras e motores de popa, para aumentar a velocidade dos deslocamentos.

Os Pólos Base Massapé e Aurélio – que nem deveriam merecer o nome de Pólo Base, tal a inadequação de suas dependências – e também as farmácias de grande parte das comunidades da TI Vale do Javari não apresentam condições higiênicas satisfatórias, tanto no que se refere à recepção e atendimento de pacientes, quanto no que se refere ao armazenamento de medicamentos e materiais. É comum encontrar casebres adaptados que não protegem da chuva e do sol, infestados de baratas e ratos, dominados pela poeira das palhas que cai sobre as prateleiras onde estão pedaços medicamentos e materiais para curativos. Canecos utilizados para beber água são coletivos e, desta forma, se transformam em vetores para a transmissão de doenças contagiosas, além de representarem quebras nas práticas locais de etiqueta e de convívio. Nas malocas, as doenças provenientes das cidades também costumam se alastrar pela ausência de higiene suficiente com relação aos utensílios domésticos (canecos, pratos, colheres, panelas, etc).

Note-se que essa constatação não se refere aos critérios de higiene tradicionais, absolutamente adequados a um contexto anterior que, agora, se encontra perturbado pela entrada de enfermidades e materiais provenientes das cidades. Sugere-se, assim, oficinas de higiene para as comunidades que saibam levar em conta as etiquetas e critérios sanitários locais (modos de se comer dentro da maloca, locais autorizados para a realização de necessidades fisiológicas, etc), na tentativa de otimizá-los para o convívio com as enfermidades que agora circulam pelas aldeias (hepatite, tuberculose, viroses, entre outras) e com materiais industrializados.

Igualmente precária é a infra-estrutura de apoio das cidades adjacentes nas quais circulam os povos da TI Vale do Javari: pontos de comércio (e de provável pouso) ao longo da fronteira com o Peru, para os quais se dirigem os Mayoruna/Matsés; cidades do Juruá visitadas pelos Kanamari; cidades de Guajará (AM) e Cruzeiro do Sul (AC), para as quais vão os Marubo; e, por fim, Atalaia do Norte. A casa de apoio de Cruzeiro do Sul, construída com o dinheiro da aposentadoria dos Marubo dos dois rios, não apresenta condições de higiene satisfatórias e é, certamente, um ponto de difusão de doenças transmissíveis, entre as quais a malária. Cabe, também, verificar a existência de um ponto de apoio em Guajará, que foi relatada pelos Marubo que por lá passam para chegar em Cruzeiro do Sul. O flutuante que abriga os indígenas na beira de Atalaia do Norte (AM) apresenta condições físicas e sanitárias extremamente precárias e precisa, também, de um cuidado urgente e da instalação de benfeitorias (caixas d'água, sanitários, dormitórios e guarda-volumes). Como vimos, os índios pedem um flutuante da SESAI (no item II.3). Tanto o flutuante de Atalaia do Norte quanto a casa de apoio de Cruzeiro do Sul são pontos estratégicos para a disseminação da malária e da hepatite, bem como de outras doenças contagiosas relacionadas à má qualidade da água das beiras dos rios em zonas urbanas.

Há apenas duas **pistas de pouso** na TI: nas comunidades Maronal e Vida Nova (ambas Marubo). As duas, porém, são precárias e de alto risco para operações. A manutenção da pista de Vida Nova fica permanentemente aos cuidados da Missão Novas do Brasil, que tem uma sede na aldeia Vida Nova desde 1950. A missão paga alguns Marubo para manter a pista, que, no entanto, está frequentemente com árvores altas em suas cabeceiras e com a grama também alta, além de buracos e irregularidades no solo. A pista do Maronal tem apenas 300 metros de comprimento e está em piores condições do que a de Vida Nova (maior, mas com uma curva em seu final que dificulta pousos e decolagens). Os aviões que pousam em ambas as pistas têm capacidade para apenas o piloto e cerca de 300 kilos (divisíveis entre carga e passageiros). Costumam ser contratados através das empresas de táxi aéreo pela Missão Novas Tribos do Brasil (no caso do Ituí), ou então operados pelo governo. Há demandas de aviões que sejam controlados pelas próprias comunidades indígenas e que estejam à sua disposição, uma vez que os valores solicitados pelas empresas de táxi aéreo são impraticáveis para as comunidades. Pistas de pouso costumam reunir comunidades em seu entorno (tal como no caso da formação das aldeias de Vida Nova, por conta do Pólo Base, da sede da Missão e da pista), mas são estratégicas para o acesso às aldeias e o controle da TIVJ. Há que se pensar, assim, em formas de monitoramento do impacto possível de tais pistas sobre as comunidades.

Nenhum dos pólos-base possui **sistema de energia** para o funcionamento de equipamentos médicos essenciais (geladeira de vacinas, nebulizador, etc.) ou para conforto da equipe em área (iluminação, conservação de alimentos, etc.). Tampouco existe qualquer sistema de **abastecimento de água encanada** (caixa d'água para coleta de chuva, bombeamento de água dos rios, etc.) ou **sistema de esgoto**. O **destino do lixo**, inclusive de materiais biológicos do posto de saúde, é um buraco próximo ao posto onde posteriormente será incinerado. Aparentemente, essa precariedade não ocorre por falta de recursos uma vez que, de acordo com documento do Condisi divulgado no início deste ano, na última década, por inoperância da FUNASA, "todo ano eram devolvidos para a conta da união os recursos de saneamento básico, pela inexecução de obras " [18].

A **comunicação** com a sede do distrito se faz via radiofonia, garantida por um sistema simples de placa solar e bateria para o fornecimento de energia. Essa comunicação nem sempre é audível/compreensível devido às condições metereológicas. As equipes não possuem telefonia por satélite para a comunicação de emergências. Todas as radiofonias, bem como os demais equipamentos mé-

18 Carta de Repúdio, Condisi, 29/01/2011

dicos em área (microscópios, barcos, motores), necessitam de manutenção. Diversas comunidades se queixam da falta de radiofonia. Por não terem rádio, precisam levar os doentes em canoa com motor peque-peque até a comunidade mais próxima que possua rádio a fim de pedir remoção para algum paciente que se encontre em estado grave.

O **sistema de informações** no DSEI é o SIASI. A equipe preenche os formulários e traz para a sede do DSEI para o processamento. Porém nenhuma informação consolidada retorna para o pólo-base onde, por outro lado, inexiste arquivo de prontuário dos pacientes.

RECURSOS HUMANOS

Os **recursos humanos** do DSEI são atualmente contratados através de processo seletivo simplificado pela Prefeitura Municipal de Atalaia do Norte[19]. São contratos temporários, sem garantia de direitos trabalhistas básicos como o 13º salário, insalubridade e periculosidade. Não recebem qualquer ajuda para o retorno às suas cidades de origem nos períodos de folga.

CATEGORIA PROFISSIONAL	CONTRATADOS		SALÁRIO
	ÁREA	CASAI	
Médico	1	2 *	Sem informação
Odontólogo	1	0	R$ 5.500,00
Enfermeiro	6	4	R$ 5.500,00
Técnico de Enfermagem	29	14	R$ 1.600,00
Microscopista	14	1	R$ 700,00
Técnico de Laboratório	0	0	Sem informação
Agente de Endemias	0	0	Sem informação
Agente de Saúde	55	0	Salário mínimo
Intérprete	0	3	Salário mínimo
Nutricionista	0	1	R$ 4.500,00
Farmacêutico/Bioquímico	0	1	R$ 4.500,00

*1 na CASAI + 1 na Casa de Apoio Tabatinga

O esquema de trabalho é de 45 dias de campo intercalados com 15 dias de licença remunerada na cidade. No entanto, quase sempre, o período de permanência em área acaba se estendendo para além dos 45 dias, chegando a 50 ou 60 dias (em algumas ocasiões no ano passado até 70 dias). O médico faz o esquema de 20 dias em área por 10 dias de licença remunerada na cidade. Por vezes o adiamento do resgate obriga a equipe a pegar carona nas embarcações dos índios até à cidade. É bastante comum também o adiamento da próxima entrada no campo, prejudicando o tempo de efetivo atendimento aos índios/ano.

Além da instabilidade na forma de contratação, os salários sofrem atrasos em função de problemas no repasse dos recursos e os valores são incompatíveis com o tipo de atividades que esses profissionais desenvolvem em área. Essa improvisação crônica em relação à política de recursos humanos tem desestimulado novas contratações comprometendo constantemente a composição completa das equipes e gerando alta rotatividade.

19 O Fator de Incentivo de Atenção Básica aos povos indígenas (IAB-PI), visa a contratação de Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena – EMSI a serem operadas pela FUNASA ou Municípios. Os recursos (extra teto da atenção básica) são repassados fundo a fundo exclusivamente para a contratação de pessoal.

Quando estávamos em Atalaia do Norte, em abril de 2011, ocorreu um treinamento voltado para a campanha de vacinação, organizado pela SESAI. No entanto, **cursos e treinamentos** técnicos são muito esporádicos e não atendem à toda a demanda dos problemas de saúde que ocorrem. Os profissionais não recebem nenhum tipo de capacitação em atendimento diferenciado ou noções etnográficas dos povos com quem irão trabalhar em área.

São 55 os **agentes indígenas de saúde** (AIS) no Vale do Javari, de diferentes comunidades. Atualmente são contratados pela ASASEVAJA[20] e recebem um salário mínimo. A sua formação teve início em 1994 com a ONG Médicos sem Fronteiras, porém não ocorreu a devida continuidade dos treinamentos por parte da FUNASA nem avaliações periódicas do seu desempenho ou de suas dificuldades. Além de muito raros, estes treinamentos executados por "módulos" padronizados para todos os DSEIs, não levaram em conta as especificidades epidemiológicas da região e as atividades práticas a serem desenvolvidas no retorno às aldeias. É bastante heterogêneo o conhecimento sobre a biomedicina, seus aspectos preventivos, abordagem terapêutica e compreensão sobre do papel dos AIS na aldeia e como membros da equipe de saúde. Embora recaia sobre eles grande responsabilidade e cobrança por parte das comunidades na solução de vários problemas de saúde, os AIS não são ainda considerados parte da equipe de saúde. Soma-se o fato que o restante da equipe também não recebe esta formação "reversa" armando-se assim um cenário de previsíveis conflitos interculturais. Para o DSEI, na maioria das vezes, o trabalho dos AIS se restringe a providenciar as remoções uma vez que muitas comunidades possuem barcos e radiofonia (adquiridas pelo CIVAJA na década de 90). Alguns dos contratados nunca participaram de qualquer tipo de treinamento técnico em saúde. Relataram-nos que a transferência de função dos AIS se dá sem acompanhamento do DSEI: quando um AIS não pode ou não quer mais continuar nessa função, o seu cargo é passado para alguém da comunidade e seu nome é indicado para a ASASEVAJA para o repasse do salário, sem que o novo "agente de saúde' receba qualquer capacitação. Vários AIS com quem conversamos se encontravam nesta situação e outros só haviam feito a capacitação inicial em 1994. Nenhum dos AIS com quem conversamos entendia claramente o que é o Conselho Distrital e como funciona o controle social do sistema de saúde.

Essa falta de preparo tem conseqüências graves diversas que precisam ser reparadas com urgência, uma vez que os AIS não são apenas alguns dos responsáveis pelo atendimento cotidiano de saúde nas aldeias (sobretudo naquelas mais distantes ou desprovidas de Pólos-Base), mas sobretudo os principais mediadores entre seus parentes indígenas e os tratamentos ocidentais. Sugere-se, assim, treinamento e reciclagem continuada dos AIS, a fim de atender às demandas das próprias comunidades indígenas e de dinamizar um dos quadros humanos mais estratégicos para o controle local das enfermidades.

Muitos dos AIS que participaram de cursos de formação e que estão ativos há mais tempo nas aldeias ainda possuem, porém, graves falhas de atuação e de compreensão do sistema biomédico. Tais falhas são causadas sobretudo por conta da inadequação dos materiais e dos cursos de formação, que não contemplam a multiplicidade cultural indígena e veiculam informações de cima para baixo, sem mediações ou reflexões maiores sobre processos de tradução. Como efeito, o caos no cotidiano das aldeias. Os AIS costumam ser orientados a realizar o mínimo possível (tal como no caso da administração de medicamentos específicos para enfermidades recorrentes: dipirona para febre, paracetamol para dores, metronidazol para diarréias, nistatina para infecções urinárias femininas, penicilina para infecçõs mais graves, tratamentos de plasmódios de malária com os medicamentos

20 Associação de Apoio à Saúde e Educação do Vale do Javari

disponíveis, entre outros), o que muitas vezes gera abusos desnecessários e mal orientados de medicamentos, que precisariam ser revisados periodicamente por médicos devidamente qualificados.

Grande parte dos AIS é incapaz de compreender o conteúdo de uma bula: não possuem, desta forma, autonomia alguma para administrar medicamentos para além daqueles indicados para o uso corrente. Grande parte, também, não consegue seguir à risca a regularidade dos tratamentos, seja por conta do ritmo inconstante de seus parentes, seja pelos deles próprios, que com frequência vêem suas atividades de cuidado das farmácias serem interrompidas por caçadas, atividades rituais ou viagens, sem um planejamento adequado de rodízios e substituições. As razões aqui mencionadas devem servir, portanto, como justificativa para a realização de treinamentos periódicos e diferenciados nas próprias aldeias.

Em 2009, foi realizado um curso para microscopistas e os AIS resolveram denunciar que não estavam sendo capacitados para analisar filaria, embora soubessem, assim como a FUNASA, que a enfermidade está presente na TI Vale do Javari.

Atualmente, está em curso uma iniciativa da UNESCO, agência da ONU responsável pelas ações de educação e cultura, em parcerias com o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais e a Secretaria de Saúde Indígena do Ministério da Saúde e a FUNAI, com apoio do Centro de Trabalho Indigenista. O trabalho visou construir material educativo de prevenção das DSTs, hepatites virais e Aids para professores e agentes de saúde nas línguas indígenas das três etnias. "Os índios gostaram muito do trabalho, pois a oficina considerou o conhecimento deles no processo, mas não foi levada uma receita de prevenção", relatou a antropóloga Luciane Ouriques, consultora da Unesco para desenvolver este trabalho (BRASIL 2011b).

O MODELO ATUAL DE ATENDIMENTO

A) ATENÇÃO BÁSICA:

Uma vez que o atendimento está estruturado em expedições temporárias e que ao término de cada expedição a equipe não é imediatamente substituída por outra, garantindo a continuidade da assistência, caracteriza-se no DSEI-VJ um **modelo de assistência eventual**.

Como agravante, as longas distâncias para o transporte entre a sede e os pólos-base e entre estes e as aldeias, acabam por consumir grande parte do tempo disponível da equipe em área. Como cada expedição tem duração média de 45 dias e, além do tempo de viagem ao pólo-base, pode-se demorar até mais 15 dias até se alcançar a última aldeia daquele rio, quando se chega, já é data para se retornar. Efetivamente, o tempo destinado para o atendimento exclusivo às aldeias são aproximadamente 15-30 dias em cada expedição.

Ainda assim, por serem muitas comunidades e dispersas ao longo do rio, o tempo real em cada aldeia acaba sendo de poucas horas a cada expedição como informam os relatórios das equipes de campo (média de 3 horas em cada comunidade, sendo 1 hora e meia para atividades de vacinação)[21].

Considerando-se que a equipe ao retornar para a sede tem direito a 15 dias de licença remunerada e que nunca se consegue manter o calendário previsto para uma nova entrada naquele determi-

21 Ver relatórios "Viagem de Vacinação no M. Javari e M. Curuçá", Almeida (2002) e"Relatório de Viagem de Vacinação e Ações da Malária no M. Javari e M. Curuçá, Pereira (2003)

nado pólo-base, tem-se assim um exíguo tempo para o atendimento à população. Na melhor das hipóteses, a população de cada calha de rio possui apenas em torno de 90 dias de assistência direta em cada 365 dias. Nos outros dias do ano os pólos-base permanecem fechados. Em recente expedição emergencial ao Rio Itacoaí (pop. Kanamary), a equipe de saúde da SESAI em seu relatório[22] afirma: "As aldeias do rio Itaquaí, por exemplo, estavam há 3 meses sem nenhum profissional de saúde".

Desta forma, é impossível o desenvolvimento dos programas preconizados pelo Ministério da Saúde/SUS. A instabilidade das entradas e saídas das equipes, a sua não substituição imediata por outra equipe e a inexistência de uma infraestrutura adequada e dotada de rede de frios, impossibilitam a vacinação de rotina. Realizam-se então campanhas através de uma equipe de vacinação exclusiva. A programação desta equipe também tem sofrido atrasos nos prazos de entrada e saída levando à falência do calendário de intervalo de aplicação das doses. Atividades de saúde preventiva e que demandam educação comunitária em saúde também não podem ser desenvolvidas por falta de tempo hábil. Nenhum tratamento, mesmo de curto prazo, consegue ser completado com o acompanhamento de um profissional de saúde (malária, uso de antibióticos orais, etc.), muito menos tratamentos mais prolongados (tuberculose). Além do fato de que os pacientes não estão sendo devidamente tratados, aumenta o risco de desenvolvimento de resistência dos microrganismos aos medicamentos. Há também o uso, acima do que seria indicado, de medicações injetáveis e de tomada em dose única.

Como vimos, este modelo de assistência eventual, de ações de saúde esporádicas através das equipes volantes de saúde, remete à época da criação da FUNAI, há 44 anos, apesar de todos os avanços que o país obteve na área de saúde nos últimos anos. Além de obsoleta, esta metodologia assistencial tem se mostrado totalmente inadequada e ineficaz na reversão da situação sanitária do Vale do Javari.

B) ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA[23]:

Um vez que o modelo de assistência eventual não é capaz de suprir a demanda pelo atendimento na própria área indígena, é alto o número de **remoções** para tratamento na cidade, 1 a cada 4 dias realizados pelo DSEI. Além destes, muitos pacientes se deslocam por meios próprios para a cidade ao longo do ano em busca de atendimento. As **referências** para atendimento na cidade de Atalaia do Norte são a Casa do Índio (CASAI), o Hospital Municipal e o Posto Municipal de Saúde. Em Tabatinga são a Casa de Apoio e o Hospital de Guarnição.

A CASAI é a referência para tratamento de tuberculose e outras doenças de tratamento mais prolongado. É mantida com o orçamento do DSEI e possui uma estrutura física recentemente reformada, embora a superlotação ocorra em alguns momentos. Possui um médico, 14 enfermeiros. No Hospital de Atalaia do Norte são atendidos os índios com casos cirúrgicos, partos/cesáreas e casos graves de malária. É uma unidade mista, recebendo verba municipal e estadual. Após recente reforma, possui uma enfermaria para o atendimento diferenciado aos índios, com capacidade para 30 leitos/redes, separados por etnia. A alimentação também é adaptada aos costumes indígenas. Possui 3 médicos (clínico, pediatra e cirurgião), 1 enfermeira e 18 técnicos de enfermagem. O Posto de Saúde realiza vacinação, preventivo, pré-natal e o controle de todos os tratamentos de TB realizados no município, uma vez que o Programa Nacional de Tuberculose é descentralizado (os esquemas terapêuticos/medicamentos da CASAI são repassados pelo posto após confirmação laboratorial).

---

22 Relatório sobre as Ações de Saúde Executadas na Calha do Rio Itaquaí, SESAI, dez/2010

23 Decreto 3156/99, Art. 2, alínea VII, estabelece os princípios da assistência aos povos indígenas e acesso à rede do SUS

Possui 2 médicos, 2 dentistas, 3 enfermeiros, 2 auxiliares em sala de vacina e 17 agentes comunitários de saúde que realizam visitas domiciliares. São atendidos por médico do posto de saúde uma média de 20 pacientes/dia. Apesar de 164 índios do VJ residirem na cidade, praticamente não usam o atendimento do posto que, para eles, é o único serviço de atenção básica disponível.

Os casos de hepatite em tratamento com interferon são referenciados para a Casa de Apoio em Tabatinga que recebe verba do DSEI-VJ e do DSEI-Alto Solimões. Casos graves ou que aguardam remoção para unidades de maior complexidade são referenciados para o Hospital de Guarnição do Exército, também em Tabatinga ou CASAI de Manaus.

A contra-referência não funciona, os pacientes retornam sem nenhum resumo de alta hospitalar, dados da internação, resultados de exames, procedimentos realizados, etc.

Os tratamentos prolongados fora da área indígena causam grande sofrimento psicológico aos pacientes.

Impactos do Atual Modelo na Situação de Saúde

Os problemas de saúde dos índios do Vale do Javari já são bastante conhecidos por todos quer pelo próprio governo que, ainda na época da FUNASA, realizou inúmeros inquéritos e diagnósticos sanitários, quer pela constante divulgação da situação de saúde pelas organizações indígenas e de apoio.

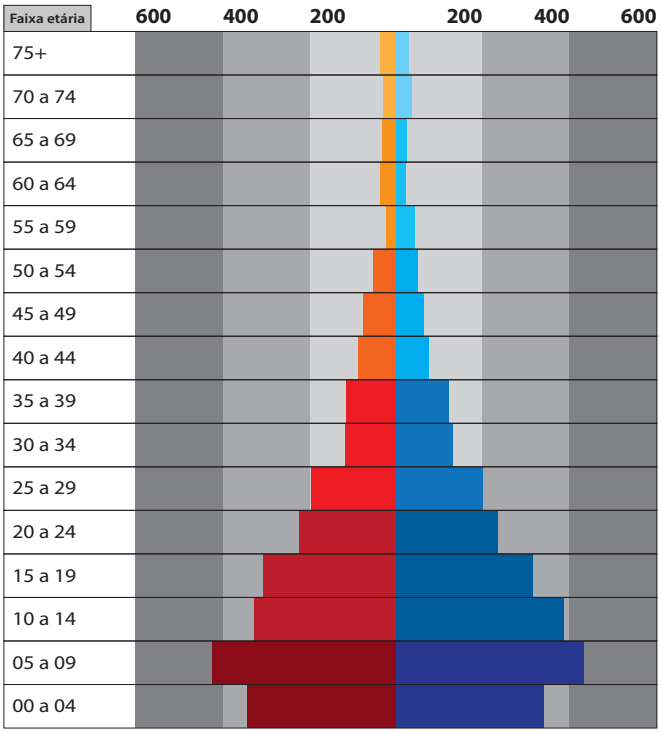
Desta forma, nosso levantamento não teve como objetivo realizar mais exames na população nem coletar novos dados. Como já informado, nosso intuito foi o de tentar entender os problemas relacionados ao atendimento no sentido de uma reestruturação eficaz dos serviços assistenciais. Assim, ainda que os dados possam estar subnotificados pelos longos períodos de desassistência, as informações de saúde que aqui comentamos, com exceção das hepatites virais, se referem aos dados oficiais disponibilizados pelo DSEI-VJ.

PIRÂMIDE ETÁRIA

A pirâmide etária é tipicamente de populações de países em desenvolvimento, com base larga e topo estreito (ver página seguinte).

Apesar de indicar uma população crescente e jovem (metade possui menos de 30 anos), verifica-se um preocupante estreitamento na base, na faixa de crianças com idade de 0 até 4 anos. Uma vez que a taxa de natalidade é alta, este estreitamento se explica pela alta mortalidade infantil ocorrida no período de 2006 a 2010. Ou seja, nascem muitos, porém muitos morrem antes de completar cinco anos de idade (ver dados abaixo).

É interessante observar que há um equilíbrio entre os gêneros, especialmente nas faixas em idade reprodutiva, indicando boas possibilidades de recuperação no quantitativo da população infantil caso, de imediato, o serviço de saúde seja capaz de desenvolver uma atenção prioritária na prevenção e no tratamento das causas dos óbitos das crianças.



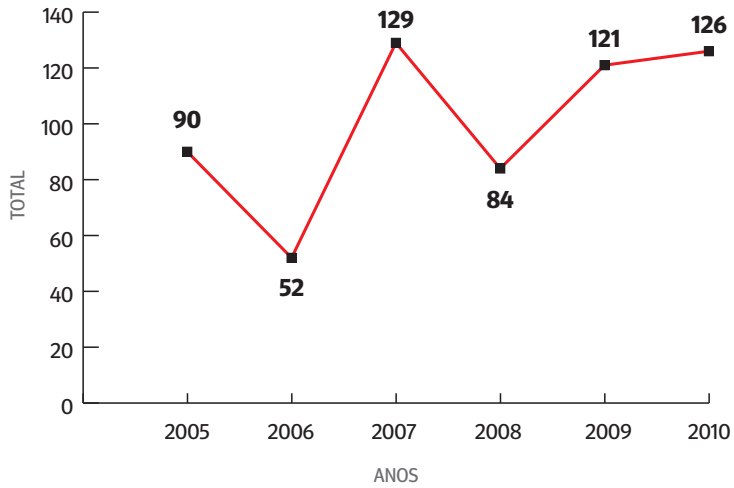
Faixa etária	Fem.	Masc.	TOTAL
75+	35	30	65
70 a 74	28	37	65
65 a 69	30	26	56
60 a 64	36	23	59
55 a 59	22	44	66
50 a 54	51	51	102
45 a 49	74	65	139
40 a 44	87	75	162
35 a 39	113	123	236
30 a 34	117	132	249
25 a 29	198	200	393
20 a 24	222	234	456
15 a 19	305	315	620
10 a 14	326	387	713
05 a 09	421	433	854
00 a 04	340	340	680
	2400	2515	4915

O estreitamento abrupto a partir dos 40 anos, além de indicar possível mortalidade alta na população infantil na época dos primeiros contatos (anos 70), pode estar relacionada à evolução natural das doenças adquiridas há alguns anos, como é o caso das hepatites. Indica também uma baixa expectativa de vida para a população em geral.

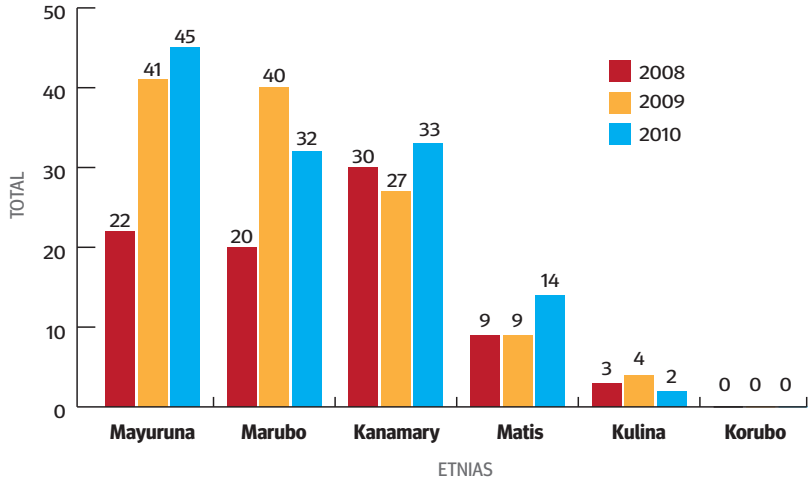
NATALIDADE

O Coeficiente de Natalidade Geral no Vale do Javari é alto, tendo sido 50% maior que a média brasileira no ano passado (CVG VJ = 30; CNG BR = 20). Da mesma maneira, a taxa de fertilidade das mulheres foi três vezes superior à media brasileira no ano de 2010 (TxF no VJ = 6,0; TxF no Br = 1,8).

NASCIMENTOS REGISTRADOS NO DSEI VALE DO RIO JAVARI, DISTRIBUÍDOS POR ANO DE OCORRÊNCIA



DISTRIBUIÇÃO POR ETNIA DOS NASCIMENTOS REGISTRADOS NO DSEI VALE DO RIO JAVARI (DE 2008 A 2010)



MORTALIDADE

O Coeficiente de Mortalidade Geral no DSEI-VJ no ano de 2010 foi 6,3, o mesmo que média brasileira de 2008. Acreditamos que estes dados estão subnotificados devido à precariedade da assistência nas aldeias.

Entre os 31 óbitos notificados no ano passado, 68% (21) ocorreram na cidade (Casai ou hospitais da rede). Apesar disso, estranhamente, a principal causa mortis, ou seja, um terço, foi por "causa desconhecida":

CAUSAS MORTIS	%
Desconhecida	33
Broncopneumonia	22
Perinatais	22
Tuberculose	7
Parto	7
Desnutrição	7

Parte destas causas desconhecidas presume-se que se referem aos relatos dos índios sobre os óbitos em pessoas apresentando febre, icterícia e hemorragia digestiva ocorridas na TI no final do ano passado.

Os dados mostram que a mortalidade infantil é extremamente elevada, 55 % dos óbitos no ano passado (17) eram de crianças abaixo de cinco anos de idade. Como agravante, uma vez que não tem sido realizado o acompanhamento pré-natal em área, muitas gestações passam despercebidas pelo sistema de saúde e assim, crianças nascem e morrem antes de completar um ano de vida sem serem notificadas.

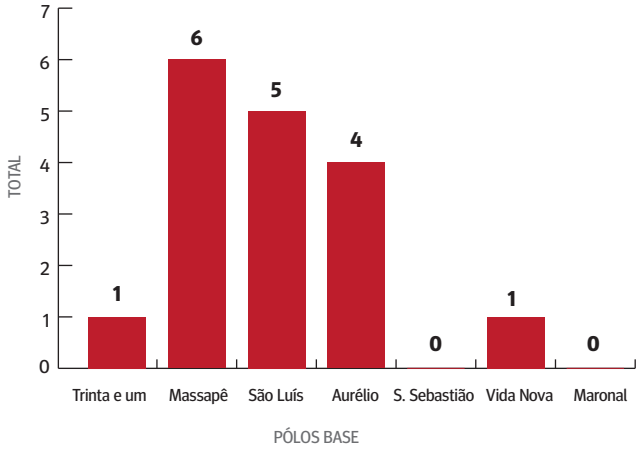
Em todo o DSEI-VJ no ano de 2010 o Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) em menores de um ano foi 64 em mil nascidos vivos, ou seja, quase o dobro da média brasileira (34/mil) e comparável às 150º piores taxas mundiais, ao lado de países miseráveis como Haiti (CMI=64)[24].

24 WHO, 2009

No mesmo período, a Taxa de Mortalidade em Menores de 5 anos (TMM5) foi de 135 em mil nascidos vivos, ou seja, quase duas vezes e meia maior que a média brasileira (60/mil) e atrás de países como o Congo, Uganda e Mauritânia.

Não temos os dados oficiais dos óbitos em menores de cinco anos dos anos anteriores, porém, como vimos, o estreitamento da base da pirâmide etária revela que a alta mortalidade infantil esteja ocorrendo há vários anos.

ÓBITOS EM MENORES DE 5 ANOS OCORRIDOS NO DSEI VALE DO RIO JAVARI
ANO DE 2010, DISTRIBUIÍDOS POR PÓLO BASE



HEPATITES VIRAIS

Estranhamente, a única informação que não conseguimos obter junto à equipe do DSEI-VJ foi relativa às hepatites, notoriamente o principal problema de saúde deste distrito. Nos informaram que estes dados não estavam disponíveis no DSEI-VJ uma vez que a sua consolidação ocorre nas instituições que têm realizado pesquisas sobre a doença no Vale do Javari nos últimos anos.

Ainda que seja crucial a pesquisa pormenorizada desta doença e louvável o envolvimento de outras instituições, a evidente desconexão entre o diagnóstico e a abordagem da solução do problema é preocupante e reflete a sua falta de priorização por parte da FUNASA. Ou pior, demonstra ter ocorrido quase que uma "terceirização" do problema para as instituições que realizavam estes inquéritos sorológicos, como se o fato de frequentemente estar em área uma equipe realizando levantamento epidemiológico (acompanhados por um enfermeiro ou técnico de enfermagem do DSEI), as ações de controle da doença também estivessem sendo encaminhadas. Muitas vezes justificava-se aguardar os resultados da nova pesquisa para que as medidas fossem implementadas. No entanto, a partir destes levantamentos, não só ações concretas no campo não foram devidamente realizadas como também não geraram por parte da FUNASA um aprofundamento no distrito quanto ao entendimento das hepatites ou de sua abordagem assistencial, preventiva ou operacional, haja visto que os dados sequer têm sido incorporados às estatísticas da epidemiologia do DSEI-VJ.

Recente levantamento realizado pela Fundação de Medicina Tropical, AM[25] revelou uma prevalência da hepatite B na população examinada na ordem de 8,8% (234 pessoas HbsAg+) e uma prevalência

25 Dr. Wornei Silva Miranda Braga, Fundação de Medicina Tropical Heitor Vieira Dourado – Amazonas, 2010

da hepatite C de 5,5% (150 pessoas). O mesmo estudo indicou que 31,1% da população examinada não possui anticorpos contra a hepatite B. Considerando esta amostragem como representativa de toda a população, constata-se que cerca de 1500 índios do Vale do Javari estão susceptíveis de adquirir a doença.

Os portadores necessitam de acompanhamento devido ao risco de desenvolveram hepatite crônica mas, apesar destes levantamentos alarmantes, os profissionais do distrito afirmaram não saberem o número exato de infectados e quem são estes pacientes em cada pólo-base.

Mais um exemplo do descaso da FUNASA foi a ausência de uma capacitação dos recursos humanos para lidar com o problema. "Uma situação inversa, mas igualmente deletéria, consiste no uso ou abuso de medicamentos hepatotóxicos por parte dos profissionais de saúde. Como estes profissionais geralmente não dispõem de informações concretas sobre quais são os índios efetivamente infectados por hepatites virais, há muitas vezes a administração de medicamentos contra-indicados genericamente para os portadores de hepatopatias. O exemplo mais evidente desse tipo de prática médica nociva está na livre prescrição do paracetamol por parte dos auxiliares de enfermagem que permanecem continuamente nos pólos base do DSEI Vale do Javari, sendo droga que em hipótese alguma deve ser administrada a pacientes com hepatite aguda". (Coutinho 2008: 145).

Ao recomendar os partos das gestantes positivas e remoção eventual de portadores para a cidade, mais uma vez se terceirizou a abordagem do que poderia ser feito na própria área para outras instituições na cidade.

Mas o mais grave, por se tratar de prioridades na abordagem das hepatites virais, nem a imunização e nem a educação para a prevenção do contágio, obtiveram a devida atenção.

Nenhuma campanha de vacinação realizada no período em que a FUNASA foi responsável pela assistência no DSEI-VJ conseguiu completar o esquema completo de imunização contra a Hepatite B, de acordo com o calendário recomendado pelo Ministério da Saúde.

Tampouco estão sendo desenvolvidas medidas sistemáticas de educação comunitária sobre o uso de preservativos ou sobre os riscos de se compartilhar objetos pérfuro-cortantes.

Para informações detalhadas sobre as hepatites no VJ, sugerimos a leitura do excelente documento elaborado em 2008 "Hepatopatias no Vale do Javari - Virulento Agravo à Saúde e Afronta aos Direitos Humanos", por Walter Coutinho Jr.

MALÁRIA[26]

No ano de 2010, foram notificados 2.090 casos de malária no DSEI-VJ. O Índice Parasitário Anual (IPA) permaneceu muito alto, IPA=531/1000 hab/ano, sendo considerado de alto risco pela OMS[27]. Embora a incidência de malária tenha diminuído 19% em relação ao ano anterior, não atingiu a meta de reduzir em 40%, estipulada no Plano Plurianual de Prevenção e Controle Integrado da Malária (PPACM) no estado do Amazonas.

---

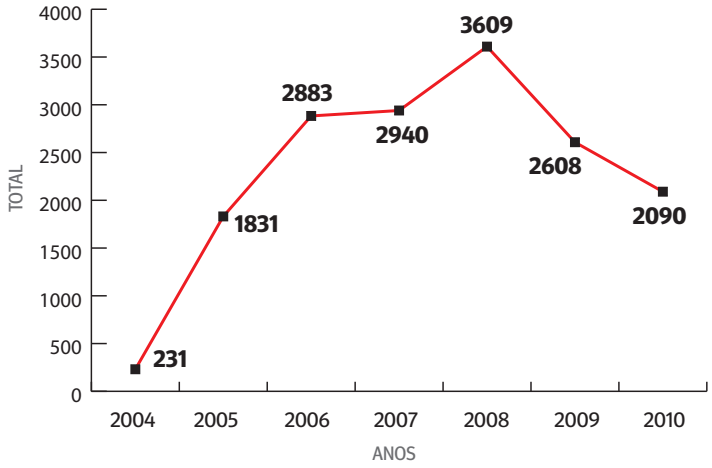
26 Baseado nos dados do Relatório Anual de Malária, DSEI-VJ (2011)

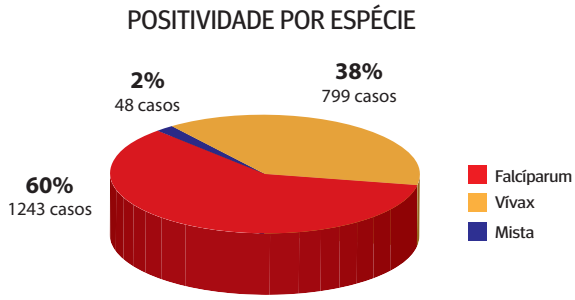
27 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE MALÁRIA DE ACORDO COM O IPA: Alto Risco = › 50 IPA (50 ou mais em cada 1000 habitantes/ ano); Médio Risco = 10 a 49,9; Baixo Risco = 1 a 9,9; Sem Risco = ‹ 1

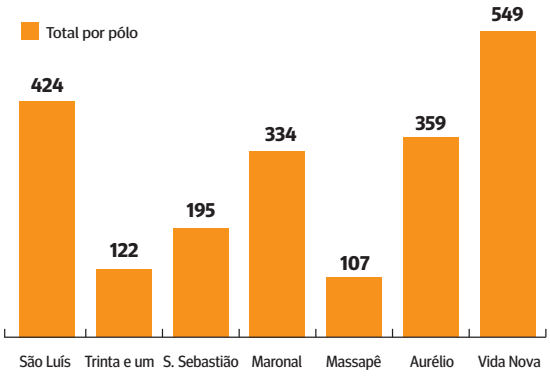
A malária falciparum é o tipo letal da doença, ou seja, se não tratada pode levar à morte. Em 2010 este tipo de malária representou 40,5% das infestações (m. falciparum + m. mista). Comparado com o mesmo período em 2009 representa um acréscimo de 21,4% na sua incidência.

A incidência de malária é mais preocupante nos rios Alto e Médio Ituí (polos-base de Vida Nova=20% dos casos e Aurélio=17%) e no médio Javari (São Luis=20%):

CASOS DE MALÁRIA, DIAGNOSTICADOS NO DSEI VALE DO RIO JAVARI, NO PERÍODO DE 2004 A 2010, SEGUNDO SIVEP







Fonte: SIVEP – Malária

TUBERCULOSE

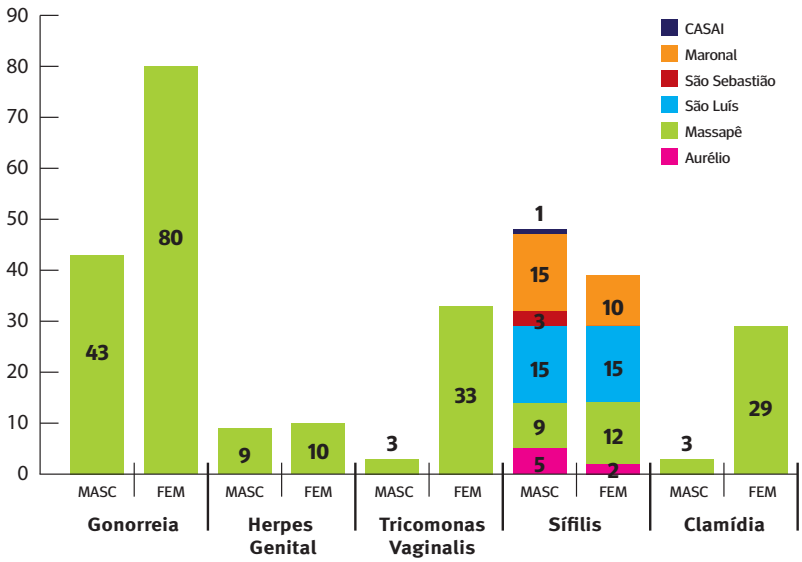
De 2001 a 2010 foram notificados 46 casos novos de tuberculose, sendo 46 % entre os Kanamary, 34% entre os Marubo e 20% entre os Mayoruna. No início de 2011 foi identificado o primeiro caso entre os Matis. No DSEI-VJ só se tem registro de um óbito por esta doença, ocorrida no ano passado, da etnia Kanamary.

DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Além das hepatites, há registro da ocorrência de outras quatro doenças sexualmente transmissíveis no Vale do Javari: gonorréia, sífilis, herpes genital, clamídia e tricomonas. A maior incidência é entre os Kanamary embora em todas as etnias já tenham sido notificados casos destas doenças.

No ano passado foram realizados 1.262 testes rápidos para HIV, no entanto não tivemos acesso aos resultados.

CASOS DE DST DIAGNOSTICADOS NO DSEI VALE DO RIO JAVARI NO ANO DE 2010, DISTRIBUÍDOS POR PÓLO BASE E SEXO

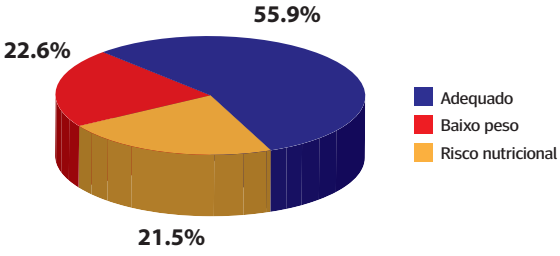


ESTADO NUTRICIONAL

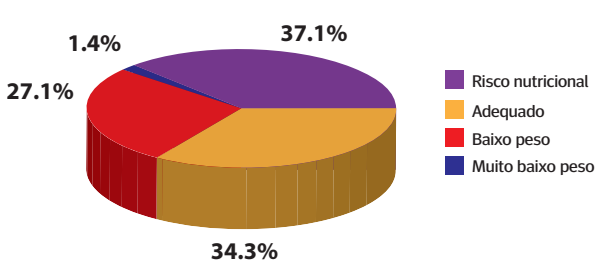
No final de 2010 foi organizada uma expedição às aldeias Kanamary, calha do rio Itacoaí, organizada pelo CONDISI/Javari, com o apoio da FUNAI, ASASEVAJA e das lideranças dessa etnia[28]. Este levantamento demonstra ser alarmante o estado nutricional entre as crianças Kanamary. Na faixa etária abaixo de 5 anos de idade, 44% das crianças apresentam algum grau de desnutrição proteico-calórica.

A situação é ainda pior nas crianças entre 5 e 9 anos de idade, sendo que 64% das crianças apresentam-se desnutridas. Talvez se tornem mais vulneráveis devido à cessação da amamentação após os cinco anos de idade.

DISTRIBUIÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS < 5 ANOS DO POLO ITACOAÍ



DISTRIBUIÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS DE 5 A 9 ANOS NO RIO ITAQUAÍ



28 Plano de Ação Emergencial ao Pólo Base Massapê (2010)

O relatório da expedição corrobora com as informações dos índios de que não há escassez de alimentos na região: “O problema relacionado às constantes ocorrências sobre morbimortalidade no rio Itaquaí não tem nada haver com a oferta de alimentos nas aldeias dessa região. Foi constada uma grande variedade de alimentos, tanto de origem vegetal quanto de origem animal. Há uma variedade de frutas nativas e cultiváveis, peixes, carne de caça, etc..”.

Para se entender as causas do problema nutricional nestas crianças é necessário que se realizem novos estudos porém pode-se supor que a alta morbimortalidade ocorrida nos últimos anos nesta etnia tenha contribuído para o agravamento do problema uma vez que o adoecimento e a morte dos parentes próximos certamente tem levado a consequências psicológicas nos adultos que se refletem no cuidado direto das crianças.

SAÚDE MENTAL

Embora conhecidos, não há estatísticas sobre transtornos mentais, mesmo que subnotificados, como o abuso do álcool, depressão e suicídios (se estes eram já praticados antes dos contatos e se está havendo um aumento na sua incidência). No entanto, este é um assunto sempre mencionado com preocupação crescente tanto por parte dos profissionais que atuam em campo como em relatos dos índios, justificando uma atenção específica por parte do DSEI em futuros levantamentos.

OUTRAS DOENÇAS

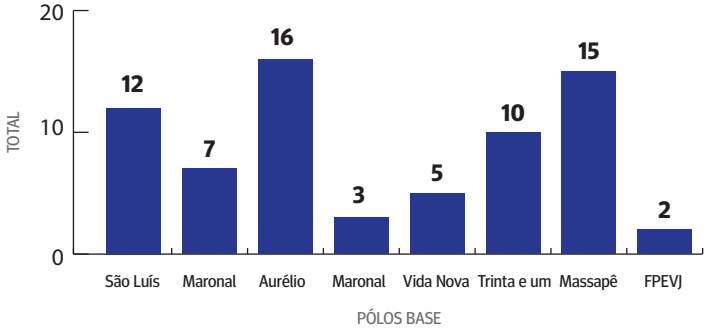
Patologias diversas como infecções respiratórias, gastroenterites, parasitoses intestinais, afecções dermatológicas, cárie dentária e acidentes ofídicos têm alta incidência nesta população. Assim como para as demais doenças, inexistem protocolos técnicos para a sua abordagem preventiva nem curativa. Como não existem geladeiras para a conservação de soros anti-ofídicos, os casos são removidos para a cidade aumentando os riscos de morbi-mortalidade. Afora visitas ocasionais de odontólogos, as odontalgias e outras patologias bucais também necessitam de remoção para o seu tratamento.

REMOÇÕES

Em 2010 foram realizadas pelo DSEI 89 remoções da área indígena, quase 2 a cada semana, afora os índios que buscaram atendimento na cidade por conta própria. Setenta foram removidos por via fluvial e 19 por via aérea. Para a cidade de Tabatinga foram removidos 74 pacientes durante o ano.

REMOÇÕES FLUVIAIS SOLICITADAS POR PÓLO BASE NO DSEI JAVARI NO ANO DE 2010

TOTAL: 70



Controle Social Hoje

Afora algumas lideranças mais antigas, a maioria dos índios e dos profissionais de saúde de campo desconheciam por completo o funcionamento diferenciado de um distrito sanitário indígena.

Muitos dos entrevistados não conheciam um dos principais instrumentos da gestão desse subsistema, o Plano Distrital. Não conseguimos obter uma cópia do último Plano Distrital elaborado em 2007, nem no DSEI nem no Condisi, que também não foram capazes de nos dar uma estimativa do orçamento anual do DSEI-VJ, evidenciando que o mesmo nunca foi devidamente discutido e aprovado na instância cabível.

Assim, além de não haver qualquer acompanhamento da gestão e qual as ações que foram planejadas e quais estão efetivamente sendo realizadas, muito menos o quanto e em quê está sendo gasto, etc., há muito tempo não eram convocadas pela chefia do DSEI, a quem cabe conduzir o processo, as reuniões periódicas dos Conselhos Locais para a escolha dos representantes das comunidades (mandatos de 2 anos) e as reuniões periódicas do Conselho Distrital.

Ficou evidente também que os maiores interessados não sabiam da composição paritária que o Conselho deve ter, nem os profissionais de saúde sabiam que possuem um espaço previsto de participação técnica e política no CD. Mesmo para a representação indígena não são claros os critérios se por proporcionalidade, por calha de rio, por etnia, por quantitativo da população ou outro.

Em virtude disso, queremos relembrar o que diz a legislação a respeito, Decreto 3.156/99, Art. 8º:

§ 4º Cada Distrito Sanitário Especial Indígena terá um Conselho Distrital de Saúde Indígena, com as seguintes atribuições:

I - aprovação do Plano Distrital;

II - avaliação da execução das ações de saúde planejadas e a proposição, se necessária, de sua reprogramação parcial ou total; e

III - apreciação da prestação de contas dos órgãos e instituições executoras das ações e serviços de atenção à saúde do índio.

§ 5º Os Conselhos Distritais de Saúde Indígena serão integrados de forma paritária por:

I - representantes dos usuários, indicados pelas respectivas comunidades; e

II - representantes das organizações governamentais envolvidas, prestadoras de serviços e trabalhadores do setor de saúde."

Infelizmente, o que testemunhamos no DSEI-VJ ainda necessita

Aspectos Antropológicos

Este relatório está dividido em duas partes, que pretendem apresentar aspectos diversos relacionados à percepção antropológica dos problemas de saúde na TI Vale do Javari.

Na introdução, trazemos um breve histórico da ocupação regional.

Na Parte I, são apresentadas informações disponíveis e relevantes com relação a fragilidades epidemiológicas dos povos considerados pelo governo brasileiro como "isolados" que vivem na TI Vale do Javari.

Na Parte II, apresentamos percepções nativas sobre a saúde na TI Vale do Javari, bem como algumas informações sobre o sistema médico xamanístico, a escatologia, o parentesco e sua desarticulação, a inclinação às cidades, os conflitos e interfaces entre sistemas médicos (biomédico e xamanístico), os fluxos de deslocamentos, entre outros temas relevantes.

Este relatório é também acompanhado de uma agenda regional de recursos humanos de profissionais que trabalham ou tem interesse de trabalhar com antropologia da saúde na TI Vale do Javari, além de uma bibliografia com indicação de trabalhos acadêmicos e de documentos diversos produzidos por organizações governamentais e não-governamentais sobre a situação do Vale do Javari.

Breve histórico da ocupação na região da TI Vale do Javari[29]

A Terra Indígena Vale do Javari está situada ao sul do rio Solimões, próxima à fronteira do Brasil com o Peru e a Colômbia. Nela vivem os povos Kanamari e Tsohom-dyapá, da família lingüística Katukina, e os Marubo, Matis, Mayoruna/Matsés[30], Kulina-Pano e Korubo, falantes de línguas da família Pano. Atualmente, vivem em 54 aldeias. Além desses, a FUNAI registra "18 agrupamentos de índios isolados habitando o interior da Terra Indígena e fora dos limites dessa, nas áreas limítrofes e periféricas; dentre esses 18, cinco são Korubo – três deles confirmados – os outros 13 agrupamentos não são necessariamente grupos étnicos distintos, existe a possibilidade de alguns agrupamentos que se localizam em regiões próximas se tratarem na verdade de um mesmo grupo étnico, ou subgrupos de língua e etnia comum" (Amorim 2008: 10). A UNIVAJA (União dos Povos Indígenas do Vale do

29 O trecho que segue é adaptado de Arisi 2007.

30 "Os Matsés acabaram "herdando" essa denominação antiga [i.e. mayoruna]. Ela foi utilizada pelas missionárias do Summer Institute of Linguistics, nos primeiros anos do contato no Peru. No Brasil, os Matsés foram também nomeados Mayoruna na época do contato pelo indigenismo oficial, e são conhecidos até hoje sob esse etnônimo" (Matos 2009: 11-12). Para evitar maiores confusões, optamos por grifar nesse documento Mayoruna/Matsés. Mayoruna é o termo pelo qual os próprios índios se auto-identificam quando estão lidando com os brasileiros e o nome que constam em diversos documentos oficiais. O nome Mayoruna consta também em registros oficiais brasileiros, de nascimento ou óbito, e também por eles próprios quando se referem a si como grupo e estão a utilizar a língua portuguesa. Não usamos apenas o termo Matsés, pois embora seja um termo de auto-denominação em sua língua nativa, confunde com a auto-denominação dos Matis que também é Matsës. O termo sozinho Mayoruna é utilizado também por muitos acadêmicos quando querem se referir aos grupo de povos Pano setentrionais (proposto por Erikson 1994) e Matsés sozinho se refere ao mesmo povo que vive em terras peruanas, o que aumenta ainda mais a confusão. Para evitar mais desentendimento, usaremos então nesse documento as duas palavras Mayoruna/Matsés, para nos referir aos índios Mayoruna/Matsés que vivem no Brasil.

Javari[31]) informa que esses vivem em 23 locais, nos quais há, ao todo, 37 aldeias. A TIVJ ocupa uma parte considerável da planície do rio Javari e de alguns de seus afluentes, tais como o Curuçá, Ituí e Itaquaí. Estende-se, também, a uma parte das bacias dos rios Jandiatuba e Jutaí. Segunda maior terra indígena do Brasil, sua extensão territorial é de 8.554.482 hectares e seu perímetro, 2.055 km. Reconhecida como Terra Indígena pelo governo brasileiro em 1999, foi demarcada em 2000 e homologada pelo presidente da República em 2001. De acordo com dados da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), a população indígena em "contato" com o governo brasileiro era de 4.915 pessoas em 01/07/2010 [32].

Os contatos entre povos indígenas, frentes de extração e órgãos governamentais se deram de formas e momentos diferentes, como se pode ver na seguinte passagem de Coutinho:

> No início da década de 1970, esse conjunto de povos autóctones da Amazônia Ocidental permanecia ainda praticamente isolado. Embora os Marubo e os Kanamari mantivessem contato intermitente com alguns regatões desde a década de 1940 (e também com agentes da *New Tribes Mission*, no caso dos primeiros), uma maior constância nas relações interétnicas foi adquirida apenas a partir da chegada da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) na região no começo da década de 1970. O início das atividades da FUNAI permitiu aos Kulina, que igualmente já haviam mantido contatos esporádicos com regatões, estabeleceram-se junto ao Posto Indígena de Atração (PIA) criado em 1974 no médio rio Curuçá. Os Mayoruna[/Matsé], por sua vez, foram contatados no Peru, em 1969, por missionárias do *Summer Institut of Linguistics*, e no lado brasileiro, a partir de 1972, por trabalhadores da Petrobrás e funcionários do órgão indigenista. Em 1975, os Matis travaram os primeiros contatos com os sertanistas da FUNAI baseados no PIA do médio rio Ituí, sendo rapidamente dizimados por surtos de gripe nos anos seguintes. É importante observar que, antes de findar essa primeira década de promoção ou consolidação do contato inter-étnico, os povos indígenas do Javari já haviam sofrido uma série de epidemias e, sobretudo, sido infectados pelo vírus da hepatite. (Coutinho 2008: 44)

Para um histórico detalhado e muito bem fundamentado da crise epidemiológica da TI Vale do Javari, sugerimos a leitura completa de Coutinho (2008: 44-72) e também as páginas finais desse documento (idem: 164-174), bem como uma série de outros documentos produzidos pelo Centro de Trabalho Indigenista (CTI)[33] e por outros autores, indicados na bibliografia[34]. Aqui, abordamos sumariamente a história local prévia ao século XX.

---

31 "A Univaja representa uma população superior a 4 mil indígenas contatados, que habitam em 54 aldeias, e não contatados (18 povos isolados), que vivem em 23 locais, correspondente a 37 aldeias de uma área de 8,5 milhões hectares. A Univaja foi fundada em março de 2007, em assembléia na aldeia Beija-Flor, no rio Ituí, mas somente em maio de 2010 conseguiu ficar legalmente constituída. Além da Univaja, há outras organizações referentes às sub-regiões de cada povo, que são organizações legalmente constituídas pelas seguintes associações: dos Moradores Indígenas de Atalaia do Norte (Amiatam), de Desenvolvimento Comunitário do Alto Rio Curuçá (Asdec), Indígena Matís (Aima), Kanamari do Vale do Javari (Akavaja), Indígena Marubo de São Salvador (Aimass), das Aldeias Marubo dos Rio Ituí (Oami), Marubo de São Sebastião (Amas), Geral dos Mayuruna (OGM) e de Moradores da Estrada BR 307 (Aiprer)" .

32 Fonte: SIASI - FUNASA/MS, atualizado até 01/07/2010 , http://www.FUNASA.gov.br/internet/desai/sistemaSiasiDemografiaIndigena.asp. Conforme dados do Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI) do Vale do Javari, em 25/10/2009, a população em "contato" da TI somava 3.759. Como há grande disparidade de informações, optamos por registrar os dois dados aos quais tivemos acesso. Note-se que há diferença de 1.156 pessoas no período de cerca de nove meses, infelizmente não temos como avaliar qual desses dados é o mais próximo da realidade.

33 Nascimento & Paredes (2006); Nascimento (2008);

34 Nascimento & Erikson (2006); Matos & Marubo (2006); Welper & Cesarino (2006).

Não são muitas as fontes históricas sobre a área da TI[35]. Coutinho, no relatório de demarcação (FUNAI, 1998), afirma que as únicas notícias sobre os povos que habitavam o alto Amazonas e seus afluentes são aquelas fornecidas por Pe. Noronha que escreveu, em 1768, um relatório da viagem empreendida "da cidade do Pará até as últimas colônias do Sertão da Província". Estes povos voltam a aparecer na literatura apenas em meados do século XIX, quando o Amazonas começa a ser percorrido por naturalistas, viajantes e comerciantes "regatões". As frentes de extração desta época estavam interessadas nas "drogas do sertão", tais como a copaíba e outras. Os moradores de Tabatinga, vila fundada em 1759, e arredores também subiam os rios para pescar, caçar, pegar ovos de tracajá, mas não se aventuravam muito pelo Javari pelas razões descritas no passado por Spix & Martius:

> Os maxurunas (majurunas, majoranas, maxiromas) constituem uma das tribos mais vastamente espalhadas e mais temíveis do Alto Solimões. Eles não reconhecem a supremacia espanhola, nem a portuguesa, e são perigosos para os viajantes brasileiros do Javari, assim como para os espanhóis do Ucaiale [Ucayali] (apud FUNAI 1998: 23)

Os autores do volume Javari da publicação *Povos Indígenas do Brasil* (Ricardo *et al*, 1981) separam a história da entrada dos povos não-índios na região em períodos diversos, que seguem esquematizados abaixo para que se tenha uma idéia geral dos ciclos de ocupação e refluxo de população. São os seguintes:

- Período jesuítico (1638 – 1769)
- Período da coleta e pesca comercial (1769 – 1870)
- Período da borracha (1870 – 1911)
- Período de estagnação da borracha (1911 – 1945)
- Período da madeira (de 1945 em diante)

Acrescentaríamos aqui um outro marco temporal iniciado a partir de 1972 e que seria o "Tempo da FUNAI", para usar uma expressão muito empregada pelos Kanamari (Costa 2009) e também pelos Matis, Mayoruna/Matsés e Marubo.

As relações desses povos índios com os diversos agentes envolvidos na região durante os períodos acima mencionados, marcados pela presença religiosa ou pela exploração econômica, variaram consideravelmente de grupo para grupo. Muitos dos rios, tais como o Javari, Jandiatuba e Jutaí, estiveram dominados por seringueiros. Em 1897 por exemplo, Cunha Gomes, chefe da comissão demarcadora de fronteira brasileira, verificou que o rio Javari se encontrava bastante povoado até a boca do Itaquaí (FUNAI, 1998: 27). Como informado acima, houve um período de refluxo entre 1911 e 1945, mas isso não significou o total esvaziamento da região:

> Os índios passam a ser objeto de correrias organizadas tanto por brasileiros quanto por peruanos, que atacavam suas malocas para obter comida ou mulheres, afugentando-os para outras regiões, escravizando-os na atividade extrativa, ou simplesmente exterminando-os (*idem*: 28).

---

35 Entre as citadas no relatório da FUNAI 1998, estão as descrições de viagens realizadas: em 1820, por Spix & Martius sobre o Alto Solimões, limite norte da TI (publicado em 1938); em 1856, por Bates sobre o Juruá; em 1867, pelo geógrafo inglês Chandless sobre os índios do Juruá (limite sul); em 1869, por Marcoy sobre o Jutaí (leste); em 1875, por Brown (1886) sobre o Jutaí (leste). Não consta no relatório da FUNAI, mas são dignas de nota, a de Castelnau, realizada entre 1843 e 1847, publicada em 1850; a de Ave Lallemant, em 1859; a de Pe. Fritz, publicada em 1918; a 'breve notícia' de João Braulino Carvalho, publicada em 1931 como boletim do Museu Nacional; as notas de viagem de 1950 do zoólogo do Museu Nacional, José Cândido Carvalho, publicadas em 1955 (CEDI, 1981).

Melatti (*apud* Ricardo *op cit*: 22) apresenta dados sobre as movimentações de alguns povos indígenas durante estes anos de ocupação do Vale do Javari, com base em informações de um médico que esteve na região em 1926. Chegando à sua cotação mais baixa em 1932, o preço da borracha em decadência forçou a retirada de muitos dos habitantes que tinham entrado na floresta para se dedicar à extração da matéria prima. Nesse período de estagnação, as populações indígenas muito provavelmente tiveram a oportunidade de se reorganizar. Como o caucho extraído estava, sobretudo, nas cabeceiras dos rios e a seringueira que floresce nas várzeas, é muito provável que as populações indígenas de terra firme, situadas nos cursos médios dos rios, tenham permanecido relativamente intocadas. (*id*. *ibidem*: 23).

O zoológo do Museu Nacional, José Cândido de Melo Carvalho, visitou o Javari nos anos 50 e constatou que a exploração da borracha tinha aumentado durante a segunda guerra. No entanto, era o comércio de madeira aquele que mais crescia a cada ano. Os índios atacaram diversas vezes os madeireiros que invadiam seu território. Há registros de ataques em 1930 e em 1950 na região do alto rio Curuçá. As propriedades rurais continuaram sendo chamadas de seringais, mesmo quando apenas se dedicavam à extração de madeira (FUNAI, 1998: 28).

Muitos índios que moravam no Vale do Javari nos períodos da borracha e no período da madeira trabalharam para patrões não-indígenas em situações de extrema exploração (Ricardo *op cit*). Pouquíssimos indígenas conseguiram atuar como mediadores no sistema de aviamento, como alguns Marubo (Melatti 1985) e dois irmãos Kanamari (Costa 2009: 112). Os índios viviam cada vez mais rodeados e encurralados pelas frentes de expansão.

No Brasil, foram realizadas também ações militares contra os as populações da região. Uma expedição punitiva do exército brasileiro contra os Mayoruna/Matsés, organizada pelo então comandante do Grupamento de Elementos de Fronteira (GEF), com sede em Manaus, destruiu malocas em 1963 (Matos 2009: 54). Índios de um grupo residente no igarapé Amburus foram exterminados em 1956 e, "em 1958, uma tropa do 9º. Pelotão Estirão do Equador teria participado de uma expedição punitiva aos índios que habitavam o divisor de águas dos igarapés Santana (afluente do rio Javari) e Flecheira e duas no rio Negro (estes últimos afluentes do rio Curuçá)" (FUNAI, 1998: 29).

Desde 1969, a FUNAI reunia documentos apontando a complexidade da área, com proposta do sertanista Raimundo Pio Carvalho Lima de criar quatro postos indígenas na região abarcada pelos rios Javari, Curuçá, Itaquaí e Ituí. Entretanto, os trabalhos da FUNAI só "vão se concretizar na região em 1971 em apoio à construção da Rodovia Perimetral Norte que cortaria o Vale do Javari em diversos pontos habitados por indígenas isolados" (FUNAI, 1981: 1). Além dos quatro rios citados acima, o resumo do processo da FUNAI 1074/80 incluiu os rios Jandiatuba e Jutaí na área de estudo para a criação do "Parque Indígena do Javari", como era chamado à época. O documento explicita a situação de contatos intermitentes e conflitos envolvendo os grupos indígenas:

> A área (...) envolve um grande número de etnias com especificidades próprias no que diz respeito a usos e costumes e tradições tribais, utilização específica da área e grau de contato com nossa sociedade, o que não implica em termos de localização e contatos inter-tribais um desconhecimento total a medida que, de forma muito particular, alguns grupos entram em contato com a sociedade envolvente e após alguns anos se retraem, e outros entram em contato com outros grupos tribais, ou se deixam localizar através de conflitos manifestos com seringueiros e madeireiros que adentram a região. Desta forma, o isolamento de alguns grupos não implica em total desconhecimento. (idem: 2)

O governo iniciou o processo de atração de grupos isolados que se encontravam em áreas consideradas críticas pela FUNAI no rio Itaquaí em 1972. Lá, os indigenistas se depararam com os Kanamari também em situação de grande pressão (Costa 2007). "Os trabalhos de atração a estes grupos que foram previstos para 1974 não se concretizaram e a conseqüência foi o grupo, antes pacífico, ter-se tornado arredio após choques ocorridos entre estes e as frentes pioneiras de penetração" (FUNAI 1981: 2). Porém, os mesmos conflitos entre a sociedade envolvente e os 'arredios' – como eram chamados à época – são mencionados para justificar a necessidade de manter os trabalhos do governo na área. Além dos planos de construção da Rodovia Perimetral Norte, a Petrobrás[36] se interessou em prospectar no Vale do Javari. O documento "Campanha Javari" (Cavuscens & Neves, 1986) deflagrou uma campanha nacional e internacional em favor da demarcação de uma área de proteção para os índios da região. Instaurou-se então outro período na história dos povos do Javari, chamado pelos índios de Tempo da FUNAI. A esse respeito, Costa escreve:

> A remoção dos brancos que viviam no Itaquaí foi parte do processo de demarcação e a posterior homologação da Reserva Indígena do Vale do Javari. Áreas Indígenas oficialmente homologadas por decreto governamental são fechadas, e pessoas não autorizadas não têm acesso a elas. No caso do Vale do Javari, o procedimento foi demorado e penoso, e envolveu uma série de diferentes propostas, sendo uma das primeiras advinda do BFSOL, de que Sabá [Sebastião Amâncio] era diretor. As primeiras tentativas de definição da área de demarcação, todas, foram rejeitadas ou caíram no abismo da burocracia governamental. Em 1985, a área foi finalmente reconhecida, apesar de sua demarcação só ter se concretizado em 2000. (Costa 2007: 149)

Finalmente, no ano de 2000, é realizada a demarcação física da Terra Indígena Vale do Javari e, em maio de 2001, assinada sua homologação:

> A reserva indígena incluía, assim, em uma unidade federativa, os Kanamari, os Marubo, os Matis, os [Mayrouna/]Matses e os Kulina Pano, assim como uma grande diversidade de grupos ameríndios sem contato regular com agências governamentais e que são considerados pela FUNAI isolados, como os Korubo, os Flecheiros e os Tucano[/Tsohom]-dyapa. A presença desses grupos foi decisiva, porque forçou o Departamento de Índios Isolados da FUNAI (DEII) a construir a FPEVJ [Frente de Proteção Etnoambiental do Vale do Javari] na confluência do Ituí com o Itaquaí, de modo a assegurar a integridade das áreas, ao menos no que diz respeito aos dois rios. (Costa 2007: 149)

Os moradores não-indígenas foram lentamente retirados. No rio Itaquaí, o último morador não-indígena deixou a área apenas em 2000. Em 2011, além da já referida Base/FPEVJ na confluência dos rios Ituí e Itaquaí, a FUNAI conta com mais dois postos de vigilância e proteção (PVP): um no rio Quixito e outro no Jandiatuba. Atualmente, "a falta de fiscalização ainda permite que madeireiros, caçadores e pescadores ilegais atuem em certas regiões" (Matos 2009: 62). Na última assembléia da UNIVAJA (União dos Povos Indígenas do Vale do Javari), realizada em abril de 2011,

---

36 Um exemplo de descaso da Petrobrás com os índios moradores das terras prospectadas pela empresa é o monte de "tralhas" que a petroleira deixou para trás no rio Jandiatuba - como registrado em documento da FUNAI (1998: 138). Este tipo de descaso pode ser suficiente para matar por contaminação todo um grupo de índios que vivem em isolamento.

um dos temas principais foi a invasão por pescadores, caçadores e madeireiros na TI especialmente na região dos rios Curuçá e Jaquirana e no limite sul (perto da divisa com o estado do Acre), onde já se registra desmatamento próximo à TI Vale do Javari. As diversas frentes de expansão agropecuária avançam das cidades de Cruzeiro do Sul (AC), Ipixuna e Eirunepé (AM) em direção à área indígena. A FUNAI também considera como ameaças atuais aos povos "isolados" da TI Vale do Javari "o asfaltamento da BR que liga Rio Branco a Cruzeiro do Sul no Acre, e a construção da estrada que liga esta última à Pucallpa, no Peru – uma cidade madeireira (...). Há ainda outras situações, tais como a intensificação da atividade do narcotráfico na região, a atividade missionária e a insistente invasão de pescadores, entre outros" (FPEVJ 2011b).

Apesar de terem a terra garantida pela homologação e registro, os povos indígenas do Javari ainda enfrentam graves problemas na área de saúde. Como comentou Coutinho, a crise epidemiológica que assola os índios que vivem na TI Vale do Javari não é de ordem subjetiva, mas embasada em dados muito concretos e verificáveis, além de serem do conhecimento de diversos órgãos federais:

> as comunidades e lideranças indígenas do Vale do Javari fazem uma avaliação bastante severa a respeito das providências (que não vem sendo) adotadas para fazer frente à situação sanitária vigente na área do Distrito Sanitário. A fala dos índios traduz frequentemente uma sensação de abandono pela falta de perspectivas para a solução de um estado de caos sanitário e degradação das condições de saúde em suas comunidades. Essa condição suscita, cada vez mais, um sentimento coletivo de tristeza ou nostalgia que, individualmente, é expresso pelos termos *oniska* (Marubo), *uënësquio* (Mayoruna), *sinanec* (Matis) ou *mahuan* (Kanamari). (Coutinho 2008: 167)

O Decreto 7.336/2010 oficializa a criação da SESAI (Secretaria Especial de Saúde Indígena), no Ministério da Saúde. As ações de atenção básica à saúde da população indígena deixariam de ser feitas pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), e passariam a ser executadas diretamente pelo Ministério da Saúde. Em 20 de abril de 2011, é publicada a portaria no. 253 que "prorroga o prazo de efetivação da transição da gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena para o Ministério da Saúde até o dia 31 de dezembro de 2011" (BRASIL 2011a).

Isolados

ISOLADOS E FRAGILIDADES EPIDEMIOLÓGICAS

A situação de calamidade da saúde dos povos indígenas do Vale do Javari incide também nos diversos povos indígenas isolados e de recente contato que habitam a região, com os agravantes decorrentes da alta vulnerabilidade epidemiológica destes grupos diante de doenças infecto-contagiosas tais como malária, gripe, tuberculose, mansonelose, hepatites virais e DSTs.. Um relatório da FUNAI datado de 1995 já registrava esse temor (Coutinho 2008: 136). A questão não é novidade para o Ministério da Justiça/FUNAI, tampouco para o Ministério da Saúde, como provam diversos documentos federais (Amorim 2008; Coutinho 2008, 2011). Alertas a esse respeito são motivo de diversos relatórios e documentos, como vemos no trecho a seguir, mas até agora nenhuma ação

permanente foi tomada para organizar e executar um planejamento eficiente de assistência de saúde e vacinação aos povos que se encontram em maior risco,

Os 18 registros de grupos de índios "isolados"[37] são listados pela CGIIRC/FUNAI nos seguintes locais, separados por calha de rio:

> Grupos de índios isolados: **Rio Jaquirana:** 1) igarapé Batã/Amburus, **Rio Curuçá: 2**) rio Quixito/igarapé do Maia, 3) igarapé São Salvador/Pedro Lopes, 4) igarapé Flecheira; **Rio Ituí** 5) igarapé Arrojo/Cravo/Alto Ituí, 6) rio Coari: grupo local Korubo, 7) igarapé Tronqueira: grupo local Korubo, 8) igarapé Pentiaquinho, **Rio Itaquaí:** 9) igarapé Lambança: grupo local Korubo, 10) igarapé São José, 11) rio Branco: grupo local Korubo; **Rio Jandiatuba:** 12) igarapé Alerta, 13) igarapé Inferno, 14) rio Bóia, 15) igarapé Lobo/Jutaizinho, **Rio Jutaí: 16**) Alto rio Jutaí/igarapé Nauá, 17) igarapé Urucubaca (*Tsohonwak-dyapá*) e 18) igarapé Preto. (Amorim 2008: 2)

Em 2008, Coutinho registrara:

> Recentemente [note-se que o documento é de 2008], noticiou-se um novo alerta emitido pela FUNAI sobre a contaminação dos povos indígenas sem contato que ocupam o Vale do Javari. De acordo com o atual Coordenador Geral de Índios Isolados do órgão, Elias Biggio, "*a possibilidade de contaminação por doenças infecto-contagiosas dos indígenas que vivem sem contato com a sociedade no Vale do Javari (AM) representa motivo de preocupação*". Considerando que os Korubo ainda isolados tinham se aproximando diversas vezes das margens do rio Ituí durante o ano de 2007, a Frente de Proteção julgava – caso houvesse algum contato de índios isolados com não-índios – que seria preciso realizar uma "*imediata operação conjunta*" da FUNAI e da FUNASA para proceder a vacinação do grupo. Além disso, o Coordenador da FUNAI expressou sua apreensão pelo fato de parte dos índios isolados vir procurando, esporadicamente, estabelecer contato com os Matis e Kanamari que transitam pelos rios Ituí e Itaquaí. Para ele, "*o problema da aproximação entre índios contatados (pela FUNAI) e índios isolados é que esses índios hoje são portadores de determinados vírus, como o da gripe, que pode ser fatal para os não-contatados*". Embora a reportagem [da Agência Brasil] não mencionasse, este temor também inclui, evidentemente, a transmissão de agentes virais igualmente deletérios em termos de morbidade e mortalidade a longo prazo, como os causadores dos diversos tipos de hepatite. (2008: 139, *sublinhados nossos)*

O analista pericial em Antropologia do Ministério Público Federal baseava seu temor em dados bem concretos e documentados pelos órgãos competentes ligados ao Ministério da Saúde, que haviam sido "remetidos a PR/AM pelo ofício no. 487/GAB/CORE-AM". Trata-se do resultado de inquérito sorológico do pequeno grupo Korubo "contatado" em 1996, cujos resultados copiamos de Coutinho (2008: 138-139) e reproduzimos no presente diagnóstico (ver página 20, item 2.1.1).

---

37 Para maiores reflexões sobre os termos "isolado" ou "de recente contato", consulte Azanha & Octavio (2009).

O mesmo documento comentava sobre o risco e a desatenção a que estavam submetidos também os Tsohom-Dyapá, com pleno conhecimento da FUNAI que, em 2001, realizou uma expedição àquela comunidade e constatatou o seguinte:

> Durante a expedição Alípio Bandeira, promovida pela FUNAI em 2001, essa maloca tukano [Tsohom-Dyapá] foi visitada por integrantes da FPE-VJ, constatando-se que esses índios mantinham "*relações sistemáticas com os Kanamari da comunidade Queimado, inclusive compartilhando como residência a mesma comunidade... sem nenhum auxílio médico especial ou acompanhamento indigenista*". As poucas informações colhidas pela FPE-VJ demonstram que "*é frágil a integridade física*" dos Tukano [Tsohom-Dyapá], "*porém não existem dados precisos acerca da proliferação de doenças e conseqüentes mortes, entre aqueles que travam contatos permanentes e intermitentes com os Kanamari. As atitudes não hostis, ironicamente, os colocam em risco de vida*". (Coutinho 2008: 141 – grifos do autor)

Em 2008, Fabrício Amorim, atual coordenador da FPEVJ/FUNAI, escrevia:

> uma enorme preocupação da Frente, além – obviamente – da saúde dos povos contatados, é que tais surtos superem a barreira cultural e geográfica existente entre os grupos contatados e os grupos isolados, e que estes últimos sejam atingidos. Doenças como hepatites, malária, ou até uma simples gripe pode desencadear um veloz processo de extermínio entre grupos que permanecem em isolamento, autóctones. Os isolados mais expostos a tais fatalidades são, sobretudo: os índios isolados do Quixito, região com maciça presença de madeireiros e com altíssimo índice de casos de malária; os Korubo do rio Branco e rio Coari, que se expõe freqüentemente às margens dos respectivamente rios Itaquaí e Ituí e que travam contatos diretos com indígenas Matis e Kanamari, ambas as populações indígenas com freqüentes surtos de malária e outras enfermidades; os Tsohonwak-dyapá [Tsohom-Dyapá] que travam contatos freqüentes e sistemáticos com os Kanamari do rio Jutaí; e os isolados do igarapé Flecheira, que ocupam a mesma região onde residem os [Mayoruna/] Matses da comunidade Nova Esperança, no rio Pardo, esses como já dito durante o documento, são 'simpáticos' à idéia de os contatar. Nova Esperança é uma recente colocação [Mayoruna/]Matses, que, assustados com as crescentes mortes ocasionadas pelas hepatites, migraram do rio Jaquirana para o rio Pardo, uma região muito próxima à área de ocupação dos isolados do [igarapé] Flecheira. Aliás, essa é uma outra conseqüência: a migração de grupos contatados para áreas próximas à presença de agrupamentos de índios isolados, motivados em grande parte pelas mortes desencadeadas pelas doenças, especialmente, pelas hepatites. Ao se aproximar dos índios isolados, os grupos contatados aumentam a possibilidade e potencializam eventuais situações de contato, diretas ou indiretas, pacíficas ou violentas, aumentando também a chance da proliferação de doenças nas quais os isolados são frágeis. (Amorim 2008: 33, sublinhados nossos)

Até 2011, não foi realizada nenhuma "imediata operação conjunta" da FUNAI e da FUNASA ou da SESAI (Secretaria Especial de Saúde Indígena, atual órgão responsável) para efetuar a vacinação do

grupo Korubo de contato recente (no caso específico da vacinação, o trabalho deve ser direcionado à população do entorno, ou seja, os Kanamari, Matis e profissionais que transitam na área) que aparece de forma cada vez mais constante nas margens dos rios Ituí, Itaquaí, Coari e Branco. Estes, assim como os Tsohom-Dyapá, encontram-se sem vacinação e sem assistência médica do governo brasileiro, apesar de manterem diversos encontros com os demais índios e também não-índios nos últimos anos.

Não há inquéritos sorológicos ou dados concretos sobre esses povos, cuja responsabilidade e proteção oficial encontra-se a cargo da CGIIRC da FUNAI. Abaixo, apresentamos informações atuais que conseguimos reunir sobre a situação de fragilidade epidemiológica desses povos que vivem sem contato permanente com os demais povos do entorno.

KORUBO "ISOLADOS" NOS RIOS COARI, ITAQUAÍ, BRANCO E ITUÍ

O grupo Korubo considerado "isolado" vive entre a confluência dos rios Coari e Branco e aparece também pelas margens dos rios Itaquaí e Ituí. Desde 2005, tornam-se cada vez mais comuns os relatos de contato, troca e interação entre esses Korubo e índios dos povos Matis, Kanamari e Marubo. Diversos encontros foram registrados pelas equipes de saúde que sobem e descem o rio Itaquaí a caminho do Pólo-Base Massapê. Há também uma filmagem realizada em junho de 2007 pela CGIIRC/FUNAI, que trata do encontro da equipe da FPEVJ com alguns Korubo do grupo que vive próximo ao rio Coari.

As informações a seguir foram publicadas no site da FPEVJ (2010a; 2010b):

> Durante a viagem de volta para o posto da FPEVJ, na confluência dos rios Ituí e Itaquaí, a equipe registrou o aparecimento de um grupo de índios isolados Korubo, nas margens do rio Itaquaí, onde se vê aspectos preocupantes: uma mulher Korubo portando uma camisa. O fato reforça a necessidade urgente de analisar esses contatos entre os grupos indígenas contatados e isolados no Vale do Javari. A roupa expõe os isolados a doenças infecto-contagiosas, como a gripe e a tuberculose, além de doenças de pele. Vale lembrar que os Kanamari sofreram com mortes por tuberculose nos últimos anos. Segundo Fabrício Amorim, a roupa provavelmente foi cedida por indígenas Kanamari, que afirmaram já terem presenteados os Korubo com algumas roupas e outros objetos" (...).
>
> Quando em passagem por esse ponto, e nas vezes que os Korubo estão presentes, estes últimos costumam chamar, pedir objetos tais como terçados, machados e farinha, no que costumam ser atendidos pelos Kanamari - uma situação semelhante costuma ocorrer no rio Ituí, envolvendo o contato entre os isolados e indígenas Matis e Marubo. Esses contatos colocam em risco a integridade dos Korubo, potencializa o contágio de enfermidades que poderão ser fatais aos isolados.
>
> Os Korubo falam uma língua da família Pano, logo não é possível haver conversações inteligíveis entre eles[38]. Por ora, não se identificaram quais as-

38 Conversações inteligíveis se dão, no entanto, de diversas outras maneiras e não apenas através de uma língua que seja mutuamente compreensível. Além disso, diversas palavras de um povo "contatado" já são conhecidas por aqueles que são considerados "isolados", como, por exemplo, a palavra Kanamari "– *tahuari*" o era para os Matis antes da época do contato com a FUNAI (Arisi s/d).

> pectos sociais ou culturais que motivam os Kanamari a atenderem aos pedidos dos Korubo. Talvez seja uma forma de manter e incentivar uma relação regida pela troca, talvez pautada por sentimentos de pena, de curiosidade, ou quaisquer outras motivações ainda não observadas.
>
> Os Kanamari do rio Itaquaí fotografaram recentemente [os] Korubo isolados no rio Itaquaí. Na ocasião, os Kanamari deram[-lhes] dois peixes e um cacho de bananas. Nas fotos é possível observar, por exemplo, que uma criança porta colares. Um deles é um colar tradicional Kanamari, enquanto os outros são colares de miçangas, que nos fazem questionar como essas miçangas foram parar ali. Esse é considerado um artigo de luxo no Vale do Javari, pois é muito inacessível e caro – é possível comprar apenas em um comércio na cidade colombiana de Letícia, raramente freqüentado pelos Kanamari e em Cruzeiro do Sul. Em Letícia, um saco pequeno de contas custa R$ 50,00. Segundo Fabrício Ferreira Amorim, [coordenador da FPEVJ,] "a foto nos faz pensar que outros agentes podem estar também efetuando contato e dando esses artigos. FPEVJ (2010a; 2010b)

Os Matis também possuem fotografias de algumas ocasiões em que se encontraram com os Korubo considerados "isolados".

O coordenador e o geógrafo da FPEVJ/FUNAI sustentam que "o crescimento demográfico, o aumento dos casos de doenças entre os contatados, a reocupação de territórios tradicionais, a segurança dos grupos indígenas isolados em se expor cada vez mais, são alguns dos fatores que vêm ocasionando uma maior aproximação entre grupos isolados e contatados". Amorim & Coelho (s/d: 1).

As ações da FUNAI tem tentado evitar o contato entre os índios "isolados" e "contatados". Em junho de 2009, foi realizada uma reunião com 30 lideranças indígenas das diversas etnias na Base da FPEVJ para tratar, entre outros assuntos, sobre a fragilidade epidemiológica dos índios "isolados" e de "recente contato". Consta nesse documento o seguinte:

> Quando os Korubo voltaram a aparecer no rio Itaquaí, a Frente [FPEVJ] deslocou uma equipe para a região onde ocorreram os contatos recentes [em 2008] com a finalidade de evitar que outras aproximações fossem concretizadas com os Korubo. Outro propósito consistia em procurar estabelecer uma comunicação com os isolados procurando convencê-los a não se aproximarem das canoas, caso contrário poderiam contrair doenças que os levariam à morte. (FUNAI 2009: 2).

A fim de colocar em prática a política do governo brasileiro, a CGIIRC/FUNAI começou a desenvolver um projeto com os Matis. Em setembro de 2010, a FPEVJ iniciou o projeto *Maë Xëni* (Roças Antigas), cujo objetivo é "[sensibilizar] os Matis sobre a necessidade de proteção dos Korubo isolados, seus vizinhos territoriais" (FPEVJ 2010b).

> O projeto pretende conciliar uma demanda da FPEVJ com os anseios dos Matis: retomar laços culturais adormecidos e reocupar antigas áreas de ocupação, estas ainda mais próximas aos Korubo. (...) Por um lado a pro-

> ximidade destes grupos se torna cada vez mais forte – principalmente pela reocupação do [rio] Coari pelos Matis – e de outro pela dificuldade de uma relação de plena confiança da Frente de Proteção com os Matis, o que dificulta ações de proteção dos Korubo isolados. (...) Como vimos, alguns Matis insistem em fazer o contato mesmo que digam que não o fazem", explica Vicente Coelho, geógrafo da FPEVJ. (2010b).

A "reocupação do Coari" se refere a uma terceira aldeia Matis que vem sendo estabelecida desde 2006 quando um grupo de irmãos abriu roça perto do rio Coari, território considerado pelos Matis como de sua ocupação tradicional. Em 2010, a comunidade passou a existir "oficialmente" (reconhecida pela FUNAI) com a mudança de algumas famílias para o local.

Esses encontros cada vez mais freqüentes podem significar que as relações entre os Korubo do Coari com os Matis, Kanamari e Marubo, bem como destes Korubo considerados "isolados" com os não-indígenas da própria FPEVJ e equipes de saúde, indiquem um movimento interno do próprio grupo de razões ainda desconhecidas. Não se sabe se partem de dilemas, necessidades ou desestruturações das comunidades isoladas ou, por outro lado, se estão relacionadas às lógicas de movimentação populacional que sempre caracterizaram os coletivos amazônicos. Essas relações entre os povos em muito precedem a existência dos não-indígenas na região e, desta forma, precisam ser levadas em conta pelas políticas de observação e proteção governamentais, a fim de que se tornem mais eficazes e acuradas.

A FPEVJ identificou também acampamentos provavelmente pertencentes a não-indígenas em áreas próximas àquelas onde os Korubo costumam circular:

> Ano passado a equipe da FPEVJ localizou um acampamento com características não-indígenas próximo ao local onde os Korubo isolados aparecem. (...) é importante mencionar que, mesmo com todo trabalho da FPEVJ, ainda há invasões esporádicas, por parte de pescadores e caçadores. Devido às dimensões da Terra Indígena e a dificuldade de vigiar uma área de mais de oito milhões de hectares de floresta amazônica, torna-se impossível assegurar uma proteção a invasões totalmente eficaz. (FPEVJ 2010a)

Como já mencionado, desde 1995, um dos temores da FUNAI é a transmissão e disseminação de doenças infectocontagiosas dos povos que estão em contato com a sociedade brasileira entre os povos considerados "isolados".

KORUBO – GRUPO "CONTATADO"

Além dos Matis, dos Kanamari e da presença de acampamentos não identificados próximos às áreas de ocupação dos Korubo "isolados" dos rios Coari, Itaquaí, Branco e Ituí, há também os seus "parentes" próximos, aqueles Korubo em contato com o governo desde 1996. Os "Korubo contatados" em 1996 tem duas comunidades no rio Ituí (maloca de Mayá e Xixú e maloca de Ta´van e Moná). De acordo com o documento do MPF:

> os resultados dos exames efetuados [em 2004, com o grupo de Korubo contatados] para os marcadores da hepatite B foram remetidos ao conhecimento da Frente de Proteção por meio do Ofício no. 51/05-LAFRON, concluindo-se

> que, das 21 amostras analisadas, apenas 1 (proveniente de um mulher de 44 anos) havia demonstrado reatividade ao anti-HBc (infecção passada), 13 foram reativas ao anti-HBs (imunidade vacinal) e 8 não foram reativas a quaisquer marcadores do VHB (ausência de imunização). (Coutinho 2008: 138)

Em 2007, novo inquérito sorológico é realizado, desta vez pela FUNASA, no qual se verifica que a parcela de Korubo contatados (os mencionados acima, das malocas de Mayá e Ta´van) havia sido infectada nos últimos 12 anos pelos vírus das hepatites A, B, e C.

> De um total de 22 índios Korubo que realizaram os exames em causa, 15 deles (68,18 %) apresentaram positividade para infecção passada por hepatite A (anti-VHA IgG). Dentre esses 15 índios que sofreram a infecção pelo VHA, cerca da metade (7) têm menos do que 10 anos (sendo que, destes, um tem 5 anos e dois têm apenas 2 anos). Além disso, observa-se que, dentre os Korubo submetidos a exame, dois (uma índia de 28 anos e um índio sem indicação de idade) apresentaram positividade para o anti-HBc total e AgHBs negativo, denotando infecção passada pelo VHB. Apesar de não serem constatados casos de infecção crônica pelo VHB, 12 Korubo apresentaram títulos de anti-HBs menores que 10mUI/mL, o que indica uma medíocre taxa de resposta à vacinação, já que mais da metade (54,54%) permanece não imunizada contra a hepatite B. Por fim, dentre os 22 Korubo submetidos a exame, 4 (18,18%) apresentaram positividade para o contato com o vírus da hepatite C (anti-VHC). Todos os 4 Korubo que mostraram reatividade ao anti-VHC são jovens entre 14 e 26 anos, sendo 3 do sexo masculino e 1 do sexo feminino. O *status* preciso da infecção pelo VHC nestes 4 Korubo, inclusive quanto à cronicidade, somente poderão ser apurado quando os mesmos forem submetidos ao teste pela PCR (RNA-VHC). De qualquer modo, ainda que se constate a infecção crônica pelo VHC após a realização de exames complementares, é bastante improvável que se considere viável, no momento, submeter os Korubo ao tratamento do interferon associado à ribavirina, cuja duração e efeitos adversos são consideráveis. (Coutinho 2008: 138-139, grifos nossos)

Os esquemas de vacinação não foram completados pela FUNASA sequer com o pequeno grupo Korubo contatado em 1996, como indica Oliveira, lingüista que realizou pesquisa com os Korubo, enquanto trabalhava na Base da FPEVJ:

> Em maio deste ano [2009], a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) iniciou um novo esquema de vacinação contra as hepatites em uma parcela da população Korúbo (...), no entanto, a segunda dose da vacina contra Hepatite B foi aplicada após aproximadamente 60 dias. Há casos de aplicação apenas da primeira dose. Além da gravidade de tal situação há ainda o perigo de contágio dos índios isolados, seja nos rápidos contatos esporádicos que ocorrem nas beiras dos rios ou mesmo no caso de um possível contato permanente. (Oliveira 2009: 12)

O analista técnico do Ministério Público já indicara que:

> Na situação atual, é extremamente necessário que se redobrem as medidas de controle das relações dos Korubo isolados com os demais povos indíenas do Vale do Javari, especialmente – por extraordinário que pareça – com o pequeno grupo Korubo já contatado pela FUNAI. Um outro grupo indígena semi-isolado, por assim dizer, em situação de risco sanitário é o povo Tukano da família lingüistica Katukina, denominado *Tsohom Dyapá (*Coutinho 2008: 140, grifos nossos).

Coutinho sugere que se redobrem as medidas de controle, pois o pequeno grupo Korubo já contatado pela FUNAI representa um risco para seus parentes considerados como vivendo "em isolamento". Os Korubo contatados somam um grupo entre 20 e 25 pessoas, cuja maioria é de crianças. Coutinho registrara que "um Korubo de contato recente estava "*cobrando da equipe da FPEVJ que consiga uma mulher para ele ou que o leve até o rio Coari para pegar uma esposa*" entre os Korubo isolados" (2008: 143). Consideramos, assim, que as soluções do governo federal para o alto risco de infecção dos Korubo, muito embora partam de uma ação fundamental e bem sucedida de proteção a povos em condições similares, precisam levar em consideração as lógicas de movimentação de tais coletivos. As ações de proteção das infecções devem ser feitas em conjunto com processos sociais também vitais para os povos do Vale do Javari, que estabelecem formas de relação muitas vezes ignoradas pelo ponto de vista não-indígena e que, desta maneira, demandam esforços imediatos de pesquisa qualificada.

TSOHOM-DYAPA

Como já registrado acima, o documento do Ministério Público também alertava para a "situação de risco sanitário" em que se encontra o povo Tsohom-Dyapá, de língua Katukina (Coutinho 2008: 140). As informações sobre esse povo continuam sendo muito escassas e não há acompanhamento sistemático de sua situação de saúde. Os Tsohon-Dyapá (Povo Tucano) são índios considerados pela FUNAI como "isolados" ou de "recente contato", "apesar de parte deles terem mantido contato com os Kanamari e, esporadicamente, com vizinhos regionais" (ISA 2011). A própria CGIIRC/FUNAI informa em documento que "os Tsohonwak- dyapá do igarapé Urucubaca são considerados pela CGIIRC um grupo isolado (ver tabelas[39]), mesmo estes já travando contatos constantes com os Kanamari, fazendo uso de diversos objetos importados, e itens "transformadores culturais", tais como roupas, instrumentos de metal e estilo das moradias".

Eles vivem na região interfluvial entre o Jutaí e o Jandiatuba, principalmente no entorno das cabeceiras do rio Curuena. Os Kanamari mantém com eles contato e afirmam que falam a mesma língua e se entendem mutuamente.

> (...) De acordo com Coutinho Junior, foram registradas nos anos de 1950 e 1960 diversas relações dos Tsohom-dyapa com seringueiros ou madeireiros, algumas delas perduraram por alguns anos. Nos relatos que remontam aos anos 50, seringueiros afirmaram que um dos indígenas, talvez o tuxaua, falava razoavelmente bem o Português, língua compreendida em menor grau por outras pessoas do grupo. Alguns moradores não-indígenas contaram a membros da Opan (Operação Amazônia Nativa), no final dos anos 70 e começo

39 Ou a lista de Grupos Isolados por calha de rio que consta nesse mesmo documento e que copiamos acima, na página 39 do presente documento.

> dos 80, como muitos desses encontros eram amistosos. Os índios pediam sal, negociavam carne de caça por ferramentas de metal ou comiam tracajás e ovos na casa de alguns ribeirinhos, os quais eram visitados duas vezes por ano. Os índios não roubavam nada quando os ribeirinhos estavam ausentes, mas às vezes ameaçavam para que estes não adentrassem sozinhos na floresta. Dois indígenas, entre eles o "tuxaua", teriam contraído gripe em uma dessas ocasiões e morrido. O grupo teria então se retraído, por medo de feitiço, mudado para o igarapé Dávi e circulado também na região das cabeceiras do igarapé Maloca, afluente esquerdo do alto rio Jutaí (Coutinho Junior, 1998). (ISA 2011)

Se os Kanamari são tratados com grande preconceito e menosprezo na política regional, considerados no contexto regional como uma espécie de "os outros dos outros" (Costa 2006), podemos afirmar que os Tsohom-dyapá seriam então os mais abandonados pela assistência federal entre todos os povos Kanamari que vivem na TIVJ, seriam "os outros dos outros dos outros" ou ainda poderiam entrar na categoria de "índios ignorados", do ponto de vista da responsabilidade federal acerca de sua assistência médica e bem estar.

Os pesquisadores que trabalham na TIVJ sequer tem acesso ao número de Tsohom-dyapá que vivem na comunidade que se encontra dentro da TIVJ. Esse povo está totalmente esquecido e abandonado pela política pública à sua própria sorte.

> Os *Tsohonwak-dyapá* possuem características não belicosas e desde sempre travaram contatos esporádicos, seja com os antigos seringueiros que residiam em sua área de ocupação, que os engajavam no trabalho, seja com indígenas em contato freqüente com as frentes de expansão nacionais. (Amorim 2008: 27)

Como afirma Costa, autor do verbete sobre o povo: "Ninguém sabe qual foi o impacto da ação da Petrobrás sobre os Tsohom-dyapa que se mantêm isolados [nos anos 80]; também não se sabe o impacto que teve para eles a demarcação da Terra Indígena Vale do Javari, onde vivem hoje. Como se pode notar, sabe-se muito pouco sobre os Tsohom-dyapa" (ISA 2011). Funcionários da FUNAI realizaram visitas na aldeia dos Tsohom-dyapa em 2001, acompanhados por uma equipe de jornalistas do jornal *O Estado de São Paulo*, mas não tivemos acesso a qualquer relatório da FUNAI e, até onde sabemos, não havia equipe médica acompanhando a viagem.

FLECHEIROS DO IGARAPÉ SÃO JOSÉ

Os Kanamari que vivem no Itaquaí os chamam de Warikama-dyapa (capivara-dyapa), "aplicando a eles, desta forma, um nome idêntico aos nomes de seus subgrupos, a maior unidade sociológica reconhecida pelos Kanamari. Da perspectiva Kanamari, isso significa que os Flecheiros são uma coletividade com a qual relações diferentes da guerra/predação[40] podem ser vislumbradas, mesmo se permanecem não-atualizadas" (Costa, com. pessoal 2011).

---

40 "Os Kanamari os distinguem dos demais grupos pano, que não podem receber um nome idêntico aos nomes de subgrupos. Ou seja, os grupos pano que não recebem tais nomes são inimigos com os quais não se pode estabelecer relações positivas. Até onde sei, só três grupos pano recebem [dos Kanamari], em alguns contextos, nomes de subgrupos: além dos Flecheiros temos os Matis (Paca-dyapa) e os Kulina-Pano (Urubu Rei-dyapa)." (Costa, com. pessoal 2011)

Em sua tese, Costa registrou narrativas de uma expedição que os Kanamari empreenderam há cerca de 30 anos a uma aldeia dos Flecheiros a fim de "pedir para os flecheiros não matarem mais brancos, pois João Dias [Kanamari] tinha sido acusado e preso por causa da morte da mulher de um ribeirinho que havia antes matado uma menina Flecheira" (Costa 2009: 129). Na aldeia Flecheira, os Kanamari se encontraram com uma mulher Kanamari raptada pelo grupo no passado.

As informações mais recentes disponíveis sobre os "Flecheiros" do igarapé São José, afluente do rio Itaquaí, estão no site da FPEVJ (2010a):

> (...) não há relatos atuais – por ora - da presença dos "Flecheiros" próximo das margens do rio Itaquaí, nem dos Kanamari próximo das moradias deles. Imagens de satélite vêm a confirmar isso, há pequenas clareiras abertas a pouca distância do curso do igarapé, bem como clareiras localizadas há menos de 15 km da comunidade Bananeira, o que demonstra certa tranqüilidade por parte dos isolados do São José. Em 2008, Ananda Conde [, da CGIIRC/FUNAI,] executou uma viagem ao longo do rio Itaquaí, visitando as comunidades Kanamari. Na ocasião colheu as seguintes informações, registradas em seu relatório:
>
> "Falamos com o senhor Valdemar (...) ele nos informou que está havendo aparição de flecheiros próximo a casa dos Kanamari na aldeia Bananeira. Não temos nenhuma informação segura sobre a região ou qualquer controle, mas as cabeceiras do Igarapé São José se aproximam bastante da aldeia Bananeira, de forma que tal fato é bem possível. Em conversa com o colaborador indígena João Maku Kanamari, no PIVP Quixito, ele me informou que os índios isolados são vistos em quatro aldeias (Duas Bocas, Siberinho, São Vicente e Bananeira) e que eles aparecem, roubam machados, terçados e enxada. Informou ainda que os índios isolados jogam pedra nas roças e que roubam suas macaxeiras, também possuem um caminho conhecido pelos Kanamari, onde os Kanamari caçam, mas que não têm tido contatos agressivos ou diretos. Eduardo Kanamari esteve no Ig. São José, onde encontrou bananeiras derrubadas e considerou que era de índios isolados, tendo retornado com medo de encontrar os índios."
>
> É digno de nota que alguns Kanamari denominam os Flecheiros do São José de Warikama Djapá[41], da mesma forma que aqueles isolados do alto rio Jutaí. A Frente de Proteção Etno-ambiental do Vale do Javari (FPEVJ) considera-os agrupamentos distintos, sobretudo devido a diversos relatos que indicam diferenças na cultura material e de aspectos e ornamentos corporais. Não se descarta, entretanto, que travam algum tipo de relação e contato, nem a possibilidade de falarem línguas semelhantes. Através de sobrevôos e imagens de satélite é possível aferir que as moradias e roças de ambos os agrupamentos localizam-se em regiões distintas e bem delimitadas. (FPEVJ 2010 a, grifos nossos)

41 Capivara-djapá, conforme explicado acima com base em informações do antropólogo Luiz Costa (com. pessoal 2011).

ISOLADOS DO ALTO IGARAPÉ PEDRA

Dispomos apenas das informações veiculadas no site da FPEVJ:

> Conforme relatório de Ananda Conde, os Kanamari dão informação sobre a presença de isolados nesse igarapé: [não entendi se esse trecho está dentro ou fora da citação
> "Segundo ele, sua filha viu quatro índios pintados em um coxo, dentro do Igarapé São Vicente, eram grandes fortes, carecas e estavam pintados. Outra pessoa informou a ele que ouviram barulho de derrubada de madeira entre os rios Imaculada e São Vicente, eles suspeitam que os isolados estão abrindo roça nessa região. Também foi encontrado, no rio Chôa um remo grande de fazer caiçuma. Há também relatos de índios aparecendo no alto Ig. Pedra, sobre os quais se tem menos informações do que sobre os referidos anteriormente." (FPEVJ 2010a, grifos nossos)

ISOLADOS DO RIO QUIXITO

Em notícia publicada dia 29/04/2011, o site da FPEVJ informa que em novembro de 2010, um sobrevôo localizou e fotografou (abaixo há uma reprodução dessa foto) um longo tapiri que provavelmente é do grupo de "isolados do rio Quixito". Ainda não há confirmação, mas poderia ser o mesmo grupo com quem o sertanista Sydney Possuelo e outros funcionários da FUNAI mantiveram um rápido encontro em 1978, cujas diversas fotos estão disponíveis na publicação do CEDI (Ricardo *op cit*: 104-108). De todos modos, o grupo conhecido apenas como "isolados do rio Quixito" parece ter realmente optado pelo isolamento voluntário.

A região é particularmente frágil do ponto de vista epidemiológico, uma vez que uma das margens do rio Quixito está fora da área da Terra Indígena. As informações são da FPEVJ (2011):

> O Serviço de Proteção Etnoambiental do rio Quixito, um posto da FPEVJ, constatou que a maior parte das invasões da Terra Indígena, parte desses grupos de madeireiros. Há, inclusive, vestígios de invasões em locais muito próximos das áreas de ocupação dos índios isolados. A situação se torna mais grave ao se somar a incidência continua de pessoas acometidas por malária, já que é possível que os protozoários responsáveis pela enfermidade sejam levados às moradias de índios isolados, por conta da proximidade das invasões. Sabe-se que tal enfermidade é letal, sem que haja tratamento adequado[sic]. Além da malária, há a presença de outras doenças infecto-contagiosas, como a gripe, a hepatite e a tuberculose[42]. Tais enfermidades podem causar inúmeras conseqüências aos grupos de índios isolados, como a mortalidade em longa escala (dizimação), a desestruturação social e a dis-

42 Quer dizer, o acometimento por malária da população do entorno e que contamina os mosquitos com os protozoários responsáveis pela doença, por sua vez, pode vir a contaminar os índios isolados, por conta da proximidade das invasões. Sabe-se que o tipo letal da doença, a malária falciparum, se não tratada, pode levar à morte. Além da malária, há a presença de outras doenças infecto-contagiosas, como a gripe, a hepatite e a tuberculose

persão do grupo (ou grupos), entre outras coisas desastrosas. No passado, os índios do rio Quixito já tiveram experiências desastrosas com doenças, como muitos grupos de índios ao entrar em contato com a sociedade nacional. João Sulamba, um antigo morador do Quixito que teve contato com os índios isolados na década de 1980, relatou aos membros da FPEVJ que "a primeira vez que eu fui à maloca, veio um puraca me buscar porque tinha um bocado de índio doente com gripe e caganeira. Passei nove dias. Levei muitas caixas de injeção e pastilhinhas de caganeira. Eles têm medo de gripe. A partir disso, qualquer coisinha eles me chamavam para dar injeção".

Há uma foto disponível da maloca, feita a partir de sobrevôo:

Maloca localizada em Novembro. Foto de Fabrício Amorim. (FPEVJ 2011a)

ISOLADOS DO ALTO JUTAÍ

Como não temos outras informações disponíveis com as quais cotejar essas abaixo, nos limitamos aqui apenas a apresentá-las como publicadas no site da FPEVJ (2010 a):

> Como já abordado aqui, os Kanamari temem os Warikama Djapá, sobretudo aqueles moradores do rio Jutaí. Há diversos relatos de ataques dos isolados aos Kanamari. É uma população em franco crescimento, confirmado em sobrevôos recentes e imagens de satélite. (...) Conforme relatório de Ananda Conde, os Kanamari dão informação sobre a presença de isolados nesse igarapé: "Segundo ele, sua filha viu quatro índios pintados em um coxo, dentro do Igarapé São Vicente, eram grandes fortes, carecas e estavam pintados. Outra pessoa informou a ele que ouviram barulho de derrubada de madeira entre os rios Imaculada e São Vicente, eles suspeitam que os isolados estão abrindo roça nessa região. Também foi encontrado, no rio Chôa um remo grande de fazer caiçuma. Há também relatos de índios aparecendo no alto Ig. Pedra, sobre os quais se tem menos informações do que sobre os referidos anteriormente." (FPEVJ 2010a)

Percepções Locais

Esta parte tem por objetivo apresentar uma análise e uma reunião de informações sobre as percepções locais (diversas delas, mas sobretudo as dos povos indígenas do Vale do Javari)[43] dos atuais dilemas relacionados à saúde. Trata-se aqui, também, de apresentar alguns pontos centrais dos dados e das análises sobre as relações entre os diferentes sistemas médicos em jogo, o biomédico e o xamanístico. Além se basear na pesquisa de teses, dissertações, artigos, relatórios técnicos, documentos realizados por organizações indígenas e não-governamentais e por antropólogos nos últimos anos (entre os quais os de nossa produção), esta parte conta, também, com informações recolhidas em viagem de campo de dez dias (em março e abril de 2011) feita pela antropóloga Barbara M. Arisi e pela médica Deise Alves Francisco. Ao longo de tal etapa, foi possível realizar conversas e entrevistas com índios e profissionais da equipe de saúde que vivem e/ou trabalham na TI Vale do Javari, aplicar questionários para profissionais de saúde (enfermeiros e técnicos/auxiliares) em Atalaia do Norte e Tabatinga (AM), com perguntas fechadas e abertas, além de organizar a agenda de recursos humanos regionais nas áreas de antropologia da saúde e etnologia (veja nos anexos a esse relatório).

COSMOLOGIAS MÉDICAS: ENCONTROS E DESENCONTROS ENTRE XAMANISMO E BIOMEDICINA

> *Dança do Chapu (do algodão), explica-me Estevão Marubo, é "como a flor do algodão, abre-se e as panas de algodão voam, Maëpa e os outros jovens dançam de mãos dadas, são a flor do algodão. Como a paina, abrem-se e as sementes voam leves pelo ar, assim o pajé vai espalhar, vai tirar a doença da gente, de todos nós que estamos dentro da maloca".* Arisi, diário de campo 2011.

> *O confronto cultural entre o mundo indígena ameríndio e a medicina do universo ocidental corre o risco de gerar graves rupturas de comunicação e aceitabilidade de propostas de tratamento se não forem respeitadas premissas básicas fortemente embasadas na antropologia*. Médico-cirurgião da FOIRN (Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro), Espellet-Soares (2007: 19)

Hecatombes demográficas se abateram sobre vários povos do Vale do Javari decorrentes das "doenças do contato", como demonstra a tabela populacional Matis reproduzida abaixo, bem como o gráfico de óbitos produzido pelo Centro de Trabalho Indigenista. As diversas mortes por hepatite B e Delta fazem com que o medo de "morrerem todos" seja atual e fundado em dados muito concretos, como os registrados pelos já referidos documentos do Ministério Público (Coutinho 2008, 2011). Em um documento dedicado ao problema da saúde no Vale do Javari, o Centro de Trabalho Indigenista diz que "nos últimos 11 anos (de 2000 a 2010) a Terra Indígena Vale do Javari registrou pelo menos 325 óbitos[44]. Em 11 anos já morreu 8 % da população dessa terra indígena. Em média uma morte a cada 12 dias." (CTI 2010)

---

43 Embora a ênfase seja dada aos dados relativos à percepção dos índios, o termo "local", é entendido de forma abrangente e simétrica, de modo a incluir todos agentes envolvidos: indígenas e/ou profissionais da saúde, Agentes Indígenas de Saúde (AIS), auxiliares, técnicos, enfermeiros, médicos e demais terceirizados que atendem em aldeias, CASAI (em Atalaia do Norte e Tabatinga), Fundação de Vigilância Sanitária, Hospitais Regional de Atalaia e de Guarnição de Tabatinga, DSEI, membros do CONDISI, entre outros.

44 Desses 325 óbitos, 291 foram obtidos junto aos dados do próprio DSEI – Vale do Javari, 34 foram obtidos através de dados de campo do próprio CTI e da associação Kanamari – AKAVAJA. Ressaltamos que os dados de óbitos aqui não são totais, eles representam o mínimo do período já que se verificou que vários óbitos do período não estavam no banco de dados do DSEI, como por exemplo, vários óbitos por suicídio e por hepatite B.

TABELA – POPULAÇÃO MATIS

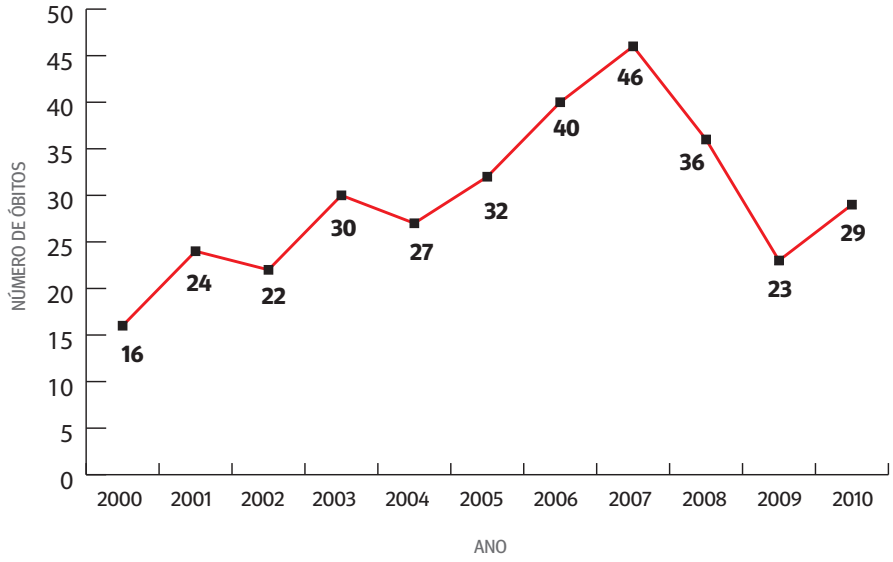
ANO	1979	1980	1982	1986	1987*	1992	1995	2009**
Aldeias	03	05	02	02	02	01	01	02 + ATN
Pessoas	132	138	90	109	83 ou 50	155	176	331

Fonte: Com exceção dos dados marcados por asterisco, de 1987 (Erikson 2002; Arisi 2007), e de 2009, os demais dados são da FUNAI (1998: 78). Os dados de 2009 são do censo realizado por Arisi.

***** Em 2009, o funcionário da FUNAI Claudio 'Triska' Francisco informou à antropóloga Barbara Arisi que os Matis chegaram a ser apenas 50 em 1987, ele era um dos trabalhadores do PIA à época. Conforme dados de Erikson (2002: 179), os Matis eram 83.

****** Esse dado é resultado do Censo elaborado por Arisi. Embora, já exista a terceira aldeia no rio Coari, seus moradores constam junto aos da comunidade Aurélio, rio Ituí. Também o total de estudantes e moradores de Atalaia do Norte que, em 2009, somavam 18 Matis foram recenseados.

NÚMERO DE ÓBITOS NA TERRA INDÍGENA VALE DO JAVARI ENTRE OS ANOS DE 2000 E 2010



Fonte: Centro de Trabalho Indigenista (2010)

Além do impacto direto e brutal das mortes, o contato e a convivência cada vez mais permanente com a sociedade brasileira tem levado os índios ao desafio de se relacionar com as cosmologias não-indígenas sobre corpo, saúde, doença, cuidado, morte. É este desafio que precisa, pois, ser acompanhado, a fim de que as ações relacionadas aos graves problemas de saúde sejam revertidas com eficácia, via a aliança com e o respeito às práticas e aos princípios médicos locais. A Declaração de Alma-Ata da Organização Mundial da Saúde, em 1979, alerta para a importância da colaboração entre xamãs e médicos e recomenda que "a medicina tradicional seja promovida, desenvolvida e integrada onde quer que seja possível com a medicina científica moderna" (Langdon et alli 2006: 2638).

No Vale do Javari, poucas iniciativas foram realizadas no sentido de pesquisar e promover possibilidades de diálogos entre esses sistemas médicos. Entre elas, uma pesquisa de Werlang (2005) buscou reunir um *corpus* de representações indígenas sobre cura e doença e outra, mais recente, foi feita pela ONU no escopo do programa AmazonAids para elaboração de cartilhas sobre prevenção de DSTs (BRASIL 2011b)[45]. Pedro Cesarino (2011) publicou recentemente um denso estudo, derivado

45 O projeto visa desenvolver cartilhas de prevenção de DSTs/Aids. Os materiais encontram-se em fase de elaboração e sua validação deve ocorrer junto aos índios em junho próximo (Ouriques 2011, com. pessoal).

de sua tese de doutorado, sobre o xamanismo dos Marubo do alto rio Ituí, que apresenta descrições detalhadas de rituais de cura, oferece traduções de cantos relacionados a doenças e analisa, a partir de dados linguísticos e etnográficos, as concepções de pessoa e morte, além do que poderíamos chamar de "estados subjetivos" (melancolia, tristeza, apatia) envolvidos em tais processos. Antes de Werlang e Cesarino, Delvair Montagner (1985; 1996) já havia realizado sua pesquisa de doutorado entre os Marubo do mesmo rio, na qual apresenta também uma análise preliminar do xamanismo e algumas traduções iniciais dos cantos relacionados aos seus rituais.

Isso faz com que os Marubo do alto rio Ituí sejam os mais bem providos de pesquisas acadêmicas relevantes para a compreensão dos encontros e desencontros entre cosmologias médicas e xamanísticas, muito embora o tema ainda necessite urgentemente de pesquisas mais aprofundadas, sobretudo no que se refere aos demais povos da região. Há que se mencionar, porém, que tais pesquisas ainda não se difundiram, por exemplo, entre funcionários da FUNAI e, sobretudo, entre profissionais da área de saúde que atuam na região. Isso faz com que ambos sejam despreparados para compreender os complexos problemas de tradução e de mediação entre pontos de vista que ocorrem em contextos interculturais tais como os do Vale do Javari. Nenhum entre os técnicos/auxiliares e enfermeiros que entrevistamos em 2011, por exemplo, havia feito jamais algum curso sobre temas relacionados à antropologia ou, ao menos, que apresentasse informações gerais (sociológicas, antropológicas, linguísticas) sobre os povos com os quais trabalham.

O Ministério Público aconselhava em 2008 a realização de cursos para suprir essa lacuna, pois havia diagnosticado que as conseqüências de tais "desentendimentos" podem acarretar mortes ou suicídios, como lemos no trecho reproduzido abaixo:

> a falta de qualificação para o trabalho no contexto intercultural reflete-se de forma incisiva, justamente, na interface entre os conhecimentos biomédicos e indígenas – e nas proposições decorrentes – relativos a hepatites virais. De fato, em resposta a um quesito elaborado pelo MPF no curso da Ação Civil Púlica no. 2005.32.01.000008-1 a respeito da eventual realização de "*campanhas de esclarecimento*" (III.8) sobre hepatites virais e outras doenças sexualmente transmissíveis nas comunidades indígenas, a FUNASA contestou que "*o esclarecimento sobre a hepatite B ou D, HIV e outros agravos faz parte da rotina do trabalho das equipes multidisciplinares nas aldeias*"240. Com respeito a esse tipo de intervenção, vale observar que, de acordo com a ata da reunião promovida no dia 11.10.2006 na sede do DSEI pelos integrantes de um grupo técnico da FUNASA (Portaria no. 1.277/06), um Kanamari comentou "*que houve palestras na aldeia, e quando pacientes doentes assistiram tais palestras houve 6 suicídios*". Refletindo possivelmente a compreensão endógena sobre o ocorrido e uma avaliação sobre a proposta de ação, o mesmo indígena referiu-se em seguida à "*necessidade de palestras de educação em saúde dentro das comunidades, com instruções para que um não culpe o outro*". No relatório ao qual está juntada a referida ata de reunião, consta a informação de que "*as notícias de que todos os indígenas seriam portadores do vírus da hepatite B*" estariam causando "*desespero e incredulidade quanto as promessas de ação em saúde*". (Coutinho 2008: 146-147, grifos em itálico do autor, grifos sublinhados nossos)

Esperamos que essa Parte II de nosso diagnóstico represente um início de contribuição para a formação de um banco de dados sobre as diferenças de pressupostos relativas ao sistema biomédico (também chamado "biomedicina ocidental") e xamanístico (chamado também de "medicinas tradicionais"). Procuramos mostrar de forma embasada, ainda que sucintamente, as diferenças culturais que estão em jogo na TI Vale do Javari.

A título de esclarecimento inicial, cabe fazer algumas considerações sobre que se chama de "xamanismo" (termo equivalente a "pajelança", no português brasileiro)[46]. Trata-se um sistema de conhecimento milenar referente à atuação de especialistas rituais chamados de xamãs ou de pajés, que são detentores de saberes sistematizados sobre aspectos diversos tais como a farmacopéia da floresta e a fisiologia animal e humana. O xamanismo é tributário de um sistema de pensamento complexo e radicalmente distinto do biomédico, sobre o qual faremos algumas considerações nas próximas páginas. Ao longo do século XX, diversos autores importantes da antropologia se dedicaram a separar o xamanismo dos rótulos inadequados a ele atribuídos pelo senso comum, tais como os de misticismo, charlatanismo, crendice, histeria, entre outros. Essa separação foi responsável pela possibilidade de elaborar pesquisas mais rigorosas, através das quais uma melhor compreensão dos modos de funcionamento do xamanismo tem se tornado cada vez mais viável.

Infelizmente, tais contribuições da antropologia ainda não são ensinadas nas escolas e nos cursos superiores, assim fazendo com que grande parte dos agentes públicos (tais como os da FUNAI e da saúde) possuam apenas concepções simplórias (e injustas) do senso comum sobre o assunto. Problemas complexos surgem, pois, quando tal senso comum entra em choque no convívio intercultural. Em momentos diversos, xamãs treinados, respeitados e dotados de saberes complexos (tais como os *ke chi txo* dos Marubo) encontram suas decisões e saberes desvalidados ou atropelados pelos agentes não-indígenas, acarretando problemas diversos para uma interação que poderia e deveria ser mais eficaz, sensata e tolerante.

Vale notar que, além dos dois sistemas (biomédico e xamanístico), há outros sistemas médicos na região, que poderíamos chamar de um modo genérico por "cura amazônica ribeirinha", no qual se nota a presença de rezadores, de benzedeiras, de um sistema fitoterápico, de elixires e de outros conhecimentos e modos de ação. Muito embora possua suas influências ameríndias e tenha algum papel no Vale do Javari (eles são, muitas vezes, uma referência para os próprios agentes de saúde não-indígenas que trabalham na área; muitos índios do Vale do Javari costumam se consultar e comprar os "remédios amazônicos" nas cidades adjacentes à TI), não será possível abordá-los com profundidade aqui. Fica registrada, de toda forma, a necessidade de aprofundar a pesquisa não apenas sobre tal sistema ribeirinho de cura, mas também sobre suas relações e penetrações nos sistemas tradicionais da TI Vale do Javari.

As informações que seguem reunidas abaixo não estão separadas por povos, mas por itens que, de um modo ou de outro, são compartilhados por todos e elaborados de maneiras distintas entre eles. Há aspectos que são mais ou menos enfatizados por um ou outro povo, como se verá adiante. Note, entretanto, que as informações apresentadas possuem um caráter especial. Elas são provenientes de trabalhos antropológicos realizados através de longas pesquisas com povos da área, que

46 "Xamãs" eram e são os especialistas rituais de certas regiões da Sibéria, cujo nome se estendeu para outros que partilham de práticas e cosmologias similares em outras partes da Ásia e das Américas. No Brasil, o termo equivale a "pajé", derivado de línguas do tronco tupi-guarani e estendido aos demais povos indígenas. Para uma apresentação geral do assunto, consulte um verbete de Pedro Cesarino (2009) disponível on line: http://pib.socioambiental.org/pt/c/no-brasil-atual/modos-de-vida/xamanismo

se valeram de um esforço intenso de comunicação e de registro nas próprias línguas nativas. Isso faz com que a tradução seja uma marca característica desse tipo de informação – não apenas a tradução de textos e palavras, mas também a envolvida na complexa tarefa de relacionar conceitos díspares entre sistemas de pensamentos e classificações do mundo. Sem esse trabalho, torna-se praticamente impossível começar a dialogar ou a entender o que acontece em situações tais como as envolvidas na TIJV. Essas dificuldades são constituintes de todo e qualquer trabalho etnográfico.

DIFERENTES "TEMPOS" DO ATENDIMENTO DE SAÚDE

Conforme dados registrados por Barbara Arisi em 2011, os índios da TIVJ costumam separar a cronologia do atendimento de saúde no Vale do Javari de acordo com alguns marcadores[47]:

1) Tempo da FUNAI[48]

2) Tempo do Médicos Sem Fronteira

3) Tempo da FUNASA

Parece haver certo consenso de que o atendimento no "tempo da FUNAI" era melhor do que no "tempo da FUNASA". O "tempo dos Médicos Sem Fronteira" é sempre lembrado como o momento em que os Agentes Indígenas de Saúde travaram contato pela primeira vez com os cursos, tendo acesso aos "conhecimentos dos brancos". Esse também foi um "tempo bom", principalmente porque eram "médicos de verdade" e "enfermeiros de verdade" que "vieram para ensinar nossos jovens" e porque "eles foram nas aldeias, ficaram com a gente na nossa comunidade".

Todos os entrevistados disseram que o "tempo da FUNASA" foi o "tempo das mortes", quando começaram as epidemias de mortes provocadas por hepatite B e Delta, das narrativas de mortes ouvidas pelo rádio, irradiadas por todo o Vale do Javari. O "tempo da FUNASA" é lembrado como o tempo de grande tristeza e luto.

A notícia da criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) foi recebida com esperança pelos índios e por nós, que trabalhamos com eles no Vale do Javari. Em abril, porém, quando Deise Francisco e Barbara Arisi estiveram na Amazônia para realizar esse diagnóstico, já encontraram muitos índios desanimados. A ação civil pública promovida pelo Ministério Público em janeiro de 2011 registra também a preocupação de que se esteja apenas a assistir a "troca de seis por meia dúzia", como o trecho abaixo mostra:

> Do ponto de vista estratégico, este é o momento adequado para se buscar um redirecionamento na forma de gerência das ações de atenção à saúde

---

47 Esses tempos que dividem o curso dos acontecimentos costumam ser marcados pelo nome de alguma "figura paradigmática" - como Costa observou entre os Kanamari (2009: 32) e Arisi entre os Matis (2007: 90). Essas figuras podem ser nomes de chefes de postos da FUNAI, ou nomes de instituições que marcam a ruptura inaugurada com a chegada desses atores sociais.

48 Também os Mayoruna/Matsés comentam sobre essas épocas e avaliam algumas como "melhores" que outras. Matos observa que "Uma das maiores queixas dos caciques do Lobo, é que não há mais a presença de um funcionário da FUNAI constante, vivendo na comunidade. Eles não se conformam com o fato de que não há mais entre eles o "chefe de posto", um quadro da FUNAI local que permanecia no posto de vigilância Lobo. O chefe de posto e outros funcionários da FUNAI prestavam atendimentos básicos de saúde. (...) Os Matsés hoje têm muito menos condições de controlar a "saúde" e "educação", como dizem, pois lidam agora com uma multiplicidade de burocratas que vivem em cidades distantes, não mais com poucos funcionários que viviam boa parte do ano em suas comunidades" (Matos 2009: 73-74).

> no DSEI Vale do Javari para alcançar a superação dos vícios e entraves que marcaram a conturbada década da FUNASA na região. No entanto, há uma certa percepção de que, se não houver um esforço adicional visando o estabelecimento de um padrão defensável de assistência aos povos indígenas nesse Distrito Sanitário, a substituição da FUNASA pela Sesai poderá representar pouco mais do que a troca de seis por meia dúzia. Decerto que a Sesai precisa de um voto de confiança, porém é forçoso reconhecer que, neste momento inicial, não se nota nenhuma modificação substantiva em relação à forma de atuação característica da sua antecessora. Espera-se que no dia do índio (19 de abril), quando finda o período de transição, haja algo a comemorar. (Coutinho 2011: 40, grifos nossos)

Como já mencionado, a transição de FUNASA para SESAI foi postergada até dezembro de 2011 (BRASIL 2011a), no momento em que redigimos esse relatório. É desanimadora a demora na execução de mudanças mais do que urgentes, que não deveriam mais ser postergadas. Espera-se, de toda forma, que a transição traga de fato uma alteração radical nos dilemas de saúde vividos pelo Vale do Javari.

PERCEPÇÕES LOCAIS SOBRE A SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA NO VALE DO JAVARI

RESPONSABILIDADE PELAS DOENÇAS E MORTES

Estudos antropológicos atuais dão especial atenção à agência indígena nas situações de contato com não-indígenas (Albert & Ramos 2002). Nessa perspectiva, os Matis, por exemplo, creditam a si próprios parte da responsabilidade pela fragilidade epidemiológica vivida nos tempos atuais ou na época de grande mortalidade matis advinda logo após o "contato" com não-indígenas (Erikson 2002; Arisi 2007). Os Matis relacionam o fato de alguém ser portador de *xó* (substância de poder xamânico) a uma maior vulnerabilidade a doenças e outros poderes patogênicos dos brancos (Erikson 2002). Para os Marubo, a feitiçaria é um dos grandes agentes causadores de mortes e de cisões. Outros, como os Mayoruna/Matsés, também consideram que as mortes freqüentes por doenças advindas dos brancos são uma conseqüência da escolha de conviver com eles, seria "a parte não controlada ou perigosa dessa relação [com os brancos]". (Matos 2009: 7). "A altíssima incidência de malária e hepatites é motivo de insatisfação e protestos dos Matsés. Mas (..) atribuir ao mau atendimento da FUNASA a condição de saúde em que vivem os [Mayoruna/]Matsés atualmente não é incompatível com a atribuição do mesmo mal a outros agentes". (Matos 2000: 7).

Em comum, os Mayoruna/Matsés, os Matis, os Marubo e os Kanamari percebem a doença também como resultado da ação de agentes externos que pode ser de vários tipos: 1) feitiçaria/ envenenamentos; 2) ataques de entidades enviadas por esses agentes; 3) captura e transformação de seres; 4) alteração em códigos de comportamento social e modos de vida em parentesco; 5) alteração dos padrões de relação com substâncias e alimentos; 6) poderes patogênicos dos brancos.

Em muitas narrativas que gravamos, fica clara a sensação de "falta de controle", impotência diante de mortes de crianças, parturientes, jovens que morreram vomitando sangue; mortes que passaram a ocorrer fora das aldeias, em hospitais, nas Casai, a bordo de embarcações, muitas vezes sob cuidados por agentes das equipes de saúde que, muito diferente dos xamãs e outros cuidadores locais, não entendem o que pedem ou precisam os índios durante os atendimentos e as remoções.

A responsabilidade por muitas mortes é creditada às práticas biomédicas, bem como à alteração de regimes alimentares e ao afastamento e isolamento dos doentes com relação às suas comunidades de parentesco. É o que vemos no relato de Lucia Kanamari sobre a morte de seu neto:

> O Felipe adoeceu, fazem sete meses que aconteceu, há três meses, ele não ficou bom. Iam levar ele para Tabatinga, para tratamento, o médico colocou a sonda no nariz e na boca, amarrou. Ele não mama, não come, não bebe água. Agüentou 3 dias no hospital. Por que não explicou? Eu queria meu neto do lado da mãe dele. Eu disse para a Jocélia, da FUNASA e para outra mulher. Eu disse para elas: porque minha neta não pode comer? Porque está grávida. Ela, essa outra filha, também estava grávida, com sapinho, pneumonia... Eu não sei como colocaram forçou a alma dela de novo[49] [ela se curou]. Com soro. Para pneumonia, para sapinho e para hepatite. Todo mundo prova, que ela ficou boa. Quando colocaram em Tabatinga, colocaram amarrado na boca dele [de seu neto Felipe], amarraram os braços para ele não tirar [o soro]. Eu perguntei: "Por que é assim, Jocélia [assistente social]?. O médico lá quer matar meu neto?, eu disse para o médico: "Deveria tentar dar água, leite". Por que por assim [amarrado]? O médico da FUNASA... Será que não tem enfermeira para tratamento de índio, mesmo. O médico disse para mim "não tem médico e enfermeiro na CASAI". Mas eu disse para o médico e para a Jocélia: "Meu neto queria mamar, queria mamar. Meu sobrinho, morreu, minha neta morreu. [Lúcia levanta a mão e mostra em seus dedos que quatro pessoas de sua família morreram]". Meu neto morreu já, essa história é a que eu estou contando. Para Tabatinga, no tempo da FUNAI, tinha tratamento, minha filha (grávida) foi tratada, ficou boa, colocaram soro e remédio, mas não amarraram. Ela sempre mamou. Meu neto foi proibido de mamar, de tomar leite, água e comer. Eu dizia "meu neto está com fome, Jocélia. Ele quer mamar." Olha aqui, assim [como na foto que ela mostra]. Está com 10 meses que morreu. Minha filha que tem 18 anos se curou. Minha filha, vinha para Tabatinga, morreu. Duas crianças foram veladas na minha casa, juntas, morre muita muita criança". (Lucia Kanamari, 04/04/2011)

Os índios não entendem a equipe de saúde, a equipe de saúde também não entende os índios – uma cena recorrente na TI Vale do Javari[50]. A incompreensão e a dificuldade de diálogo é mútua e tem trazido consequências desastrosas.

FEITIÇARIA/ENVENENAMENTOS INTERNO OU INTER-ÉTNICO E POLÍTICAS ENTRE MALOCAS

Do ponto de vista indígena, a feitiçaria é um dos principais causadores de mortes e doenças entre os povos da TIVJ, bem como entre outros povos ameríndios. Vale apresentar alguns aspectos gerais do problema. Ela ocorre tanto no nível intra-étnico quanto no inter-étnico, isto é, ela

---

49 Sobre a alma que sai do corpo, ler item 8 (escatologia).

50 Veremos, no item que trata das percepções dos agentes/técnicos e enfermeiros que atendem no Vale do Javari, que eles também apontam como uma das principais dificuldades para executar seu trabalho no "idioma". Acreditamos que "idioma" aqui deve ser compreendido de forma bem ampla; não é apenas a língua indígena que os não-indígenas desconhecem, eles não entendem as concepções de mundo, as cosmologias nativas, as concepções ameríndias de corpo e pessoa. Mesmo os índios que falam português nem sempre entendem o idioma do sistema biomédico. Trataremos dessas dificuldades nos itens 10.5 e 10.6.

pode ser uma dinâmica de agressão relacionada tanto aos subgrupos e segmentos de parentesco de um mesmo povo quanto entre povos distintos. Esta é, na verdade, uma característica geral dos povos amazônicos, uma vez que a feitiçaria costuma ser causada pelos conflitos derivados das relações de afinidade (entre grupos de parentes não consangüíneos com os quais se estabelece relações ambíguas, entre a aliança e a inimizade) e por vingança. A feitiçaria pode ser realizada de maneiras diversas, entre as quais se destaca o envenenamento, o envio de objetos patogênicos (flechas ou dardos invisíveis) pelos xamãs, o roubo ou extravio de almas do corpo de uma pessoa e, por fim, o direcionamento de espíritos agressivos. Grande parte dessas práticas é realizada através de cantos, que podem, também, ser empregados na direção contrária para proteger ou curar alguém atacado pela ação da feitiçaria.

Diz-se que a feitiçaria já foi especialmente forte e ativa nos tempos passados e que, atualmente, os povos têm deixado de praticá-la. Os Marubo, por exemplo, se dizem agora *eseya*, "respeitosos", "pacíficos" ou "sábios", com relação aos seus antepassados, que eram mais bravos (*onika*) e propensos aos conflitos. De toda forma, acusações diretas ou indiretas continuam a ser comuns e escondem um sentido todo especial sobre o qual vale a pena tecer algumas considerações. É comum ouvir dizer, por exemplo, que as mortes atribuídas à ação da hepatite foram, na realidade, causadas práticas de feitiçaria. Há aí dois pontos de vista em jogo: o da causa biomédica ocidental (progressivamente compreendida pelos povos da TIVJ) e do xamanismo. Para o ponto de vista biomédico, a morte é sempre algo causado por um problema fisiológico; para o xamanismo, a morte é também (ou principalmente) um problema do duplo (ou alma) que se conecta ao corpo. É por isso que, longe de ser uma crendice ou uma superstição, a feitiçaria só pode ser compreendida através das cosmologias e das teorias locais da pessoa: por um lado, através da maneira como o mundo se organiza (a cosmologia) e, por outro, da maneira como a pessoa é concebida, via os seus componentes principais tais como o corpo e seus respectivos duplos ou almas.

Para os Marubo (do Ituí e do Curuçá), por exemplo, a feitiçaria não é algo realizado apenas pelas pessoas viventes e seus conflitos "desta terra".[51] Ela pode ser enviada também por outros povos "humanos" que se espalham pelo mundo, uma vez que a noção de "humanidade" para as cosmologias tais como as dos Marubo é diferente daquela dos brancos. Por trás de seus corpos (ou de suas carcaças, *shaká*), as sucuris, por exemplo, são na verdade pessoas humanas (*yora*). Elas podem, então, retaliar a ação agressiva que os viventes por ventura tenham feito sobre "seus bichos" (*awe yoi ni*) e mandar feitiços desde a sua morada sub-aquática. Aqui, a pessoa adoece e termina por necessitar da ação de um xamã (os *romeya*, chamados pelos Marubo de "pajé", ou os *ke chi txo*, chamados de "rezadores"). Este talvez seja, aliás, o pior destino para um Marubo, pois a temida "doença de sucuri" (*ve chã ichná*) é tão ou mais grave do que as doenças dos brancos e só pode ser curada por um xamã que entende do assunto. Ora, isso se dá sobretudo porque a ação agressiva dos espíritos das sucuris acontece *no plano dos duplos*, em um plano invisível que não é o mesmo sobre o qual atua a biomedicina. E é também por isso, aliás, que os Marubo podem aceitar a convivência com o tratamento da medicina não-indígena (salvo quando sua assistência é precária): um analgésico, por exemplo, atua sobre o corpo da pessoa e alivia os efeitos da dor, assim se completando à ação no plano invisível realizada simultaneamente por um xamã. Essa ação agressiva dos duplos das sucuris é, de certa maneira, similar àquela que viventes poderiam realizar entre si através da feitiçaria. E é por isso que tal prática não se restringe a uma mera superstição ou crendice, mas se fundamenta antes em uma cosmologia distinta daquela pressuposta pela biomedicina.

---

51 Para mais detalhes, veja Cesarino (*op cit)* e, também, Montagner (*op cit)*.

A questão, como dissemos, não vale apenas para os Marubo. Veja os seguintes trechos de um trabalho recentemente realizado sobre os Matsés/Mayoruna:

> As mortes freqüentes por doenças advindas dos brancos são consideradas uma conseqüência da escolha de conviver com eles. Além disso, segundo afirmam os Matsés do alto Javari brasileiro, foi graças à presença da missionária do SIL que hoje não existem mais xamãs matsés para tratar as doenças e comunicar com os espíritos. Isso porque ela própria seria uma grande xamã, que teria os enfeitiçado e matado. Além das mortes causadas sob a influência missionária, os Matsés que hoje vivem na margem brasileira do alto Javari temem ser vítimas de seres predadores advindos do "contato" com os não-índios (*chotac*). Muitas mortes que aconteceram nos últimos anos são relacionadas a feitiçarias de "pajés peruanos" . (Matos 2009: 7)

> Enquanto alguns [Matsés/Mayoruna] culpam à agência da missionária ou da Bíblia, outros dizem que na verdade os responsáveis por tais desgraças são "pajés peruanos". Esse terceiro tipo de *chotac* que causa malefícios aos Matsés seria, segundo os meus informantes, motivado por vingança. Nessa versão da história, peruanos ofendidos ou prejudicados em querelas contra Matsés da comunidade Trinta e Um contrataram os serviços dos pajés peruanos, que mandaram feitiços contra os índios. Diante dessa interpretação dos males que andam acometendo os Matsés, perguntei se existiam pajés brasileiros, e os Matsés disseram que não. Disseram ainda que não se tratava de outros índios que falavam espanhol ou viviam no Peru, mas de *chotac* peruanos que eram pajés (idem: 90-91, grifos sublinhados nossos).

> (...) se há Matsés envolvidos, que podem mesmo fazer mal a seus parentes, não são eles os responsáveis últimos pelos infortúnios, mas os gringos, americana, turista, pajés peruanos, e todos são chotac (idem: 92-93).

> Para os Kanamari, "Os feiticeiros Kulina [Arawa, habitantes dos tributários da margem direita do Juruá] eram particularmente habilidosos ao aproximarem-se das aldeias Kanamari para provocar danos inserindo projéteis xamânicos nas pessoas, e até hoje os Kulina são sempre os suspeitos principais quando a feitiçaria ameaça os Kanamari. (Costa 2007: 92, grifos nossos)

ATAQUES E ASSÉDIOS DE ENTIDADES DIVERSAS

Para os Matis, acidentes ofídicos são muitas vezes atribuídos também a outros agentes, pois onças e cobras atacam "quando alguém manda"; embora elas próprias (ou seus *tsussin*[52]) possam também resolver atacar, quase sempre o fazem "enviadas por esses outros que agora estão mais próximos". Esse tipo de ataque pode ser interno - um Matis pode enviar onça ou cobra para atacar outro Matis, quase sempre motivado por ciúmes ou quando a mulher ou o homem abandona seu companheiro, ou pode ser inter-étnico (Arisi 2007).

---

52 Termo que será tratado no item seguinte.

Para os Marubo, como se disse, os ataques de animais e outras entidades do cosmos são constantes e estão por trás do sentido de diversos rituais de cura. Isso acontece, entre outras coisas, porque os animais se concebem como gente e também desejam ou se vingam, portanto, dos humanos. Quando se chama um gavião pelo nome errado (em especial o gavião cãcã, *chãcha*), ele (isto é, o seu duplo humano, *vaká*), pode se vingar da pessoa e enviar para ela um projétil mágico (*rome*) que se infiltra em seu pescoço e causa torcicolo. Deve-se, portanto, respeitá-lo (pois se trata de um pássaro-espírito, *yove chai*) e tratá-lo por seu nome correto. Ações de retaliação como essas são comuns em contextos diversos, tais como na evitação de contato com os corpos das sucuris acima mencionada e, também, nas situações de caça, que podem ser percebidas pelos duplos dos animais (tais como os dos porcos do mato) como uma agressão passível de ser retaliada.

Além disso, há uma infinidade de agentes ou entidades espalhadas pelo mundo que podem agredir a pessoa: as almas dos mortos que ficam rondando as aldeias, por não terem completado o seu destino póstumo (a passagem pelo Caminho dos Mortos, o *Vei Vai*), as almas de antigos guerreiros que vivem nos espaços entre as aldeias (tal como no caminho entre as aldeias do alto Ituí e do Curuçá), os espíritos de diversos patamares celestes e terrestres que compõem a cosmologia marubo, os espíritos dos alagados, das árvores e de outros lugares[53]. É fundamental, portanto, que haja a mediação de xamãs para aplacar o assédio dessas entidades todas aos viventes, assim garantindo que a vida em parentesco (sinônimo de saúde) possa acontecer de modo harmonioso.

Uma relação análoga com os mortos é encontrada entre os Matis. Os *tsussin* (termo equivalente ao *yochi* marubo) de parentes mortos podem "querer o *tsussin* de um parente vivo perto de si" e por isso o atraem para junto de si – o que pode ocasionar a morte, ou seja, o desligamento do/s *tsussin* do corpo daquele que estava vivo. Também há outro tipo de *tsussin* que vive desincorporado em algum dos patamares do mundo e pode vir fazer mal aos Matis; esses *tsussin issamarop (tsussin* ruins) podem deformar fetos, causar doenças, mal estar e mortes.

Além das diferentes concepções indígenas relacionadas ao corpo e seus aspectos diversos[54], também há diferenças entre as concepções sobre seres/potências/duplos/agentes que povoam o cosmos. Se para uns, "alma" é um princípio etéreo e imaterial, para outros o mundo é repleto de seres/potências/agentes que muitas vezes assumem qualidades corpóreas (donde a opção de tratá-los como "duplos"). Os povos do Javari tem diversas concepções sobre esses seres/potências e também diferentes palavras. A questão, porém, não é apenas de léxico, ou seja, os termos não são sinônimos ou equivalentes uns dos outros. Esses agentes também diferem entre si, no que se refere à maneira como se deslocam, às circunstâncias em que são encontrados, ao que podem fazer ou causar, etc. Vejamos alguns trechos em que eles aparecem nas etnografias. Os Marubo conhecem *yochi* ; os Matis, *tsussin*, os Mayoruna/Matsés também têm os seus equivalentes. Os Kanamari tratam com outra substância a que chamam de *dyohko*, "uma substância que existe em um estado amorfo em certos seres, mas que assume a forma de uma pedra resinosa uma vez expulsa dos corpos". (Costa 2007: 362).

Antes de retornarmos ao *dyohko* Kanamari, tratamos dos termos dos povos de língua Pano:

> A dificuldade de compreender *tsussin* também anima trabalhos de outros Panólogos, como o de Lagrou (2006) que qualifica o *yuxin* kaxinawa como o

53 Veja, novamente, Cesarino *op cit* e Montagner *op cit* para mais detalhes.

54 Como comentaremos brevemente no item 5.

> "mais extenso e o mais polissêmico conceito-chave da ontologia kaxinawa e, por isso, impossível de ser exaustivamente circunscrito", ela empenha-se em "esboçar suas características básicas" (2006: 347). Uma delas diz respeito à sua qualidade ou sua energia "de animar a matéria", de "fazer a matéria crescer" e dar-lhe consistência e forma. "A água, ou líquido, são veículos de *yuxin;* outro veículo é o deslocamento de ar, o vento e a respiração. *Yuxin* é uma qualidade ou movimento que liga todos os corpos inter-relacionados neste mundo" (idem). Para os Matis, os *tsussin* dos mortos ficam por algum tempo perambulando por perto da aldeia, no mato, especialmente perto de fontes de água. Entre esses agentes externos, há *tsussin* que podem provocar defeitos e anomalias em fetos, crianças, provocar doenças ou atrair o *tsussin* de outros viventes, fazê-los se perder na floresta, caminhar a esmo no mato, se afogar, levar o *tsussin* do vivo para o alto, o que provocaria a morte e o desligamento permanente do *tsussin* do vivente de seu corpo (*nami,* carne) (Arisi s/d tese).

Para os Marubo, *yochi* é uma noção complexa que precisa ser compreendida em níveis diversos: trata-se de (1) algo que pode se desprender do corpo de uma pessoa, assim fazendo com que ela fique doente; (2) da imagem desta mesma pessoa (sua sombra, a imagem dentro das pupilas), que aparece em fotografias e em filmes[55], e que pode, portanto, ser potencialmente manipulável pela feitiçaria (pois a imagem se transforma em uma extensão da pessoa); (3) dos mortos que ficam por esta terra assediando os viventes (e causando, assim, doenças diversas); (4) dos espíritos de outros patamares celestes e terrestes, do mundo sub-aquático, das árvores, animais, insetos, peixes, etc, também potencialmente agressivos; (5) de qualquer princípio que se destaca das coisas (chamadas por nós de "materiais"), tal como de uma faca ou de uma colher, e se introjeta na carne da pessoa, assim fazendo com que ela fique doente. Como se vê, a noção de *yochi* é central para a compreensão do que se concebe como doença e como saúde para os Marubo: aqui, podemos apenas oferecer um panorama geral.[56]

Como já mencionado, os Kanamari, por sua vez, conhecem outros poderes a que chamam de *dyohko*.

> Para os Kanamari, "*tyikuro*" são tumores resultantes da presença dos *dyohko* de um feiticeiro no corpo de alguém. A distensão e dilatação de partes do corpo são vistas pelos Kanamari como um processo metonímico do 'devir-cadáver', que afeta uma parte do corpo e não o corpo inteiro. (...) É necessário mitigar o inchaço, pressionando ou aplicando *horonim* (remédios) na parte inchada do corpo, ou fazendo com que um xamã extraia o projétil estrangeiro enfiado em uma parte do corpo. (Costa 2007: 344).
>
> O *dyohko* precisa ser identificado a tempo e removido para o 'acidente' ser evitado. Qualquer indício suspeito encontrado na área em torno da aldeia pode ser um sinal. (idem: 376)

Os Marubo possuem algo análogo aos *dyohko* dos Kanamari, que são os *rome*, projéteis animados que os xamãs e espíritos enviam para o corpo de uma pessoa – e que só podem ser extraídos

---

55 Também os Matis empregam o termo *tsussin* para fotografias e filmagens.

56 Veja, novamente, Cesarino (*op cit)* para mais detalhes.

por um espírito que entra dentro do corpo de um pajé (*romeya*), chamados de *yove tsekaya*, "espíritos sugadores ou extraidores" desses projéteis. É provável que tenham relação com a noção de *muxá* para os Matis (embora, por ser o termo usado também para os espinhos das pupunheiras e para tatuagens, tenham para esse povo outras implicações)[57].

TROCA DE LOCALIZAÇÃO DAS ALDEIAS PARA EVITAR MORTES

A prática de "fugir das mortes" e trocar a comunidade é observada entre os povos Matis, Marubo, Mayoruna/Matsés e Kanamari no Vale do Javari (Arisi 2007; Costa 2007, Coutinho 2008; Amorim 2008, Cesarino 2008, Welper, 2009, Matos 2009). Ela corresponde, entre os Marubo ao menos, a uma estratégia para se evitar o contato excessivo com os duplos dos mortos que povoam uma determinada região. No alto Ituí, por exemplo, a ausência de rituais dedicados a conduzir os mortos pelo Caminho dos Mortos (*Vei Vai*) fez com que determinados lugares ficassem saturados por sua presença: um dos motivos para o deslocamento de aldeias naquela região. Nos últimos tempos, os xamãs *romeya* do alto Ituí têm retomado os rituais de condução dos duplos dos mortos para o seu destino póstumo, na esperança de que isso diminua o quadro desolador de mortes e doenças que assola as suas comunidades.

A troca de aldeias têm a ver também com a busca por lugares mais isolados (e distantes de conflitos) nos quais a caça é mais abundante. Elimina-se assim o consumo de animais interditos, tais como as caças menores (macacos e aves, por exemplo) que, para os Marubo ao menos, são causadoras de doenças. Animais tais como os mutuns, cujubins e jacus, por exemplo, são corpos que abrigam duplos de mortos que não conseguiram passar pelo Caminho dos Mortos: a ingestão de sua carne pode causar doenças (uma das formas de neutralizá-la é o uso da secreção emética da perereca *kãpô* ou kampok).

A troca de aldeias indica, assim, um estado de desequilíbrio dos povos da TI Vale do Javari, uma vez que, muito frequentemente, segue razões tais como as aqui mencionadas, e não a livre circulação de grupos através de novos arranjos de casamento e de aliança, um dos motivos tradicionais para os deslocamentos espaciais.

ALTERAÇÃO NO CICLO DOS RITUAIS COMO RESULTADO DAS MORTES

Com resultado das mortes, diversos rituais deixam de ser realizados em todos os povos que vivem no vale do Javari; outros, porém, passam a se acentuar ou a ser reinventados. Os Matis, por exemplo, dizem não poder tatuar seus parentes após as mortes (Arisi s/d). Entre os Marubo, rituais de alteração das estações (chamados de *Shavá Saika*) são realizados com mais frequência (por exemplo, para aplacar a chuva e favorecer um tempo mais propício para a caça e outras atividades), bem como os rituais de condução dos mortos por seu destino póstumo (chamado de *Kenã Txitõna*). Além disso, há uma grande atividade de iniciação xamanística de homens maduros (candidatos a xamãs rezadores, os *ke chi txo*) e de alguns poucos jovens entre os Marubo, uma vez que a preocupação com as doenças tem crescido e que a necessidade de proteção, portanto, também tem aumentado. Os próprios rituais de cura dirigidos por tais xamãs têm se tornado muito constantes e, por vezes, se estendem nas tais atividades de iniciação, também chamada por ali de "curso de pajé". A estes, adiciona-se a presença constante de rituais realizados pelos xamãs *romeya*, através dos quais os espí-

57 Trataremos das *muxá* no item sobre cura.

ritos *yovevo* vêm a esta terra para extrair as doenças dos viventes. Nota-se também, nos últimos dois anos, o surgimento de uma espécie de rede colaborativa de xamãs do alto e médio Ituí, que envolve alguns jovens *romeya* dos Marubo e um outro atuante entre os Matis. Essa rede tem, aliás, começado a adotar um discurso próximo do profetismo, ao anunciar um fim do mundo iminente, do qual o atual estado de mortes e doenças é um anúncio claro.

Os Mayoruna/matsés afirmam que, devido às mortes, não praticam mais *macun aquec*. "Já as festas do *macun aquec* são relatadas com entusiasmo e saudosismo. Segundo os Matsés, não são mais realizadas pela constante situação de luto em que se encontram. As mortes recentes não têm permitido os Matsés realizarem essas festas, que são ocasiões de brincadeiras, fartura, alegria" (Matos 2009: 77). De fato, muito embora festas como essas ainda sejam praticadas pelos Marubo com certa frequência (entre outras razões, para aliviar o peso das atuais circunstâncias), elas têm de fato dado lugar às tentativas de contornar, mitigar ou resolver o efeito das doenças e mortes através de outras ações rituais.

Vale observar, assim, que os rituais são, talvez, o momento máximo do que se poderia considerar como uma perspectiva indígena sobre a saúde: eles servem para ensinar e tornar os corpos das pessoas mais fortes e mais próximos do que se considera como bom, belo e correto (*roaka*, em marubo), assim fazendo com que toda sorte de dilemas e desavenças possa ser evitada. Eles são, assim, o momento em que se aprende a ser "gente de verdade" (*yora koi*), como diriam os Marubo, muito embora esse aprendizado e formação tenha cada vez mais sido perturbado pela disseminação das doenças dos brancos e por sua negligência com os problemas sanitários na TI Vale do Javari. Por conta disso, o que poderia ser celebração, formação e ensinamento termina, com frequência, por ceder lugar à proteção, à cura, à despedida e ao lamento.

PRECONCEITOS RELACIONADOS AOS SUICÍDIOS, AO CONSUMO DE ÁLCOOL E À DESNUTRIÇÃO

"Suicídios", "alcoolismo" e "desnutrição" são termos carregados que merecem algumas considerações preliminares. "Alcoolismo", por exemplo, tenta resumir um fenômeno muito complexo, além de reforçar o "estigma de ser índio no Brasil", como mostram as seguintes passagens de Langdon, pesquisadora que desenvolveu diversos estudos etnográficos relacionados à saúde de povos indígenas:

> O abuso do álcool reforça o estigma de ser índio no Brasil. Assim, para a implementação de programas de saúde eficazes, será necessário desconstruir preconceitos, considerando os aspectos do contexto sociopolítico e histórico que determinam o comportamento alcoólico. Além disso, é fundamental entender o significado atribuído ao uso de bebidas alcoólicas em cada grupo indígena, e quais as preocupações e as soluções vislumbradas pelo próprio grupo. (Langdon 2005: 103)

> A definição de alcoolismo é objeto de muita discussão e há duas questões altamente controversas sobre a sua natureza: (1) se o alcoolismo é um fenômeno com características universais ou se possui especifidades socioculturais e, (2) se é verdade o dito que afirma que uma vez alcoólatra, sempre alcoólatra. As respostas a estas indagações têm implicações importantes para o tratamento, porque se alcoolismo é um fenômeno heterogêneo, como argumentam as ciências sociais, é necessário entender as particularidades do abuso de álcool em cada situação e reconhecer que não há um tratamento universalmente apropriado para todos. (idem: 105)

> Desde a década de 1990 a discussão oficial da FUNASA em programas voltados para os povos indígenas parte do ponto de vista que o problema do consumo abusivo de álcool está essencialmente vinculado a uma questão de saúde mental e é entendido como "alcoolismo". Atualmente esta noção que remetia às práticas de beber como uma doença individual, de apresentação invariável e de curso natural e crônico, tem se mostrado problemática até mesmo sob o ponto de vista de setores mais avançados da biomedicina (Souza e Garnelo, 2006). A perspectiva da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1993), por exemplo, não alude mais ao termo "alcoolismo", mas classifica uma série de "transtornos mentais e do comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas" (p. 69): "intoxicações", "síndrome de dependência", "síndrome amnéstica", "estados de abstinência" e "transtornos psicóticos" (p. 69-70). Apesar das reformulações a abordagem biomédica não extrapola a ideia das substâncias alcoólicas como causa de enfermidades identificáveis. As soluções buscadas para o consumo excessivo de bebidas alcoólicas através da explicação e categorização do sofrimento associado acabam reduzindo um fenômeno extremamente complexo, apresentado de forma contundente em contextos culturalmente diferenciados (Langdon, 2001). (Ghiggi Jr. & Langdon, no prelo: 1-2; grifos nossos).

Considerar o problema do que se chama de "alcoolismo" em sua especificidade e complexidade para as situações indígenas é, assim, um passo essencial para traçar estratégias adequadas de tratamento e de atenção. Esse mesmo cuidado também se aplica a outros temas delicados tais como o suicídio e a desnutrição, termos potencialmente carregados de etnocentrismo sobre os quais falaremos abaixo.

O suicídio, assim como o alcoolismo, costuma ser tratado pelas equipes biomédicas como uma espécie de "epidemia". No entanto, trata-se de fenômenos bastante distintos de epidemias tais como as de malária ou de hepatites: suas causas e elaborações variam significativamente de comunidade para comunidade e demandam estudos mais aprofundados. Ainda assim, são fenômenos observados em diversas populações indígenas, que possuem algumas constâncias, tais como as apontadas por Pimentel:

> a predominância de jovens, a ocorrência em 'ondas', a regularidade nos métodos, a aproximação tanto nas elaborações dos índios como na dos nossos especialistas com a idéia de "epidemia". Tudo isso aponta na direção de fatores ainda desconhecidos, se imaginarmos que tantos povos se deparam com um mesmo fato" (Pimentel 2010: 158, grifos nossos).

Ainda assim, sempre devemos nos perguntar pelo seguinte, tal como fez Pimentel ao concluir seu trabalho sobre as "mortes por enforcamento" entre os Guarani-Kaiowá:

> Estaremos falando do fruto de algum tipo de relação produzida por condições comuns, enfrentadas por todos esses povos, ou de relações distintas e apenas aparentemente semelhantes, graças a um mesmo resultado? (2010: 158)
>
> Como se vê, a idéia desse tipo de atendimento [o autor se referia a um estudo da FUNASA sobre os suicídios Kaiowá] está previamente amparada

> numa pressuposição de desintegração cultural e social, uma leitura pronta para essas questões que apontávamos há pouco. Porém, trata-se de um fator que pode ser superado pela estrutura autogestionária e pela colaboração interdisciplinar, caso o programa seja implantado de forma eficiente. De qualquer forma, é preciso desenvolver a reflexão relativista em torno dessa idéia do suicídio como comportamento patológico. A elaboração de um programa de assistência desse tipo não pode ignorar a mais importante variável na equação que detona não só essas mortes, mas os mais diversos tipos de inconvenientes para os grupos guarani e kaiowá de Mato Grosso do Sul, [que é a] a alienação de seu próprio território. (idem: 159, grifos nossos).

A "reflexão relativista", pelos mesmos motivos acima apresentados, também deve ser exercitada com relação à desnutrição, outro termo que acarreta uma série de desentendimentos sobre a situação indígena[58]. Vale frisar que tal reflexão não se refere a uma suposta negação da gravidade de problemas associados ao consumo de álcool e ao suicídio mas, bem ao contrário, a uma tomada de consciência crítica derivada da investigação da multiplicidade de fatores e de compreensões que levam a tais problemas, frequentemente mal interpretados pela perspectiva unilateral e etnocêntrica não-indígena.

Vejamos o que consta nas conclusões do relatório sobre as ações emergenciais do rio Itaquaí:

> Há uma grande possibilidade de 22,6% das crianças menores de 5 anos de idade, consideradas com "baixo peso para idade", evoluírem para a classificação "muito baixo peso para idade", sobretudo, tendo como referência o histórico sobre a desnutrição infantil entre essa etnia. O problema relacionado às constantes ocorrências sobre morbimortalidade no rio Itaquaí não tem nada haver com a oferta de alimentos nas aldeias dessa região. Foi constada uma grande variedade de alimentos, tanto de origem vegetal quanto de origem animal. Há uma variedade de frutas nativas e cultiváveis, peixes, carne de caça, etc... (SESAI 2011: 69-70, grifos nossos)

O problema, que não se restringe aos Kanamari e parece estar presente também entre outras populações da TI Vale do Javari, assim nada tem a ver com uma suposta preguiça de povos tais como os Kanamari que, bem ao contrário do preconceito genérico, possuem práticas agrícolas e atividades de caça e coleta que seguem calendários e práticas tradicionais.

O relatório da SESAI aponta para a importância de estudos antropológicos referentes ao assunto:

> É necessário haver um "laudo antropológico" acerca da problemática e desafios do povo kanamari, para que as equipes de saúde tenham subsídios técnicos sobre esta especificidade, objetivando direcionar uma programação de

58 Encontramos um artigo interessante sobre o tema em populações pobres do Nordeste, onde também há alto índice de mortes por "desnutrição infantil", cujos autores concluem: "As mães nordestinas entrevistadas se esforçam para cuidar de seus filhos, apesar da pobreza e da miséria em que vivem. (...) As mães compreendem o adoecimento e a desnutrição dos seus filhos como um processo de todo o corpo, inerente às dificuldades físicas, sociais e emocionais que vivenciaram na gestação. O estudo nos desperta para a dureza do sofrimento social no Nordeste brasileiro e das competências culturais da população para enfrentá-la. É preciso compreender as histórias de vida da gestante, para aproximar as concepções populares e biomédicas acerca da nutrição e saúde. A capacidade de decodificar a linguagem materna, eliminar barreiras de acesso aos serviços, *desculpabilizar* a gestante como a causadora da desnutrição infantil e, por fim, dignificar a mulher fragilizada pelo sofrimento social, parecem tarefas essenciais na formação do profissional de saúde humanizado". (Calvasina et al. 2007, grifos dos autores)

> trabalho de saúde em conformidade com as especificidades etno-culturais. (SESAI 2010: 71, grifos nossos)

Apoiamos essa recomendação e sugerimos, também, a inclusão de antropólogos nas ações de equipes multidiscilinares, especialmente no planejamento, acompanhamento e execução de ações relacionadas ao consumo de álcool, aos suicídios e à desnutrição. Seguem abaixo alguns dados referentes aos temas em questão.

Suicídios

O suicídio não é um fenômeno constante em todas as comunidades da TI Vale do Javari, muito embora já se tenha notícia de casos entre os Kanamari e Matsés/Mayoruna. De acordo com dados do Centro de Trabalho Indigenista, seriam 19 mortes por tal razão; mais da metade por jovens entre 10 e 20 anos; 79% cometidas pelos Kanamari (3 outras pelos Mayoruna e uma por um Kulina).[59] Arisi e Cesarino ignoram casos relativos aos Matis, Marubo e Kulina, ainda que, entre os Matis e os Marubo, inclinações suicidas relacionadas ao que (chamaríamos nós) de depressão sejam verificadas com freqüência entre os jovens. Suas razões são complexas e necessitam de estudos específicos, que apenas começam a ser desenvolvidos na TI Vale do Javari. Em documento produzido para o Centro de Trabalho Indigenista, Nascimento faz as seguintes considerações a respeito:

> "Apesar de não haver análises conclusivas sobre a questão, algumas das informações sugerem que ao menos parte dos suicídios tem relação com o quadro caótico de saúde. Em primeiro lugar, pelas conseqüências sociológicas de elevada taxa de mortalidade por doenças exógenas, trazidas pelo contato – diante das quais o arsenal terapêutico xamânico revela-se impotente –, como o esfacelamento de unidades familiares extensas e a reconfiguração espacial das aldeias e também influência nas dinâmicas de trânsito aldeia-cidade. Em segundo lugar, pela ocorrência de suicídio entre pacientes submetidos a tratamento de hepatite B, cuja terapia (baseada na administração do medicamento *interferon*) tem frequentemente como efeito colateral o desenvolvimento de quadro depressivo no paciente – indicando possível correlação entre tratamento e suicídio. Este último ponto é ainda agravado pelo fato de o tratamento ser realizado na cidade, implicando em longos períodos fora da aldeia e do convívio com a rede de parentesco deste espaço; e também pela ausência de acompanhamento antropológico capaz de estabelecer canais eficientes de tradução/interlocução entre concepções indígenas de doença/contágio/cura e concepções ocidentais, resultando em inúmeros equívocos e na descrença indígena nos processos, terapias e procedimentos de cura da nossa medicina moderna." (Nascimento 2010, pp. 14-15)

Costa, por sua vez, comenta que, para os Kanamari, o suicídio é algo "excepcionalmente perturbador" uma vez que a prática costuma ser mobilizada para estigmatizá-los no contexto político local (2007: 386, na nota 364). Veremos a seguir como muitos suicídios são tratados como acessos de raiva e/ou obra do ataques de feiticeiros; outros, costumam ser motivados por saudade e tristeza

---

59 Centro de Trabalho Indigenista, 2010, p. 14.

intensa de alguém que morreu recentemente; outros, ainda, parecem ligados à recusa da morte por decorrência da hepatite, "para evitar que digam que morreu daquela doença", como se verá.

Veja o seguinte relato de Walter Coutinho (2008: 147-148) sobre a questão da hepatite:

> no dia 11.10.2006 na sede do DSEI pelos integrantes de um grupo ténico da FUNASA (Portaria no. 1.277/06), um Kanamari cometou "que houve palestras na aldeia, e quando pacientes doentes assistiram tais palestras houve 6 suicídios". Refletindo possivelmente a compreensão endógena sobre o ocorrido e uma avaliação sobre a proposta de ação, o mesmo indígena referiu-se em seguida à"necessidade de palestras de educação em saúde dentro das comunidades,com instruções para que um não culpe o outro". No relatório ao qual está juntada a referida ata de reunião, consta a informação de que "as notícias de que todos os indígenas seriam portadores do vírus da hepatite B" estariam causando "desespero e incredulidade quanto as promessas de ação em saúde". (idem, grifos nossos)

Em conversa com Arisi e Francisco em 2011, Kurak Kanamari disse que os suicídios começaram em 2005. Alguns jovens Kanamari que se suicidaram o fizeram porque não queriam que se dissesse deles que "eles morreram daquela doença [hepatite]" (04/04/2011). O suicídio, portanto, seria uma espécie de morte mais digna e "controlada" (do ponto de vista do doente) em comparação com aquela dos que morrem "vomitando sangue", vítimas das hepatites B e Delta.

Uma morte de tal tipo, "vomitando sangue", é narrada por Kurak, coordenador da Akavaja (Associação Indígena do Povo Kanamari). O relato não se refere a uma morte isolada, mas sim a uma série de três ocorridas em pouquíssimo espaço de tempo:

> Era assim, estavam jogando bola, um caia vomitando sangue. Meu primo Ronono morreu assim, era muito meu amigo. (...) Nós estávamos na roça, na rede, ele disse "eu quero vomitar". Do nariz saiu sangue, vomitou sangue. Às 6 horas da manhã, morreu. Enterramos na outra noite. Daí, morreu o irmão dele e um dia depois mais um. (Kurak Kanamari, 04/04/2011)

Costa relata um caso de suicídio ocorrido durante seu trabalho de campo (2007: 387-8). Os Kanamari explicaram-lhe quais seriam algumas das possíveis causas desse suicídio:

> o ímpeto das pessoas de ser matarem decorria deles estarem 'raivosos' (*nok*) e, portanto, 'querem morrer' (*tyuku-wu)*. A maior parte dos suicídios envolvia homens e mulheres jovens, a maioria com menos de vinte anos de idade. (...) a 'raiva' é associada à alma e a falta de habilidade de controlá-la é o fracasso do corpo. Isso pode nos ajudar a entender por que a maioria dos suicidas era jovem, sem filhos e, portanto, ainda residualmente ligados à sua origem 'raivosa'. A maioria dos adultos deve ser capaz de dissipar esses impulsos violentos ao, por exemplo, cortar seus cabelos de modo que a raiva não venha a ser inscrita em sua fisionomia. Eram os homens e as mulheres adultas que mais ficavam horrorizados diante do aumento de suicídios. Embora não tenham me dito isso explicitamente, a sua perplexidade diante do suicídio era um indício de fracasso pessoal: era porque algo não ia bem no modo como os corpos estavam sendo produzidos da matéria-alma que as

> propriedades da alma pré-social não estavam sendo eclipsadas. Conseqüentemente, foi após uma série de suicídios e tentativas de suicídios que eu ouvi a maioria das reclamações de que as pessoas não estavam respeitando os períodos de 'deitar-se' e da abstenção. As brigas conjugais impulsionavam a maioria dos suicídios: uma jovem mulher se enforcou porque seu marido tinha uma amante, e outra, que não tinha mais do que quinze anos, porque seus pais desaprovavam o rapaz com quem ela queria se casar, dizendo que ele não trabalhava e que passava o dia inteiro deitado em sua rede. Nesses casos, disseram me que o suicídio decorrera da raiva do rapaz ou da moça. Entre as outras razões, figuravam uma briga entre duas irmãs que resultou na tentativa de suicídio de uma delas, e o caso de um jovem 'saudoso' (*mahwa)* do amigo que acabara de morrer. (...) [Em nota, Costa aponta:] De 2002 até o início de 2005, teria sido impossível considerar o suicídio um tópico de pesquisa, uma vez que eu não tinha razão para suspeitar que essa prática era comum entre os Kanamari, como ninguém mencionava isso. (...) Entretanto, quando cheguei no campo na segunda metade de 2005, disseram-me que dois suicídios haviam ocorrido em minha ausência e ouvi histórias de muitos outros. Houve também um número significativo de tentativas de suicídio e um número ainda maior de ameaças, então até o fim do meu trabalho de campo, em maio de 2006, o suicídio tornou-se um tema comum de conversação. No total, contei, dentro do Itaquaí, seis suicídios e dez tentativas. Durante um período de mais ou menos um mês, houve tantas ameaças, a maioria sem fundamento, que fui incapaz de contá-las" (idem, grifos nossos).

No caso observado por Costa, o irmão do jovem havia morrido recentemente de hepatite. Os Kanamari, portanto, pensaram no início que o jovem teria se matado por "saudades" de seu irmão; depois a comunidade reconsiderou e disse que era um assassinato, ação de feiticeiros *(baohi*).

> Certa vez, um menino aparentemente cometeu suicídio no roçado, mas os Kanamari começaram a duvidar se era mesmo este o caso, e começaram a procurar sinais dos *baohi* nas cercanias da aldeia. As opiniões eram conflitantes até o momento em que o xamã retornou de uma expedição à área do roçado e disse haver pegadas e galhos quebrados que confirmavam a presença dos *baohi*. Essa avaliação deixou a aldeia em polvorosa, ninguém dormiu durante dois dias e o barulho foi minimizado até que se decidiu abandonar a aldeia e ir para Massapê, durante um tempo suficiente para que os *baohi* fossem embora. (2007: 378)

Como Costa, Kurak Kanamari também afirma que os suicídios se tornaram mais comuns a partir de 2005. Parecem estar relacionados à epidemia de hepatites B e/ou Delta, muito embora seja necessário mais pesquisa para qualificar tal hipótese. Como se vê nos dados apresentados, há certamente grande tristeza pelas perdas de amigos, filhos, filhas. É comum o desejo de "querer morrer" depois de alguma tragédia que tenha se abatido na comunidade e no grupo de parentes, como vemos também nos dois excertos abaixo, um referente aos Korubo e, outro, aos Marubo que queiram "buscar briga" para morrer, o que podemos também considerar como um tipo de suicídio.

> Depois da morte da filha de Washmë, os Korubo teriam tentado 'bagunçar', ou seja, aparecer para o pessoal das comunidades [ribeirinhas] Ladário e

> Rafael, roubar roças, utensílios, criar medo, buscar briga. Beto Marubo, funcionário da FUNAI contou-me de forma muito semelhante que, após a morte da menina levada pela sucuri, os Korubo quiseram se matar, iam para o Ladário para tentar morrer, chamar para a briga, para que os ribeirinhos os matassem. (Arisi 2007: 91-92)

Em reportagem publicada na agência de notícias Carta Maior, Arisi registra a fala de César Marubo enunciada em reunião preparatória para a invasão da sala de imprensa do Fórum Social Mundial realizado em Belém do Pará, em janeiro de 2009:

> Na noite anterior [à invasão da sala de imprensa], a ação fora planejada pelos 30 membros da delegação do Javari, sentados na tenda de lona azul, na escola Mário Barbosa, onde diversos povos indígenas estavam hospedados. O que se ouve não são falas de uma assembléia política, são desabafos de homens como César Marubo. Ele lembra como, em 2005, tentou salvar suas duas filhas pequenas. "Eu trabalhei dias e noites para minhas meninas viverem, chá, tabaco, reza, muito trabalho de pajé, mas elas morreram, as duas no mesmo dia, no meu colo. Fui para Cruzeiro do Sul, endoideci, queria morrer, comprava briga e só vivi porque meus amigos me arrastavam para fora do bar quando a situação engrossava demais." (Arisi 2009, grifos sublinhados nossos).

Os dados levantam diversas hipóteses. Os suicídios têm relação com a contaminação de jovens portadores de hepatite B ou Delta? Trata-se de uma forma de reagir à dor causada pelas mortes de parentes próximos? Ou uma maneira de evitar um processo de convalescência sofrido e discriminado? Essas são algumas das diversas dúvidas para as quais não temos as repostas. Apenas a pesquisa etnográfica mais aprofundada poderá esclarecê-las.

Vemos, assim, como suicídio pode desencadear outras mortes. Algumas podem ser provocadas por desconfiança com relação a algum feiticeiro ou então pelo desejo de matar a quem se considera como aquele ou aquela que teria motivado o suicida a tomar a decisão de se enforcar. O suicídio pode ainda provocar "insanidade" nos parentes próximos que podem acusar outros pela morte do parente, como observado entre os Kanamari (Costa 2007: 388). Como veremos abaixo, Antonio Flores Mayoruna cogitou também matar o marido de sua filha porque o considerava como o motivador de seu suicídio, mas agora diz que já "esfriou".

Álcool

No relatório das ações emergenciais no Rio Itaquaí, encontramos a seguinte informação:

> Além das ocorrências de alcoolismo, o que já era uma constatação feita pelas equipes de saúde nessa região, há o problema do consumo de combustível (gasolina) como "bebida alcoólica". Ainda não se sabe a extensão deste agravante naquelas aldeias, mas os fatos que foram presenciados e relatados durante esse ínterim dão uma vaga conclusão dos malefícios a serem abordados pelas equipes de saúde nos próximos anos. (SESAI 2010: 71)
>
> É necessário haver um "laudo antropológico" acerca da problemática e desafios do povo kanamari, para que as equipes de saúde tenham subsídios

> técnicos sobre esta especificidade, objetivando direcionar uma programação de trabalho de saúde em conformidade com as especificidades etnoculturais. (idem)

Faremos aqui uma breve visita aos dados etnográficos de outro povo, para logo retornar ao caso Kanamari. Calavia chama atenção para uma descrição de iniciação xamânica dos Yagua feita por Chaumeil sobre os conjuntos "de substâncias que acompanham o uso da ayahuasca":

> A descrição mais detalhada deste tipo de conjuntos é a de Chaumeil (1983), especialmente ao transcrever o processo de iniciação relatado por um de seus principais informantes, Alberto Prohano. As substâncias ingeridas pelo xamã yagua durante o seu processo de iniciação constituem um conjunto aberto, que começa com a ingestão de *piripiri* (*Cyperus*), seguida pela mistura de *piripiri* e sumo de tabaco (que será depois substituído, na prática xamânica, pela sua fumaça); com a adição numa terceira fase de ayahuasca, de *toé* (Datura) numa quarta, e finalmente de vegetais ou substâncias mais poderosas, como o *naranjillo*, o *venado-caspi*, a gasolina, o kerosene e a cânfora... (Calavia, no prelo, grifos em itálico do autor; sublinhados nossos)

Vemos, assim, como, para um povo vizinho da TI Vale do Javari, o uso da gasolina se inseria naquele caso em uma lógica ritual, que deve ser levada em consideração para atividades de intervenção e de orientação nas comunidades indígenas. Não há relatos de semelhante uso nas práticas xamânicas da TI Vale do Javari que, de toda forma, se valem de outras substâncias psicotrópicas (tais como a ayahuasca e a chacrona[60]) respaldadas por práticas de conhecimento tradicionais, que vem sendo estudadas há décadas por especialistas renomados das mais diversas áreas.

As diversas "bebedeiras" verificadas nas cidades e nas aldeias apontam, porém, para outra direção. Elas são acompanhadas de lógicas próprias que merecem ser investigadas com mais detalhes. Veja, por exemplo, o relato acima destacado de César Marubo, que se envolve com o álcool após uma experiência de perda extremamente dura. Inferir, a partir de uma experiência como essa, um traço geral de "alcoolismo" indígena implica em adotar um julgamento inadequado e etnocêntrico. Concordamos, nesse ponto, com o que afirma o relatório da SESAI (2011), "é necessário um estudo mais aprofundado", especialmente pelos motivos já expostos sobre os estigmas e preconceitos colados na palavra "alcoolismo":

> Talvez o estereótipo mais comum que o brasileiro faça do índio é o de um bêbado, afirmação válida particularmente para os brancos que vivem perto de áreas indígenas. Esta imagem negativa, juntamente com outras semelhantes que o brasileiro tem do índio, tais como indivíduo sujo, ignorante e preguiçoso, expressa a representação estigmatizada que é experimentada freqüentemente pelos índios quando interagem com a sociedade envolvente. O abuso de álcool entre os povos nativos não é um fenômeno novo e nem tampouco limitado ao Brasil. O problema se apresenta no resto de América Latina, no Canadá, nos Estados Unidos e na Austrália. Há anos que o tema vem sendo enfocado em pesquisas, conferências e programas de saúde (Everett, Waddell e Heath, 1976; Mandelbaum, 1965; MacAndrew e Edgerton, 1969). Porém, só nos últimos

60 *Banisteriopisis caapi* e *Psychotria viridis*.

> anos foi percebido como um problema de alta relevância para os programas de saúde no Brasil. Ainda há uma grande lacuna quanto ao conhecimento sobre a realidade do alcoolismo entre os povos indígenas brasileiros e faltam pesquisas para dimensionar adequadamente a questão. (Langdon 2005: 104)

Não temos muito a acrescentar, apenas sublinhar o indicado pelo relatório da SESAI de que se necessita de estudo antropológico, etnográfico a fim de conhecer os hábitos de consumo de álcool e outras substâncias psicotrópicas (além das já conhecidas, utilizadas em sessões xamânicas). Os estudos devem ser realizados em conjunto com os intelectuais indígenas, como os xamãs, e outros interessados nas próprias comunidades indígenas, jovens professores, AIS, entre outros.

De fato, as elaborações locais sobre o uso do álcool nas aldeias e nas cidades são bastante sofisticadas e, com frequência, ignoradas por agentes envolvidos nas áreas indígenas. Cesarino elaborou um estudo detalhado sobre o assunto entre os Marubo, no qual foi publicado um depoimento (traduzido do marubo) de Lauro Brasil Marubo, um falecido xamã e liderança do alto Ituí, sobre o problema do álcool e das cidades. Vale a pena reproduzir um trecho:

> Pedro: Por que é que as pessoas que moram em Atalaia ficam assim, tomam cachaça, ficam doidas, mexem com os outros? O que é que tem de ruim na cidade que faz as pessoas ficarem assim?
> Lauro: As pessoas ficam assim porque tomam cachaça, querem ver mulher para transar, ficam buscando confusão. As pessoas tomam bebida e ficam doidas, as pessoas tomam cachaça e o espírito dela encosta. Eu passo a querer brigar com esse meu parente de quem eu gosto. Eu me altero, meu pensamento se altera, o espírito da cachaça passa por você, eh!, eu fico querendo te matar, fico pensando em brigar com você. Na cidade é assim. O duplo da pessoa que morreu em briga, do que morreu em briga [assassinado], seu duplo se levanta. Tendo morrido, o seu duplo se levanta e encosta em outra pessoa, encosta em outra pessoa, vai passando por suas costas. Esses espíritos todos, esses espíritos mortos por assassinato, esses que nós chamamos de espíritos guerreiros, as pessoas mortas por armas, o espírito da cachaça, esses todos, uma vez que seus duplos ficaram fortes eles encostam nas pessoas, matam as pessoas, esses espíritos todos que tem nas cidades. As multidões de espíritos ruins, o espírito da cachaça, o espírito da cana, todos esses. [...] (Cesarino 2008: 142)

O trecho mostra como o problema do alcoolismo se insere em uma lógica xamanística mais ampla, que consiste, no caso marubo, na convivência dos viventes com toda uma multidão de espíritos e de duplos ruins que se espalham por esta terra (sugestivamente chamada pelos Marubo de *Vei Mai Shavaya*, a "Morada da Terra-Morte"). Quando as pessoas morrem em guerra (e também quando se suicidam, de acordo com o pensamento marubo), elas permanecem nesta terra e não completam o seu destino póstumo (veja itens abaixo para mais detalhes). Passam, daí em diante, a assediar os viventes, a "postar-se em suas costas" (*peshotka*) e a "endoidecê-los" (*tanasma*), assim fazendo com que a pessoa, outrora pacífica e cordata, passe a ser violenta e insensata. O mesmo vale para o álcool: não se trata exatamente do efeito de sua química no cérebro que explica a embriaguez de um ponto de vista xamanístico, mas sim da ação de seus duplos ou espíritos (*vaká*), que deixam a pessoa transtornada e fora de si. O papel dos xamãs aí se mostra evidente: são eles que fazem a mediação entre esse contingente de espíritos e os viventes, assim permitindo uma vida harmônica entre parentes. A sua ausência leva ao caos, ao desagregamento e, potencialmente, à morte.

Desnutrição e mortalidade infantil

Apenas no mês de outubro de 2010, sete crianças do povo Kanamari morreram, todas com um ano ou menos[61]. Logo em seguida, Kurak Kanamari, coordenador da Akavaja, com apoio do CONDISI, conseguiu organizar uma ação emergencial de saúde com a recém criada SESAI na calha do rio Itaquaí. Encontramos no relatório a seguinte informação sobre as crianças com a faixa etária de 0 a 5 anos de idade:

> Das 90 crianças menores de 05 anos de idade, (...) 55,9% das crianças apresentavam peso adequado para a idade, 21,5% apresentam risco nutricional e 22,6% baixo peso. Dentre as crianças analisadas, não foi constatado nenhum caso de muito baixo peso para a idade. Todavia, levando em consideração os fatores de risco escritos neste relatório, há uma grande possibilidade dos 22,6% evoluírem para a classificação "muito baixo peso para idade", sobretudo, tendo como referência o histórico sobre a desnutrição infantil entre essa etnia. Não por acaso os técnicos em enfermagens que trabalham há anos com o povo kanamari foram unânimes em afirmar que já tinham presenciado várias crianças de baixo peso evoluírem gradativamente para a situação de muito baixo peso; em alguns casos, num período de semanas". (SESAI 2010)

Em um documento produzido pelo Centro de Trabalho Indigenista, encontra-se a seguinte tabela sobre as condições de saúde de crianças kanamari (dado da equipe do DSEI/Javari divulgado em informe do CIVAJA)[62]:

Nº	Nome	Data de Nasc.	Peso	Centímetro	Aldeia	sexo
01	Kamaion Kanamarí	08/05/02	10 kg	104 cm	Arara	M
02	Gilmar Kanamarí	02/03/02	13 kg	91 cm	Arara	M
03	Iris Kanamarí	07/06/03	08 kg	75 cm	Arara	F
04	Agnaldo Kanamarí	11/04/04	08 kg	74 cm	Estirão Kumaru	M
05	Jose Kapatin Kanamarí	19/06/03	09 kg	75 cm	Estirão Kumaru	M
06	Adriana Kanamarí	17/10/04	04 kg	70 cm	Estirão Kumaru	F
07	Pedro Aninha Kanamarí	05/08/03	05 kg	70 cm	Estirão Kumaru	M
08	David Kanamarí	01/01/00	09 kg	79 cm	Estirão Kumaru	M
09	Evandro R. Kanamarí	10/10/03	08 kg	76 cm	Estirão Kumaru	M
10	Diana Kanamarí	15/03/04	07 kg	76 cm	Arara	F
11	Roselia Kanamarí	04/08/03	10 kg	77 cm	Arara	F
12	Michel Kanamarí	26/08/02	08 kg	90 cm	Arara	M
13	Maroka Kanamarí	27/03/03	09 kg	76 cm	Arara	F
14	Adene Mara Kanamarí	02/03/04	07 kg	78 cm	Arara	F
15	Francisco Narumá Kanamarí.	03/02/04	05 kg	73 cm	Igarapé Estreito	M
16	Dulce Kanamary	05/03/04	06 kg	59 cm	Igarapé Estreito	F
17	Francisco Kanamary	02/07/01	13 kg	81 cm	Igarapé Estreito	M
18	Eliane Kanamary	10/09/01	13 kg	85 cm	Igarapé Estreito	F
19	Raimundo Kanamary	20/05/01	12 kg	96 cm	Remancinho	M

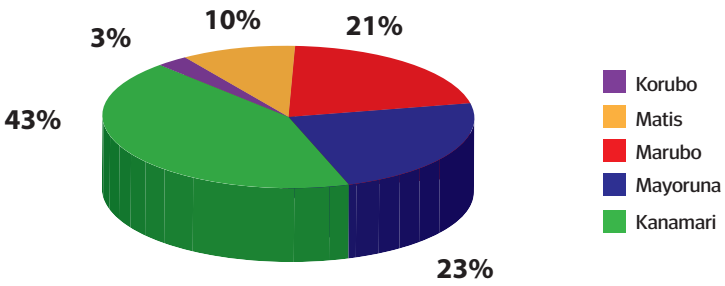
Fonte: Centro de Trabalho Indigenista (2005)

61 Dados da AKAVAJA (Associação Indígena Kanamari). Segundo dados do DSEI: "em todo o DSEI-VJ no ano de 2010, o coeficiente de mortalidade infantil (CMI) em menores de 1 ano foi 64 em mil nascidos vivos, ou seja, quase o dobro da média brasileira (34/mil) e comparável às 150as pirores taxas mundiais, ao lado de países miseráveis como Haiti (CMI=64) (Francisco 2011). Para mais dados, ver documento elaborado pela médica Deise Francisco (2011).

62 Informe No 011 do CIVAJA apud Centro de Trabalho Indigenista (2005).

A tabela se completa com esta outra, que se refere aos óbitos de bebês com menos de um ano de idade (veja como os Kanamari são, novamente, o povo em pior situação):

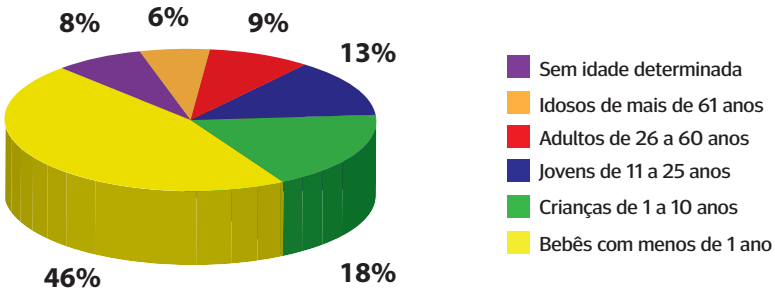
ÓBITOS DE BEBÊS COM MENOS DE 1 ANO DE IDADE ENTRE OS ANOS DE 2000 E 2010 NA TI VALE DO JAVARI SEPARADOS POR POVO



Fonte: Centro de Trabalho Indigenista (2010)

Outro quadro produzido pela mesma instituição mostra como as mortes recaem em sua maioria sobre crianças e recém-nascidos:

ÓBITOS NA TI VALE DO JAVARI ENTRE OS ANOS DE 2000 A 2010 SEPARADOS POR FAIXAS ETÁRIAS



Fonte: Centro de Trabalho Indigenista (2010)

A despeito dos números acima mencionados, faltam mais dados sobre as razões de desnutrição e sua relação com as mortes de crianças registradas na TI Vale do Javari. Tais dados seriam centrais para a elaboração de reflexões antropológicas mais aprofundadas dedicadas a hábitos e segurança alimentar, bem como aspectos diversos relacionados à gestação, ao parto, às condições pós-natais e aos primeiros anos de infância na TI Vale do Javari.

NOÇÃO DE PESSOA E CORPO

Se a "centralidade do corpo" para os povos ameríndios sempre foi objeto de extensas etnografias, foi a partir da publicação de "A construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras", por Seeger *et alli* (1979), que o corpo se estabeleceu como tema central da antropologia dos povos indígenas na América do Sul. É o que diz Viveiros de Castro na seguinte passagem:

> é possível, por exemplo, entender melhor por que as categorias de identidade — individuais, coletivas, étnicas ou cosmológicas — exprimem- se tão freqüentemente por meio de "idiomas" corporais, em particular pela alimentação e pela decoração corporal. (...) É importante observar que esses corpos ameríndios não são pensados sob o modo do *fato*, mas do *feito*. Por isso a ênfase nos métodos de fabricação contínua do corpo (Viveiros de Castro 1979), a concepção do parentesco como processo de assemelhamento ativo dos indivíduos (Gow 1989; 1991) pela partilha de fluidos corporais, sexuais e alimentares — e não como herança passiva de uma essência substancial —, a teoria da memória que inscreve esta na "carne" (Viveiros de Castro 1992a:201- 207), e mais geralmente uma teoria do conhecimento que o situa no corpo (McCallum 1996). (Viveiros de Castro 1996)

Como se disse nos itens anteriores, as diferenças de concepções entre os corpos ameríndios e os da biomedicina estão por trás dos choques entre tratamentos xamanísticos e ocidentais, tal como no caso das situações anteriores relacionadas à feitiçaria. Tais diferenças são, em nossa opinião, um tema fundamental para a formação de equipes de saúde, especialmente no que se refere aos AIS (agentes indígenas de saúde) e a outros índios interessados no tema, tais como aqueles que trabalham como intermediários entre o xamanismo e a biomedicina (os AIS e os microscopistas). Coutinho já alertava para o problema:

> Há praticamente três anos [escreveu Coutinho em 2008, mas como essa constatação segue valendo para 2011, podemos refrasear e afirmar sem erro que: "há seis anos] não se realiza nenhuma atividade de capacitação em antropologia e/ou indigenismo para os profissionais de saúde do DSEI, sendo tarefa árdua encontrar, entre os que hoje ali trabalham, aqueles que porventura tenham passado por qualquer evento desse gênero (Coutinho 2008: 143, comentário nosso entre colchetes)

A falta de informação se dá nas duas direções. Há total desconhecimento dos profissionais da equipe de saúde sobre os sistemas xamanísticos. Os xamãs e demais responsáveis pela saúde e bem estar nas comunidades conhecem pouco sobre o sistema biomédico. Esse mútuo desconhecimento – especialmente dos profissionais de saúde sobre xamanismo, sobre as noções de corpo, saúde, doença e outros relacionados – causa uma série de desentendimentos e má comunicação que poderiam ser minimizados. Mais adiante, voltaremos a tratar de problemas de tradução e comunicação entre índios e equipe de saúde.

XAMANISMO E DOENÇA

Entre os povos do Vale do Javari, atualmente, apenas os Mayoruna/Matsés não teriam xamãs atuantes (o que, no entanto, não quer dizer que deixem de conceber o mundo de uma maneira xamanística). Os Matis até muito recentemente diziam o mesmo: "todos nossos xamãs morreram, não há mais xamãs". No entanto, como comentado ao longo desse diagnóstico, os Matis voltaram a praticar xamanismo e os pajés voltaram a trabalhar em sessões de cura. Há uma revitalização e fortalecimento do xamanismo atual do rio Ituí (Marubo e Matis), que corresponde a antigas práticas e a inovações. Outros povos, como os Marubo, também têm fortalecido suas redes xamânicas, ampliando seus relacionamentos com xamãs de povos vizinhos como os Katukina (falantes também

de língua da família Pano, que vivem no alto rio Juruá). Em abril, houve uma reunião dos Marubo no médio Ituí e, em maio de 2011, os Marubo do rio Curuçá organizaram o IV Encontro de Pajés na aldeia do igarapé Maronal.

Manoel Chorimpa explicou que, durante esse Encontro de Pajés, planejavam fazer uma seleção entre aqueles portadores de hepatite, que se recusam ao tratamento com Interferon na cidade, para que iniciassem o tratamento xamanístico:

> Já levantamos essa questão dentro do Encontro dos Pajés, que como está sendo feito o tratamento, o manejo clínico dos portadores de hepatite, requer um tempo, é um processo longo para o tratamento. Muita gente se recusa a realizar esse tipo de tratamento [com interferon], então nossa intenção é reunir os pajés, os curandeiros para a gente fazer um tipo de trabalho nesse sentido, para essas pessoas. Selecionar as pessoas que vão poder ter o atendimento, uma cura espiritual que nós estamos tentando montar dentro da forma tradicional. Estamos vendo que criou muita resistência à própria questão do medicamento. Enquanto o povo está morrendo fisicamente, mas espiritualmente ainda tem como resgatar, essa sobrevivência, tão drástica, que todo mundo já sabe. O Encontro dos Pajés vai ser focalizado nessa direção. (Manoel Chorimpa Marubo, 06/04/2011)

Note como o uso de termos provenientes do léxico ocidental é feito a partir de uma forma de reflexão sobre o conflito entre os dois regimes de pensamento (indígena e não-indígena), de modo a encontrar uma solução, no interior da lógica xamanística, para dilemas relacionados às doenças dos brancos. O ponto não apenas atesta a abertura intelectual dos povos do Javari para as situações de transformações, mas também operações de tradução dos próprios marubo sobre as noções estrangeiras. Essas operações tem sido debatidas por autores diversos (tais como Carneiro de Cunha 2009 e Albert 2000), inclusive no que se refere a distintas concepções de cura e de tratamento (Strathern & Stewart 2010).

DISTINTOS TIPOS DE XAMANISMO E O FORTALECIMENTO DOS PAJÉS

Entre os Marubo, é marcante a diferença entre o que, em etnologia, se convencionou chamar de "xamanismo horizontal" e "xamanismo vertical" (cf., Hugh-Jones 1994). No xamanismo horizontal, os "duplos saem para fora de corpos" (caso dos *romeya*, chamados por ali de "pajés"), e no vertical, os "xamãs operam por meio de espíritos auxiliares" (os *ke chi txo* ou *shõikiya*, ali chamados de "rezadores"). Se o primeiro especialista cura através dos espíritos que ocupam seu corpo, capazes de extrair objetos patogênicos, o segundo trabalha através de cantos e da mobilização à distância de espíritos auxiliares. Ambos, porém, se articulam nos rituais de cura para dar conta dos diversos males que perseguem os viventes.

Entre os Matis, atualmente, há um movimento forte de retomada do xamanismo. O pajé retira caracóis, larvas, preservativos e outros objetos patogênicos do corpo do paciente. A cura pode ser realizada também através de viagens que o xamã empreende em sonhos. Até o momento, Arisi não observou alguma forma de cura por cantos. Diferentes dos Marubo, os Matis não cantam para as sessões de cura, embora se cante nas sessões de *tatxik* (bebida ritual que se toma muitas vezes ao dia como parte do processo de amargar e endurecer os corpos). Para os Matis, a cura é relacionada a procedimentos tais como chupar, assoprar, tocar, molhar, nas quais ele reorganiza os *muxá* (espinhos) no corpo do paciente.

Para os Matis, o processo de aprendizado pode se iniciar através de uma experiência de morte (na concepção matis do termo, ou seja, quando ocorre o processo de "subida" do/s *tsussin* do corpo ou quando ocorre um encontro com esses *tsussin* de cobras, outros seres aquáticos, onças). Nesses casos, que chamamos de xamanismo vertical, o xamã recebe seus conhecimentos e poderes direto dos *tsussin* (seres/potência). Para os Matis, o xamã é aquele que sobreviveu a essa experiência, afinal, voltar a seu corpo após a experiência de 'morte' é uma clara demonstração de poder e de que, de fato, se está em um processo de aprendizado xamânico. Durante périplos e deslocamentos oníricos por esses patamares do cosmos, o pajé adquire muitos conhecimentos, mas os encontros com esses seres desencorporados *tsussin* são perigosos para os aprendizes que podem se perder na floresta, no fundo das águas e no alto, no céu. Há um menino Matis que se perdeu na floresta perto da aldeia Beija-Flor e seus parentes nunca mais o encontraram. Dizem que ele se transformou em um xamã da floresta/do solo, um *txorën tsussin* pajé. Os Matis chamam Tëpi Pajé de *xó'xókakit* (aquele que tem muito xó – substância de poder que os xamãs acumulam). Há outros tipos de xamã, como os *darasibon menëakitbo* – que recebem seus ensinamentos direto dos anciãos ancestrais. Há ainda especialistas em farmacopéia, conhecedores de *dauës e nestes*, ervas e banhos medicinais, repectivamente. O conhecimento de plantas não é especialidade de apenas um ou outro, mas é algo espalhado entre diversas pessoas; alguns, porém, possuem mais autoridade sobre tais saberes. O estudo das plantas está também em alta na comunidade Auréli; os Matis vêm inclusive organizando um livro sobre o tema.

Para os Marubo, os xamãs *romeya*, além de todas as prerrogativas acima descritas, já nascem dessa forma, que pode se revelar ao longo de sua vida. Isso tende também a acontecer em sonhos desde a infância e a se completar em momentos de liminaridade, nos quais a pessoa praticamente "morre", ou seja, é transformada pelos espíritos *yovevo*. Nesse momento, revela-se o que a pessoa já era desde sempre: um filho de espíritos, que passa então a possuir uma vida dupla entre esta terra e outras referências do cosmos. Daí em diante, ela passará a ter o seu sangue trocado pelo sangue dos espíritos (que é melhor do que o nosso) e se transformará, progressivamente, em outra pessoa. Passará, também, a ser acompanhada por seus parentes-espírito (que a ela ensinam saberes diversos, tais como os relacionados à cura), que o protegem e auxiliam nas tarefas de cura. Diz-se que o corpo de um *romeya* é como uma maloca: seus duplos ou almas internos (concebidos como irmãos da pessoa) saem de seu corpo como quem sai de casa, para assim andar pelo cosmos e realizar tarefas diversas (tais como as de encontrar as almas de pessoas que se desprenderam de seus corpos e que, dessa forma, adoecem, ou então, alternativamente, deixar com que espíritos entrem em seus corpos para realizar tarefas de cura). Os pajés "rezadores", *ke chi txo*, por sua vez, se iniciam ao longo de grandes sequências rituais e processos de transmissão de cantos e demais ensinamentos. Eles são considerados como mais fortes (isto é, mais resistentes aos ataques dos espíritos, que costumam ameaçar os *romeya*) do que os *romeya* e atuam através dos espíritos auxiliares *Shoma*. Conhecem os longos cantos de cura *shõki*, além da farmacopéia marubo e de toda uma série de saberes relacionados aos ciclos rituais. Os dois tipos de xamanismo podem incidir na mesma pessoa, uma vez que um pajé rezador pode, em determinada circunstância, passar pelas crises acima mencionadas que indicam a sua transformação progressiva em pajé *romeya*.

ORIGENS DAS DOENÇAS, DIAGNOSE E CURAS INDÍGENAS

Para os Marubo, grande parte das doenças tem a ver com as razões acima apontadas (assédios de espíritos e almas de mortos, perda ou desprendimento da alma da pessoa, feitiçaria, introdução de objetos patogênicos). Doenças, assim, costumam ser atribuídas a um agente: em geral, um espírito ou alma de morto. É necessário, então, rastrear o processo de formação desse agente, bem como o seu caminho e o lugar em que esse agente vive (por exemplo, dentro do corpo da pessoa), para que

então ele possa ser controlado e expulso. Esse processo é todo feito através dos cantos *shõki*, que são verdadeiras batalhas contra os agentes agressores, expulsos e assustados do corpo do doente através da ação dos espíritos *Shoma*.

Há cantos *shõki* para praticamente todos os tipos de males: doença de sucuri, atração pelos espectros dos mortos, dor de dente, diarréia, dor de cabeça, entre outros diagnósticos possíveis. Se transcrito e traduzido, cada canto ocupa cerca de quarenta páginas. Sua estrutura é fixa e rigorosa, muito embora os temas variem de acordo com a doença em questão. É essa estrutura e variação que costuma ser transmitida nos processos de iniciação. O domínio da técnica é tarefa para uma vida inteira e, nos dias de hoje, conta-se nos dedos os xamãs rezadores mais experientes. Trata-se, na verdade, de algo comum também a outros povos ameríndios (entre os falantes de Pano, destacam-se nesse aspecto os Shipibo-Conibo e os Sharanawa): uma espécie de medicina de palavras, uma medicina estética ou poética, já que a ferramenta mais eficaz contra doenças é, de fato, o canto. Cantos tais como os *shõki* são, assim, instrumentos para a atuação ritual sobre a referência dos duplos e espíritos que atormentam os viventes. Eles são tão centrais para o sistema médico marubo quanto, para o nosso, são os antibióticos.

O doente costuma ser deslocado para o local onde há um ou mais pajés rezadores (ou estes é que vão até sua aldeia) e, se possível, também um (ou mais) *romeya*, onde então se realiza o trabalho conjunto de cura que pode durar dias, semanas ou até meses. Nesse tempo, diversos diagnósticos costumam ser traçados para o doente e, em seguida, cantos diversos são também empregados (em associação com a farmacopéia, com pinturas corporais e com dietas específicas). O processo em geral não exclui a atuação de agentes de saúde e demais não-indígenas que queiram administrar remédios: como se disse, uma medicina atua sobre os duplos e o invisível; outra, sobre o corpo fisiológico. O que costuma apresentar um problema para a "equipe médica" dos pajés é, na verdade, o deslocamento dos doentes em remoções para cidades distantes. Neste caso, não é incomum que se proíba o deslocamento, já que suas consequências podem ser imprevisíveis, tendo em vista a alteração do regime alimentar, a distância com relação aos parentes e a falta de acompanhamento pelos pajés. A pessoa, no limite, pode também ficar *oniska*, triste/melancólica, o que só tende a agravar a sua saúde. A isso cabe também adicionar o fato de que, com frequência, os doentes retornam mortos ou em piores condições do que quando saíram, o que só aumenta a desconfiança com relação ao procedimento até então adotado pela FUNASA.

Os Marubo também curam através da potencialização de substâncias ou alimentos (rapé, ayahuasca, mingau de banana, de pupunha, etc) através de cantos *shõki*: desta forma, a substância passa a ser um veículo de "força" ou "vida" (*chinã*), capaz de melhorar a sauíde e, também, o próprio discernimento intelectual do doente. Costuma-se, também, rezar a tinta de jenipapo (*nane*) por ocasião de determinadas festas. Essa tinta servirá como uma espécie de proteção aos participantes da festa contra o assédio dos espíritos e dos mortos.[63]

Welper mostra como a separação espacial entre duas populações Marubo, a que permaneceu no Curuçá e a que migrou para o rio Ituí, também contribuiu para inaugurar um "tempo perigoso, associado a mortes e separações" (2009: 131):

> Conforme meus interlocutores, foi após esse acontecimento que surgiram as doenças que vêm vitimando a população marubo, desde as epidemias de

63 Mais detalhes sobre esses aspectos podem ser encontrados em Cesarino (*op cit)* e Montagner (*op cit*).

> meningite e sarampo dos anos de 1973 e 1974, até a malária e a hepatite que os vitimam nos dias de hoje: "Naquele tempo [antes da separação], os velhos eram fortes... Eles tomavam injeção de sapo, chá de tabaco... Naquele tempo, os velhos eram fortes, não tinham doenças. Naquele tempo, não era desse jeito, não tinha essas doenças. Não pegávamos malária, não tínhamos diarréia. Nossos velhos eram assim, na cabeceira do rio, usavam veneno de sapo... Naquele tempo, as crianças não ficavam com febre desse jeito, os velhos não ficavam doentes. As velhas tinham doenças,doenças delas mesmas, que eram curadas pelo pajé e depois acabavam. Não pegávamos malária, mas agora é assim: nós pegamos muitas doenças, pegamos febre, hepatite, gripe, diarréia, dor de cabeça, dor de fígado, de estômago. Naquele tempo em que estávamos na cabeceira do rio, nós não adoecíamos. Estávamos bem cuidados, encontrávamos comida, muita carne. Com os chefes, assávamos muita caça para fazer festa (Arnaldo Mashempapa, 2005. Tradução da autora). (Welper 2009:131)

Veja algumas passagens sobre os Matis:

Os Matis podem fazer diagnósticos oníricos (por sonhos), mas também por apalpamento e outras técnicas. Muitas doenças Matis tem relação com a falta de *muxá* (espinhos) no corpo ou com *muxá* localizadas em lugares errados. O pajé cura ao reorganizar essas *muxá* no corpo do paciente. A doença também é causada pela presença de certos "objetos" estranhos ao corpo do paciente, como caracóis, espinhos de peixe, "preservativos", eles causam doenças – ou são doenças objetificadas – e precisam ser retirados pelo pajé. A reorganização das *muxá* é realizada pelo xamã. Para os Matis, certas substâncias tem potencialidades terapêuticas, como o *tatxik*, o *bëtxeté* (colírio para caça e evitar "panema"), além de todos *dauës* (plantas medicinais) e *nestês* (banhos). Outras substâncias são eméticas como o veneno de sapo *kampok* (utilizado para provocar vômito e evacuação, limpeza do corpo). A qualidade benéfica do *kampok* está registrada no mito do Jaburu que foi quem ensinou a "provocar/vomitar" para limpar a barriga cheia de vermes/larvas do menino matis que havia sido seqüestrado pelo urubu. O mito é uma espécie de enciclopédia de conhecimentos farmacêuticos também. Os Matis tem grande investimento na prevenção das doenças por meio da potencialização das pessoas que se dá pela construção e preparação do corpo, com os piercings, tatuagens, os kuestês (chibatadas), entre outras. (Arisi s/d tese)

E outras passagens sobre os Kanamari:

> O xamã [Kanamari], durante o processo de 'conhecer o *dyohko*', "passa as mãos sobre as partes do corpo onde o paciente sente dor e as massageia. Caso esteja fumando um cigarro, ele pode soprar (*-po*) fumaça sobre tais partes 'para tornar o *dyohko* visível'. Se houver *dyohko* presente, o xamã irá familiarizá-lo por sucção (*bikman*). O paciente normalmente permanecerá deitado enquanto o xamã suga, e após cada rodada, o xamã ficará de pé, afastar-se-á de seu paciente, e tentará regurgitar qualquer dyohko que possa ter sido removido. Esse processo é repetido muitas vezes porque pode haver mais de um *dyohko* ou porque este pode estar profundamente inserido no corpo, em uma área de difícil acesso para o xamã. Os *dyohko* penetram a carne, e quanto mais permanecem no corpo de uma pessoa antes do tratamento, mais profundo penetrará. Os tratamentos podem, portanto, levar mais de um dia, às vezes envolvendo mais de um xamã e é até possível que

> um grupo de xamãs ocasionalmente tratem de um único paciente. Qualquer *dyohko* que um xamã remova terá sido familiarizado por ele, e o processo de remoção dos projéteis é em si chamado de 'familiarização' (*hu'man*). Diferente dos espíritos *dyohko* que moram na floresta, esses projéteis são inseridos nos corpos dos xamãs, portanto tornando-se parte do *dyohko* em seus próprios corpos. Segundo o xamã Dyumi:
> "Os *dyohko* não voltaram [para seus donos]. Eles são nossos. Nós os sugamos de dentro das pessoas. Não saem mais, ficam dentro de nós. A pessoa então é curada. O dyohko é meu. Apenas os outros tipos, os *dyohko* grandes, guardamos em uma bolsa". (Costa 2007: 379)
>
> é importante inalar rapé (*oba dim*). Sem o tabaco, o *dyohko* permanece latente e inativo no corpo do xamã, que fica sem poder. Tabaco é a 'comida' (*tyawaihmini*) do dyohko, e diz-se que este 'come' (*-pu*) o tabaco que o xamã inala. (idem: 365)

FARMACOPÉIA DA FLORESTA

Além das sessões de cura tratadas acima, diversos povos possuem um vastíssimo conhecimento acerca de tratamentos medicinais com ervas, banhos e plantas medicinais, e também substâncias retiradas de animais como o *kampok* ou *kampô* (veneno de sapo, da rã *Phyllomedusa Bicolor*), utilizado por Matis e Marubo e diversos outros povos de língua Pano. A farmacopéia tradicional dos povos da TI Vale do Javari ainda não foi estudada em profundidade e é, aliás, objeto de extrema cautela, tendo em vista as ameaças de biopirataria. Os índios têm vasto conhecimento de processos químicos elaborados, como demonstra o processo de fabricação do curare[64], entre tantos outros.[65]

CONCEPÇÕES DE MORTE E DE MUNDO

Os dados aqui reunidos servem para mostrar porque as concepções de morte e do destino póstumo são informações fundamentais para aqueles que trabalham nas equipes de saúde.

Para os Marubo e os Matis, a putrefação do corpo/carne (*nami* em ambas línguas) libera espectros patogênicos (que assolam áreas de cemitério e causam doenças). A liberação desses "duplos" ou aspectos ruins da pessoa faz com que eles fiquem nas adjacências da aldeia causem doenças por assediar os viventes. Como já vimos antes, os índios dizem que "alguém morreu" não quando a pessoa é considerada doente (pelos médicos), mas quando o xamã e o paciente sabem que seu *tsussin*, *yochin* já está definitivamente fora do corpo e afastando-se para o alto. Faz-se necessário, assim, oferecer um breve panorama da constituição da pessoa e de suas consequências.

Para os Marubo, há vários componentes da pessoa, que possuem destinos póstumos diferenciados: alguns deles, tais como os duplos do olho (*verõ yochi*), do lado direito (*mekiri vaká*) e do

---

64 Mencionamos o curare apenas para registrar uma das diversas contribuições dos saberes indígenas para o desenvolvimento da medicina européia, já que, a partir do conhecimento indígena sobre a fabricação do curare, os europeus desenvolveram certos anestésicos. "Em 1942 Griffth e Johnson descreveram em publicação pioneira o uso do curare em anestesia geral. Hoje passados mais de 60 anos desde a introdução dos curares em anestesia, os bloqueadores neuromusculares constituem um dos pontos vitais da anestesia moderna pois facilitam a intubação traqueal, proporcionam relaxamento do campo operatório, permitem imobilização e facilitam o controle da ventilação" (Morais et al 2005).

65 Para mais informações sobre a farmacopéia fitoterápica marubo, consulte Montagner (1991) e Welper & Marubo (2005).

coração (*chinã natό*) podem seguir para um destino póstumo melhor (a morada dos antepassados que se situa no final do Caminho dos Mortos, a aldeia invisível das cabeceiras, chamada de *Kapi Vana Wai*, entre outros destinos acessíveis apenas aos pajés). Outros duplos, tais como os do lado esquerdo (*mechmiri vaká*), da urina (*isõ yochi*), das fezes (*poi yochi*) e a sombra da pessoa (*noke vakíchi*), tendem a ficar aqui nesta terra e a causar doenças. Ocorre, porém, como se disse acima, que grande parte das pessoas não adquire o conhecimento necessário para completar a travessia do Caminho dos Mortos (cheio de obstáculos e desafios): algo que acontece sobretudo com os jovens, pouco atentos às falas e ensinamentos dos mais velhos. Por conta disso, terminam por retornar desse caminho e a ficar por aqui cobiçando os viventes (eles têm desejo e saudade dos que não morreram), que assim podem terminar por adoecer. Donde as alterações dos ciclos rituais brevemente descritas acima.

Um desdobramento positivo dessa composição da pessoa entre os Marubo é o que se dá ainda em vida: a pessoa que participa ativamente de rituais tem os seus duplos bons levados pelos espíritos *yovevo* para viver entre eles (através do corpo-maloca dos *romeya*). Essa pessoa é chamada de *yora vaká viataya*, "aquele que tem os seus duplos levados", e costuma ser mais inteligente, saudável, sensata e pacífica do que os demais. De longe, seu duplo a protege. Quando morrer, ela poderá optar por viver entre seus espíritos-parentes, enquanto seu corpo apodrece aqui nesta terra. A falta de relação de grande parte da juventude com esse tipo de prática ritual (que, como se vê, serve para integrar a pessoa aos diversos patames celestes e terrestres do cosmos marubo) tem conseqüências ruins. A pessoa deixa de se tornar mais "boa, bela, correta" (*roaka*), não consegue aprender os ensinamentos dos antigos e, consequentemente, torna-se *oniska* (melancólica, triste) e raivosa (*onika*); perde, também, a chance de aprender a morrer, algo que será fundamental mais adiante, quando ela tiver que enfrentar os desafios do Caminho dos Mortos. Daí os dilemas que assolam essa terra e a necessidade intensa dos rituais. A pessoa despreparada corre o risco de uma dupla morte: em primeiro lugar, a de seu corpo (*vopia*), que é comum a todos; em segundo, a de seu duplo ou alma (*vaká*), que "morrerá" ou se "transformará" (*veiya*) ao longo do Caminho dos Mortos ou nesta terra, sem completar um destino póstumo satisfatório.

A alma da pessoa que não morre direito, ao assediar os viventes, faz como que estes se lembrem demais dela. Os rituais funerários visam, justamente, fazer com que os viventes se esqueçam progressivamente dos mortos (não se pode mencionar de qualquer jeito seus nomes ou manipular imagens, pertences ou outros elementos que remetam à sua presença), assim garantindo uma distância segura entre as duas posições. Quando os mortos são lembrados demais, a pessoa se torna triste/melancólica e, potencialmente, doente, pois seu duplo vai querer se juntar àquele(s) da(s) pessoas(s) que já se foi(ram).

Seguem alguns dados sobre os Kanamari:

> Os Kanamari possuem dois verbos que significam morrer: *tyohni* e *tyuku*. O primeiro refere-se principalmente às pessoas que morreram há muito tempo e cujas almas desincorporadas pararam de assombrar os vivos, enquanto o segundo termo refere-se à morte, mas também a uma gama de processos que conduzem à morte, e, portanto, é um estado potencialmente reversível. (Costa 2007: 385)

> quando o xamã morre, e o corpo/dono torna-se um cadáver, a alma-Jaguar deixa o corpo. Na maioria dos casos, ela se separa do defunto com um estrondo (que os Kanamari chamam de *parihan*), assumindo a forma

> de jaguar e fugindo para a floresta. No caso de xamãs muito poderosos, completamente imbuídos da substância *dyohko*, o corpo talvez nem venha tornar-se um cadáver. (idem: 368)

> Quando a pessoa-alma deixa o corpo, diz-se que *dadyahian*. Isso ocorre durante todos os 'tipos de morte' (*otyuku*). Assim que a alma e o cadáver separam-se, os Kohana vêm para a terra, de acordo com a maioria dos Kanamari, em grupos de pelo menos dois, para resgatar a alma, 'pegando-a pelos braços' (*a-pam-dyoroman*). Os Kohana então levam a alma na longa viagem até o Céu Interior, seguindo a trilha de arco-íris (*mapiri nanim*, 'grande anaconda'). Todos no Céu Interior são adultos, nem muito jovens nem velhos demais. (idem: 396)

> a fragmentação da pessoa após a morte replica a tensão entre estabilidade e mobilidade, ligando-a ao céu e à paisagem. (idem: 395)

Os Matis, por sua vez, consideram que os mortos vão para o patamar celeste (*abuk*) e não dão grande rendimento aos caminhos que os *tsussin* percorrem para subir. Como já comentado, é importante que o *tsussin* esqueça dos parentes vivos e que os vivos esqueçam dos mortos. O cabelo dos parentes e amigos próximos de quem morreu devem ser cortados, pois os *tsussin* vêem o cabelo dos vivos e dele gostam de se alimentar; aliás, há diversos outros cuidados a serem tomados para evitar que os cabelos dos vivos sejam vistos e comidos pelos *tsussin*, Coffaci de Lima (2000) observou cuidados semelhantes entre os Katukina-Pano. Enquanto durar o sentimento de *sinanek* (tristeza/saudades/lembrança) se canta para o morto.

Mas o processo de luto, quando não bem completado, pode levar a desdobramentos ruins. Costa escreve o seguinte sobre os Kanamari:

> O intenso sentimento de tristeza e saudades que se apodera das pessoas as faz querer fugir de seus parentes, adentrar a floresta e perder-se. A expressão usada para designar essa compulsão é *ityonim man*, 'ganhar a floresta'. (...), vimos que isso resulta de estados de raiva excessiva, quando as pessoas reportam-se às propriedades pré-sociais da alma. Os estados de luto também podem levar uma pessoa a romper suas relações com parentes, tornando-se parecida com o *ikonanim* e desaparecendo, vagando pela noite. (Costa 2007: 391, grifos nossos)

Para os Mayrouna/Matsés, o "endoidar" pode ser resultado da "captura da alma":

> A captura da alma matsés pelos espíritos auxiliares das missionárias parece acarretar tanto na morte como na transformação dos vivos em jaguares (pois passam a assumir afecções animais, como os jovens que, como dizem os Matsés "endoidam", saem pelo mato durante a noite e voltam apenas de manhã)". (Matos 2009: 98)

Entre os Matis, há um desejo de esquecer, uma melancolia e pensamento na pessoa falecida expresso pelo verbo *sinanek* (lembrar/saudades). *Sinanek* em demasia deve ser evitado, melhor é se mudar para esquecer. Após a morte de Kaná (mulher de Txami), seu marido decidiu mudar-se da

aldeia nova do rio Coari. Era um movimento que já se desenrolava ao longo dos anos, pois em 2006 as roças já haviam sido abertas perto do rio Coari pelo grupo de irmãos do qual Txami é parte, mas foi a morte de Kaná que fez Txami tomar a decisão de inaugurar oficialmente a nova aldeia, embora a FUNAI desaconselhasse por conta da proximidade com o grupo "Korubo do Coari" e pela dificuldade de navegabilidade do Coari em período de seca.

PARENTESCO E TRATAMENTO À DISTÂNCIA

Veja os itens anteriores para informações sobre os Marubo relativas às remoções e aos rituais de cura. Destaca-se abaixo alguns aspectos relativos aos partos e às remoções.

As mulheres não querem ter seus filhos na cidade, a maioria prefere ficar na aldeia e ter filhos entre as outras mulheres. Como há muitas mães portadoras de hepatite B, a equipe de saúde indica que a mãe vá para a cidade ter o bebê, pois assim terá chance de que o recém-nascido receba a imunoglobulina – cuja aplicação deve ser feita dentro de determinadas horas após o nascimento para que a criança não seja contaminada verticalmente, ou seja, para evitar que ela receba a carga viral da mãe. Com geladeira no pólo Base ou nas comunidades, o recém-nascido poderia receber a medicação na própria aldeia.

As viagens para Atalaia do Norte podem demorar muitos dias, são cansativas e, além disso, nas cidades, muitas vezes as mulheres índias se sentem completamente abandonadas, algo que se agrava por conta da comunicação precária em português. Uma mulher matis, por exemplo, não queria ter filho na cidade com medo de ficar com uma enorme cicatriz como a de uma outra mulher que teve o corte feito verticalmente. Para um povo que dá tanto rendimento às marcações corporais, realmente ganhar uma cicatriz grande era algo muito sério e ruim. Outra mulher disse que preferia ficar na aldeia porque os médicos não gostam dos índios.

O Hospital Regional em Atalaia do Norte construiu uma nova ala para pacientes indígenas, com lugar para redes, tela mosquiteiro que provê melhor circulação de ar e banheiros turcos. É provável que sua inauguração melhore as condições de hospedagem para pacientes e seus acompanhantes. De todo modo, o ideal é que as mulheres possam *optar* por ter seus filhos na aldeia ou na cidade. Com geladeiras no Pólo Base e nas comunidades, seria possível aplicar a imunoglobulina nos recém-nascidos lá mesmo, a fim de evitar todos os transtornos e dificuldades que o parto na cidade representa.

A quebra da rede local por remoções e atendimentos demorados, imprevisíveis, desorganizados e frequentemente ineficazes acarreta a perda de vínculo da pessoa com seus parentes em momentos de liminaridade. Este é um dos mais problemáticos processos relacionados à saúde indígena, sobre o qual já fornecemos informações acima para o caso marubo. A distância dos parentes em tratamento provoca um sentimento de *omahwa* (para os Kanamari), *sinanek* (para os Matis), *oniska*, a tristeza/melancolia dos Marubo. Sobre tal sentimento para os Kamanari, Costa escreve o seguinte:

> "*omahwa* que traduzi como 'pena' é formado pelo afixo 'o-', que significa 'outro de mesmo tipo' e *mahwa*, que significa 'saudade'. Os Kanamari acreditam que alguém que sente falta de seus parentes inspira piedade, chora o tempo todo e é incapaz de se engajar nas atividades produtivas e cotidianas da aldeia. Portanto, alguém em estado de '*mahwa*' faz surgir *omahwa* nos outros. (2007: 99).

Quando a pessoa está doente, em um estado que os antropólogos chamam de "liminar" e que muitos índios do Javari chamam de "morte", muitas vezes será "removida" para tratamento ou exames. Será então levada para Atalaia do Norte, Tabatinga, Manaus. Ora, é justamente nesse período de liminaridade que o distanciamento do campo de parentesco é mais perigoso, pois pode levar à perda de "duplos" da pessoa e causar os tais estados de melancolia, apatia, tristeza e, potencialmente, a morte.

Em Manaus, as experiências costumam ser particularmente traumáticas, tanto para o doente quanto para os eventuais acompanhantes. Doentes são relegados ao precário sistema de saúde público brasileiro (ainda mais precário por conta dos abismos de comunicação e de incompreensão que separam os referenciais indígenas e não-indígenas); acompanhantes às vezes passam meses com seus parentes com pouca ou nenhuma assistência para tal (faltam alojamentos adequados, alimentação, sanitários, etc). Em todo o processo, inexiste qualquer acompanhamento especializado de profissionais minimamente informados sobre as profundas diferenças culturais envolvidas no tratamento. Não há nenhum sistema efetivo de comunicação com as aldeias e, muito frequentemente, ignora-se o paradeiro do doente dentro do Hospital de Manaus. O doente fica, assim, literalmente cortado de sua rede de parentesco (garantia de sua integridade emocional, da composição de sua pessoa e, consequentemente, de sua saúde física) justamente naquele momento em que mais depende dela. Há enorme falta de compreensão do processo (exames, diagnósticos vários, etapas) por parte da maior parte dos índios sobre o atendimento que ocorre nas cidades. Quase nunca um paciente sabe o que os médicos/enfermeiros querem com certos exames. Há uma ignorância total por parte do paciente sobre o sistema biomédico, sobre o que é certa doença, sobre os cuidados, formas de transmissão e tratamento.

INCLINAÇÃO À CIDADE E DISSEMINAÇÃO DE DOENÇAS

Os índios que passam a viver nas cidades e, sobretudo, aqueles que a visitam esporadicamente, estão sujeitos a uma série de riscos e contágios. Se tal deslocamento é inevitável e faz parte da própria dinâmica social indígena (de forma alguma ele serve de justificativa para o enclausuramento de índios em reservas, bem como para argumentos contra a manutenção das mesmas), ele deveria porém ser acompanhado com mais cuidado pelas instituições não-indígenas. Sobretudo para os mais jovens, os atrativos oferecidos pelas cidades (tais como parceiros mulheres e homens, divertimentos, músicas, bens, bebidas e alimentos) alteram padrões de vida nas aldeias entre parentes e provocam expectativas emocionais muitas vezes frustrantes. A meio caminho entre a vida com os brancos e com os parentes, os jovens terminam mais uma vez por se situar em um limbo: não são plenamente aceitos pelas mulheres não-indígenas e nem pelas de suas aldeias; não estão inseridos plenamente em nenhum dos dois sistemas de educação e conhecimento concorrentes; não têm acesso aos bens dos brancos e nem sempre seguem sendo bons caçadores, e assim por diante. Esse desajuste termina, mais uma vez, por causar aqueles estados de melancolia/tristeza/apatia, que tendem à doença e à morte. É comum escutar jovens marubo e matis dizerem que "seu eu morrer, tudo bem" (*ea vopimai nõ roase ikatsai*). O enunciado tem a ver com a consciência das graves contaminações por hepatite, mas também por esse limbo emocional e existencial que se torna cada vez mais intenso e frequente. Eis aí mais uma das possíveis razões para os suicídios que começam a ser encontrados nas populações do Vale do Javari, à semelhança do que se vê entre outros povos indígenas no Brasil.[66]

---

66 Para um estudo sobre a relação com as cidades, veja Cesarino (2008).

É neste momento, também, que DSTs diversas são contraídas e disseminadas pelas áreas indígenas, assim causando não apenas graves problemas sanitários, mas também desajustes nas relações de gênero (entre homens e mulheres) e nos sistemas de casamento. Preconceitos, discriminações, angústias e desajustes de toda espécie podem ser atribuídos à proliferação de DSTs em uma população jovem e adulta que, cada vez mais, têm a sua condição social, existencial e física gravemente comprometidas. Há que se perguntar, assim, o que será do futuro de populações assoladas por hepatites (veja itens acima), epidemias incessantes de malária e, aos poucos, pela introdução do HIV.

ALTERAÇÕES NO REGIME ALIMENTAR

Os Marubo afirmam que certos alimentos contém "veneno" ou "força" (*pae*) incompatíveis com a "força" dos alimentos da aldeia (macaxeira, carne de caça, banana, milho, etc.). O excesso de consumo de tais alimentos altera a constituição da pessoa e sua aptidão para o aprendizado e para o contato com os espíritos (através do qual se favorece o seu destino depois da morte). Essas razões, quando associadas aos males dos alimentos do ponto de vista fisiológico (excesso de sódio, de colesterol, de gorduras saturadas, de toxinas e aditivos químicos), são suficientes para mostrar que a segurança alimentar indígena também deveria ser levada em consideração de um modo diferenciado e rigoroso pelas instituições brasileiras. De fato, tanto as merendas escolares oferecidas pela SEDUC quanto os próprios hábitos de consumo dos índios nas cidades tendem a privilegiar o que há de pior entre os alimentos dos brancos: alimentos enlatados, industrializados, artificiais, quase sempre vencidos e em más condições de armazenamento são os mais frequentes nas aldeias. Do ponto de vista ecológico, o descarte de suas embalagens (associado ao de outros produtos extremamente tóxicos, tais como pilhas, baterias, óleos de motor, etc) também comprometem o meio ambiente e, não raro, poluem os igarapés próximos às aldeias nos quais se costuma recolher a água utilizada dentro da maloca para cozinhar. As enfermidades daí derivadas são diversas, sobretudo aquelas relacionadas ao sistema digestivo.

CONFLITOS E INTERFACES ENTRE SISTEMAS MÉDICOS (OCIDENTAL E XAMANÍSTICO)

INGESTÃO DE MEDICAMENTOS

A ingestão de substâncias constitui algo a ser explorado com mais profundidade por outras pesquisas. Observa-se, no entanto, que os Marubo costumam valorizar a ingestão de pílulas e ter certas ressalvas quanto à introdução de agulhas. Muito embora estas sejam solicitadas quando se trata de uma doença mais grave, é forte sua analogia com a introdução de projéteis no corpo dos viventes pelos espíritos, o que pode vir a ser causa de uma certa apreensão (muito embora não seja motivo para a rejeição de tal prática). A coleta de sangue (sobretudo em grandes quantidades) é vista também com restrições, principalmente para os xamãs *romeya*, que têm um estoque limitado de sangue-espírito (trocado na circunstância de seus processos de iniciação). A atração por ingestão de pílulas, por sua vez, pode ter efeitos adversos indesejados: não é comum o excesso de doses e de auto-medicações de paracetamol, polivitamíticos, antibióticos e outros, que podem levar a reações colaterais diversas.

O SISTEMA RIBEIRINHO

Como comentamos na introdução, há outros sistemas médicos e de cura, além do biomédico e xamanístico, como aquele que aqui chamamos de "ribeirinho amazônico". Em 2009, muitos ín-

dios Matis estavam interessados em experimentar e negociar medicamentos como elixires peruanos, colombianos e/ou brasileiros que são vendidos na "beira", como se referem às orlas das cidades de Atalaia do Norte, Benjamin Constant, Tabatinga ou Letícia. (Arisi, s/d tese). Os Matis são usuários entusiasmados desses medicamentos - sobre o qual não trataremos especificamente nesse trabalho, mas que também são presentes na região do Vale do Javari e presentes nas aldeias, já que diversos índios compram e utilizam-se desses "remédios amazônicos" comprados na orla de Atalaia do Norte, Tabatinga, no Brasil ou na Colômbia e no Peru e consultam-se também com esses curadores. Por exemplo, um paciente indígena que sofre de epilepsia, ao mesmo tempo em que é medicado com fenobarbital, toma também elixires para tratar de seus ataques e participa de seções de cura xamânica em sua comunidade. Há sempre uma combinação de tratamentos e sistemas de cura. Infelizmente, não temos aqui dados suficientes para analisarmos essa interface com o sistema "amazônico ribeirinho", que fica então apenas registrada.

VALORIZAÇÃO DA FIGURA DO "DOUTOR" E DA MEDICINA OCIDENTAL

A figura de "doutores" (e, no alto Ituí, também de antropólogos e de missionários) é bastante valorizada em detrimento daquela dos AIS, dos enfermeiros e dos auxiliares. Salvo quando destacados por sua competência, estes últimos profissionais nem sempre são respeitados e sua falta de treinamento é com frequência interpretada como um descaso por parte das instituições do governo brasileiro. Perguntam-se, com frequência, porque profissionais com pouco treinamento ou formação são enviados para lá, e não "doutores", isto é, médicos, que eles sabem ser os mais capacitados para o assunto. Os povos da TI Vale do Javari já tiveram contatos com médicos que fizeram rápidas passagens pelas aldeias, deixaram boas impressões, mas não ofereceram intervenções mais sistemáticas e duradouras na área. Expedições com instrumentos médicos de última geração e com equipes altamente qualificadas já passaram por ali, mas foram banidas da área por disputas entre as instituições governamentais e deixaram, mais uma vez, os índios sem assistência (Coutinho 2008).

Por conta disso, os enfermeiros e auxiliares que se dedicam com mais afinco às áreas indígenas terminam por se ver sobrecarregados e por assumir tarefas além de suas próprias capacidades e competências: no quadro de calamidade total e de descaso sistemático da TI Vale do Javari, eles acabam sendo responsáveis por salvar vidas em momentos diversos. A falta de acompanhamento, treinamento e supervisão de tais profissionais (bem como de materiais, alimentos e alojamentos adequados) representa não apenas uma injustiça com eles próprios, mas sobretudo com os próprios índios, que ficam novamente apenas com as migalhas ou com os remendos do sistema público de saúde.

DESVALORIZAÇÃO E FALTA DE INFORMAÇÃO NÃO-INDÍGENA SOBRE XAMANISMO E DOS COSTUMES LOCAIS

Como já mencionado ao longo deste documento, este é um dos grandes problemas relacionados à saúde na TI Vale do Javari. Ao invés de proporcionar um diálogo entre dois sistemas médicos e duas visões de mundo presentes na região, ocorre uma ignorância mútua, mas que costuma ser marcada por uma certa assimetria. Os povos indígenas, muito embora desconheçam a lógica mais profunda do sistema médico ocidental, costumam respeitá-lo e valorizá-lo; chegam inclusive, no caso dos Marubo, a estender a categoria de "pajé" (pajé rezador, ke chi txo) aos médicos brancos e, ao reverso, considerar os seus próprios pajés como a versão local dos médicos ou doutores. O sistema médico-xamanístico marubo, aliás, também é capaz de criar interpretações próprias e alternativas para as doenças dos brancos e para seus remédios, em uma tentativa de estender os seus modelos de

conhecimento para aquilo que é estrangeiro ou novo. O contrário, porém, não ocorre do lado não-indígena: um misto de temor ou de mera ignorância e preconceito costuma ser aplicado aos conhecimentos xamanísticos, como se estes fossem, de acordo com o que se disse acima, simples crendices, bruxarias, superstições, etc.

Se o pensamento indígena é generoso o suficiente para tentar compreender e dar conta da medicina ocidental (a partir de seus próprios critérios), o pensamento médico não-indígena, por sua vez, costuma menosprezar os conhecimentos locais por conta de sua base positivista e evolucionista. De acordo com esse lastro que perpassa a formação de auxiliares, enfermeiros e médicos, os povos indígenas são atrasados e detidos no mundo da irracionalidade, do mistério e da magia; os médicos e os enfermeiros, por sua vez, são civilizados e evoluídos, já possuem uma ciência propriamente dita que deve suplantar ou substituir as práticas locais, supostamente irracionais.

Ora, dissemos acima que, ao longo do século XX, a antropologia superou esse tipo de perspectiva e conseguiu mostrar, através da obra de pensadores diversos tais como Claude Lévi-Strauss, que sistemas de conhecimento como o xamanístico são também racionais e, ao seu modo, científicos. O trabalho dos etnógrafos, por sua vez, vem a mostrar como essas formas alternativas ou originais de ciência se constituem através de formulações locais, tais como as dos povos do Vale do Javari.

Além disso, não apenas a antropologia, mas a filosofia, a história e outras áreas das ciências humanas também mostraram que não existem povos mais ou menos evoluídos do que outros, mas apenas distintas soluções intelectuais e práticas para este ou aquele contexto social e histórico. Em outras palavras, muito poderia ser aprendido com os sistemas médicos indígenas e tal possibilidade costuma, via de regra, ser simplesmente descartada ou menosprezada pelos agentes das instituições governamentais. E isso vale não apenas para o que se refere à farmacopéia da floresta e ao conhecimento anatômico (dominado pelos povos indígenas), mas também às construções de realidade e de mundo que deveriam ser estudadas pelos profissionais envolvidos na área, mesmo que minimamente. Tal desconhecimento gera, assim, uma série de equívocos comunicativos por parte das equipes de saúde, frequentemente responsáveis por tratamentos fracassados que poderiam ser conduzidos com mais eficácia. Ao reverso, também, a formação dos AIS, sem a consultoria de antropólogos, termina por ser feita sem uma série de pontes e transposições entre dois sistemas médicos e de pensamento, causando incompreensões por parte dos mesmos e erros constantes na administração de remédios e demais tratamentos nas aldeias.

VALORIZAÇÃO DE TÉCNICOS/AUXILIARES DE ENFERMAGEM

Há que se mencionar que, por outro lado, alguns auxiliares e enfermeiros estão inseridos também em um contexto de pensamento alternativo ou não estritamente biomédico, pois conhecem os sistemas médicos ribeirinhos e, por vezes, possuem chaves de compreensão da cultura indígena seja por sua experiência profissional, seja por suas próprias identidades. Esses profissionais são estratégicos para o trabalho em aldeia; costumam ter a melhor penetração nas comunidades, sabem como acessar os códigos locais (que passam pela autoridade dos chefes e xamãs, pela etiqueta das malocas, pelo modo de se acessar o corpo de um paciente para fazer exames, etc) e terminam, assim, por ser os grandes responsáveis por contornar as catástrofes cotidianas do Vale do Javari. Falta, no entanto, mais respeito e melhores condições de trabalho para esses profissionais, para os quais deveria ser reservada a possibilidade de aprimoramento das suas formações, bem como o diálogo mais sistemático com antropólogos e com xamãs.

CHOQUES E PRECONCEITOS A SEREM EVITADOS

Por fim, destaca-se uma situação comum oposta à precedente, que se refere aos choques entre indígenas e equipes médicas despreparadas, tal como os que se vêem no seguinte relato de Walter Coutinho (2008: 198-199, na nota 236):

> Uma nota divulgada pela FUNASA em 22.10.2004 afirma que o "primeiro diagnóstico sobre a realidade das aldeias do Vale do Javari" teria mostrado um "cenário preocupante", pois "crianças com barrigas estufadas e olhos vermelhos, animais, lixo e comida dividindo o mesmo espaço" seria uma "imagem comum na região". A constatação corriqueira da presença de "crianças doentes, resto de alimentos jogados no chão das casas, cachorros e macacos circulando em locais onde se prepara a comida" servia como comprovação, para o coordenador de uma oficina que se preparava, que "o trabalho de mobilização, a ser desenvolvido no Vale do Javari, deverá enfatizar a higiene". Essa prevenção contra os "hábitos" indígenas representa – afora uma conhecida marca etnocêntrica – apenas a face mais evidente de uma rejeição por parte dos profissionais de saúde das condições de vida e características do trabalho com os índios de modo geral. Um relatório de viagem menciona que a coordenadora técnica foi chamada à aldeia Matis em maio de 2003 para contornar a situação criada por uma médica do DSEI. Os Matis declararam que "não gostaram do jeito do atendimento" da médica porque "ela não chamou os AIS para fazer a tradução dos pacientes, então eles acham que deu remédio, sem saber qual era a doença deles". A referida profissional teria comentado, além disso, "que não gostou da aldeia, não gostou da farmácia, falou que a carne de caça era ruim que ela não gosta dessas coisas e por isso queria voltar no outro dia" para a cidade. Ela teria ficado "chocada" com o fato dos atendimentos serem feitos "naquela farmácia pobre, que o paciente deitava no chão por isso que ela iria atender na casa do chefe do posto. Mas os matís se recusaram e não foram lá. Eles acham que ela não gosta de trabalhar com índios e recomendaram que a seleção de profissionais teria que ser mais cuidadosa" (Relatório da enfermeira Solange Pereira sobre a "Viagem para realizar remoção na aldeia Aurélio", realizada no período de 25-27.05.2003). Um relatório técnico da FUNASA critica o fato do único médico contratado para atender os indígenas no ambulatório da CASAI de Atalaia do Norte ser, "nada mais nada menos, que o vice-prefeito daquela cidade", o qual, "além de não atender na CASAI/ATL, só atende os indígenas no Hospital da Cidade, quando está em serviço. Há ainda, relato de maus tratos deste profissional, aos indígenas, como fato recente, quando de nossa estada, onde, segundo relatos, o mesmo expulsou uma parteira indígena da sala de parto do Hospital, aos gritos de 'imunda', 'porca', 'saia do meu Hospital'. Isto porque a indígena parturiente, havia sido trazida da aldeia por ter evoluído com trabalho de parto laborioso, e ao chegar ao hospital, este médico (o Vice-prefeito) estava de sobreaviso e avisado; protelou o máximo que pode o atendimento à parturiente, que já se encontrava em adiantado trabalho de parto; então sua mãe que acompanhava, e era parteira em

> sua aldeia, a auxiliou no parto, acabando por realizá-lo como um todo, sem o mínimo apoio do médico, que quando chegou o parto já estava a termo, no entanto se achou no direito de escorraçar a mãe parteira, externando o seu comportamento, já conhecido por todos naquela cidade, de repulsa a indígenas" (MOREIRA JÚNIOR, op.cit.:23-24) (Coutinho 2008: 198-199).

UTILIZAÇÃO DE PRÁTICAS E DE LÉXICO MÉDICO INADEQUADO

Esse é um dos maiores problemas enfrentados pelos profissionais de saúde atuantes na TIVJ. Ignorantes dos abismos de sentido que separam as culturas indígenas e não-indígenas, há pouca formação para refletir sobre a maneira de se explicar e de se traduzir procedimentos médicos, diagnósticos e tratamentos aos índios: palavras complexas do jargão médico e farmacológico são empregadas sem cuidado de tradução e de explicação (mesmo porque, em contextos diversos, não há uma figura capaz de fazer tal processo de tradução) e cria-se a falsa idéia de que pacientes de fato compreenderam o que se passa, ou de que poderão seguir sozinhos em seu tratamento. Note-se que não se trata de incapacidade dos índios para compreender as noções médicas. O que parece ocorrer é justamente o contrário: negligência sistemática por parte das instituições governamentais para elaborar estratégias e formações alternativas para os profissionais que lidam com situações multiculturais. As consequências práticas de tal inexistência de formas de tradução, explicação ou interpretação dos tratamentos médicos não-indígenas são diversas: procedimentos de enfermagem inadequados (por parte de alguns AIS), tratamentos interrompidos ou equivocados (seja pela auto-medicação, seja pelos AIS com formação insuficiente, ou ainda por alguns auxiliares de enfermagem e enfermeiros), má conservação, uso e aplicação de medicamentos, operações de higiene e de prevenção inadequadas.

Tome-se o exemplo dos exames preliminares realizados nas aldeias (por alguns enfermeiros e auxiliares desacostumados com os costumes locais – conta-se nos dedos os que de fato o são, aliás). É comum verificar uma inabilidade geral para lidar com pacientes mulheres: costuma-se fazer perguntas embaraçosas para as pacientes, sem que se procure saber melhor em que local ela está e por quem está acompanhada. Uma moça adolescente acompanhada no mesmo local por homens afins (e mesmo por seus irmãos consanguíneos) dificilmente revelará sintomas ou doenças aos profissionais de saúde, muito embora seja frequente o atendimento coletivo nas farmácias e em outras situações, tornando assim praticamente impossível a comunicação e o acesso às informações verdadeiras. Disso se segue um silêncio ou afirmações generalizadas realizadas por constrangimento, que podem levar o profissional de saúde a medicar uma doença inexistente, ou a ignorar outras mais graves que não se revelam.

Há que se saber, portanto, como, com quem, em qual lugar e de qual maneira se examina um paciente (sobretudo as mulheres); há que se saber como se acessa o corpo de uma pessoa, como se toca ou se examina, de que maneira se dirige aos pacientes, entre outros detalhes diversos que só podem ser compreendidos com um treinamento prévio. Imagina-se, por conta da precariedade das condições e da ausência de profissionais, que tratamentos tais como os de malária podem ser conduzidos individualmente pelos pacientes, mas todos sabem que estes são interrompidos ou abandonados com frequência; que as pípulas costumam frequentemente ser descartadas e que se faz necessário, assim, um acompanhamento contínuo dos pacientes, sobretudo dos monolíngues (mulheres, crianças e idosos). Não é incomum, assim, escutar que o fracasso nos tratamentos é de inteira culpa dos índios, quando na verdade o problema está na falta de pessoal qualificado, de treinamento e de assistência constante a procedimentos médicos que não acessam suficientemente as lógicas e dilemas locais.

PROBLEMAS DE MÃO-DUPLA DE TRADUÇÃO E COMPREENSÃO DA COMPOSIÇÃO DO CORPO

A própria composição do corpo é objeto de desentendimento mútuo entre os sistemas médicos. À composição do corpo se relaciona, também, uma série de nomes para doenças nas línguas indígenas que costumam ser traduzidos para o português de maneira insatisfatória e que necessitariam de uma pesquisa mais aprofundada para todos os povos da TIVJ. Por conta disso, torna-se extremamente difícil para as equipes de enfermagem realizar exames preliminares, assim como, alternativamente, para os AIS compreenderem qual medicamento ocidental deveria ser utilizado neste ou naquele caso. Muito embora sejam conhecidas algumas enfermidades recorrentes na região (e seus respectivos tratamentos), tais como infecções por amebas, pelos plasmódios da malária, micoses e problemas de pele, há toda uma série de outras enfermidades que passa ao largo dos problemas locais de comunicação e de tradução.

Tome-se alguns exemplos do caso marubo: *takã tenãi* é um nome de sintoma frequentemente traduzido como "dor de fígado" (*taka* quer dizer "fígado") e costuma ser relacionado aos sintomas da hepatite. Não é incomum, porém, que o nome seja empregado para sintomas de gastrite, dores e cólicas abdominais diversas que não parecem diretamente relacionadas a problemas hepáticos. *Shao rao* ("remédio de osso", literalmente) é o termo empregado para traduzir "vitaminas" e, do lado indígena, imagina-se que o uso indiscriminado de polivitamínicos poderia deixar a pessoa mais forte, especialmente com mais vigor físico, o que nem sempre é o caso. *Ichná* ("coisa ruim", "problema") é um termo utilizado para epilepsia: muito embora o tratamento médico não impeça os xamanísticos, ignora-se que, do ponto de vista indígena, o problema possa ser causado por assédios de espíritos e outros dilemas que não os do sistema neurológico. Ora, o mesmo termo pode ser empregado para males "metafísicos" (ataques de espíritos, assédios de mortos) que acometem certas pessoas e que não são relacionados à epilepsia, mas que podem levar os índios a se utilizarem dos mesmos remédios anti-epilépticos que foram empregados em outras circunstâncias. Uma pesquisa mais aprofundada sobre tais encontros e desencontros comunicativos deveria ser realizada com mais sistematicidade, a fim de evitar tratamentos inadequados.

PANORAMA DOS FLUXOS DE DESLOCAMENTOS E POSSÍVEIS CORREDORES DE DOENÇAS

O objetivo é apresentar os dados que conseguimos reunir a fim de visualizar espacialmente os possíveis corredores de epidemias e contágio e um calendário de deslocamentos sazonal (dados dos quais dispomos) para o melhor planejamento de ações de saúde, entre as quais as melhores épocas para campanhas de vacinação ou buscativas. Veja, novamente, a seguinte passagem de Coutinho:

> A disseminação de hepatites virais em direção ao "interior" do Vale do Javari, por assim dizer, afetando os índios isolados, é acompanhada, por outro lado, pela "exportação" de infectantes para o entorno da região, envolvendo povos indígenas que habitam os DSEIs Alto Solimões, Médio Solimões e Alto Juruá além de transpor as fronteiras internacionais em direção ao território peruano. (...) Dado que não faz sentido obstar ou procurar impedir essa movimentação e as relações dos povos do Vale do Javari com as populações indígenas vizinhas, cabe antes de mais nada emitir o oportuno alerta epidemiológico para que os DSEIs acima mencionados e as agências sanitárias do Peru tomem, em suas respectivas jurisdições, as medidas de vigilância apropriadas. A rigor, essa eventualidade deve ser considerada também com respeito à população não-indígena das cidades da região, em especial Atalaia do Norte, onde conviria, igualmente, proceder a uma pes-

> quisa epidemiológica, dada a alta probabilidade de contágio de alguns dos seus habitantes em decorrência de relações sexuais com os índios do Vale do Javari[67]. (Coutinho 2008: 141-142)

Note que tal contágio pode se dar nos dois sentidos, pois também há incidência de hepatite B entre os moradores de Atalaia do Norte que podem infectar os índios do Javari, tanto na cidade como nas aldeias, inclusive pelos agentes de saúde, já que há também relações sexuais entre tal pessoal com os índios sem uso de preservativo (Arisi 2007: 119).

MARUBO

Do alto Curuçá e do alto Ituí, os Marubo costumam ir a Cruzeiro do Sul (AC), destino preferido a Atalaia do Norte por muitos deles. Costumam utilizar-se de dois varadouros (caminhos), localizado nas cabeceiras dos dois rios. A viagem é feita por canoa até a boca do varadouro e, em seguida, a pé. O percurso inteiro dura cerca de três dias. A região do alto Juruá é um dos principais pólos de disseminação da malária, que costumam entrar por ali nas aldeias marubo. O controle do fluxo de pessoas por tais varadouros é inexistente. Há presença esporádica de brancos que entram por tal região (por vezes contratados pelos Marubo para realizar algumas tarefas, tais como a construção de canoas), bem como de outros indígenas (sobretudo dos Katukina), que vêm se consultar com os pajés do alto Ituí.

Jovens marubo costumam também trabalhar nas cidades de Cruzeiro do Sul e de Guajará (AM), aonde passam temporadas para, depois, retornar às aldeias. Em visitas ou em temporadas maiores, a estadia nas cidades é também, como se disse, uma das responsáveis pela contaminação de DSTs que, depois, se espalham pela área indígena. O mesmo vale para os deslocamentos a jusante, em direção a Atalaia do Norte e Benjamin Constant (destino preferencial dos outros povos da TI Vale do Javari, tais como os Kanamari e Matis, mas também dos Marubo).

No alto Ituí, há uma permanente mobilidade para as cidades, que deixa uma parcela considerável da população local (cerca de 30%) ausente das aldeias por determinados períodos de tempo (a despeito daquela que resolveu se estabelecer nas cidades adjacentes). Essa parcela tende a aumentar nos períodos de eleição e de pagamentos. Os Marubo, no entanto, não costumam sair muito de suas aldeias (novas aldeias são inauguradas ocasionalmente, mas fogem ao padrão de fixidez), das quais se deslocam, além das cidades, apenas para expedições de caça ou de pesca mais longas (raramente maiores do que três ou quatro dias) ou, eventualmente, para festivais realizados nas aldeias do rio Curuçá. Por vezes, costumam também ir a festas na aldeia marubo do Rio Novo (médio Ituí) e raramente nas aldeias matis (apenas de passagem, quando vão para Atalaia do Norte). A mobilidade interna das aldeias do alto Ituí, no entanto, é bastante comum: os diversos núcleos residenciais, razoavelmente coextensivos ao que se chama de "aldeia" (um conglomerado de uma ou mais malocas, *shovo*, ligadas por relações de parentesco), costumam trocar parentes (permanentemente ou temporariamente) e se visitar em períodos de festa ou de rituais. Dentre as festas que mais costumam movimentar pessoas, destaca-se a festa *Tanámea* (festa do encontro ou "carnaval", como dizem), as festas do milho (*Sheki Piá*), dos ovos de tartatuga (*Shawe wa vatxi piá*), a festa para mudar estação (*Shavá Saika*) e a festa do estrangeiro (*Nawa Saiki*). Uma análise mais detida da mobilidade dos Marubo do rio Curuçá está para ser feita.

---

67 E vice-versa, pois também a alta incidência de hepatite B e outras entre os moradores de Atalaia do Norte também pode infectar os índios do Javari tanto na cidade como nas aldeias.

MATIS

Os Matis circulam pelas suas comunidades Aurélio, Beija-Flor e a nova Coari. Para irem a essa terceira, deslocam-se por terra ("varadouro do Txami") ou de canoa com motores peque-peque pelo Ituí e depois Coari. Algumas vezes, participam de festas nas aldeias Marubo do Ituí. Costumam fazer suas compras em Atalaia do Norte, e não costumam ir a Cruzeiro do Sul ou outras cidades do Acre, a não ser muito raramente. Alguns deles costumam parar (de subida ou descida) nas comunidades Korubo no Ituí (malocas de Mayá/Xixu e de Ta´van) para trocar alimentos, presentes e se visitar. Têm alguns encontros esporádicos, mas que vem se tornando mais freqüentes com os Korubo do Coari por conta das viagens de canoa com motor peque-peque (8 ou 13HP) para a nova comunidade.

KANAMARI

Os Kanamari costumam vender os bens que produzem (canoas, remos, artesanato) ou os animais que criam (porcos e frangos). Fazem também compras em Atalaia do Norte. Apenas os que vivem no Alto Itaquaí vão para o Juruá. Da comunidade Massapê, demora-se cerca de um dia de barco com motor 9 ou 13 HP para chegar até a boca do varadouro, depois se caminha mais um dia para chegar na aldeia Matrinchã, de lá, se segue para Eirunepé. Escreve Coutinho:

> Na direção sudeste (DSEI Médio Solimões e Afluentes), é preciso mencionar a intensa e característica movimentação dos Kanamari que habitam o Itaquaí em direção às aldeias de seus parentes localizadas nos rios Jutaí e Juruá e vice-versa, observando-se famílias inteiras encetando visitas que chegam a durar vários meses. (Coutinho 2008)

Em pesquisa realizada entre 2002 e 2006, Costa observa que esse foi "um período marcado por uma mobilidade intensa, que incluiu a fissão e a fusão de algumas aldeias, a dissolução de outras, além de migrações para o Juruá e, de lá, para outras regiões" (2007: 8). Em nota, Costa observa que "no passado, o contato entre essas pessoas [Katukina do rio Biá] e os Kanamari era mais constante (Tastevin n.d.1, 110-1), embora tenha sido menos frequente nos últimos cinqüenta anos" (idem: 63). Veja ainda os seguintes trechos do autor:

> Durante a estação seca (de maio a outubro), as aldeias tendem a dispersar-se, uma vez que as pessoas viajam em pequenas unidades familiares para coletar ovos de tracajá. É também nesta mesma época que as aldeias se reagrupam e as pessoas se juntam para os rituais do devir-Kohana e do devir-Jaguar, e é quando muitos Kanamari tentam vender seu artesanato e os animais domésticos que criam em Atalaia do Norte, geralmente perfazendo o caminho sem pressa, para coletar ovos de tracajá. Durante os meses chuvosos (novembro a março), as aldeias costumam isolar-se, exceto quando engendram pequenas expedições para coleta de frutas silvestres e quando se reúnem em velhas capoeiras para colher frutos das palmeiras de pupunha, açaí, e buriti; então, membros de aldeias diferentes voltam a se encontrar. Por meio desses movimentos, assim, estabelecem-se, ao longo das duas estações, trações centrífugas e centrípetas que passam,

> aos recém-chegados ao Itaquaí, a impressão de que os deslocamentos são irregulares e mais ou menos constantes. Os deslocamentos são curtos, afazeres pontuais que motivam uma pessoa ou outra a visitar parentes fora da aldeia; ou empreendimentos de caráter mais coletivo. O primeiro tipo de movimento inclui visitas regulares para beber caiçuma com familiares". (Costa 2007: 158)
>
> Massapê é ocupada há mais tempo que as outras aldeias, provavelmente desde meados da década de 1970, e isto significa que é rodeada por capoeiras e roças antigas. A única outra concentração de capoeiras fica nos pontos mais altos do Itaquaí, onde antes ficava a aldeia Pontão, de Ioho. Estas capoeiras, todavia, são raramente visitadas. (idem: 159)

E, ainda, as seguintes informações disponíveis na página da FPEVJ (2010 a):

> Atualmente os Kanamari evitam realizar varações entre o Itaquaí e Jutaí, como faziam em um passado recente. Para os indivíduos Kanamari se dirigirem entre esses dois pólos – comunidades do Jutaí e comunidades do Itaquaí – eles primeiro cruzam a pé o divisor de águas entre o Itaquaí e o Juruá. No rio Juruá viajam a jusante até a cidade Eirunepé, daí, realizam outra caminhada até uma fluente do rio Jutaí, o Juruazinho. A partir daí em diante, já via fluvial, se dirigem às comunidades Kanamari do rio Jutaí. Isso demonstra que não estão utilizando os varadouros de ligação direta entre o Itaquaí e o Jutaí, por esse crescimento dos isolados na região. Da mesma forma, há dois afluentes do rio Itaquaí, cujas cabeceiras ficam próximas as do rio. Os Kanamari no rio Itaquaí evitam também freqüentar ambos igarapés. É digno de nota que a maior comunidade Kanamari do rio Itaquaí, a Massapê, localiza-se próxima à foz do igarapé São Vicente.

MAYORUNA/MATSÉS

Veja o seguinte relato de Matos:

> Distribuída em oito comunidades nos rios Javari, Curuçá, Pardo e igarapé Lobo, a população Matsés no Brasil chega a 943 pessoas. No Peru, segundo dados de Fleck (2003), a população é de 1314 pessoas, distribuídas em 14 comunidades os rios Gálvez, Choba e Javari. (Matos 2009: 1)

Os que vivem nas calhas dos rios Jaquirana e rio Javari costumam fazer compras – "rancho" – em comunidades ribeirinhas peruanas próximas ao Pelotão do Exército Angamos. Das comunidades do Lobo, 31 e Soles, os índios vão em canoas pelos "furos" (aberturas mais navegáveis em época de cheia que servem como atalhos na floresta alagada). A viagem do Lobo demora cerca de 27 horas com motor 8HP e cerca de três dias em canoas movidas a remo. Da comunidade 31, 8 horas em motor 13HP; e do Soles, cerca de 3 horas com motor 13HP.

> As famílias Matsés se movimentam livremente pelo território que ocupam nos dois países. Além das viagens individuais, para fazerem visitas aos parentes do Peru, os Matsés do alto Javari brasileiro estão sempre reali-

zando expedições de caça e pesca, em vários períodos do ano, mas principalmente nas épocas de seca. Na estação das secas é possível fazer a pesca com timbó (*atinte*), e a movimentação por terra firme é mais cômoda. A essas expedições, os Matsés chamam *capuec*, "caminhar". *Capuec* é estar no mato, uma atividade altamente apreciada por todos. (...) A mobilidade temporária das famílias da comunidade Lobo, que depois regressam para suas casas, é de certa forma uma maneira de praticarem um "relaxamento" da fixidez da comunidade, e manterem a tão apreciada liberdade e mobilidade de "antigamente", quando as diferenciações entre os grupos locais não estavam atreladas a um território previamente definido, com limites físicos (Matos 2009: 70-71).

ISOLADOS

Os deslocamentos e as informações sobre risco de contágio entre os povos considerados isolados e os demais povos indígenas estão ratados em mais detalhe na Parte I desse documento. Para mais informações, recomendamos a leitura do documento da FUNAI que trata especificamente deles (Amorim 2008) e site da FPEVJ (ver bibliografia).

© PEETSAA, ARQUIVO CGIIRC/FUNAI, 2011

Clareira com malocas de índios Korubo isolados.

Referências bibliográficas

ALBERT, Bruce. 2002. O ouro canibal e a queda do céu. Uma crítica xamânica da economia política da natureza (Yanomami). IN: ALBERT, B & RAMOS, A.R. (org.). Pacificando o Branco: cosmologias do contato no norte-amazônico. São Paulo: Ed. UNESP: Imprensa Oficial do Estado.

ALBERT, B & RAMOS, A.R. (org.). 2002. Pacificando o Branco: cosmologias do contato no norte-amazônico. São Paulo: Ed. UNESP: Imprensa Oficial do Estado.

AMORIM, Fabrício & COELHO, Vicente. (s/d). Índios Isolados e Contatados da TI Vale do Javari: notas para uma gestão territorial compartilhada. O caso Matis e os isolados Korubo.

AMORIM, Fabrício. 2008. "Povos Indígenas Isolados da Terra Indígena Vale do Javari". FUNAI/Coordenação Geral de Índios Isolados e CTI/Centro de Trabalho Indigenista.

ARISI, Barbara M. 2007. Matis e Korubo: contato e índios isolados no Vale do Javari, Amazônia. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.

Disponível também em: http://tede.ufsc.br/teses/PASO0186.pdf

_____. 2009. Índios do Vale do Javari pedem socorro contra a hepatite. Agência Carta Maior. 10/02/2009. Acessada em 20/05/2011. Disponível em: http://www.cartamaior.com.br/templates/materiaMostrar.cfm?materia_id=15639

_____. 2010. Matis y korubo, contacto y pueblos aislados: narrativas nativas y etnografía en la Amazonia brasilera. Revista Mundo Amazónico 1, Pp. 41-64. Letícia: Universidad Nacional de Colômbia (UNAL). Disponível também em: http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/imanimundo/article/viewFile/10291/13872

_____. s/d, tese em preparação. *Nëix tanek* e as economias da cultura entre os Matis, Amazônia Ocidental. Tese em preparação para obtenção de título de Doutora em Antropologia Social. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.

AZANHA, Gilberto & OCTAVIO, Conrado Von Brixen. 2009. "Isolados, algumas questões para reflexão". Ms, http://bd.trabalhoindigenista.org.br/?q=node/2971

BRASIL. 2011a. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Portaria no. 253 de 20/04/2011. Brasília: Diário Oficial da União.

BRASIL 2011b. Ministério da Saúde. AmazonAids realiza oficinas de prevenção no Alto do Solimões. 30/03/2011. DST, AIDS, Hepatites Virais. Acessado em 10/05/2011. Disponível em: http://www.aids.gov.br/es/node/49401

CALAVIA SAEZ, Oscar. A Vine Network. No prelo.

CARNEIRO DA CUNHA, Manuela. 2009. Cultura entre aspas. São Paulo: Cosac Naify.

CEDI. 1981. Povos Indígenas no Brasil. Vol 5. Javari. São Paulo: CEDI.

CENTRO DE TRABALHO INDIGENISTA (CTI). 2004. *A grave situação das hepatites B e D no Vale do Javari*. Brasília.

_____. 2005. *A grave situação de saúde no Vale do Javari continua, mesmo após um ano de denúncias*. Brasília.

_____. 2010. *Informe sobre a saúde na Terra Indígena Vale do Javari*. São Paulo.

CESARINO, Pedro de Niemeyer. 2008. Babel da floresta, cidade dos brancos – os Marubo no trânsito entre dois mundos. Novos Estudos (Cebrap) 82, pp 133-148. Disponível também em: http://www.scielo.br/pdf/nec/n82/07.pdf

_____. 2008. Oniska: A poética da morte e do mundo entre os Marubo da Amazônia ocidental. Tese (Doutorado em Antropologia Social). Rio de Janeiro: Museu Nacional/UFRJ. 469 pp., xii pp.

_____. 2011. Oniska – Poética do Xamanismo na Amazônia. São Paulo, Perspectiva/Fapesp.

COFFACI DE LIMA, Edilene. 2000. Com os Olhos da Serpente: homens, animais e espíritos nas concepções Katukina sobre a natureza. Tese (Doutorado em Antropologia Social). São Paulo: Universidade de São Paulo, pp. 238.

COSTA, Luiz Antônio. 2006. Os outros dos outros: os Kanamari no Vale do Javari. Acessado em 20/04/2011. Disponível em: http://www.trabalhoindigenista.org.br/Docs/CostaL_Os-Outros-dos-Outros-os-Kanamari-no-Vale-do-Javari.pdf

_____. 2007. As Faces do Jaguar. Parentesco, História e Mitologia Entre os Kanamari da Amazônia Ocidental. Tese (Doutorado em Antropologia Social). Rio de Janeiro: Museu Nacional/UFRJ. 455p.

COUTINHO JR., Walter. 1993. Brancos e Barbudos. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social). Brasília: Unb.

_____. 2008. Hepatopatias no Vale do Javari: Virulento Agravo à Saúde Indígena e Afronta aos Direitos Humanos. Manaus: Ministério Público Federal, Procuradoria da República no Amazonas.

_____. 2011. INFORMAÇÃO Nº 001/2011-CÍVEL5/PR/AM da Ação Civil Pública nº 2008.32.01.000240-8, do MPF/PR. Manaus: Ministério Público Federal, Procuradoria da República no Amazonas.

ERIKSON, P. 1992. "Uma singular pluralidade: a etno-história Pano". In: CARNEIRO DA CUNHA, Manuela (org.), Historia dos Índios no Brasil. pp. 239-251.

_____. 1994. Los Mayoruna. In SANTOS-GRANERO, Fernando & BARCLAY, Frederica (ed.). Guía Etnográfica de la Alta Amazonía. Quito, Ecuador: FLACSO – Sede Ecuador/IFEA.

_____. 1996. La Griffe dês Aïeux. Paris: Peeters.

_____. 2002. Reflexos de si, ecos de outrem: Efeitos do contato sobre a auto-representação Matis. IN: ALBERT, B & RAMOS, A.R. (org.). Pacificando o Branco: cosmologias

do contato no norte-amazônico. São Paulo: Ed. UNESP: Imprensa Oficial do Estado. Pp 179-204.

ESPELLET SOARES, Oscar (org.), 2007. Ações em Saúde Indígena Amazônica: o modelo do Alt Rio Negro. São Gabriel da Cachoeira, AM: FOIRN (Federação das Organizações Indígenas do rio Negro

FUNAI. 1981. Informação n° 331/DID/DGPI/81. Ref: Proc. FUNAI/BSB/1074/80. Ass: Eleição do Parque Indígena do Javari. Brasília.

_____. 1998. Relatório de identificação e delimitação da Terra Indígena Vale do Javari, GT Portarias n0 174/95 e 158/96. Brasília.

_____. 2009. Coordenação Geral de Índios Isolados. Documento final: Pacto de proteção aos povos indígenas isolados da Terra Indígena Vale do Javari. Reunião na Base FPEVJ, entre dias 03 e 06/06/2009.

FPEVJ (Frente de Proteção Etnoambiental do Vale do Javari) 2010a. Os Kanamari e os índios isolados: desafios de uma política de proteção. 10/09/2010. Fabrício Amorim e Ananda Conde. Acessado em 02/05/2011. Disponível em: http://www.valedojavari.com/2010/01/os-kanamari-e-os-indios-isolados.html

_____. 2010b. Frente de Proteção realiza oficinas sobre índios isolados nas comunidades Matis: a viagem teve como objetivo a coleta de conteúdos para o projeto denominado *Maë Xëni* (Roças Antigas). 16/10/2010. Ananda Conde e Vicente Coelho. Acessado em 02/05/2011. Disponível em: http://www.valedojavari.com/2010/02/mae-xeni-rocas-antigas.html

_____. 2010c. Equipe de fiscalização da Frente da Proteção Etno-ambiental do Vale do Javari apreende material de pesca ilegal no território dos índios isolados. 03/11/2010- Ananda Conde e Gutemberg Castilho. Acessado em 16/05/2011. Disponível em: http://www.valedojavari.com/2010/02/equipe-de-fiscalizacao-da-frente-da.html

_____. 2011a. Localizados os Índios isolados do rio Quixito: sobrevôo encontra maloca depois de mais de 30 anos sem informações. 29/04/2011. Ananda Conde e Fabrício Amorim. Acessado em 03/05/2011. Disponível em: http://www.valedojavari.com/2010/01/localizados-os-indios-isolados-do-rio.html

_____. 2011b. Índios Isolados. Acessado em 06/05/2011. Disponível em: http://www.valedojavari.com/p/indios-isolados.html

FRANCISCO, Deise Alves. 2011. Aspectos da assistência atual e proposta de um novo modelo para a TI Vale do Javari. (mimeo)

GHIGGI Jr, Ari & LANGDON, Esther Jean. No prelo. Controle Social como Autoatenção: Estratégias Kaingang frente às Utilizações Impróprias das Bebidas Alcoólicas na Terra Indígena Xapecó. IN: SOUZA, Maximiliano Loiola Ponte de (org.). Processos de Alcoolização Indígena no Brasil: estudos selecionados. Rio de Janeiro: Fiocruz.

HUGH-JONES, Stephen. 1994. "Shamans, prophets, priests and pastors". *in* C.Humphrey and N.Thomas (eds). *Shamanism, History and the State*. Ann Arbor, University of Michigan Press: 32-75.

LANGDON, Esther Jean. 2005. O abuso de álcool entre os povos indígenas no Brasil: uma avaliação comparativa. Revista Tellus, ano 5, n 8/9, abr/out. Campo Grande, MS.

LANGDON, Esther Jean et al. 2006. A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(12):2637-2646, dez, 2006

_____. 2007. Diversidade Cultural e os Desafios da Política Brasileira de Saúde do Índio. Revista Saúde Soc. São Paulo, v.16, n.2, p.7-12.

MATOS, Beatriz de Almeida & MARUBO, Jorge. 2006. Colapso no atendimento provoca retorno de epidemias. In: RICARDO B., RICARDO F., (Eds.) Povos Indígenas no Brasil 2001/2005. São Paulo: Instituto Socioambiental. p.444-445.

MATOS, Beatriz de Almeida. 2009. Os Matsés e os outros: elementos para a etnografia de um povo indígena do Javari. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social). Rio de Janeiro: Museu Nacional/UFRJ. 121p.

MONTAGNER, Delvair. 1985. O mundo dos Espíritos: estudo etnográfico dos ritos de cura Marúbo. Tese (Doutorado em Antropologia Social). Instituto de Ciências Humanas, Brasília: Universidade de Brasília.

_____. 1996. A Morada das Almas. Belém, Museu Paraense Emílio Goeldi.

_____. 1991. "Mani Pei Rao : remédio do mato dos Marubo". In: BUCHILLET, Dominique (Org.). *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*. Belém, Museu Parfaense Emílio Goeldi, pp. 463-490.

MORAIS, Bruno Salomé de et al . 2005. Bloqueio neuromuscular residual após o uso de rocurônio ou cisatracúrio. Rev. Bras. Anestesiologia, Campinas, v. 55, n. 6. Acessado em 20/05/2011. Disponível também em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942005000600005&lng=en&nrm=iso

ISA (Instituto Socioambiental) 2011. Tsohom Dyapá. In: Povos Indígenas no Brasil. São Paulo: Instituto Socioambiental. Acessado em 24/04/2011. Disponível em: http://pib.socioambiental.org/pt/povo/tsohom-dyapa/2185

ROMANOFF, Steven A. 1984. Matses Adaptations in the Peruvian Amazon. PhD dissertation (Tese. Doutorado). New York: Columbia University.

SEEGER, Anthony et al. (1987 [1979]). A construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras ». In : OLIVEIRA FILHO, João Pacheco (org.) Sociedades Indígenas e Indigenismo no Brasil. Rio de Janeiro, UFRJ/Marco Zero, pp. 11-29.

STRATHERN, Andrew & STEWART, Pamela. 2010 [1999]. Curing and Healing: medical anthropology in global perspective. 2nd ed. Durham, North Carolina: Carolina Academic Press.

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. 1996. Os pronomes cosmológicos e o perspectivismo ameríndio. Revista Mana 2 (2), Rio de Janeiro. PP. 115-144.

WELPER, Elena Monteiro. 2009. O Mundo de João Tuxaua: (Trans)formação do povo Marubo. Tese (Doutorado em Antropologia Social). Rio de Janeiro: Museu Nacional/UFRJ. 208 pg.

WELPER, Elena & MARUBO, Aldenei Mário da Silva Võpa. 2005. *Yorã vana wicha, Ni pei rao - Remédios do Mato*, CTI/CIVAJA.

WERLANG, Guilherme F.C.C.. 2005. Relatório de pesquisa "Saúde Indígena no Javari: representações da doença e da cura. Rio de janeiro. (arquivo pdf)

Anexos

Anexo 1: Roteiro da Consultoria

28/03/2011

Chegada em Manaus à noite - pernoite no ISA

29/03/2011

Manhã: Manaus
- Reunião na sede da COIAB com Sonia Guajajara (vice-coordenadora da COIAB Manaus)

Tarde: Chegada em Tabatinga
- Visita ao CTI - conversa com Helena Ladeira, Maria Emília Coelho, Maria Fernanda e Hilton 'Kiko' Nascimento)
- Reunião na sede da CGIIRR/FUNAI com Fabrício Amorim (coordenador da CGIIRR/TBT)
- Visita à CASAI-TBT - conversa com os profissionais de saúde (enfermeira e técnicos de enfermagem). Não haviam índios do Vale do Javari internados.

30/03/2011

Manhã: Passagem por Benjamin Constant
- Contato com a Cooperativa de Barqueiros de Benjamin Constant sobre a logística e custos para as comunidades da TIVJ.

Tarde: Chegada em Atalaia do Norte
- Reunião na sede a Associação Indigena Matis (AIMA), com Txema Matis ('primeiro cacique' da aldeia Aurélio), Tëpi Wassa Matis (vice-coordenador da Univaja) e Bushe Matis (coordenador da AIMA). Conversamos também com outros anciãos das comunidades que se encontravam na cidade para recadastramento junto à Previdência Social.
- Reunião na sede do Conselho Distrital de Saúde Indígena (Condisi), com Jorge Marubo (presidente).

01/04/2011

Manhã: Reunião de equipe para o planejamento dos trabalhos e definição de responsabilidades.

Tarde:
- Entrevistas da antropóloga com as lideranças indígenas: Kurak Kanamary, Raul Mayoruna (comunidade Nova Esperança) e Antonio Flores Mayoruna (comunidade Flores);
- Entrevista da antropóloga com representantes da FUNAI/ATN - Heródoto Salles "Tota" (administrador regional da AER/ATN) e Beto Marubo (funcionário do Setor de Documentação da Funai e atualmente, vice-presidente do Condisi)
- Entrevista da médica com a equipe de profissionais do DSEIVJ/FUNASA com coleta de dados epidemiológicos;

Noite:
- Reunião com os enfermeiros do DSEIVJ, Alcenir Santarém Júnior, Uglaidson Marques e Elisson de Castro Alves

02/04/2011

Manhã:
- Elaboração pela médica dos questionários padronizados sobre as condições de logística, infra-estrutura e organizacionais dos pólos-base para o preenchimento pelos profissionais de saúde.

- A antropóloga novamente foi conversar com Jorge Marubo e tentar marcar encontros com outros representantes da Univaja - André Mayoruna, da AMAS - Clóvis Marubo e demais organizações das comunidades indígenas.

Tarde:
- Entrevista com o 'segundo cacique' da comunidade Aurélio, Binan Tuku Matis, que está em tratamento de tuberculose na CASAI/ATN. Assistimos com ele o vídeo de registro do encontro da equipe CGIIRC com os Korubo isolados no rio Coari em junho de 2007, o que o motivou a relatar os diversos encontros que os Matis e os Kanamary têm tido com os Korubo "isolados" e conversar sobre a fragilidade epidemiológica dos mesmos.
- Entrevista com lideranças Mayoruna e Kanamary no Porto da Beira/Orla, entre eles, João "Cantor" Kanamary, da comunidade Lagoinha, rio Javari.

Noite:
- Visita com pernoite na comunidade/maloca de Estevão Marubo (originário do rio Ituí) onde ocorria um ritual de iniciação xamânica de mulheres e um jovem, com o pajé Maëpa e rezador Estevão.

03/04/2011

Tarde:
- Reunião com Jorge Marubo, presidente do Condisi sobre o Plano Distrital e orçamento do DSEIVJ (material não entregue à consultoria).
- Contato com Ester Maia no Cartório Judicial sobre projetos sustentáveis de geração de renda
- Elaboração pela antropológa de questionários padronizados sobre assistência inter-étnica para os profissionias de saúde de nível médio e de serviços de apoio
- Reunião de equipe para avaliação dos trabalhos e planejamento da semana seguinte

04/04/2011

Manhã:
- Visita à CASAI com reunião com o enfermeiro responsável, Anthony Demétrio e a assistente social Jocélia Graça, com coleta de dados assistenciais.
- Entrevista com as lideranças internadas Antônio Flores Mayoruna (comunidade Flores) e Mocacir Mayoruna (comunidade 31, rio Jaquirana) e jovem Manoel Mayoruna (tradutor da CASAI).
- Contato com Heródoto "Tota" Jean de Salles, atual administrador regional da FUNAI sobre a reestruturação da Funai.

Tarde:
- Reunião na sede da Associação Kanamary (AKAVAJA) com coleta de narrativas sobre a situação de saúde, em especial da anciã Lucia Kanamary, e entrevista com os agentes indígenas de saúde, entre eles, Djoo Francisco Tavares Kanamary e microscopista Kutchuí Jorge Kanamary (ambos da comunidade Massapê), Girino (da comunidade Ertirão do Cumaru)
-

Noite:
- Entrevista com Kurak Kanamary na casa dele.

05/04/2011

Manhã:
- Reunião com a UNIVAJA (cancelada por causa da chuva intensa).
- Visita ao Hospital de Atalaia do Norte, com reunião com o diretor geral Anderson Pereira Moçambite, e a enfermeira-chefe Taynan Wadick.

Tarde: ida a Benjamin Constant
- Reunião na Universidade Federal do Amazonas (UFAM) com professores da área de antropologia para a discussão de possível parceria em cursos e treinamentos dos profissionais indígenas e não-indígenas do DSEI.

Participação de Bushe Matis e Binin Tsiken Matis, os professores de Antropologia: Rafael Pessoa São Paio, Gilse Elisa Rodrigues, Mitchel Justamant, Tharcísio Santiago, Adailton da Silva e José Maria Trajano Vieira, a médica e a antropóloga.

Noite:

- Reunião com enfermeiros do DSEI para a discussão de propostas de reorganização futura do DSEIVJ.

06/04/2011

Manhã:

- Reunião na sede da AIMA com lideranças matis e o veterinário Eduardo Binin dos Reis Silva (Matis) sobre a implantação de um programa de saúde ambiental e animal no DSEIVJ.
- Vista da médica ao Posto de Saúde de Atalaia do Norte com entrevista com profissionais da equipe do Programa de Saúde da Família, Dra Rae (médica) e Antonia Souza de Abreu (téc. de enfermagem) e Maria da Conceição Viana Tenazor (aux. enf/notificação de TB) que atendem aos índios residentes na cidade
- Entrevista da antropóloga com o coordenador da Associação Marubo do Alto Curuçá (ASDEC) Manoel Chorimpa.

Tarde: retorno a Tabatinga.

07/04/2011

Manhã:

- Visita ao Hospital de Guarnição (convênio Exército/SUS) com entrevista com o diretor geral tenente-coronel Orlando Carlos Fleith.

Tarde:

- Retorno a Manaus/Florianópolis.

Anexo 2: Depoimentos

Alguns depoimentos obtidos em entrevistas durante os meses de abril, maio e junho de 2011, sobre a questão da saúde no Vale do Javari, em entrevistas cedidas à jornalista Maria Emília Coelho, consultora contratada pelo Centro de Trabalho Indigenista (CTI).

Índios do Vale do Javari

POVO KORUBO

"Quando o Wanka melhorar ele vai poder voltar a caçar."

TAKVAN KORUBO, no Hospital de Guarnição de Tabatinga, esperando seu filho ser operado por conta de uma inflamação dos linfáticos.

"Remédio do mato não tá curando doença de branco. Antes do contato com a Funai, Xikxu pegava remédio do mato e curava. A gente ficava bom. Xikxu agora está ensinando Takvanzinho sobre remédio do mato."

MAYA KORUBO, considerada a chefe da aldeia Mário Brasil, na TI Vale do Javari.

POVO KANAMARI

"Tem kamamari que vai para a cidade e fica um, dois meses no beiradão esperando a Bolsa Família. A gente não tem alojamento na cidade. A criança fica consumindo e se banhando naquela água suja. Aí fica com diarréia e vômito. É triste."

"Somos contaminados e por isso não podemos dar roupas e comida para os isolados. Eles não têm médico, agente de saúde e hospital. Estamos cansados de falar para os nossos parentes não jogar lixo na praia por causa dos isolados."

NEGO KANAMARY, trabalha na Base da Frente de Proteção Etnoambiental Vale do Javari da FUNAI, sobre a presença de isolados Korubo na beira do Rio Itaquaí e sobre a situação do seu povo no porto de Atalaia do Norte.

"Vi os isolados na beira várias vezes, mas sempre vou embora. A gente pode passar doenças da cidade se falarmos com eles e entregarmos coisas. Se o korubo pegar malária não escapa, não é que nem a gente. Fazemos reuniões aqui na base e eu já entendi que não é para fazer contato"

RAMINHO KANAMARY, que trabalha na Base da Frente de Proteção Etnoambiental Vale do Javari da FUNAI, sobre a presença de isolados Korubo na beira do Rio Itaquaí.

"Foram feitas três sorologias no rio Itaquaí, mas nunca contaram para os parentes se eles estão doentes. Não tem controle e informação. Tem kanamari doente, emagrecendo, ficando fraco, com dor no fígado, e que não está em tratamento. Em janeiro de 2011, meu tio, professor, faleceu de hepatite."

"A minha preocupação é o parente não reconhecer que está doente, não entender a doença. Como ela vai se desenvolver? Em quanto tempo pode matar? Que tipo de hepatite é? Como pode se tratar? Nem os pajés conhecem a doença."

"A dificuldade é muito grande na aldeia, por falta de estrutura, saneamento básico, capacitação dos Agentes Indígenas de Saúde, palestra de conscientização sobre saúde."

"Hoje os índios na aldeia têm desconfiança da vacinação. As pessoas foram vacinadas várias vezes, mas nunca foi respeitado os prazos das doses determinados. A pessoa pensa que está imune, mas a vacinação não teve resultado."

"Apesar da região do rio Itaquaí ser endêmica e de emergência, o pólo base da aldeia Massapé começou a ser construído em 2001, mas foi nunca terminado. A nossa luta é para diminuir o índice de mortalidade do nosso povo, que é muito alto. Tem que trabalhar educação e saúde, e prevenção."

KORAK KANAMARI, da aldeia São Luis, ex-coordenador da UNIVAJA (União dos Povos Indígenas do Vale do Javari) e coordenador da Associação Kanamari do Vale do Javari (AKAVAJA). Trabalhou durante seis anos como Agente Indígena de Saúde no Vale do Javari.

POVO MAYORUNA

"Sabá quis arrancar a sonda que introduziram desde as suas narinas até o estômago. Expliquei que era para o seu bem, e ele se acalmou, mas confessou que estava com medo que o médico fosse matá-lo"

MANOEL MAYORUNA, que foi intérprete de **Sabá Mayoruna** na unidade semi-intensiva do Hospital de Guarnição de Tabatinga. Sabá morreu no dia 17 de maio de 2011, vítima de hepatite B e D.

"Quando eu voltar para aldeia vou me enforcar, pois era meu único filho que ainda vivia comigo na floresta"

NAZARENO MAYORUNA, após a morte de seu filho **Sabá Mayoruna**, no Hospital de Guarnição de Tabatinga, vítima de hepatite B e D.

"Descobri que estava com hepatite em 2001. O pessoal da Funasa foi para aldeia fazer coleta de sangue. Eu não me sentia mal. Só depois que comecei a sentir dor de barriga. Só me chamaram para fazer o tratamento em 2006."

"Fiquei muito mal quando peguei malária, ficava tonto e não podia andar."

"Meu irmão também está com hepatite. Meu primo e meu sobrinho já morreram. Na aldeia as pessoas não tem carteira de vacinação. O rádio não funciona faz tempo. O cacique reclama para ter rádio, mas não tem."

"Eu fiquei quatro anos sem receber o benefício para ficar na cidade fazendo o tratamento de hepatite."

LUCAS MAYORUNA, da aldeia Flores, tem hepatite desde de 2001. Está em Tabatinga em tratamento com medicamente interferon. Pegou malária e tuberculose no meio do tratamento de hepatite e tentou se suicidar uma vez.

POVO MARUBO

"Já vi cinco pessoas morrendo de hepatite na minha aldeia. Meu irmão morreu em 2008. Nós mudamos a maloca de lugar quando eu tinha 10 anos porque meu tio morreu na maloca."

"Tem pólo base na aldeia, mas não funciona, não tem muito remédio. Eu tomei a terceira dose da vacina mês passado (abril de 2011). A primeira dose eu tomei em 2004, e a segunda em 2006."

"O médico da Funasa foi lá na aldeia e explicou que se não usar camisinha pega hepatite. Os agentes de saúde indígena também falam que é importante usar. Sou casado e uso camisinha, mas não sei se todo mundo da aldeia usa."

CLÉBSON MARUBO, da aldeia Vida Nova, trabalha na Base da Frente de Proteção Etnoambiental Vale do Javari da FUNAI.

"Desde 1980 o Vale do Javari sofre com as hepatites virais, e até hoje a vacinação é feita de forma irregular. Já perdi parentes, sobrinho e mãe. Em dezembro de 2010, minha irmã faleceu, vítima de hepatite."

"O problema do Vale do Javari não é difícil de resolver, está no alcance do governo. É um problema social, não somente de saúde."

"No Vale do Javari são cinco povos indígenas em contato. Deveria haver um curso de capacitação para os técnicos de saúde sobre todas as etnias, porque não se respeita a língua materna."

JORGE MARUBO, Presidente do Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI).

POVO MATIS

"Chegamos no hospital no final de semana e ninguém fez nada, só davam soro. Hoje, ele amanheceu muito mal e aí o médico veio ver ele. Disse que têm sangue dentro barriga."

BININ BECHU MATIS, que acompanhava um jovem korubo de recém contato, para ser operado no Hospital de Guarnição de Tabatinga por causa de uma infecção dos linfáticos.

"Quando eu vivia dentro da mata eu não sentia dor, não tinha doença, Quando vejo que os isolados pedindo farinha, bolacha, acho que eles já se contaminaram. Panela, roupa, tudo isso tá contaminado."

"Depois do contato, morreu tanta gente de doença que não tínhamos como enterrar. Foi muito triste ver nossos parentes morrendo, com febre muito alta. Até hoje nunca esqueci."

"Acho que os isolados que aparecem na beira estão contaminados. Mas aqueles que estão mais longe, no mato, vão viver mais, pois nunca tiveram doença. A gente vivia assim no passado, por muito tempo. A gente nunca adoecia. Éramos um povo com saúde antes do contato."

TXEMÃ MATIS, cacique da aldeia Aurélio, que viveu na época do contato do seu povo com a Funai.

"Em 2002, começaram a construir o pólo base. Todo ano a Funasa dizia que ia concluir, mas nada até hoje. Os tijolos e as telhas estragaram. A gente espera que a Sesai melhore a situação, traga profissionais melhores, e tenha mais gasolina para a equipe médica chegar nas aldeias."

"Tati é bebida que a gente toma para ter saúde, ser forte e viver bem. O povo sempre tomou e não ficava doente antes do contato. A gente quer mudar aldeia de lugar porque esse rio não tem esse cipó para fazer a bebida, já acabou. O pajé sabe o lugar onde tem o remédio do mato."

"A gente sempre fala sobre o problema de saúde no Vale do Javari, mas nunca resolvem. Seguimos perdendo nossos parentes. A doença mais forte entre os Matis hoje é a malária."

TEPI MATIS, jovem da aldeia Aurélio, ex-vice-coordenador da União dos Povos Indígenas do Vale do Javari (UNIVAJA).

Profissionais da Saúde

"A última sorologia com os Korubo aconteceu entre 2006 e 2007. Já deveriam ter feito outra."

ANDERSON SENA ROCHA, auxilar de enfermagem da Sesai. Trabalha na Base da Frente de Proteção Etnoambiental Vale do Javari da Funai e dá assistência ao grupo de recém contato Korubo.

"O plano é entrarmos na área quatro,cinco vezes por ano, mas entramos duas vezes, sempre esbarra na questão logística, falta de barco e recurso. Temos X de gasolina por mês, mas só dá para as remoções. Os recursos estão sempre escassos. Imunização deveria ter um recurso separado"

MARCELO NÁPOLES, técnico de enfermagem da Sesai que trabalha há 10 anos na TI Vale do Javari.

“O Vale do Javari é um dos distritos (DSEI) que menos teve capacitação por falta de vontade política e burocracias. Muitas coisas ainda não andaram por falta de conhecimento técnico"

“Pegamos muita malária. Tem gente aqui que já pegou 18 vezes. Trabalhamos sem salubridade, sem periculosidade. Viajamos junto com o combustível com riscos de acidente”

"O calendário vacinal nunca foi respeitado. Por que? A gente fazia o planejamento, mas não tinha gasolina para subir. Um relatório diz que 60% dos indígenas do Vale do Javari estão sem cobertura vacinal"

ALCEMIR JUNIOR FIGUEIREDO, enfermeiro da Sesai que trabalha na TI Vale do Javari há dois anos.

"Os enfermeiros chegam despreparados para trabalhar na área. O profissional de enfermagem tem que ter aula de antropologia para saber como lidar com os índios"

UGLAIDSON FERREIRA MARQUES, enfermeiro da Sesai que trabalha há mais de um ano no Pólo base da Aldeia Maronal.

“Falta equipamento básico, não temos nem holofote para o barco. Muitas vezes temos que ir durante a noite fazer uma remoção. Já tive que viajar com fome e medo, e com parente para morrer no barco”

“Os enfermeiros ficam no Vale do Javari no máximo um, dois anos, não aguentam a situação, as dificuldades. Entram duas vezes na área e depois não querem mais, ficam arrumando vários atestados médicos até irem embora de vez"

ÉLISSON DE CASTRO ALVES, enfermeiro da Sesai, que trabalha na TI Vale do Javari há 3 anos.

Anexo 3: Diretório regional de recursos humanos de Antropologia

UFAM UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INC INSTITUTO NATUREZA E CULTURA

Campus do Pólo Alto Solimões
Município Benjamin Constant (AM)

http://portal.ufam.edu.br/index.php/unidades-academicas/31-instituto-de-natureza-e-cultura
Rua 1 de Maio Colônia CEP: 69630-000
+ 97 3415-5677 (fone/fax)
incbc@ufam.edu.br

A UFAM/INC oferece graduação em Antropologia e também de Ciências Agrárias e Ambientais, Letras (Língua e Literatura Portuguesa, Língua e Literatura Espanhola), Pedagogia, Administração em Gestão Organizacional e Ciências (Biologia e Química). Na área de Antropologia, identificamos os seguintes professores que eventualmente teriam interesse em desenvolver cursos, pesquisas e acompanhamento nas áreas de antropologia da saúde e outras relacionadas:

1) ADAILTON DA SILVA
adailtondasilva@gmail.com
Possui graduação em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2003) e mestrado em Antropologia Social pela Universidade de Brasília (2006). Atualmente é professor assistente da Universidade Federal do Amazonas. Atuando principalmente nos seguintes temas: jongo, políticas públicas, Brasil, afrodescendência e igualdade social. Cursa doutorado na UFBA. Entre 2006 e 2008, trabalhou no Programa Nacional de DST/AIDS Ministério da Saúde/ Escritório das Nações Unidas contras as Drogas e o Crime.

Tese em andamento: Ações Afirmativas na Saúde: O programa estratégico população negra e AIDS. Orientadora: Angela Lucia Silva Figueiredo.

2) GILSE ELISA RODRIGUES
gilseelisa@ig.com.br
Bacharel em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica do RS, licenciada em Ciências Sociais e Mestre em Antropologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2002). Atualmente é professora assistente I na Universidade Federal do Amazonas(UFAM), Instituto Natureza e Cultura de Benjamin Constant. Tem experiência em ensino e pesquisa nas áreas de Antropologia e Sociologia, atuando principalmente nos seguintes temas: violência e gênero, religião e gênero, representações sociais, criminalidade e conflitos sociais, sistema prisional, Estado e segurança pública, políticas de reabilitação de mulheres aprisionadas.

Dissertação: Negociando crenças: um estudo antropológico sobre conversão religiosa em uma penitenciária feminina. UFRGS, 2002. Orientador: Carlos Alberto Steil.

Projeto de pesquisa e extensão:
1- Diálogos Femininos – com Prof. Rafael Pessoa São Paio e Nelly Duarte Marubo

3) JOSÉ MARIA TRAJANO VIEIRA
zmtrajanov@yahoo.com.br
Bacharel e licenciado em Ciências Sociais pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Campus de Araraquara (1998), mestre em Antropologia Social pela Universidade Federal do Paraná (2005). Atualmente é doutorando em Antropologia Social pela Universidade Estadual de Campinas e professor assistente I no Instituto de Natureza e Cultura, campus universitário do Pólo Alto Solimões, em Benjamin Constant-AM, Universidade Federal do Amazonas. Prestou consultoria para a MRS - Estudos Socioambientais/ Petrobrás, para o Ministério do Desenvolvimento Agrário/Embrapa Florestas/Instituto Indigenista e de Estudos Socioambientais Terra Mater e Coordenou Grupo de Trabalho da FUNAI/PPTAL de identificação e delimitação da Terra Indígena Darahá e da Terra Indígena Jurubaxi no município de Santa Isabel do Rio Negro, AM.

Tese em andamento: "O processo de construção de alteridade e da autonomia indígena na Amazônia brasileira: conflitos, parcerias e diálogos entre

atores indígenas e não-indígenas". Orientador: John Manuel Monteiro.

Pesquisa atual relacionada ao povo Tikuna, Benjamin Constant (AM): Levantamento sobre o Registro Civil nas famílias indígenas em Benjamin Constant AM – Brasil.

4) JUAN CARLOS PEÑA MÁRQUEZ
juancapemar@hotmail.com

Doutor em Ciências Sociais pela UNICAMP, 2008, mestre em Educação pela Universidade Federal do Amazonas (2003). Graduado em Sociologia - Universidad Nacional de Colombia (1997). Atualmente é assessor da FUNDAMINGA; Professor do PPGAS e Bacharelado em Antropologia da Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Tem experiência na área de antropologia, com ênfase em etnologia indígena, atuando principalmente nos seguintes temas: a participação dos índios na construção do urbano na Amazônia, estudos socioculturais das bacias dos rios Amazonas e Orinoco, estratégias de desenvolvimento sustentável através de metodologias participantes; educação indígena e educação popular.

Coordenador do Laboratório Interdisciplinar de Antropologia e Educação.
O laboratório se propõe desenvolver um cenário de diálogo interdisciplinar para as áreas de Etnologia, História e Educação Indígena, que possibilite a articulação destas áreas ao redor da problemática indígena da região do Alto Solimões e o Vale do Javari. O Laboratório interdisciplinar se propõe identificar conflitos de interculturalidade (Oliveira, 1988), de processos educativos diferenciados (Weigel, 2000; Peña, 2003), de saúde, e de territorialidades e fronteira (Rodriguez. 2006; Nascimento, 2005), apontando a uma leitura que recupere os conhecimentos históricos e etnohistóricos, mas que também leve em conta as mudanças que afetaram a realidade atual dos povos indígenas desta região e uma análise contemporânea da etnologia e da relação com a sociedade abrangente.

Tese: Mitú, Vaupés: A participação dos Índios na Construção do Urbano na Amazônia. UNICAMP 2008. Orientador: Robin Wright.

Orientador dos graduandos:

Lilian Débora Furtado Lima. Levantamento bibliográfico etno-histórico e etnográfico sobre o povo Kanamari. 2009. Iniciação Científica. UFAM.

Neon Solimões Paiva Pinheiro. Levantamento bibliográfico etno-histórico da cultura Marubo. 2009. Iniciação Científica. UFAM, FAPEAM.

5) MICHEL JUSTAMAND
mjustamand@ufam.edu.br

Possui Graduação em Pedagogia pela Universidade Nove de Julho (2003), Graduação em História (Licenciatura/Bacharelado) pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1999). Mestrado em Comunicação e Semiótica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2002), doutorado em Antropologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2007) e é Pós-Doutorando em História Social pela PUC-SP. Professor Colaborador no PPGAS Programa de Pós-graduação em Antropologia Social - UFAM Manaus e no Programa de Estudos Amazônicos na UNAL - Universidade Nacional da Colômbia. Membro do Grupo de Pesquisa de História Social da Cidade no Programa de Pós-graduação de História da PUC-SP. Atualmente é professor de dedicação exclusiva da Universidade Federal do Amazonas em Benjamin Constant no curso de Antropologia. Tem experiência na área de Educação: Fundamentos da Educação e Avaliação da Aprendizagem Escolar, em Antropologia e em Arqueologia.

Tese: "Brasil desconhecido: as pinturas rupestres de São Raimundo Nonato – PI". PUC/SP 2007. Orientador: Edgard de Assis Carvalho.

Áreas de interesse para desenvolvimento de projetos com povos da TI Vale do Javari: saúde indígena, antropologia da saúde, xamanismo, etnologia, pedagogia, história.

Pesquisa atual relacionada aos ribeirinhos, vizinhos à TI Vale do Javari: orientador do trabalho intitulado "As quebradoras de pedra de Atalaia

do Norte – AM: um estudo de Antropologia Econômica", apresentado na II Semana de Antropologia de Benjamin Constant (AM).

Interesses, condições e disponibilidade:

- realizar, a curto e médio prazo, atividades de pesquisa ou educacionais relacionadas à antropologia, etnologia e antropologia da saúde.
- ministrar cursos de capacitação para profissionais da saúde, como EJA (Educacao de Jovens e Adultos) ou PROEJA (Educacao Profissionalizante de Jovens e Adultos) e para os índios da TI Vale do Javari.

Áreas: história, pedagogia e antropologia.

- Acredita ter possibilidade de obter financiamento na FAPEAM, CNPq, Capes ou alguma outra instituição pública.

6) RAFAEL PESSOA SÃO PAIO

artedomito@gmail.com
http://indiosdonossotempo.blogspot.com

Graduado em Escultura pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1999) e Mestrado em Ciências da Arte pela Universidade Federal Fluminense (2003). Atualmente, desenvolve pesquisa e trabalha com comunidades indígenas na área de educação, antropologia e saúde pelo Instituto Natureza e Cultura- Universidade Federal do Amazônas. Produziu ao longo de suas pesquisas, registro audiovisual - Museu Nacional/ Universidade Federal do Rio de Janeiro, Kodak e Universidade Federal Fluminense (2001-2006). Tendo experiência na área de etnologia, fotografia e arte. Atua principalmente nos seguintes temas: cultura indígena, etnometodologia,diversidade étnica cultural, America Latina, Amazônia, cosmovisão, artes, realização de documentários. Na área de artes, destaque para fotografia, cinema, cerâmica, xilogravura, também realizou montagem de exposições e restauração/conservação do acervo Museu Nacional.

Áreas de interesse: saúde indígena, antropologia da saúde, xamanismo, etnologia.

Campo com povos do Javari: com os Matis. Entre 2006 e 2008, intenso. Entre 2009 e 2011, esporádico (última estadia, entre 18 de dezembro e 18 de janeiro de 2011).
Com os Marubo da calha do Rio Ituí: práticas terapêuticas.

Pesquisa relacionada aos povos do Javari: PAIO, Rafael Pessôa São Paio. 27ª. "Entre os doces, salgados e amargos temperos na Amazônia- uma noção Matis de saúde e doença". 27ª. Reunião Brasileira de Antropologia. Grupo de Trabalho 53 - Comida e simbolismo: práticas alimentares, conhecimentos e saberes tradicionais no Brasil plural. 2010.

Projeto de pesquisa e extensão

1. Práticas terapêuticas e educacionais no Alto Solimões e Javari (Proext-Mec/Sesu).
2. Diálogos Femininos – com Profa. Gilse Elisa Rodrigues e Nelly Duarte Marubo
3. Matses sën neste matses sën dawë - banhos e remédios Matis, com Prof. indígena Makë Bush Matis.

Interesses, condições e disponibilidade:

- realizar, a curto e médio prazo, atividades de pesquisa ou educacionais relacionadas à antropologia, etnologia e antropologia da saúde.
- ministrar cursos de capacitação para profissionais da saúde e para os índios da TI Vale do Javari, como EJA (Educação de Jovens e Adultos) ou PROEJA (Educação Profissionalizante de Jovens e Adultos).

Áreas: etnometodologia, diálogos interculturais.

- Acredita ter possibilidade de obter financiamento na FAPEAM, CNPq, Capes ou alguma outra instituição pública.

7) THARCÍSIO SANTIAGO CRUZ

jucbr@yahoo.com.br

Graduado em Ciências Sociais UFAM (2002); com curso de Especialização em Ética – UFAM (2002); Mestrado em andamento em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade naAmazônia – UFAM (2006). Área de Conhecimento: Sociologia/Fundamentos de Sociologia. Projeto em parceria com a assistente social da UFAM – Ingrid – para melhorar as condições da Orla/Beira de Atalaia do Norte (AM).

UNAL UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLÔMBIA
IMANI INSTITUTO AMAZÓNICO DE INVESTIGACIONES

Sede Amazônia
Município Letícia (fronteira seca
com Tabatinga (AM), Brasil)

http://www.imani.unal.edu.co/

A UNAL oferece mestrado em Estudos Amazônicos desde 2001, especialização em Estudos Amazônicos desde 2003 e, em 2011, prepara-se para a aprovação e abertura de Doutorado em Estudos Amazônicos.
O campus conta com uma biblioteca, laboratórios, salas de aula, secretaria acadêmica, escritórios de administração e direção, sala de professores, trilha ecológica, um mirador de copas das árvores e alojamentos para professores administrado pela sede com cozinha, piscina e maloca.

8) JUAN ÁLVARO ECHEVERRI
Antropólogo, vinculado desde 1997 a Universidad Nacional (UNAL) de Colombia na Sede Amazonia. Especialista em populações indígenas amazônicas, com experiência de trabalho e pesquisa no rio Putumayo (com índios Uitoto, Secoya, Kichwa), rios Caraparaná e Igaraparaná (Uitoto), rio Caquetá (Muinane, Nonuya, Andoque, Uitoto) e rio Amazonas (Ticuna, Yagua, Cocama, Uitoto). Participou de projetos de gestão comunitária e de investigação científica em temas de antropologia social, etnohistória, conhecimentos tradicionais e etnobotânica. Tem ampla experiência com docência, direção de teses e gestão acadêmica. Vínculos com instituições acadêmicas e científicas no Brasil, Peru, Europa e Estados Unidos. Fala e entende bem inglês, francês, português e uitoto.

Tese: The People of the Center of the World: A Study in Culture, History and Orality in the Colombian Amazon. Orientador: Deborah Poole.

Anexo 4: Seleção de notícias da imprensa

2011

NOS ÚLTIMOS 11 ANOS JÁ MORRERAM 325 PESSOAS NA TERRA INDÍGENA VALE DO JAVARI, 8 % DA SUA POPULAÇÃO TOTAL
(30/06/2011 – CTI)
http://www.trabalhoindigenista.org.br/noticia.php?id_noticia=57

DESCASO VITIMA ÍNDIOS NO VALE DO JAVARI
(24/05/11 – O ECO AMAZÔNIA)
http://www.oecoamazonia.com/br/reportagens/brasil/220-descaso-vitima-indios-no-vale-do-javari

GOVERNO FEDERAL TEM DE ADOTAR URGÊNCIA CONTRA A MORTALIDADE NO VALE DO JAVARI
(20/01/2011 - AMAZÔNIA.ORG)
http://www.amazonia.org.br/noticias/noticia.cfm?id=376024

UM ÍNDIO MORRE A CADA 12 DIAS NO VALE DO JAVARI, NO AMAZONAS
(18/01/2011 - JORNAL DA CBN)
http://cbn.globoradio.globo.com/programas/jornal-da-cbn/2011/01/18/UM-INDIO-MORRE-A-CADA-12-DIAS-NO-VALE-DO-JAVARI-NO-AMAZONAS.htm

REGIÃO DO AMAZONAS TEM UMA MORTE DE INDÍGENA A CADA 12 DIAS
(16/01/11 - FOLHA DE S.PAULO)
http://www1.folha.uol.com.br/poder/861103-regiao-do-amazonas-tem-uma-morte-de-indigena-a-cada-12-dias.shtml

EL 15% DE LOS KORUBO MUERE EN LA ÚLTIMA DÉCADA
(06/01/11 – SURVIVAL)
http://www.survival.es/noticias/6821

DISEASE KILLS 15% OF RECENTLY CONTACTED TRIBE IN PAST DECADE
(06/01/11 – EKKLESIA)
http://www.ekklesia.co.uk/node/13901

15 PERCENT OF BRAZILIAN TRIBE WIPED OUT BY DISEASE WITHIN DECADE
(06/01/11 – DIGITAL JOURNAL)
http://www.digitaljournal.com/article/302276

KORUBO TRIBE IN AMAZON DECIMATED BY OUTSIDERS' DISEASES
(06/01/11 – ALLVOICES)
http://www.allvoices.com/contributed-news/7810800-korubo-tribe-in-amazon-decimated-by-outsiders-diseases

KRANKHEITEN TÖTEN 15 PROZENT EINES KÜRZLICH KONTAKTIERTEN VOLKES
(06/01/11 – SAARBREAKER)
http://www.saarbreaker.com/2011/01/krankheiten-tten-15-prozent-eines-krzlich-kontaktierten-volkes/

O ESPETÁCULO DESENVOLVIMENTISTA E A TRAGÉDIA DA MORTALIDADE INFANTIL INDÍGENA
(05/01/11 – RACISMO AMBIENTAL)
http://racismoambiental.net.br/2011/01/o-espetaculo-desenvolvimentista-e-a-tragedia-da-mortalidade-infantil-indigena/

2010

NA ÚLTIMA DÉCADA, UM INDÍGENA MORREU A CADA 12 DIAS NO VALE DO JAVARI
(22/12/10 – AMAZONIA.ORG)
http://www.amazonia.org.br/noticias/noticia.cfm?id=374371

INFORME SOBRE A SAÚDE NA TERRA INDÍGENA VALE DO JAVARI
(22/12/2010 – ECODEBATE)
http://www.cedefes.org.br/index.php?p=indigenas_detalhe&id_afro=4044

CTI DENUNCIA 13ª MORTE NO VALE DO JAVARI
(18/11/10 – BLOG DO ALTINO MACHADO)
http://altino.blogspot.com/2010/11/cti-denuncia-13-morte-no-vale-do-javari.html

TERRA INDÍGENA VALE DO JAVARI: "A BUROCRACIA QUE MATA"
(05/11/2010 – PLANETA AMAZÔNIA)
http://www.planetamazonia.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=56:terra-indigena-vale-do-javari-qa-burocracia-que-mataq&catid=1:ultimas-noticias&Itemid=2

O DIREITO DOS INDÍGENAS À SAÚDE
(02/08/2010 – CAROS AMIGOS)
http://carosamigos.terra.com.br/index_site.php?pag=materia&id=237

2009

NO VALE DO JAVARI, OS MARUBO ENFRENTAM GRAVES CASOS DE MALÁRIA E HEPATITE
(30/06/2009 – CIMI)
http://www.direitoshumanos.etc.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2619:no-vale-do-javari-os-marubo-enfrentam-graves-casos-de-malaria-e-hepatite&catid=21:indigenas&Itemid=165

ÍNDIOS DO VALE DO JAVARI PEDEM SOCORRO CONTRA A HEPATITE
(10/02/2009 – CARTA MAIOR)
http://www.cartamaior.com.br/templates/materiaMostrar.cfm?materia_id=15639

FSM: INDÍGENAS DEMANDAM MAIS RESPEITO POR SUAS ETNIAS
(03/02/2009 – ADITAL)
http://www.adital.com.br/site/noticia_imp.asp?cod=37128&lang=PT

ÍNDIOS COM HEPATITE RECLAMAM ABANDONO
(10/01/2009 – O LIBERAL)
http://www.orm.com.br/projetos/oliberal/interna/default.asp?modulo=247&codigo=397366

2008

OS POVOS ISOLADOS DA TERRA INDÍGENA VALE DO JAVARI E A EPIDEMIA DE HEPATITE B E D E MALÁRIA
(BIBLIOTECA DIGITAL CTI)
http://bd.trabalhoindigenista.org.br/?q=node/3320

RESERVA INDÍGENA: VALE DO JAVARI, NO AMAZONAS, AGONIZA COM MALÁRIA E HEPATITE
(24/05/2008 – O GLOBO)
http://oglobo.globo.com/pais/mat/2008/05/24/reserva_indigena_vale_do_javari_no_amazonas_agoniza_com_malaria_hepatite-508148995.asp

CARTA SOS JAVARI DOS POVOS INDÍGENAS DO VALE DO JAVARI
(01/02/2008 – COIAB)
http://www.coiab.com.br/coiab.php?dest=show&back=index&id=20&tipo=A

INDIOS DO VALE DO JAVARI PEDEM SOCORRO
(21/01/2008 – BLOG DO FIGUEIRA)
http://blogdofigueira.blogspot.com/2008/01/indios-do-vale-do-javari-pedem-socorro.html

SITUAÇÃO DA SAÚDE DE ÍNDIOS NO VALE DO JAVARI É GRAVÍSSIMA, AFIRMA DIRETOR DA FUNASA
(21/01/2008 – RÁDIO NACIONAL DA AMAZÔNIA)
http://www.webbrasilindigena.org/?p=534

ÍNDIOS DO VALE DO JAVARI CRUZAM FRONTEIRA COM PERU EM BUSCA DE ATENDIMENTO MÉDICO
(11/01/2008 – ECODEBATE)
http://www.ecodebate.com.br/2008/01/11/indios-do-vale-do-javari-cruzam-fronteira-com-peru-em-busca-de-atendimento-medico-funasa-alega-dificuldades/

FUNASA ALEGA DIFICULDADES EM MANTER PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO VALE DO JAVARI
(10/01/2008 - RÁDIO NACIONAL DA AMAZÔNIA)
http://direito2.com/abr/2008/jan/10/funasa-alega-dificuldades-em-manter-profissionais-de-saude

2007

LIDERANÇAS DO VALE DO JAVARI ESTÃO DESCRENTES QUANTO À SOLUÇÃO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE DA REGIÃO
(20/08/2007- RADIOAGÊNCIA)
http://www.radioagencianp.com.br/node/2814

MPF REALIZA AUDIÊNCIA NO AMAZONAS SOBRE CRISE DA SAÚDE INDÍGENA
(14/08/2007 – ADITAL)
http://www.adital.com.br/site/noticia2.asp?lang=PT&cod=29034

FUNASA DEFENDE ATUAÇÃO NA REGIÃO DO VALE DO JAVARI, NO AMAZONAS
(27/04/2007 – AGÊNCIA BRASIL)
http://agenciabrasil.ebc.com.br/noticia/2007-04-27/funasa-defende-atuacao-na-regiao-do-vale-do-javari-no-amazonas

ÍNDIOS DO VALE DO JAVARI LUTAM PARA ACABAR COM CRISE NA SAÚDE
(18/04/2007 – ISA)
http://www.socioambiental.org/nsa/detalhe?id=2441

HEPATITE E MALÁRIA CHEGAM A NÍVEIS CRÍTICOS E INDÍGENAS AMEAÇAM IR À ONU (11/04/2007 – REPÓRTER BRASIL)
http://www.reporterbrasil.org.br/exibe.php?id=991

SITUAÇÃO DA SAÚDE DOS ÍNDIOS DO VALE DO JAVARI SERÁ APRESENTADA A MINISTROS (09/04/2007 - O GLOBO)
http://oglobo.globo.com/pais/mat/2007/04/09/295290402.asp

2006

A GRAVE EPIDEMIA DE HEPATITE B E D NO VALE DO JAVARI (BIBLIOTECA DIGITAL CTI)
http://bd.trabalhoindigenista.org.br/?q=node/4669

MALÁRIA E HEPATITE AMEAÇAM POVOS DO VALE DO JAVARI, DENUNCIA CIVAJA (05/11/2006 – DIREITOS HUMANOS)
http://www.direitos.org.br/index.php?option=com_content&task=view&id=1933&Itemid=2

CONVÊNIO QUE PODERIA MELHORAR SAÚDE NO VALE DO JAVARI ESTÁ PARADO, DIZ LIDERANÇA (16/09/2006 – AGÊNCIA BRASIL)
http://agenciabrasil.ebc.com.br/noticia/2006-09-16/convenio-que-poderia-melhorar-saude-no-vale-do-javari-esta-parado-diz-lideranca

MORTE DE CRIANÇAS NO VALE DO JAVARI PREOCUPA FUNASA E ÍNDIOS (31/03/2006 – AGÊNCIA BRASIL)
http://agenciabrasil.ebc.com.br/noticia/2006-03-31/morte-de-criancas-no-vale-do-javari-preocupa-funasa-e-indios

2005

REIVINDICAÇÃO DOS ÍNDIOS DO VALE DO JAVARI (20/10/2005 - ADITAL)
http://www.adital.com.br/site/noticia2.asp?lang=PT&cod=19478

HEPATITE AMEAÇA POVOS DA SELVA (15/05/2005 – CORREIO BRASILIENSE)
http://www.supersitegood.com/atento/texto.php?mat=664

HEPATITE MATA ADOLESCENTE DA ETNIA MATIS EM MANAUS (07/05/2005 – ESTADÃO)
http://www.amazonia.org.br/noticias/noticia.cfm?id=156278

2004

PERIGO NA FLORESTA (18/08/2004 – ISTOÉ)
http://www.istoe.com.br/reportagens/11047_PERIGO+NA+FLORESTA?pathImagens=&path=&actualArea=internalPage

ÍNDIOS DO VALE DO JAVARI (AM) PEDEM SOCORRO (13/08/2004 – ISA)
http://www.socioambiental.org/nsa/detalhe?id=1803

ÍNDIOS TOMAM SEDE DA FUNASA EM ATALAIA DO NORTE, NO AMAZONAS (30/06/2004 – AGÊNCIA BRASIL)
http://agenciabrasil.ebc.com.br/noticia/2004-06-30/indios-tomam-sede-da-funasa-em-atalaia-do-norte-no-amazonas

HEPATITE PODE DIZIMAR POVOS DE RESERVA INDÍGENA NA AMAZÔNIA (05/06/2004 – AGÊNCIA BRASIL)
http://agenciabrasil.ebc.com.br/noticia/2004-06-05/hepatite-pode-dizimar-povos-de-reserva-indigena-na-amazonia

FUNASA INVESTIGA HEPATITE QUE INFECTA ÍNDIOS NO AM (22/01/2004 – FOLHA DE S.PAULO)
http://www1.folha.uol.com.br/folha/brasil/ult96u57431.shtml

Anexo 5: Fotos

Créditos: Maria Emília Coelho / fotos tiradas nos meses de abril, maio de julho de 2011

Auxiliar de enfermagem em visita de rotina na aldeia Mário Brasil, onde vivem indígenas Korubo de recém contato

Índia Matis, portadora de Hepatite B e D no Hospital de Guarnição de Tabatinga, o único instalado na maior cidade do Alto Solimões

Grávida do povo Korubo de recém contato sendo avaliada pelo auxiliar de enfermagem da Funasa

Wanka Korubo na Casai de Tabatinga, após ser operado de uma inflamação dos linfáticos

Pólo-base, que nunca terminou de ser construído na aldeia Massapê do povo Kanamari

Takvan Korubo, no Hospital de Guarnição de Tabatinga, esperando seu filho ser um operado por conta de uma inflamação dos linfáticos

Índia Kanamari com sua filha que nasceu prematura no Hospital de Guarnição de Tabatinga, administrado pelo Exército

Índios da TI Vale do Javari que estão em tratamento na Casa de Apoio à Saúde Indígena da cidade de Tabatinga

Índio Matis esperando resultado de exame na Casa de Apoio à Saúde Indígena da cidade de Tabatinga

Lucas Mayoruna com sua família na Casa de Apoio à Saúde Indígena da cidade de Tabatinga, onde faz tratamento de hepatite com Interferon há anos

Índios Kanamari no porto de Atalaia do Norte, ponto de entrada e saída da Terra Indígena Vale do Javari

Índia Kanamari usa a água poluída da beira do porto de Atalaia do Norte

Crianças Kanamari consomem a água poluída da beira do porto de Atalaia do Norte

Criança Kanamari doente no porto de Atalaia do Norte, localizado em frente a Funai

Banheiro do porto de Atalaia do Norte, usados pelos índios da TI Vale do Javari

Base da Frente de Proteção Etnoambiental Vale do Javari, ligada a Coordenação Geral de Indios Isolados e de Recente Contato (CGIIRC) da Funai

Barco da Funasa aportando na Base de Frente de Proteção Etnoambiental Vale do Javari da Funai

Índia Korubo sendo atentida por auxilar de enfermagem da Funasa na Base da Frente de Proteção Etnoambiental Vale do Javari

Posto de Saúde da Funasa na aldeia Massapê do povo Kanamari

Microscopista no Posto de Saúde da Funasa na aldeia Massapê do povo Kanamari

Criança fazendo teste de malária no Posto de Saúde da Funasa na aldeia Massapê do povo Kanamari

Posto de Saúde da Funasa na aldeia Remansinho do povo Kanamari

Índio Kanamari na aldeia Massapê da TI Vale do Javari. Em seu adorno da cabeça, uma referência à Sesai

Criança Kanamari sendo atendida por auxiliar de enfermagem no Posto de Saúde da Funasa na aldeia Remansinho

Wanka Korubo, com seu pai no Hospital de Tabatinga, após ser operado de uma inflamação dos linfáticos

Auxiliar de enfermagem da Funasa chegando na aldeia Estirão do Pedra do povo Kanamari

Índice

APRESENTAÇÃO 5

MAPAS 7

RECOMENDAÇÕES 11

Reestruturação da assistência no DSEI-VJ 11

Definição da Assistência Permanente como modelo de atendimento para o DSEI-VJ 12

Reorganização do Conselho Distrital 12

Elaboração do Plano Distrital para 2012/2013 13

Adequar o quadro de recursos humanos 13

Elaborar uma nova metodologia de trabalho pela equipe técnica 13

Adequar a logística e a infraestrutura no campo 14

Implantação de educação permanente em saúde 15

Realização de cursos/oficinas 15

a) Cursos para profissionais de saúde de área e da cidade 15

b) Cursos para agentes de saúde, microscopistas e demais interessados 15

c) Cursos para conselheiros e lideranças indígenas 16

d) Oficinas multiculturais sobre conhecimentos tradicionais e tradução das línguas locais para o português 16

e) Elaboração de materiais didáticos para a equipe de saúde e índios 16

Elaboração de uma política de atenção à saúde dos povos isolados 16

Recomendações gerais 18

a) Incentivo à pesquisa 18

b) Valorização e fortalecimento dos sistemas de medicina tradicional, de festas e rituais 19

c) Criação e manutenção de bancos de dados com informações sobre a TI Vale do Javari 20

d) Identificação de recursos humanos na região *(ver agenda regional de recursos humanos, em anexo)* 20

e) Fiscalização, otimização e sinergia das ações governamentais 21

f) Instalação de uma base da CGIIRC no alto Ituí 21

ASPECTOS DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE 22

Breve histórico 22

Caracterização do atendimento prestado nos dias atuais 26

Localização 26

População 26

Operacionalização das ações no Distrito 27

Infra-estrutura de campo 28

Recursos humanos 30

O modelo atual de atendimento 32

a) Atenção básica 32

b) Atenção secundária e terciária 33

Impactos do atual modelo na situação de saúde 34

Pirâmide etária 34

Natalidade 35

Mortalidade 36

Hepatites virais 37

Malária 38

Tuberculose 39

Doenças sexualmente transmissíveis 39

Estado nutricional 40

Saúde mental 41

Outras doenças 41

Remoções 41

Controle social hoje 42

ASPECTOS ANTROPOLÓGICOS 43

Breve histórico da ocupação na região da TI Vale do Javari 43

Isolados 48

Isolados e fragilidades epidemiológicas 48

Korubo “Isolados” nos rios Coari, Itaquaí, Branco e Ituí 51

Korubo – grupo "contatado" 53

Tsohom-dyapa 55
Flecheiros do Igarapé São José 56
Isolados do Alto Igarapé Pedra 58
Isolados do rio Quixito 58
Isolados do Alto Jutaí 59

Percepções locais 60

Cosmologias médicas: encontros e desencontros entre xamanismo e biomedicina 60
Diferentes "tempos" do atendimento de saúde 64
Percepções locais sobre a situação epidemiológica no Vale do Javari 65
Responsabilidade pelas doenças e mortes 65
Feitiçaria/envenenamentos interno ou inter-étnico e políticas entre malocas 66
Ataques e assédios de entidades diversas 68
Troca de localização das aldeias para evitar mortes 71
Alteração no ciclo dos rituais como resultado das mortes 71
Preconceitos relacionados aos suicídios, ao consumo de álcool e à desnutrição 72

Noção de pessoa e corpo 82
Xamanismo e doença 83
Distintos tipos de xamanismo e o fortalecimento dos pajés 84
Origens das doenças, diagnose e curas indígenas 85
Farmacopéia da Floresta 88

Concepções de morte e de mundo 88
Parentesco e tratamento à distância 91
Inclinação à cidade e disseminação de doenças 92
Alterações no regime alimentar 93
Conflitos e interfaces entre sistemas médicos (ocidental e xamanístico) 93
Ingestão de medicamentos 93
O sistema ribeirinho 93
Valorização da figura do "doutor" e da medicina ocidental 94
Desvalorização e falta de informação não-indígena sobre xamanismo e dos costumes locais 94
Valorização de técnicos/auxiliares de enfermagem 95
Choques e preconceitos a serem evitados 96
Utilização de práticas e de léxico médico inadequado 97
Problemas de mão-dupla de tradução e compreensão da composição do corpo 98

Panorama dos fluxos de deslocamentos e possíveis corredores de doenças 98
Marubo 99
Matis 100
Kanamari 100
Mayoruna/Matsés 101
Isolados 102

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 103

ANEXOS 105
Anexo 1: Roteiro da consultoria 105
Anexo 2: Depoimentos 108
Anexo 3: Diretório regional de recursos humanos de Antropologia 114
Anexo 4: Seleção de notícias da imprensa 118
Anexo 5: Fotos 121

Maloca de isolados na bacia do rio Itaquaí. Peetsaa, arquivo CGIIRC/ FUNAI, 2011