SABERES NA SAÚDE INDÍGENA:
estudo sobre processos políticos e pedagógicos relativos à formação de agentes de saúde tikuna no Alto Solimões (AM), Brasil

PAULO ROBERTO DE ABREU BRUNO

Tese apresentada ao Instituto Oswaldo Cruz como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Doutor em Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Navarro Stotz

Rio de Janeiro
2008

Livros Grátis

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.

Ficha catalográfica elaborada pela
Biblioteca de Ciências Biomédicas/ ICICT / FIOCRUZ - RJ

B898

Bruno, Paulo Roberto de Abreu

Saberes na saúde indígena: estudo sobre processos políticos e pedagógicos relativos à formação de agentes de saúde tikuna no Alto Solimões (AM), Brasil / Paulo Roberto de Abreu Bruno. – Rio de Janeiro, 2008.

xiv, 265 f. : il. ; 30 cm.

Tese (doutorado) – Instituto Oswaldo Cruz, Ensino em Biociências e Saúde, 2008.

Bibliografia: f. 210-229

1. Tikuna. 2. Agente de saúde indígena. 3. Saúde na Amazônia. 4. Políticas indigenistas no Brasil . I. Título.

CDD 898

Aos meus filhos, Daniel, Nino, Enila
e Teresa, energia que me anima.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Eduardo Stotz pela orientação pautada no respeito às diferenças de opiniões, na visão crítica da realidade e na busca de caminhos para a construção dos sonhos de um mundo justo e fraterno.

À Profª Helena Fontoura pelo incentivo qualificado e afetuoso que me fez prosseguir na construção desta tese.

À Carla Vilela, pela paciência, pelo apoio e pela companhia nos momentos mais difíceis do processo de construção desta tese.

À Zilda de Abreu Bruno e à Fátima Bruno – mãe e irmã – por servirem como exemplos, pelo apoio e carinho de sempre.

À FAPERJ por, durante um ano, ter apoiado o projeto de pesquisa que resultou nesta tese.

À Márcia Cassimiro pela boa vontade no atendimento realizado na secretaria da PGEBS e pelos bons conselhos como colega na ENSP.

Aos dirigentes do CGTT, Nino Fernandes, Paulino Manoelzinho Nunes, Sílvio Mariano (*in memorian*) por partilharem comigo suas histórias e lutas.

A Nilson Ramos Pinto, pelas conversas diárias e a pela boa amizade.

À Isabel Francisco Fernandes, pela persistência nas lutas pela saúde e pela preocupação com o processo de formação dos ASI tikuna.

À Jane Clarice Schunemann, pela cessão de informações sobre a Central Farmacêutica do DSEI-AS de fotos e imagens em DVD.

Ao maestro Bides Guerra Bocanegra pelos aconselhamentos e curas, por manter-me tranqüilo e equilibrado em momentos difíceis no Alto Solimões.

À Daniélle Cardim pelo apoio a partir da secretaria do Departamento de Saneamento e Saúde Ambiental da ENSP.

À Profª Marize Cunha por ajudar-me a ver com maior clareza as soluções para alguns obstáculos surgidos no processo de construção da tese.

À Rita de Cássia da Silva que, na biblioteca da ENSP, contribuiu de forma inestimável com o desenvolvimento da minha pesquisa.

Aos demais amigos do DSSA e da PGEBS pela amizade.

Bruno PRA. **Saberes na saúde indígena: estudo sobre processos políticos e pedagógicos relativos à formação de agentes de saúde tikunas no Alto Solimões (AM), Brasil.** Rio de Janeiro, 2008. 265. Tese [Doutorado em ensino em Biociências e Saúde] – Instituto Oswaldo Cruz.

RESUMO

Esta tese versa sobre os processos de formação dos agentes de saúde tikuna, do Alto Solimões no estado do Amazonas, focalizando as relações entre os diferentes saberes, referidos à biomedicina, à cultura oral e à história destes ameríndios. Tais relações são consideradas numa perspectiva interdisciplinar – com ênfase na abordagem histórica – que se fundamenta nos resultados das pesquisas bibliográficas e do trabalho de campo em áreas urbanas e rurais dos municípios que integram o DSEI-AS. O estudo realiza-se no território correspondente ao Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Solimões e diz respeito ao período compreendido entre o começo da década de 1990 e os primeiros anos do presente do presente século. Neste período houve um crescimento considerável do contingente de agentes de saúde tikunas em decorrência de ações promovidas por diferentes organismos governamentais e não-governamentais. Estes agentes de saúde atuam de acordo com as diretrizes do SUS, nos serviços de atenção básica à saúde nas aldeias e, em alguns casos, em áreas urbanas, como mediadores e protagonistas nas relações estabelecidas entre as práticas e os campos de conhecimentos relativos à biomedicina e à etnomedicina tikuna. Através da análise da formação dos agentes de saúde dirigida pela FUNASA verifica-se o predomínio da racionalidade da biomedicina na condução dos processos de ensino-aprendizagem, em prejuízo à perspectiva dialógica e à permuta de conhecimentos.

Palavras-chave: 1. Tikuna 2. Agente de Saúde Indígena 3. Saúde na Amazônia 4. Políticas indigenistas no Brasil

Bruno PRA. **Knowledge about indigenous health: a study on political and pedagogical processes regarding the schooling of Tikuna people health agents in Alto Solimões (Amazonas).** Rio de Janeiro, 2008. Doctoral Dissertation [Doctorate on Biosciences and Health Tuition] – Oswaldo Cruz Institute.

ABSTRACT

The present doctoral dissertation deals with the schooling of Tikuna health agents in Alto Solimões, in the state of Amazonas, emphasizing the relationship between different knowledge regarding biomedice, spoken culture and the history of these amerinds. Such relationships are considered in an interdisciplinary perspective – emphasizing the historical approach – which is grounded on results from bibliographic researches and field work in urban and rural areas from the towns that are in the DSEI-AS (Indigenous Special Sanitary District of Alto Solimões).The research takes place in the Indigenous Special Sanitary District of Alto Solimões and refers to the period in between early 1990's and the first years of 21st century. During this time, there was a significant increase in the number of Tikunas' health agents due to the interest of different organizations, governmental or not. These health agents act according to the guidelines of SUS (Unified Health System), in services of basic attention to health in hamlets and, in some cases, in urban areas as mediators and protagonists of the relationships established among practices and fields of knowledge regarding biomedicine and Tikuna ethno medicine. Through analysis of the schooling guided by FUNASA (National Health Foundation) and accompanied by the health agents, it is possible to verify a predominance of biomedicine logic in the processes of tuition-learning, which affects the dialogic perspective and the exchange of knowledge.

Keywords: 1. Tikuna People 2. Indigenous Health Agent 3. Health in Amazon 4. Indigenous Police in Brazil

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1.1	Região do Alto Solimões na Amazônia brasileira	**2**
Figura 1.2	Municípios que integram o DSEI-AS	**3**
Figura 1.4.3.1	Assembléia sobre a situação do DSEI-AS.	**25**
Figura 2.2.1	Comitiva tikuna no Congresso Nacional em Brasília	**41**
Figura 2.2.2	Turma de monitores de saúde em Vendaval	**44**
Figura 2.2.3	Grupo de alunos do I Curso de Formação	**45**
Figura 2.4.1	Nilson R. Lopes e Jonas B. Gabino no distrito	**56**
Figura 3.2.1	Assentamentos tikuna Belém do Solimões, Vendaval e Campo Alegre	**64**
Figura 3.3.1	Y'oí pescando o povo Magüta	**75**
Figura 3.3.2	Pinturas faciais representativas de clãs (nações) tikuna	**76**
Figura 3.3.3	Dourada e surubim pescado para o comércio	**77**
Figura 4.1.1	Meninos indígenas na missão dos capuchinhos italianc em Tonantins	**83**
Figura 4.2.1	Tikuna com Puru-puru	**91**
Figura 4.3.1	Barco *Igara Catuçaua* "dando assistência sanitária" a tikuna	**101**
Figura 4.4.1	Tikunas durante treinamento ministrado pela MSF	**110**
Figura 4.4.2	Cartilha produzida com a participação dos ASI tikuna	**111**
Figura 4.43	ASI João Almeida Vasques numa palestra sobre a cólera	**112**
Figura 5.2.1	Tikuna em reunião no Conselho de Segurança Nacional	**131**
Figura 5.3.1	Estrutura organizacional e modelo assistencial dos DSEI	**136**
Figura 5.4.1	Tikuna em treinamento no PNACS, em Tabatinga	**140**
Figura 6.1.1	Descrição do envio / recebimento do bichinho *Õ'mi.*	**160**
Figura 6.2.1	ASI Isabel Fernandes atualizando o cadastro dos ASI na sede do DSEI-AS	**164**
Figura 6.4.1	Evolução demográfica nos municípios do DSEI-AS	**180**
Figura 6.4.2	Morbidade indígena no DSEI-AS (2002)	**186**
Figura 6.4.3	Mortalidade indígena no DSEI-AS por causas (2002)	**187**
Figura 6.4.4	Mortalidade indígena no DSEI-AS por causas (2003)	**189**
Figura 6.4.5	Morbidade indígena no DSEI-AS (2003)	**191**
Figura 6.4.6	Vista aérea da Aldeia Filadélfia	**193**
Figura B.1	Artigo sobre o Diagnóstico de Saúde Ticuna	**233**
Figura D.1	Principais malocas tikunas no início do século XX	**235**
Figura E.1	Localização de comunidades tikuna na Colômbia e Peru	**236**
Figura E.1	Localização das terras e aldeias tikunas	**237/8**

Figura L.1	Belém do Solimões em matéria jornalística	**260**
Figura M.1	Maloca tikuna em 1930	**261**
Figura M.2	Casa tikuna na aldeia Bom Caminho	**261**
Figura M.3	Casa tikuna adaptada ao padrão arquitetônico regional.	**262**
Figura N.1	Interior de sala de aula em Belém do Solimões	**263**
Figura N.2	Meninos tikuna brincando fora da escola	**263**
Figura N.3	Escola de ensino médio em construção em Belém do Solimões	**264**

LISTA DE QUADROS

Quadro I	Critérios de referência para cobertura populacional, por categoria profissional nas EMSI	**138**
Quadro II	Populações tikuna e indígena por municípios	**182**
Quadro III	Alunos do I Curso de Monitores de Saúde	**234**
Quadro IV	Assentamentos (aldeias) tikuna e suas populações	**239**
Quadro V	Menu de medicamentos da CAF / DSEI-AS (2004)	**246/50**
Quadro VI	ASI e AISAN contratados no Pb Filadélfia	**251**
Quadro VII	ASI e AISAN contratados no Pb Feijoal	**252**
Quadro VIII	ASI e AISAN contratados no Pb Umariaçu I	**253**
Quadro IX	ASI e AISAN contratados no Pb Umariaçu II	**253**
Quadro X	ASI e AISAN contratados no Pb Belém do Solimões	**254**
Quadro XI	ASI e AISAN contratados no Pb Vendaval	**255**
Quadro XII	ASI e AISAN contratados no Pb Campo Alegre	**256**
Quadro XIII	ASI e AISAN contratados no Pb S. P. de Olivença	**257**
Quadro XIV	ASI e AISAN contratados no Pólo base Nova Itália	**258**
Quadro XV	ASI e AISAN contratados no Pólo base Betânia	**258**
Quadro XVI	ASI e AISAN contratados no Pólo base Tonantins	**259**
Quadro XVII	ASI contratados na CASAI	**259**

SIGLAS

ACIU – Associação dos Artesãos e Cultura Indígena de Umariaçu

AISAN – Agente Indígena de Saneamento

AEITAS – Associação Estudantes Indígenas Tikunas do Alto Solimões

AMIT – Associação das Mulheres Indígenas Ticuna

ASI – Agente de Saúde Indígena

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BASA – Banco de Desenvolvimento da Amazônia

CA – Câncer

CAF – Central de Abastecimento Farmacêutico

CASAI – Casa de Saúde Indígena

CEME – Central de Medicamentos

CID – Classificação Estatística Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde

CGTT – Conselho Geral da Tribo Tikuna

CIMI – Conselho Indigenista Missionário

CNPSI – Conferência de Proteção à Saúde do Índio

COIAB – Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira

CONDISI – Conselho Distrital de Saúde Indígena

COPAS – Coordenação de Apoio à Gestão e Participação Social

CORE – Coordenação Regional

COSAI – Coordenação de Saúde do Índio

DESAI – Departamento de Saúde Indígena

DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena

DSEI-AS – Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Solimões

EFTS / EIS – Escola de Formação Técnica em Saúde “Enfª Izabel dos Santos”

EMSI – Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena

EDA – *Enfermidad Diarreica Aguda*

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública

EVS – Equipe Volante de Saúde

FUNAI – Fundação Nacional do Índio

FNS – Fundação Nacional de Saúde

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

FUNRURAL – Fundo de Desenvolvimento Rural

INDASPI – Instituto de Desenvolvimento de Atividades de Auto-Sustentação das Populações Indígenas

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

IRA – Infecções Respiratórias Agudas

LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional

MSF – Médicos sem Fronteiras

NESPI – Núcleo de Estudos de Saúde de Populações Indígenas

OASPT – Organização dos Agentes de Saúde do Povo Ticuna

OGCCIPC – Organização Geral dos Caciques das Comunidades Indígenas do Povo Cokama

OGMITAS – Organização Geral das Mulheres Indígenas Ticuna do Alto Solimões

ONG – Organização não-Governamental

OMSPT – Organização dos Monitores de Saúde do Povo Tikuna

OPAN – Operação Anchieta

OSPTAS – Organização de Saúde do Povo Ticuna do Alto Solimões

OTM – Organização Torü Mä'ü

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PASE – Posto de Assistência Sanitária de Emergência

PCN – Projeto Calha Norte

PETI – Projeto de Estudos sobre Terras Indígenas no Brasil

PIT – Posto Indígena Tikuna

PNACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PPGAS – Pós-Graduação em Antropologia Social

PROFAE – Projeto de Formação dos Trabalhadores da Área de Enfermagem

RENISI – Rede Nacional de Estudos e Pesquisas em Saúde dos Povos Indígenas

PSDB – Partido da Social Democracia Brasileira

PSF – Programa da Saúde da Família

PSFI – Programa da Saúde da Família Indígena

PUCRS – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

SESP – Fundação de Serviço Público de Saúde

SES / RJ – Secretaria Estadual de Saúde do Governo do Estado do Rio de Janeiro

SIASI – Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena

SPI – Serviço de Proteção ao Índio

SPILTN – Serviço de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais

SUCAM – Superintendência de Campanhas de Saúde Pública

SUDAM – Superintendência para o Desenvolvimento da Amazônia

SUS – Sistema Único de Saúde

SUSA – Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas

TB – Tuberculose

UFF – Universidade Federal Fluminense

USBEE – União Sul Brasileira de Educação e Ensino

UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo

ITU – Infecções do Trato Urinário

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	**1**
1.1	OBJETIVOS	**6**
1.2	MARCO TEÓRICO	**7**
1.3	QUESTÕES INSTIGADORAS DA PESQUISA	**13**
1.4	METODOLOGIA	**16**
1.4.1	Para compreender o espaço do Alto Solimões e os seus processos sociais	**16**
1.4.2	Abordagem histórica numa pesquisa interdisciplinar	**20**
1.4.3	A questão do idioma como obstáculo à pesquisa	**21**
2	A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO	**34**
2.1	QUESTÃO INDÍGENA COMO EIXO DA INICIAÇÃO CIENTÍFICA	**34**
2.2	EXPERIÊNCIAS NO CENTRO MAGÜTA E O ENVOLVIMENTO COM A QUESTÃO DA SAÚDE ENTRE OS TIKUNA	**39**
2.3	"INDIGENISMO" E FORMAÇÃO ACADÊMICA: BASES PARA A CONSTRUÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA PARA O DOUTORADO	**46**
2.4	ALMOÇANDO E DIGERINDO PALAVRAS: DIÁLOGO EXPERIMENTAL ENTRE DIFERENTES SABERES	**53**
3	ABORDAGEM HISTÓRICA A RESPEITO DA PRESENÇA TIKUNA NO ALTO SOLIMÕES	**58**
3.1	COLONIALISMO E PÓS-COLONIALIMSO	**58**
3.2	HEGEMONIA E DECLÍNIO DA EMPRESA SERINGALISTA	**63**
3.3	ECONOMIA, SOCIEDADE E IDENTIDADE TIKUNA	**71**
4	ENTRE AÇÕES RELIGIOSAS E ESTATAIS O PROTAGONISMO TIKUNA NA SAÚDE	**80**
4.1	COLONIZAÇÃO E ESTADO DE SAÚDE	**80**
4.2	DESENVOLVIMENTO CAPITALISTA E SAÚDE TIKUNA	**88**

4.3	AGÊNCIAS ESTATAIS E RELIGIOSAS E A SAÚDE TIKUNA	**95**
4.4	PROTAGONISMO AMERÍNDIO NO CAMPO DA SAÚDE	**105**
5	A FORMAÇÃO DE ASI E A CRIAÇÃO DOS DSEI NO BRASIL	**116**
5.1	MARCOS HISTÓRICOS, INSTITUCIONAIS E POLÍTICOS	**116**
5.2	CONSIDERAÇÕES SOBRE O PROCESSO DE CONSTITUIÇÃO DO DSEI-AS	**128**
5.3	A CONSOLIDAÇÃO DO DSEI-AS E PAPEL DOS ASI TIKUNA NESTE PROCESSO	**135**
5.4	DIRETRIZES RELATIVAS À FORMAÇÃO DE ASI E À ESTRUTURAÇÃO DOS MÓDULOS DE FORMAÇÃO INICIAL	**139**
5.1	MOVIMENTO HISTÓRICO E TRANSFORMAÇÕES NA SOCIEDADE TIKUNA	**122**
5.4.1	Sobre o módulo introdutório	**142**
5.4.2	Demais módulos que integram a formação inicial para ASI	**145**
6	TÓPICOS PARA UMA DISCUSSÃO SOBRE A INSERÇÃO DA ETNOMEDICINA TIKUNA NO PROCESSO DE FORMAÇÃO DE ASI	**149**
6.1	COMO LIDAM OS TIKUNA COM AS DOENÇAS?	**149**
6.2	SOBRE O PROCESSO DE “CAPACITAÇÃO” DOS ASI TIKUNA	**161**
6.3	ASPECTOS PEDAGÓGICOS, ANTROPOLÓGICOS E POLÍTICO-ADMINISTRATIVOS DA FORMAÇÃO DOS ASI TIKUNA	**172**
6.4	PROBLEMATIZANDO OS DADOS COLETADOS	**179**
6.5	“PRA FRENTE” COM A SAÚDE: ENCONTROS E DESENCONTROS ENTRE SABERES	**195**
7	CONCLUSÕES	**201**
8	**REFERÊNCIAS**	**210**
	ANEXOS	**230**
A	Convênio entre UFRJ e CGTT	**230**
B	Artigo sobre o Diagnóstico de Saúde Ticuna	**233**
C	Alunos do I Curso de Monitores de Saúde	**234**
D	Mapa com as principais malocas clânicas tikunas	**235**

E	Mapa com comunidades tikuna na Colômbia e no Peru	**236**
F	Aldeias Tikuna no DSEI-AS	**237/8**
G	Aldeias com as respectivas populações	**239**
H	Estórias e história tikuna	**240/5**
I	Menu de medicamentos do DSEI-AS	**246/50**
J	ASI e AISAN contratados pelo CGTT em 2004	**251/9**
L	Belém do Solimões em matéria jornalística	**260**
M	Arquitetura e história	**261/2**
N	Arquitetura da educação	**263/4**
O	Matéria sobre ocupação da sede do DSEI-AS FUNASA	**265**

1. INTRODUÇÃO

Na pauta dos debates contemporâneos sobre o futuro do planeta a Amazônia[1] tem ocupado uma posição importante, em razão do progressivo desmatamento do seu território, fenômeno fundamental para a redução da biodiversidade desta região e para a precarização das condições de vida das suas populações autóctones. A repercussão de tais debates nos meios de comunicação coloca em destaque as questões ambientais enquanto os aspectos sociais, embora também sejam tão preocupantes, principalmente, no que dizem respeito à situação da saúde dos povos indígenas, têm merecido menor atenção.

A presente tese trata da questão da saúde dos povos indígenas amazônicos, na medida em que analisa os processos históricos, políticos e pedagógicos inerentes à formação de agentes de saúde tikuna[2] do Alto Solimões (sudoeste do estado do Amazonas, Brasil)[3]. No processo de formação dos ASI enfatiza-se a relação entre as

---

[1] A expressão Amazônia designa a região compreendida pela bacia do rio Amazonas, que é formada por 25.000 km de rios navegáveis, distribuídos em cerca de 6.900.000 km^2, dos quais aproximadamente 3.800.000 km^2 estão no Brasil. Através de legislação de 1966 foi estabelecido o termo Amazônia Legal para referir-se à porção brasileira – com aproximadamente 5,2 milhões de km² e equivalente a 59% do território nacional –, que abrange os estados do Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins, (parte do) Maranhão, além de cinco municípios de Goiás. Tal território subdivide-se em 775 municípios e compreende um contingente de 20,3 milhões de pessoas – correspondente a 12,32% da população nacional (IBGE, 2008) – entre as quais aproximadamente 205 mil pertencem a 180 grupos étnicos, 55% da população indígena do país. De acordo com a FUNAI (2008) há, para essa região, 68 referências a grupos indígenas sem contato com a sociedade nacional.

[2] Os Tikuna são a maior população indígena localizada na região do Alto Solimões. Na opção pela grafia do nome desse grupo étnico, acompanho Soares (Rodrigues, Cabral, 2005) que, por sua vez, segue a convenção adotada pela Associação Brasileira de Antropologia em 1953. Somente abro mão desta convenção, da mesma forma que a lingüista, quando faço menção à grafia Ticuna, em maior conformidade com as normas da língua portuguesa ou, ainda, à forma Tükuna, utilizada por alguns autores.

[3] Localizada no sudoeste estado do Amazonas (Brasil), a Microrregião Geográfica Alto Solimões é composta pelos municípios de Amaturá, Atalaia do Norte, Benjamin Constant, Fonte Boa, Jutaí, Santo Antônio do Içá, São Paulo de Olivença, Tabatinga e Tonantins (IBGE, 1991). Na presente tese, são considerados apenas os municípios que fazem parte do Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Solimões (DSEI-AS), sendo desconsiderados, portanto, os de Atalaia do Norte, Fonte Boa e Jutaí (Cf. Figura 1.1). Cumpre destacar ainda a existência de assentamentos tikuna nos municípios amazonenses

racionalidades da biomedicina e da etnomedicina, com vistas a entender suas características e as possibilidades de diálogo entre elas.

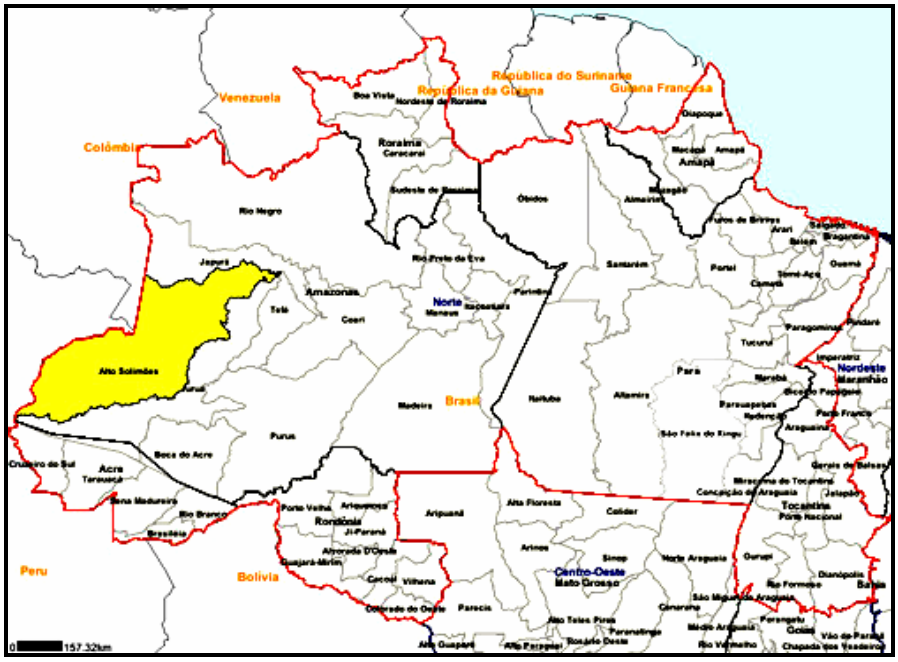


Figura 1.1 – Região do Alto Solimões (em destaque) na Amazônia brasileira (SIDRA, IBGE, 2007).

No decorrer da década de 1990, num contexto histórico-social marcado por intensas disputas entre integrantes da Fundação Nacional do Índio (FUNAI), da Fundação Nacional de Saúde (FNS) e de diversos movimentos sociais organizados, foram engendradas diretrizes governamentais que regularam a instituição dos DSEI em várias regiões do país, principalmente na Amazônia. Tais diretrizes atribuíam aos DSEI a responsabilidade pela efetivação dos procedimentos político-administrativos relativos à promoção da assistência primária à saúde indígena assim como à formação de agentes de saúde indígenas. Sendo assim, elas são analisadas na presente tese a partir dos seus aspectos institucionais, pedagógicos, sociais e econômicos, referidas, no que diz respeito à questão espacial, ao Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Solimões (DSEI-AS), onde vivem os Tikuna (Cf. Figura 1.2).

---

de Anamã, Jutaí, Fonte Boa, Beruri, Uarini, Alvarães, Manaus e nos territórios nacionais da Colômbia e do Peru. De acordo com o Censo Indígena realizado pela *Comisión de Asuntos Indígenas del Amazonas,* do Departamento de Letícia, 1991 (Camacho Gonzalez, 1996) vivem 7149 pessoas e no Peru 5000 pessoas (Oliveira Filho, 1988).

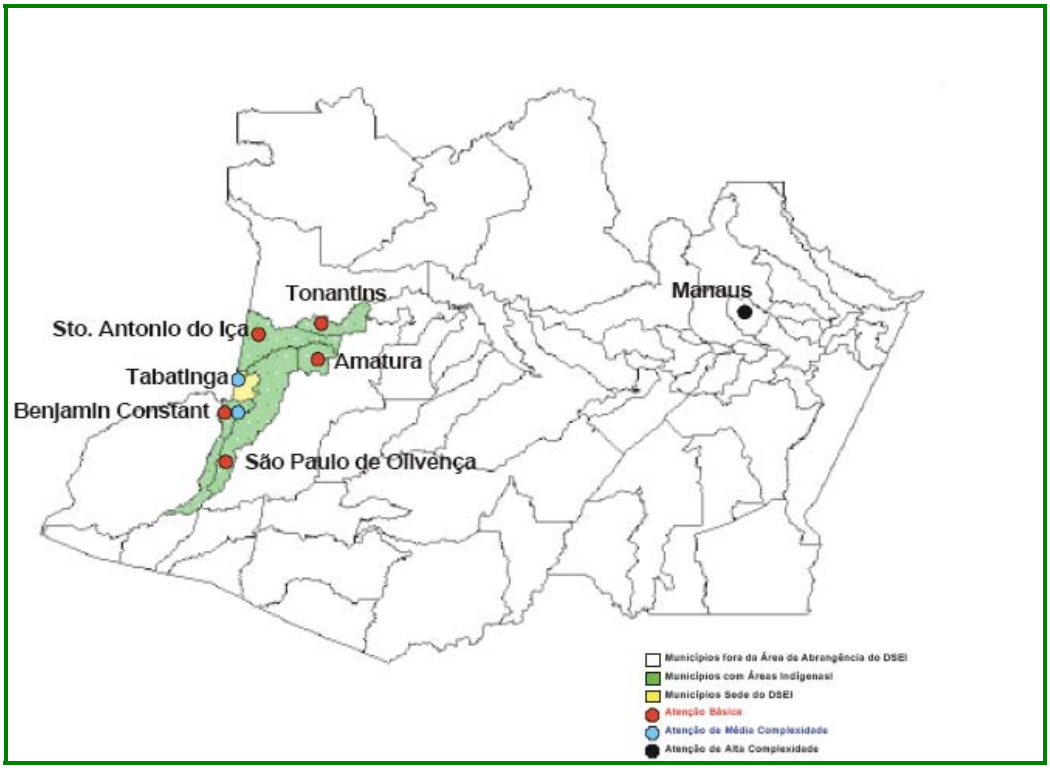


Figura 1.2 – Municípios que integram o DSEI-AS (FUNASA, 2005).

Prevaleceram na construção desta tese dois procedimentos metodológicos que correspondem ao exame crítico das fontes e ao trabalho de campo. A partir da aplicação desses dois procedimentos produzi materiais diversos – impressos, digitalizados ou gravados em outros meios – que foram, posteriormente, classificados, catalogados, selecionados e, finalmente, transformados em referências para a construção da tese.

A busca de aprofundamento das reflexões acerca da construção social do conhecimento e da produção histórica do pensamento científico levou-me a estudos produzidos por Bakthin (2002), Benjamin (1994), Japiassu (1999), Kosik (2002) e Vigotski (1998). Enquanto a necessidade de desenvolvimento dos conhecimentos sobre questões relacionadas à saúde coletiva, às medicinas ocidental e xamânica, conlocou-me em contato com os trabalhos de Athias (2001, 2003), Buchillet (1991), Camargo Jr. (2005, 2007), Eliade (2002), Erthal (1998, 2002, 2003, 2004), Garnelo (2001a, 2001b, 2003), Langdon (1999, 2003, 2006), Luz (1996), Mabit (2002), Menéndez (2003), Minayo (1988, 2007), Navarro (1977) e San Martín (1983).

Para analisar apropriadamente os conflitos políticos e institucionais relativos aos processos político-pedagógicos da formação dos agentes de saúde indígenas (ASI),[4] os campos da educação, da educação em saúde e da sociologia precisaram ser mais bem explorados, motivo que me levou ao estudo dos trabalhos de Baines (1997, 2004), Freire (1989, 2002, 2003), Stotz (2001, 2006, 2007), Teixeira (2007) e Varela (1994, 2007).

No que tange à pesquisa bibliográfica específica sobre os Tikuna, trabalhos como os de Almeida (1996), Camacho Gonzalez (1995, 1996, 2000), Erthal (1998), Goulard (1994), López Garcés (2000), Macedo (1996), Nimuendaju (1952), Oliveira (1964, 1978), Oliveira Filho (1977, 1988), Oro (1978, 1989) e Paladino (2006), além dos meus próprios escritos, foram fundamentais para a reconstrução histórica e a análise antropológica dos conflitos políticos e dos aspectos culturais mais significativos, relativos a esses ameríndios. Além disso, algumas dessas publicações serviram, inclusive, como importantes referências teóricas durante o desenvolvimento do trabalho de campo.[5]

O trabalho de campo, por sua vez, foi realizado na região do Alto Solimões entre maio de 2004 e março de 2006. Nesse período, durante dois meses no primeiro semestre de 2005 permaneci na cidade do Rio de Janeiro para cumprir créditos no doutorado. No exercício dessa modalidade de pesquisa estive nos assentamentos tikuna denominados Filadélfia, Lauro Sodré, Porto Espiritual, Feijoal (município de Benjamin Constant); Umariaçu I, Umariaçu II, Belém do Solimões (Tabatinga); Vendaval, Nova Ressurreição, Campo Alegre, Torre da Missão, Camatiã, Nossa Senhora de Nazaré, (São Paulo de Olivença); Nova Itália (Amaturá) e Betânia (Santo Antônio do Içá).[6] Na área urbana de Benjamin Constant, no entanto, desenvolveu-se parte considerável da pesquisa de campo, pois a sede do DSEI-AS localizava-se nessa localidade.

---

[4] Optei pelo uso da sigla ASI em lugar de AIS, como usualmente faz a FUNASA para referir-se aos agentes de saúde indígenas, a fim de evitar confusão com a sigla correspondente às Ações Integradas de Saúde.

[5] À exceção de Goulard, López Garcés, Nimuendaju, Oliveira e Oro, os demais autores foram companheiros meus em diferentes projetos que envolveram os Tikuna no decorrer do período de que trata esta tese.

[6] Com exceção dos assentamentos tikunas localizados nas cercanias das sedes municipais de Benjamin Constant e de Tabatinga, que podiam ser visitados com maior facilidade, nos demais o acesso era condicionado pelo cumprimento de atividades relacionadas ao funcionamento do DSEI-AS. As aldeias citadas podem ser localizadas no mapa (Figura F.1, Anexo F, p. 237-238).

Através da participação em reuniões da coordenação do distrito; do envolvimento em diálogos produzidos espontaneamente ou, ainda, naqueles que eu procurava estabelecer com determinadas pessoas, por acreditar que estas detivessem informações relevantes para o desenvolvimento da pesquisa, registrei de diferentes modos – anotações em cadernetas, gravações em fita-cassete e vídeo / DVD, fotografias – parte significativa dessas experiências. Por outro lado, enquanto estive envolvido com a coordenação do DSEI-AS, pude sistematizar os seus dados de morbidade e mortalidade produzidos em 2002, 2003 e 2004 e com eles compus gráficos, tabelas e quadros, também usados no desenvolvimento da tese.

Todo esse material foi organizado por temas e classificado de acordo com períodos de tempo, tendo sido analisado a partir das referências antropológicas e históricas citadas. A sistematização da maior parte do material resultante desse esforço de pesquisa ocorreu na cidade de Tabatinga, onde residi entre os anos de 2002 e 2006, enquanto a sua organização final e a análise foram realizadas na cidade do Rio de Janeiro, onde me fixei desde março de 2006.

Entre março de 2006 e julho de 2007 estive a pesquisar nos acervos da Biblioteca Nacional, do Instituto Histórico e Geográfico Nacional, do Arquivo Nacional, da biblioteca do Museu do Índio e das bibliotecas Central de Manguinhos e da Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ, na cidade do Rio de Janeiro. Com exceção das pesquisas feitas nessas duas últimas bibliotecas, onde buscava referências bibliográficas relacionadas aos campos da saúde coletiva, da antropologia da saúde e da saúde indígena, em todos os demais locais realizei pesquisas historiográficas vinculadas, fundamentalmente, aos Tikuna e / ou a acontecimentos passados na região ocupada por eles. Essas pesquisas produziram novos materiais bibliográficos e, conseqüentemente, um conjunto de informações que foram incorporadas ao acervo já organizado e, atualmente, encontram-se na sala que ocupo no Departamento de Saneamento e Saúde Ambiental da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

1. 1 OBJETIVO GERAL

Compreender as relações entre saberes médicos construídas na formação dos agentes de saúde indígena tikuna do Alto Solimões

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.1. Historicizar o processo de distritalização da saúde indígena no Brasil de modo articulado aos processos sociais e políticos relativos à institucionalização do DSEI-AS;

2.2 Analisar os processos político-pedagógicos inerentes à formação do ASI Tikuna;

2.3. Discutir os conflitos resultantes das disparidades entre as concepções da biomedicina e as da etnomedicina tikuna;

2.4. Inferir sobre a intensidade da intervenção da medicina ocidental em aspectos significativos da sociedade Tikuna e sobre as possibilidades de diálogo entre as suas respectivas racionalidades médicas.

1.2 MARCO TEÓRICO

Realizei parte considerável do trabalho de campo contrapondo os conceitos “medicina ocidental” e “medicina tradicional tikuna” de forma genérica. No entanto, ao identificar as limitações que tal raciocínio impunha à possibilidade de interpretação dos significados desses conceitos, restringindo o alcance da análise, aprofundei a revisão teórica referida a eles, o que me levou a substituí-los pelas expressões biomedicina e etnomedicina.

A substituição do conceito de medicina ocidental pela expressão biomedicina pode ser creditada à concordância com relação às reflexões de Camargo Jr. (2005), que atribuem a esta última noção uma racionalidade articulada ao conhecimento produzido por disciplinas científicas do campo da biologia – de caráter generalizante, mecanicista e analítico – condição que mantém implícita uma série de concepções que até certo ponto a dominam e impedem a reflexão crítica a seu respeito.

Além da aproximação com relação à discussão promovida por Camargo Jr., cumpre destacar que a opção pelo uso da expressão biomedicina ocorre de acordo com os marcos temporais observados por Menéndez (2003, p. 191) para caracterizá-la, referindo-se, fundamentalmente, “às tendências que se desenvolvem a partir das décadas de 1960-70” e “não às práticas anteriores a 1950”.

Quanto à opção pelo uso da expressão “etnomedicina” em lugar de “medicina tradicional tikuna”, coaduno com a opinião de Follér (2002) que, ao apresentar resultados de sua pesquisa de campo sobre a legitimidade e a vigência do conhecimento entre os Shipibo-conibo do Leste peruano, definiu-a como um discurso de conhecimento. Assim sendo, definindo-a de forma distinta a Buchillet (1991), para quem as medicinas tradicionais não chegam a constituir um setor autônomo, semelhante ao setor biomédico existente nas sociedades ocidentais e, conseqüentemente, a utilização desta classificação seria inapropriada para designá-las.

No desenvolvimento da análise sobre a relação estabelecida entre os saberes da biomedicina e os da etnomedicina tikuna no processo de formação dos ASI, parti do pressuposto de que tais noções são construções históricas e, por isso, devem ser compreendidas através da sua própria historicidade. Sendo assim, estou de acordo com Minayo (2007), quando esta autora – ao discutir as especificidades das Ciências Sociais com o objetivo de diferenciar os seus métodos daqueles que caracterizam as ciências físico-naturais e biológicas – afirma que toda investigação social necessita registrar a historicidade humana, respeitando a peculiaridade da cultura que lhe é inerente, de forma complexa, assim como os indícios relativos aos acontecimentos de curta, média e longa duração, expressos nos seus produtos materiais e simbólicos. Para além dessa afinidade teórica também concordo com a defesa feita pela autora no sentido de que as investigações de caráter social relativas ao tempo presente devem compreender a simultaneidade de culturas distintas e dos diferentes tempos que lhes são próprios, num mesmo espaço, como algo concreto.

Compreendo que as práticas relacionadas à biomedicina e à etnomedicina tikuna são acompanhadas por determinadas racionalidades que as orientam em tudo aquilo que diz respeito aos cuidados com o corpo e à busca da diminuição dos seus padecimentos. Tais racionalidades possuem características específicas que indicam uma construção desigual do conhecimento, porém, sem que de forma alguma justifiquem uma hierarquia entre saberes distintos, conforme argumentam Acioli *et al*. (2001).

Para dar conta da abordagem processual acerca das relações entre a biomedicina e a etnomedicina tikuna, procurando fugir de uma simples dicotomia entre essas duas racionalidades, seria necessário destacar os aspectos relativos aos processos de saúde / doença correspondentes a cada uma delas. Justifica-se, dessa forma, a utilização da categoria “racionalidade médica”, que se aplica a várias práticas relacionadas a tais processos e possui um significado teórico correspondente a todo construto lógica e empiricamente estruturado nas seguintes dimensões: morfologia, dinâmica vital, doutrina médica, sistema de diagnose e sistema de intervenção terapêutica, e que tende, ou pretende constituir-se num sistema de asserções “verdadeiras” e de intervenções eficazes com relação ao adoecimento humano (Luz,

1996; Camargo Jr., 2005, 2007). Não obstante, ainda que as racionalidades médicas teoricamente organizem-se como sistemas médicos distintos e comparáveis em suas dimensões, elas

> [...] tendem a absorver traços de outras racionalidades, a desenvolver mais certas dimensões em momentos específicos de sua cultura de origem, ou a rejeitar determinados traços ou características em outros momentos (Luz, 1996, p. 9).

A intercomunicação entre diferentes racionalidades possibilita a construção compartilhada de conhecimentos (Acioli et al., 2001). Trata-se de relações desenvolvidas entre desiguais no processo que diz respeito especificamente à questão da saúde. Neste processo, os conhecimentos que circulam e são produzidos nas camadas populares e entre as minorias étnicas interagem com os conhecimentos científicos, principalmente, através da atuação dos técnicos envolvidos com a questão da saúde. A definição relativa ao modo como esse compartilhamento se processa ajuda a análise acerca da construção do conhecimento de forma geral.

Entretanto, esses tipos de racionalidades médicas possuem características distintas e, com relação especificamente às condições de existência e de desenvolvimento histórico da biomedicina, Camargo Jr. (2003) destaca a importância da anátomo-clínica, ou seja, da configuração de uma medicina do corpo, das lesões e das doenças, de tal modo que, tanto para o exercício das práticas quanto para o desenvolvimento do saber médico, a concepção de doença apresenta-se como categoria central. Por outro lado, como que ressaltando o sentido de centralidade atribuído por este autor à categoria na estruturação da racionalidade médica da biomedicina, Buchillet (1990, p. 28) acrescenta que esta é, em geral, considerada similar, mesmo “de um indivíduo para outro, qualquer que seja seu suporte (a pessoa), e independentemente do contexto sócio-cultural no qual ela evolua”.

Acuña Delgado (2001), por sua vez, analisa o modelo biomédico atual como em permanente processo de mudança em função das novas descobertas sobre o funcionamento celular. Processo este que, segundo ele, converteu a célula no microcosmo do nosso corpo, depois de ter sido o corpo o microcosmo do universo. É precisamente com base na organização celular, vinculada à origem de órgãos e tecidos,

portanto, que o corpo humano é concebido dividido em sistemas, reunidos de acordo com as propriedades isoladas por cada uma das disciplinas que se encontram articuladas no discurso da biomedicina (Camargo Jr., 2005).

Embora Acuña Delgado esteja correto ao relacionar o contínuo processo de mudanças do modelo médico às novas descobertas com relação ao funcionamento celular, convém assinalar que a centralidade atribuída à célula na biomedicina sustenta-se num "lastro histórico", cujas origens remontam aproximadamente há um século e meio, como pode ser observado na carta enviada por Friedrich Engels a Karl Marx, em 14 de julho de 1858:

> *Por lo demás, no se tiene ni la menor idea de los progresos realizados en las ciencias durante los últimos treinta años. Los hechos decisivos para la fisiología han sido: 1) el gigantesco desarrollo de la química orgánica; 2) el microscopio, que sólo se conoce certeramente desde hace 20 años. El microscopio ha conducido a resultados todavía más importantes que la química; lo fundamental, lo que ha revolucionado toda la filosofía, haciendo posible por vez primera una fisiología comparada, es el descubrimiento de la célula en la planta por Schleiden y en el animal por Schwann (hacia 1836). Todo es célula. La célula es el ser en sí de Hegel y recurre en su desarrollo exactamente el proceso hegeliano, hasta que por último se desarrolla, partiendo de aquí, la "idea", el organismo acabado en cada caso* (Engels, 1986, p. 667).

Na realidade, o conceito de sistema constitui-se no principal arcabouço da ciência sobre o qual e "sob o aparente caos dos fenômenos empíricos" se revelam determinadas leis. De modo que, antes de os fenômenos serem analisados "em sua empiricidade e faticidade", preexiste a concepção de sistema "como princípio inteligível que torna possível o seu conhecimento" (Kosik, 2002, p. 96), podendo, através das suas leis, ser "investigado e fixado de maneira análoga às leis da natureza física". (Ibid, p. 92)

Por outro lado, no contexto da racionalidade médica que perpassa a etnomedicina, o surgimento de uma determinada doença ou o advento de um infortúnio individual ou coletivo insere-se como elemento explicativo relacionado a representações ampliadas do homem e do seu ambiente, referidas a mitos de origem (Athias, 2003; Garnelo, 2003) ou a cosmologias (Buchillet, 1990; Chaumeil, 1993; Fóller, 2002; González Ñáñez, 2005).

Independentemente dos seus substratos culturais e dos seus desenvolvimentos históricos e dos diferentes significados que produzem, essas duas racionalidades têm sido objeto de críticas. Assim sendo, observa-se como uma crítica recorrente em relação à doutrina médica da biomedicina, aquela que diz respeito a seu método científico, que busca construir dicotomias, concentrando-se somente nas diferenças entre os sistemas de conhecimento, fazendo com que as semelhanças entre estes se tornem invisíveis (Fóller, 2002). Tal perspectiva é compartilhada, em certo sentido, com a crítica formulada por Buchillet (1991), para quem a biomedicina, na medida em que não disponibiliza uma interpretação etiológica aos pacientes, se vê impedida de competir com os mecanismos interpretativos locais.

Por outro lado, a crítica mais freqüentemente dirigida à etnomedicina origina-se no próprio universo ideológico que constitui a racionalidade médica da biomedicina e manifesta-se por intermédio de seus técnicos e administradores, que costumam associar os conhecimentos e práticas indígenas às dimensões mágica, religiosa e / ou mítica.[7] Tal perspectiva crítica, em contrapartida, reafirma a tendência da racionalidade médica da biomedicina às dicotomias e à exaltação das diferenças entre os sistemas de conhecimento.

Erthal (2003, p. 205), a partir das observações feitas por ocasião de sua pesquisa para o doutorado, entre 1994 e 1996 – época em que as atribuições relacionadas à saúde indígena eram compartilhadas pela Fundação Nacional de Saúde (FNS) e pela FUNAI – concluiu que na região em que estão assentados os Tikuna a "[...] assistência aos índios, apesar de ter estado marcada, em alguns períodos, pelo discurso da proposta de um 'projeto diferenciado', estruturou-se pela exclusão e descontinuidade entre o saber científico e os saberes locais".

---

[7] Os conhecimentos não científicos designam-se frequentemente como alternativos, o que, segundo Boventura S. Santos, é problemático, uma vez que o conceito "alternativo" é concebido como algo oposto à norma, no caso, o conhecimento científico. Se a "[...] quase totalidade da vida de grande parte da população mundial é regida por conhecimentos práticos não científicos e, sendo essa a norma – argumenta o sociólogo – então o conhecimento científico é que deve ser considerado como alternativo". (Cf. http://www.ces.uc.pt/emancipa/pt/voices/index.html)

O estudo sobre a formação dos ASI tikuna além de referir-se à questão da assistência à saúde remete, por outro lado, à discussão sobre a produção de conhecimentos relacionados a ela. Se a opinião de Fóller (2002) – para quem o conhecimento é uma construção social e toma parte de discursos – é verdadeira, o seu argumento de que todas as culturas são produtos de hibridização faz sentido e contribui para o entendimento sobre a relação entre os saberes e as práticas referentes à biomedicina e à etnomedicina tikuna.

Contudo, ao levarmos em conta a possibilidade de prevalência de uma concepção pluralística da etiologia das doenças na “visão popular” (Minayo, 1988), consideramos que nos processos de formação dos ASI tikuna, que envolvem as racionalidades médicas da biomedicina e etnomedicina tikuna, mais do que hibridização realizam-se abordagens múltiplas sobre a realidade e a adoção de práticas médicas adequadas a contextos específicos.

1.3 QUESTÕES INSTIGADORAS DA PESQUISA

Entre o final da década de 1980 e os anos iniciais do presente século houve uma expansão significativa do contingente de agentes de saúde tikuna na maior parte das aldeias[8] dessa etnia do Alto Solimões. Tal situação decorre de um conjunto de fatores cujas origens remontam a colonização portuguesa na região.

Foi basicamente após o primeiro curso de formação de monitores de saúde tikuna, realizado em 1989 por ocasião do convênio firmado no ano anterior entre o Conselho Geral da Tribo Tikuna (CGTT) e a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)[9], que se desencadeou um processo contínuo de crescimento do contingente de agentes de saúde tikuna. Nessa época 31 monitores de saúde tikuna foram treinados e, posteriormente, passaram a atuar nas aldeias da região.

Passados nove anos do curso promovido pelo CGTT e UFRJ com o apoio do Centro de Documentação e Pesquisa do Alto Solimões, ocasião em que não eram mais denominados como monitores, mas sim como agentes de saúde, fazia-se referência a 116 desses profissionais que se distribuíam de forma irregular por 106 aldeias (COIAB, 1997).

Nove anos novamente passaram e no primeiro trimestre de 2006, havia aproximadamente 240[10] agentes de saúde tikuna integrando das Equipes

---

[8] Utilizo a expressão “aldeia” para referir aos assentamentos formados por grupos familiares indígenas, porém, ciente do seu caráter exterior e genérico, que oculta a complexa percepção desses habitantes a respeito dos espaços que utilizam para sobreviverem. Por outro lado, observa-se, principalmente, nas maiores aldeias a existência relações sociais estabelecidas a partir de referências a “ruas”, “bairros” etc.

[9] Convênio entre UFRJ e CGTT (Cf. Anexo A, p. 230-232).

[10] Para chegar a esse número considerei os 207 ASI contratados pelo CGTT e as 37 “vagas” existentes nos municípios qualificados para receberem os Incentivos de Atenção Básica aos Povos Indígenas, do Ministério da Saúde, de acordo com as Portarias nº 1163 / GM e nº 1.088/GM (Brasil, 1999, 2005).

Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI)[11], para atuar nos pólos base do DSEI-AS e / ou prestar serviços na Casa de Saúde Indígena (CASAI), localizada na cidade de Tabatinga.

A comparação entre estes dados evidencia a existência de uma considerável expansão no conjunto dessa nova categoria profissional, que equivale à formação anual de 11 ASI entre os anos de 1990 e 1997, e de aproximadamente 14 entre os de 1997 e 2006. Dessa forma, qualquer interpretação acerca destes dados preliminares que ignore os processos históricos e sociais a eles associados poderia induzir à crença no desenvolvimento regular de um processo de formação de agentes de saúde tikuna, que teria resultado na colocação em atividade de mais de uma dezena desses profissionais em aldeias da região a cada ano, entre os anos de 1990 e 2006.[12]

Entretanto, com base nos dados históricos correspondentes ao período em questão, observa-se que tal expansão não se fez acompanhar por um processo de formação sistemático e regular que considerasse os desenvolvimentos histórico, social, cultural e econômico da sociedade[13] tikuna e, a partir dos conhecimentos daí provenientes, buscasse dialogar com as suas múltiplas manifestações e formas de expressão.

A ampliação do número de agentes de saúde tikuna ocorrida nesse período, na realidade, resultou de processos políticos e pedagógicos fragmentados, caracterizados pela predominância da racionalidade da biomedicina sobre outras racionalidades médicas, condições que favoreceram o consumo elevado de medicamentos industrializados.

Dessa forma, na medida em que se acede às fontes históricas do período correspondente a essa expansão, conclui-se que um crescimento tão significativo e relativamente acelerado do contingente de uma determinada categoria de profissionais assalariados entre os Tikuna do Alto Solimões – cujo desenvolvimento deu-se de

---

[11] A composição das EMSI tem sido regulada por portarias, sendo a de nº 1.088/05 do Ministério da Saúde – que também atualiza os valores do incentivo financeiro de atenção básica de saúde aos povos indígenas – a que utilizo nesta tese (cf. **Quadro 1, p. 132**).

[12] Os dados trabalhados nesta tese referem-se ao período no qual realizei a pesquisa de campo no alto Solimões, ou seja, até agosto de 2006, quando fiz a última viagem para a região.

[13] Utilizo o conceito sociedade de acordo com Bensa (1998, p. 66), para quem as sociedades não se constituem como blocos compactos, ao contrário, "[...] sua fragilidade estrutural [...] se alimenta das tensões entre pessoas e grupos [...]", coexistindo permanentemente "[...] o ponto de vista que privilegia o interesse geral, e o individualismo acoplado ao interesse particular".

maneira diferenciada da forma como ocorrera com a ampliação do número de professores bilíngües nas suas comunidades, num período um pouco anterior (Bruno, 2006) – não deve ser considerado de forma simplista, mas tampouco deve ser interpretado como um fenômeno inexplicável.

Observa-se que, à medida que os conhecimentos dos ASI sobre o processo saúde-doença vão sendo forjados a partir das "capacitações" às quais são submetidos, estes sujeitos transitam entre um espaço impregnado pelos saberes construídos, ancestral e coletivamente, nas aldeias e os espaços específicos para os treinamentos e as capacitações e, destes, de volta à origem da caminhada, onde aplicarão seus novos saberes.

Dessa maneira, por meio do acesso às informações científicas, às técnicas e aos produtos correlacionados às práticas orientadas pela biomedicina e, sobretudo, à moeda – elementos que não são compartilhados eqüitativamente entre a totalidade da população indígena da região – os ASI tikuna diferenciam-se, aos poucos, do público com o qual se relacionam no exercício das ações de prevenção, tratamento e cura de enfermidades. Por conseguinte, assumem um determinado *status* de natureza política que, em alguns casos, conflita com as representações de poder associadas a autoridades comunitárias, como caciques, pajés, líderes religiosos etc. atuam.

A verificação da hipótese que considera o processo de formação continuada dos ASI como importante fator para a produção de novas percepções sobre o processo saúde-doença, para desestabilização de relações políticas comunitárias e para o incremento do consumo de produtos industrializados nas comunidades Tikuna, impõe-se como necessária ao desenvolvimento desta tese.

Por outro lado, é também fundamental submeter à verificação a hipótese de que os ASI Tikuna, assim como os demais atores sociais envolvidos nos processos de formação continuada, desenvolvem estratégias e mecanismos específicos de apropriação e de re-significação dos conhecimentos relacionados à biomedicina, de modo que acabam incorporando-os à sua vida social.

Finalmente, a precariedade dos dados epidemiológicos, a alta incidência de determinadas enfermidades, a inexistência de regularidade na formação dos ASI tikuna e a inadequação dos materiais didáticos à cultura desses ameríndios são aspectos, que

devem ser considerados na análise das práticas pedagógicas que priorizam a memorização de procedimentos técnicos radicados na biomedicina em lugar da busca de diálogo entre os diferentes saberes em contato.

1.4 METODOLOGIA

1.4.1 Para compreender o espaço do Alto Solimões e os seus processos sociais

A partir da pesquisa de caráter etnográfico, realizada entre os Tikuna do Alto Solimões a partir de 1959, o antropólogo Roberto Cardoso de Oliveira, buscando atribuir significado antropológico à expressão “fricção interétnica”, elencou algumas idéias diretrizes que poderiam servir de parâmetros para o estudo das relações entre “indivíduos da sociedade tribal e da sociedade nacional”. A principal delas correspondia à “preliminar de que a sociedade tribal [mantinha] com a sociedade envolvente (nacional ou colonial) relações de oposição, histórica e estruturalmente demonstráveis”, adequadamente compreensíveis com a noção de “totalidade sincrética” ou, ainda, como uma “situação de contato entre duas populações dialeticamente ‘unificadas’ através de interesses diametralmente opostos, ainda que independentes, por paradoxal que [parecesse]” (Oliveira, 1964, p. 25-6).

Assentada nestes termos, ou seja, na idéia básica da oposição entre a sociedade tribal e a sociedade nacional, a sua investigação buscava penetrar nas dimensões política, econômica e cultural do contato entre os Tikuna do Alto Solimões e a sociedade regional com ênfase na oposição entre os povos indígenas e os grupos políticos e econômicos locais.

Na abordagem sobre os processos políticos e pedagógicos que envolvem a etnomedicina[14] tikuna e a biomedicina ocidental,[15] considerei assim como Oliveira (1964), as relações sociais, econômicas e políticas estabelecidas entre a sociedade tikuna e os grupos políticos e econômicos locais. Contudo, em busca de transpor este nível de análise, levei em conta outras relações, como as que envolvem os interesses que têm origem no interior das comunidades tikuna ou nas agências governamentais e não-governamentais situadas em Tabatinga, Manaus e Brasília.

É importante assinalar, entretanto, que a análise sobre os processos históricos e sociais que dizem respeito aos Tikuna deve considerar algumas singularidades que envolvem tanto a configuração político-espacial quanto a composição demográfica do Alto Solimões. A primeira delas corresponde ao intenso fluxo de pessoas e mercadorias existente entre as fronteiras que separam os territórios nacionais de Brasil, Peru e Colômbia e caracteriza, portanto, essa região. A segunda – relacionada à primeira – é creditada à diversidade étnica existente nela. Enquanto, a terceira refere-se à sua situação de aparente isolamento – sobretudo de caráter político – em relação ao centro das decisões políticas do país, no caso, o Distrito Federal em Brasília.

Estes três aspectos relacionam-se entre si fazem do Alto Solimões um espaço caracterizado por um intenso e diversificado fluxo humano e comercial, no qual o poder político é controlado e exercido por representantes de grupos econômicos regionais que atuam com um certo grau de autonomia em relação aos poderes públicos e aos órgãos de fiscalização localizados em Brasília. Neste quadro, a distância de aproximadamente 1000 km que separa a região da capital do Estado, Manaus, pode ser considerada um importante fator concorrente para uma situação de relativa autonomia política que não impede, contudo, a sua inserção econômica em determinados mercados internacionais.[16] Por conseguinte, esse fator não pode ser acionado como o determinante exclusivo para as peculiaridades políticas e econômicas da região, conforme argumenta Francisco Oliveira (Ciavatta, Frigotto, 2001, p. 49):

---

14 Utilizo o conceito de acordo com Fóller (2002) e Mabit (2002).

15 A expressão é aplicada de acordo com Luz (1996).

16 Machado (1996, 1997, 2003, 2007), Novaes (2003) e Steiman (2002) analisam a inserção econômica internacional da região que se dá através das redes de negócios ilegais — principalmente, das que dizem respeito ao "complexo coca-cocaína".

> Quando a sociedade civil, as forças de mercado, a burguesia não conseguem que seu processo de classe social seja consensualmente admitido, recorrem à força. Essa é a maior prova de que as longas ditaduras no Brasil, esse intenso processo de transformação, não deram lugar ao aparecimento de uma hegemonia burguesa, a qual pudesse soldar as diversas frações de classes sociais dominantes no Brasil, em suas expressões agrárias, industriais, bancárias e regionais. As regionais tiveram um peso extraordinário, misturam a política com economia, enquanto que, numa região mais desenvolvida, a política se descola da economia. Nas regiões menos desenvolvidas, a política e a economia são coladas, *como ostra na pedra*. (grifos meus)

Portanto, ao referir-me aos interesses que se originam no interior das comunidades tikuna, trato das demandas por políticas de assistência à saúde, evidenciadas nos enunciados que integram os discursos dos seus moradores, de um modo geral e, mais especificamente, de seus capitães, agentes de saúde e professores.

Quanto aos demais interesses, referenciados aos espaços correspondentes às cidades de Tabatinga e Manaus, a alusão baseia-se nos enunciados presentes nos discursos de lideranças indígenas associadas à chefia do DSEI-AS e à Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); de representantes da Chefia do DSEI-AS (FUNASA – Tabatinga) e da Coordenação Regional da FUNASA (CORE / FUNASA – AM), nos quais a política de saúde para os povos indígenas apresenta-se como questão fundamental. Além disso, quando são citados determinados interesses relacionados à Brasília, refiro-me àqueles que podem ser identificados nos discursos dos dirigentes e demais representantes da FUNASA.

Reconheço, contudo, como fundamental, o estabelecimento de nexos, para além destes interesses, com as explicações de caráter geral, com a história do capital e das contradições entre ele e o trabalho (Costa, 1990). Considerada, ademais, a necessidade da acuidade no tratamento dos grandes problemas históricos e sociais, parece-me importante refletir sobre os argumentos apresentados por Santos (2003, p. 6):

> A globalização atual, ou as formas de globalização atuais, tem diferentes aspectos, [...]. Mas se a gente olhar para a sua forma hegemônica, que é a forma do capital global em final de século, é evidente que esta globalização tem uma virtualidade particular que ela produz, o que se tem vindo a designar de uma compressão espaço-tempo. E esta compressão espaço-tempo obviamente dá-se em todas as direções. Uma das direções é exatamente esta do passado: de

> repente a colonização, o colonialismo do século XVI torna-se muito mais contemporâneo.

De acordo com tal perspectiva, que atribui à compressão do espaço-tempo um sentido de "reativação" do passado, a globalização, embora se apresente como um grande problema histórico e social contemporâneo, não deve ser analisada de modo isolado da questão colonial que, tampouco, deve ser explicada a partir de abordagens hegemônicas, já que:

> [...] um dos grandes problemas hoje é exatamente que as Ciências Sociais em geral, sobretudo àquelas que se preocupam com a questão colonial, tendem, [...] a ser levadas pelas leituras hegemônicas do colonialismo, que são naturalmente as leituras do colonialismo hegemônico. (Ibid, p. 7)

1.4.2 Abordagem histórica numa pesquisa interdisciplinar

Cumpre salientar que, muito embora alguns conceitos e determinadas modalidades de explicação e de interpretação, referidos aos campos da antropologia social, da sociologia da educação e da epidemiologia social, tenham sido fundamentais no processo de descrição dos fatos e no desenvolvimento das suas análises, coube à modalidade histórica atribuir-lhes significação apropriada, relacionando-os, desse modo, à definição do tema e à caracterização do problema em questão. Disso resulta que a análise aqui adotada fundamenta-se na historicização dos processos estudados com o objetivo de compreendê-los no seu desenvolvimento, sendo preenchidas as lacunas geradas pela ausência de (ou pouca confiabilidade) de determinadas fontes com as interpretações que tiveram origem no convívio com a sociedade tikuna e / ou na leitura de outros estudos dedicados a questões afins.

Para tornar possível tal abordagem fez-se necessária uma ampla revisão bibliográfica acerca dos estudos desenvolvidos sobre os tikuna até o ano de 2007, incluindo ensaios, monografias, dissertações e teses. O que me levou a pesquisar, na cidade do Rio de Janeiro, nos acervos do Arquivo Nacional, do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro (IHGB), da Biblioteca Nacional, da biblioteca do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social do Museu Nacional (PPGAS) e da biblioteca do Museu do Índio (FUNAI); na cidade de Niterói, na biblioteca da Universidade Federal Fluminense (UFF); em Brasília, na biblioteca da FUNAI; na cidade de Benjamin Constant (AM), na biblioteca e nos arquivos do Museu Magüta e na cidade de Letícia (Departamento do Amazonas, Colômbia), nas bibliotecas do *Banco de la República* e do *Instituto IMANI* (*Universidad Nacional*). Ademais, pesquisei na base de dados digitais da Biblioteca Virtual em Saúde (www.bireme.br) e da Scientific Eletronic Library Online (www.scielo.br).

Na análise sobre a situação de saúde entre os Tikuna, tomei como referências os dados resultantes do Diagnóstico de Saúde Tikuna (1989), as informações registradas em decorrência da minha participação no processo inicial de formação de monitores de saúde tikuna, além daquelas que consolidei durante o processo que envolveu a reestruturação e a organização do DSEI-AS desde o mês de março de 2002. Assim sendo, busquei delinear uma "epidemiologia histórica" relativa aos Tikuna – embora reconhecesse os limites concretos que se opõem à efetivação dessa pretensão, conforme assinala Ricardo Ventura dos Santos (2002) – a partir da leitura dos trabalhos científicos produzidos no século passado e de dados recentes sobre morbidade e mortalidade relativos a este grupo étnico. Na abordagem desses dados considero os seus determinantes econômicos, históricos, sociais e políticos, tendo como principais referências Navarro (1977), Waitzkin (1980), San Martin (1983) e Guerra (1988). Pretendo, dessa maneira, que a análise da questão político-pedagógica da formação dos agentes de saúde tenha-os também como referência.

Desse modo, para construir esta tese servi-me dos materiais históricos que resultam do meu envolvimento com os Tikuna do Alto Solimões, tendo submetido-os à revisão crítica, comparando-os com outras fontes históricas, assim como com os depoimentos de vários desses ameríndios. Sendo assim, o presente estudo é também marcado por um caráter etnográfico, na medida em que se constitui a partir de registros organizados para fins administrativos, isto é, dependentes de um conhecimento local elaborado sem uma orientação acadêmica inicial. Pois, desenvolve-se com base em registros feitos no decorrer de processos históricos distintos, problematizando os dados apurados a partir da pesquisa vinculada ao doutorado, através de um distanciamento que se viabiliza com o auxílio de teorias e métodos de caráter histórico e antropológico, tendo a memória como um elemento capaz de recompor – retirando da inércia do texto escrito – os movimentos e gestos das pessoas, suas expectativas e desejos e, sobretudo, de situar-me como sujeito histórico nos processos que analiso.

Os processos políticos e pedagógicos relacionados à formação de agentes indígenas de saúde tikuna foram considerados de acordo com a perspectiva histórica que busca captar no passado fenômenos que ajudam a compreender as suas expressões contemporâneas, conforme sugere Benjamin (1994). Procedimento

metodológico este que pressupõe, ainda, o domínio de um instrumental teórico-analítico dotado de conceitos específicos da área da educação, fundamentados nas discussões trazidas por Freire (2002) e Varela (1994, s/d). Este enfoque apóia-se na teoria que considera a relação pensamento-linguagem como chave para a compreensão da construção do conhecimento, destaca a importância dos aspectos históricos e sociais no desenvolvimento desse processo, conforme sustenta Vigotsky (1998).

Na perspectiva que conduz este trabalho, portanto, os diálogos e os possíveis conflitos entre as diferentes formas de lidar com os processos de saúde-doença são considerados através do seu desenvolvimento histórico, ou seja, como tendências presentes no processo de integração / resistência da etnia Tikuna ao sistema econômico-social capitalista brasileiro. Razão pela qual creio – concordando com Braudel (1990) – que existam variadas maneiras de abordar-se o passado, do mesmo modo como atitudes diversas são tomadas em relação ao presente. Tais perspectivas metodológicas constituem-se em possibilidades diversificadas de interpretação dos acontecimentos e contribuem para a definição da história como um estudo do presente, bem como para a sua descrição valendo-se das inter-relações que mantém com outras disciplinas que se dedicam à compreensão de fenômenos sociais contemporâneos. Desta forma, a história pode ser considerada uma dimensão da ciência social que contribui para o desenvolvimento das explicações de caráter particular e geral do social, permitindo a substituição de “[...] uma realidade empírica e desconcertante por uma [...] mais clara, mais fácil de explorar cientificamente.” (Ibid, p. 78)

1.4.3 A questão do idioma como obstáculo à pesquisa

Há, todavia, um obstáculo considerável ao desenvolvimento da investigação que toma como objeto de análise os discursos de atores sociais de grupos étnicos com idiomas próprios. O que, na presente tese, diz respeito ao domínio ou à compreensão da língua tikuna, visto que grande parte da população relacionada ao seu objeto de estudo se expressa por intermédio do próprio idioma, cujas características são muito peculiares.[17] De tal modo que, o fato de este idioma não encontrar correspondência com outros falados na região[18] também pode ser pensado como um obstáculo a mais na comunicação entre os profissionais-instrutores dos cursos de capacitação e seus alunos tikuna.

Diante das dificuldades geradas pela falta de domínio da língua tikuna, para que pudesse realizar a sua pesquisa etnográfica, Roberto Cardoso de Oliveira (1964, p. 6) tentou identificar um reduzido conjunto de "valores" ou "dimensões" que, segundo ele, "embora não conscientizados pelo grupo indígena, nem por isso deixavam de se constituir nos pilares da visão Tükúna da sociedade humana". E, de modo complementar, buscando superar de forma eficaz o obstáculo representado pela complexidade da língua tikuna, contou também com a colaboração de um lingüista.

Outros pesquisadores que desenvolveram estudos relacionados aos Tikuna ao longo do último qüinqüênio, como Nimuendaju (1952), Oliveira Filho (1988), Macedo (1994), Erthal (1998) e López Garcés (2000) contaram com o auxílio de "informantes" desta etnia para que pudessem produzir adequadamente seus trabalhos etnográficos. De uma forma geral, tais "informantes" dominavam razoavelmente a língua portuguesa e atuavam como intérpretes e conheciam aspectos significativos da cultura tikuna e / ou

---

[17] De acordo com Montes (1992) e Camacho Gonzalez (2007) o Tikuna é um idioma tonal composto por seis vogais orais e seis nasais, dez consoantes e pelo menos três tons que podem estar em quaisquer sílabas – sujeitos a alternâncias entre si – e, assim, complexificar as suas composições fonéticas e, por extensão, dificultar o seu entendimento por parte daqueles que com ele têm pouco contato.

[18] Conforme assinalam Fajardo (1991), Soares (1995) e Camacho Gonzalez (1996).

tinham acesso a pessoas detentoras desses saberes. Tais informantes comportavam-se, portanto, de modo simultâneo, como intérpretes e como elos de comunicação entre campos semânticos, sociais e culturais distintos.

Em decorrência das dificuldades que se apresentam ao pesquisador que não possui pleno domínio sobre o idioma tikuna, determinados recursos metodológicos tornam-se imprescindíveis, por contribuírem para um melhor entendimento acerca das diversas situações que se constituem como cenários no desenvolvimento do trabalho de campo.

Em diversos momentos do desenvolvimento da pesquisa, contei com a contribuição de vários tikuna para esclarecer dúvidas em relação aos diálogos que se estabeleciam em sua própria língua. Dependendo das circunstâncias nas quais me encontrava envolvido – numa assembléia de capitães de aldeias[19] ou em reuniões menores, por exemplo – contava com a ajuda de diferentes pessoas, tanto para obter informações complementares sobre algum assunto, quanto para traduzir e / ou contextualizar determinados diálogos que não havia conseguido compreender. Nesses casos, as pessoas que mais facilitavam o meu entendimento sobre determinadas situações de comunicação eram aquelas que possuíam maior contato com a sociedade nacional – principalmente professores ou agentes de saúde. Comumente, nas situações em que se davam seguidos diálogos na língua tikuna – ocasião em que as entonações das falas variam muito e desempenham um importante papel nos enunciados dos discursos – acostumei-me a ouvir a seguinte pergunta, pronunciada com alguma ironia: “Paulo, entendeu o tikuna?”, onde “o tikuna” era por mim interpretado como uma expressão cujo sentido referia-se tanto ao próprio idioma quanto aos sujeitos que o verbalizavam. Em seguida à pergunta, geralmente era feita uma tradução para o português, o que, na verdade, resultava numa nova narrativa, bastante detalhada e, por vezes, repleta de repetições de determinadas informações.

---

[19] A figura do “capitão” surge no contexto das novas relações sociais impostas pelo SPI e pelo exército, como um elemento mediador, um instrumento de comunicação e de controle. Nesse sentido, atuava como “tradutor” a serviço da administração. Além disso, em função de usar o fardamento, instituído pelo Exército, era investido de poder pela autoridade civilizada. Com as lutas contra o domínio dos seringalistas e pela demarcação das terras o papel do capitão transformou-se, servindo de base para a criação do CGTT. Atualmente, é corrente entre os Tikuna a referência também à noção de “cacique” numa referência à liderança mais forte de uma determinada aldeia.

Em diversas ocasiões, percebia a disposição de vários “colaboradores tikuna” de me abastecerem com informações sobre os principais problemas que ocorriam em suas comunidades. Era como se as anotações ou as gravações que eu realizava servissem para canalizar os mais variados tipos de denúncias.[20]

Figura 1.4.3.1 – Assembléia sobre a situação do DSEI-AS[21] (Schunemann, 2005)

Convém registrar que, durante toda a pesquisa, desempenhei um papel-chave na condução de problemas relativos à saúde indígena no DSEI-AS, atuando como mediador entre instituições relacionadas a diferentes níveis de representação do Estado nacional, organizações indígenas, comunidades e lideranças tikuna. Enredado em tais situações, percebia a importância de contextualizar e, ao mesmo tempo, analisar os diferentes enunciados, em busca dos elementos que pudessem contribuir para a compreensão das questões centrais relacionadas às informações que me eram repassadas e / ou às traduções que me eram apresentadas.

---

[20] Neste caso, é possível traçar um paralelo com o método utilizado por Loïc Wacquant (2002, p. 23), na construção da etnografia que envolve a aprendizagem de boxe, na qual “[...] nenhuma das declarações [...] relatadas foram expressamente solicitadas: os comportamentos descritos são aqueles do boxeador em seu ‘habitat natural‘ [...]”.

[21] Realizada na aldeia Nova Congregação (São Paulo de Olivença) de 7 a 9/10/2005.

Por outro lado, no exercício das atividades cotidianas do trabalho e da pesquisa, eu convivia, quase que exclusivamente, com um grupo de tikuna com quem compartilhava narrativas dos mais variados tipos: casos, piadas, relatos de situações vividas etc., de modo que o conhecimento que seguia acumulando – acerca de determinados conjuntos de expressões e dos contextos aos quais estes, em geral, eram relacionados – contribuiu para o entendimento de muitas das situações em que estive envolvido durante a realização da pesquisa de campo. Nesse sentido, as reflexões de Mikhail Bakthin sobre os aspectos estéticos que acompanham a criação verbal, sobretudo naquilo que se refere à definição da noção de gêneros discursivos, constituíram um significativo aporte teórico para a análise das narrativas produzidas pelos tikuna com quem eu convivia. Assim sendo, coloco-me de acordo com o filósofo russo, quando este argumenta que:

> *[…] la lengua se lleva a cabo en forma de enunciados (orales y escritos) concretos y singulares que pertenecen a los participantes de una u otra esfera de la praxis humana. Estos enunciados reflejan las condiciones especificas y el objeto de cada una de las esferas no sólo por su contenido (temático) y por su estilo verbal, o sea por la selección de los recursos léxicos, fraseológicos y gramaticales de la lengua, sino, ante todo, por su composición o estructuración. […] Cada enunciado separado es, por supuesto, individual, pero cada esfera del uso de la lengua elabora sus tipos relativamente estables de enunciados, a los que denominamos* géneros discursivos (Bakthin, 2002, p. 248).

Em todas as ocasiões em que estive a participar de atividades coletivas junto a grupos de tikuna, havia por parte deles alguma demanda que resultara nesse meu envolvimento e, em função disto, os temas tratados nas conversas que mantínhamos, assim como nas reuniões, incluíam determinadas expressões específicas da língua portuguesa. Nos diálogos relativos à questão fundiária, por exemplo, repetiam-se expressões de caráter jurídico e administrativo, enquanto naqueles que se referiam à questão da saúde, faziam-se presentes termos originários do discurso biomédico que não eram traduzidos por expressões da língua tikuna. Havia, em conseqüência disto, a incorporação de expressões da língua nacional em enunciados formulados na língua tikuna, o que, de certa forma, também facilitava o seu entendimento.

Nesse sentido, a incorporação de expressões externas a determinados idiomas em enunciados por estes produzidos é, para Bakthin (2002, p. 279), explicável na medida em que:

> *[…] la experiencia discursiva individual de cada persona se forma y se desarrolla en una constante interacción con los enunciados individuales ajenos. Esta experiencia puede ser caracterizada, en cierta medida, como proceso de asimilación (más o menos creativa) de palabras ajenas (y no de palabras de la lengua). Nuestro discurso, o sea todos nuestros enunciados […] están llenos de palabras ajenas de diferente grado de "alteridad" o de asimilación, de diferente grado de concientización y de manifestación. Las palabras ajenas aportan su propia expresividad, su tono apreciativo que se asimila, se elabora, se reacentúa por nosotros*.

A intenção inicial de realizar uma pesquisa participativa no acompanhamento dos cursos de formação de ASI tikuna[22] – e de, a partir dela, levar a cabo a etnografia desses processos políticos e pedagógicos – foi prejudicada com a interrupção dos mesmos, em decorrência da descontinuidade no fluxo dos repasses de recursos financeiros da FUNASA para o CGTT. Visto que, durante todo o desenvolvimento da pesquisa, foi extremamente complicado apartar-me da atuação no campo da "saúde indígena",[23] em decorrência da minha condição de integrante da coordenação do DSEI-AS. Disto resultava uma enorme dificuldade em separar as ações da pesquisa das que diziam respeito às práticas cotidianas que poderiam ser chamadas de práticas sociais. Tal obstáculo pôde ser superado através do registro sistemático de um conjunto de outros eventos relacionados à formação dos ASI tikuna, como as reuniões de coordenação do DSEI-AS, as reuniões de conselhos, locais e distrital, de saúde e as assembléias de lideranças comunitárias tikuna.

Por conseguinte, enquanto participava nesses diferentes níveis de mobilização política, registrei em fitas microcassete, aproximadamente 30 horas correspondentes a reuniões diversas e, em DVD, cerca de 10 horas de filmagens. Além desses registros,

---

[22] O projeto de pesquisa que originou a presente tese intitula "Saúde, doenças e terapias: significados em disputa num contexto de formação de Agentes Indígenas de Saúde", tendo sido incluído na linha de pesquisa "Representações sociais, saberes populares, ciência e saúde", na modalidade "ensino não-formal" da PGEBS.

[23] A noção "saúde indígena" passou a ser utilizada em determinados documentos no decorrer da década de 1990, porém, a partir do começo do presente século tornou-se recorrente nos discursos dos diversos atores sociais envolvidos com a execução e / ou a discussão sobre políticas públicas dirigidas aos povos indígenas

produzi outros 150 em forma de fotografias, acumulei cerca de 400 páginas com anotações em cadernos de campo e obtive uma quantidade superior a essa de fotocópias e arquivos digitais de documentos produzidos com fins político e / ou administrativo no âmbito da coordenação do DSEI-AS.[24]

Percebia que, assim como havia ocorrido em 1989, quando acompanhei a formação inicial dos monitores de saúde tikuna, eu continuava a atuar como um mediador entre a realidade dos tikuna e o "mundo dos brancos", para usar uma expressão cunhada por Oliveira (1964). Dessa forma, atuava tanto no sentido de resolver questões apresentadas pelos ASI com relação à postura de determinados instrutores quanto no sentido inverso, ao ouvir as queixas destes últimos com relação à atuação dos ASI em sala de aula. Esta tarefa era compartilhada com os demais membros da comissão responsável pela formação dos ASI e igualmente com as lideranças do CGTT que acompanhavam o desenvolvimento do dia-a-dia do DSEI-AS. Além disso, também servia de interlocutor junto aos representantes das demais instâncias da FUNASA (regional, estadual e nacional), o que possibilitava o acesso às suas formas de pensar os processos de capacitação dos índios da região.

Em tais condições propus aos coordenadores indígenas do DSEI-AS a criação de uma coordenação específica, encarregada pela formulação, pela discussão e pelo encaminhamento das questões relativas à formação dos agentes de saúde. A criação da comissão foi aprovada em reunião e dela passaram a fazer parte a agente de saúde da comunidade Filadélfia Isabel Francisco Fernandes, agente de saúde da comunidade Porto Espiritual Otásio Araújo,[25] eu próprio e o farmacêutico-bioquímico Claudenir

---

[24] Entre as práticas cotidianas que faziam parte do funcionamento da coordenação do DSEI-AS, desde meados de 2002, eu havia definido um conjunto de documentos de caráter administrativo que serviam para intermediar e, simultaneamente, registrar os diálogos mantidos com instâncias variadas, indígenas ou não (prefeituras municipais, FUNASA, Diocese, direções de hospitais, fornecedores, prestadores de serviços etc.), com as quais mantínhamos contato. Refiro-me, aqui, aos modelos de ofícios e de memorandos criados, principalmente, para regular a comunicação com as representações da FUNASA bem como com os funcionários contratados pelo CGTT e com os conselheiros indígenas do DSEI-AS. Além destes documentos, as atas feitas por ocasião das reuniões da coordenação indígena do DSEI-AS transformaram-se em outra importante fonte de informações históricas acerca dos processos vivenciados durante cerca de três anos (2003-2006). Com o encerramento do convênio entre o CGTT e a Funasa esses documentos tornaram-se parte do acervo do Museu Magüta, que é mantido pela organização tikuna na cidade de Benjamin Constant.

[25] Em 2006, ambos estavam perto de concluir o curso de auxiliar de enfermagem no Projeto de Formação dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE).

Katzwinkel, substituído, posteriormente, na função de coordenador técnico do distrito pelo médico João Ricardo Marcondes. Esta coordenação teve como objetivo promover o levantamento e o registro das informações relativas aos ASI, a fim de reativar e repensar o processo de formação desenvolvido pela FUNASA desde 2001. Com isso, gradualmente, foi sendo constituído um cadastro que continha informações sobre os níveis de formação, os locais de trabalho e de origem e / ou referência de todos os ASI do DSEI-AS.

Concomitantemente ao processo de montagem deste cadastro, a comissão planejava a realização dos módulos do curso de capacitação, pois, pretendia levar uma parte do grupo a concluí-los integralmente e fornecer aos demais uma base mínima de conhecimentos, necessária para que pudessem atuar nas comunidades sem o risco de produzirem danos à saúde das pessoas assistidas. A partir desses processos, foram realizados os módulos I e III para um público total de 136 ASI.

Nesses episódios, acompanhei todas as suas fases, desde aquelas que se referiam ao cumprimento da burocracia junto às diferentes instâncias da FUNASA para a obtenção de autorização para a realização do curso, passando por sua montagem – aquisição de materiais, alimentos, combustíveis etc.; deslocamentos de alunos e professores para o local onde ocorreria o curso; organização e adaptação do local para o curso etc. – e, finalizando com o acompanhamento das atividades de ensino-aprendizagem propriamente ditas. Dessa forma, participava das aulas como ouvinte e, quando solicitado, como debatedor, e também das reuniões que sucediam alguns dias de aulas.

Em julho de 2004, voltei a participar de outra etapa de formação dos ASI tikuna, da mesma forma como havia feito em 2002. Nesta ocasião, no entanto, os objetivos da pesquisa para o doutorado serviram-me como parâmetros para este acompanhamento. Nestas situações, eu costumava recorrer ao caderno de anotações para tomar nota das informações relevantes, assim como para fazer comentários sobre situações e fatos que considerava reveladores da relação entre os campos da biomedicina e da etnomedicina tikuna.[26]

[26] Cumpre destacar que, como nos cursos de capacitação, os “professores” eram todos não-indígenas, grande parte dos diálogos situados no campo das relações de ensino-aprendizagem dava-se na língua portuguesa, o que facilitou o seu acompanhamento.

Com o objetivo de analisar situações como esta, o cientista social, para assegurar-se do compromisso com a objetividade, deve surpreender-se com a realidade, evitando guiar-se por seus preconceitos e teorias, e saber de que lado está a partir de razões pensadas, visto que não há objetividade sem objetivos conforme assinala Santos (2001). Dessa forma, deve atuar como tradutor, “no sentido que tem que contribuir para ampliar a inteligibilidade das práticas sociais e das mobilizações sociais” e se fazer “voz” “ante os silenciamentos que o nosso sistema social / político / econômico cria” (Ibid, p. 19).

> No que diz respeito às explicações históricas sobre processos sociais contemporâneos de caráter particular, compreendo que devam ser fundamentadas, sobretudo, na prática criteriosa dos registros e das descrições de cada situação vivida e / ou estudada, evitando-se, assim, que sejam reduzidas à subjetividade e / ou ao testemunho do próprio historiador.

Desse modo, seria inapropriado caracterizar o método de investigação utilizando a expressão observação participante, visto que o meu relacionamento com diversos tikuna de lugares e gerações distintos, por vários anos, criara um nível de envolvimento, principalmente, nos círculos mais próximos ao CGTT, no qual situava-me menos como observador e mais como participante de variados processos políticos. Sendo assim, parece-me mais adequada uma categorização do método utilizado na pesquisa através da aproximação com a idéia de “participação observante”, expressão cunhada com alguma dose de humor por Wacquant (2002), para melhor definir seu método de investigação.

De forma aproximada ao processo que se desenvolvera por ocasião da experiência etnográfica vivenciada por Loïc Wacquant, a partir de 1988, entre freqüentadores de um clube de boxe de um bairro do gueto negro de Chicago, a minha “demorada imersão” na coordenação do DSEI-AS, em meio a uma absoluta maioria indígena, possibilitou-me vivenciar o processo que eu mesmo estudava, na condição de um de seus atores sociais. Daí a utilização da expressão “participação observante”, repetindo a inversão conceitual introduzida pelo sociólogo, justificar-se em função de as observações que foram feitas durante a pesquisa terem sido produzidas a partir de uma

participação moldada pelas relações sociais e políticas que resultavam das práticas associadas à coordenação político-administrativa do DSEI-AS.

Dessa maneira, pude perceber que os processos de formação de agentes de saúde tikuna organizados e desenvolvidos pela FUNASA, conforme assinalara Erthal (2003), desconsideravam aspectos fundamentais da cultura tikuna – o vigor e a importância do sistema xamânico, seus conhecimentos sobre o processo saúde-doença, assim como sobre diferentes procedimentos diagnósticos e de tratamentos – e, em decorrência disto, operavam no sentido de uma marcante propagação de lógicas de tratamento baseadas na medicalização das doenças.

Por essa razão, entendo que a formação irregular dos ASI deva ser analisada do ponto de vista das mudanças que se dão nos processos de saúde-doença, que envolvem não apenas a medicalização destes últimos, mas também a de um conjunto mais amplo de comportamentos sociais (Erthal, 2003; Bruno, 2007).

Mantém-se, ademais, a necessidade do aprofundamento das reflexões sobre os impactos econômicos, políticos e sociais nos modos de vida das comunidades tikuna, provocados pela presença cada vez mais intensa desses trabalhadores assalariados e pela conseqüente circulação de moeda e mercadorias nas aldeias (Oliveira, 1964; Macedo, 1994; Bruno, 2006). Por conseguinte, os conflitos com os poderes locais – representados pelos caciques (capitães) e / ou pelos pajés (Suárez Mutis, 2001; Camacho Gonzalez, 2007) – deflagrados em função da atuação destes profissionais nas aldeias, constituem-se como elementos fundamentais para a análise sobre a relação entre os conhecimentos da biomedicina e os da etnomedicina tikuna.

Apesar das limitações da pesquisa relacionadas, principalmente, ao tempo e aos recursos disponíveis, e das minhas próprias, creio que a estratégia de investigação adotada foi adequada, pois, na medida em que utilizei procedimentos metodológicos e conceitos cujas referências se encontram em distintos campos do conhecimento, pude concentrar-me na descrição e na análise das relações de conflito, em lugar de focalizar nas relações de equilíbrio, como que acompanhando a opção adotada por Oliveira (1964).

Com base nessas considerações, a presente tese estrutura-se tendo o seu primeiro capítulo constituído por esta introdução.

A descrição do processo de construção apresenta-se como tema para o desenvolvimento do segundo capítulo. Sendo assim, o marco conceitual e os referenciais teóricos observados na parte introdutória da tese sustentam uma narrativa memorialística correspondente à minha inserção nos processos investigados.

No segundo capítulo, descrevo o processo histórico que diz respeito à minha própria trajetória acadêmica e profissional, e que desempenhou um importante papel na definição do objeto de estudo da presente tese. Assim sendo, faço uso de uma análise historiográfica ancorada num conjunto de informações coletadas ao longo de vinte anos de contato com os Tikuna e numa base de memória correspondente a esse processo.

No terceiro capítulo, focalizo os registros sobre a presença tikuna na região do Alto Solimões ao longo dos três últimos séculos com o objetivo de caracterizar essa sociedade através dos seus aspectos mais significativos e aparentes. Por conseguinte, novamente aciono a historiografia a fim de constituir, através da sua análise, um eixo condutor para o texto.

No quarto capítulo, analiso a inserção da questão da saúde nas ações desenvolvidas por agências estatais e / ou religiosas junto aos tikuna no decorrer dos séculos XIX e XX. Com isso, busco compreender os significados do protagonismo ameríndio na Amazônia e tikuna no Alto Solimões nos processos históricos antecederam o estabelecimento do primeiro distrito sanitário especial indígena no país.

No quinto capítulo, discorro sobre o processo histórico que envolve a criação dos DSEI no Brasil e analiso, dessa forma, a inserção da formação dos ASI como um dos seus elementos mais importantes. Com base nessas considerações descrevo o processo de constituição do DSEI-AS, onde o envolvimento e o, respectivo, protagonismo dos ASI são contextualizados política e historicamente.

No sexto capítulo, discuto o processo de formação dos agentes de saúde tikuna tendo como referência determinados aspectos, presentes no cotidiano desses ameríndios, relacionados às práticas e aos saberes que lidam com a vida e o estado de saúde. Estruturado sobre considerações de caráter histórico esse capítulo pretende descrever os processos sociais e políticos que possibilitaram a ampliação expressiva do contingente desses profissionais entre os Tikuna e contextualizar as diretrizes que orientam os processos políticos e pedagógicos relacionados à formação dos ASI. Nesse

sentido, dedica-se à análise destes processos com base nos registros produzidos durante o trabalho de campo e considera a relação entre as racionalidades referidas à biomedicina e à etnomedicina tikuna, a partir do confronto entre a formação dirigida aos ASI e os dados produzidos por eles no exercício das suas atividades profissionais diárias. A parte final desse capítulo é dedicada à discussão dos dados coletados e organizados por mim entre os anos de 2002 e 2004, assim como à produção destes nos espaços dos pólos base e aldeias do DSEI-AS.

No sétimo capítulo apresento as conclusões que resultam do processo de reflexão que acompanha a construção da presente tese.

Finalmente, para que pudesse enriquecer a narrativa correspondente à apresentação deste trabalho, ilustrei-as, utilizando, para isso, os anexos, referidos no desenvolvimento do texto no seu próprio corpo ou em notas de rodapé.

CAPÍTULO 2 – A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

2.1 QUESTÃO INDÍGENA COMO EIXO DA INICIAÇÃO CIENTÍFICA

No primeiro trimestre de 1988, quando ainda era aluno de graduação em História na Universidade Federal Fluminense (UFF), participei do Projeto de Estudos sobre Terras Indígenas no Brasil[27] (PETI), que se desenvolvia no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social do Museu Nacional, na Quinta da Boa Vista, bairro de São Cristóvão, na cidade do Rio de Janeiro, como bolsista de iniciação científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Após um curto período de trabalho – durante o qual desenvolvi atividades de levantamento, análise, seleção, organização e arquivamento de informações sobre a situação fundiária das terras indígenas no país, os diversos conflitos que envolviam povos indígenas e questões relacionadas ao meio ambiente nas suas interfaces com a questão indígena, entre outros temas de caráter mais abrangente, publicados em jornais, revistas e em documentos oficiais (projetos de lei, leis, portarias administrativas etc.) – passei a enfocar de forma mais direcionada os problemas que diziam respeito aos índios Tikuna do Alto Solimões, participando do subprojeto "Corpus Etnográfico do Oeste Amazônico".

Havia relações objetivas entre algumas atividades de pesquisa desenvolvidas pelo PETI e as pesquisas de caráter aplicado que estavam sendo realizadas entre os Tikuna, pesquisas estas que, entre outros resultados alcançados, contribuíram para a

[27] O Projeto Estudo sobre Terras Indígenas no Brasil: Invasões, Uso do Solo e Recursos Naturais era coordenado pelo antropólogo João Pacheco de Oliveira Filho e,e buscava desenvolver uma análise processual do poder através da abordagem sobre procedimentos político-administrativos adotados pelo SPI, FUNAI, INCRA e tribunais de justiça. Nesse sentido, o processo de criação de terras indígenas, o indigenismo e a ação indigenista eram focalizados como formas de territorialização, a fim de romper com perspectivas naturalizantes e a-históricas (Oliveira Filho, 1998).

criação da organização não-governamental (ONG) Magüta: Centro de Documentação e Pesquisa do Alto Solimões.[28]

Portanto, quando passei a fazer parte do PETI, o Centro Magüta – como mais comumente costumava-se denominar a entidade – já se encontrava instalado numa sede própria, localizada na principal avenida da cidade de Benjamin Constant e contava com um grupo reduzido de pessoas para dar conta de suas atividades junto aos Tikuna.

Na primeira quinzena de março de 1988, fui consultado sobre a possibilidade de participar da organização do acervo de documentos do Centro Magüta e colaborar na realização de um censo em comunidades tikuna. Sendo assim, comecei a tomar as iniciativas necessárias ao cumprimento do estágio, previsto para desenvolver-se durante três meses naquela região. Entretanto, entre o último contato telefônico realizado com a sede do Centro Magüta, quando ainda me encontrava na cidade do Rio de Janeiro definindo detalhes sobre a viagem, e a minha chegada no aeroporto de Tabatinga, cerca de quatro dias depois, ocorreu um massacre no qual catorze tikuna foram assassinados.

Na origem do Massacre do Capacete[29] havia dois elementos recorrentes na história dos Tikuna: a questão fundiária e a violência praticada pelos colonizadores.[30] Capacete é o nome do igarapé que separa a Terra Indígena Tikuna de São Leopoldo das demais terras situadas na zona rural do município de Benjamin Constant. Nas suas margens, localizam-se alguns assentamentos tikuna e residências de colonos que chegaram à região, sobretudo, na primeira metade do século XX.[31]

Em 1988, a Terra Indígena São Leopoldo, apesar de delimitada, ainda não havia sido demarcada.[32] Tal situação de indefinição gerava uma série de problemas, entre os

---

[28] O Magüta, Centro de Documentação e Pesquisa do Alto Solimões, foi fundado em 1986 por iniciativa de pesquisadores do Museu Nacional, que tinham à frente o antropólogo João Pacheco de Oliveira Filho e líderes tikuna que defendiam a construção de um centro de referência para as suas história, cultura e lutas (UFRJ, 1990). Com a sua extinção, em 1997 todo o seu patrimônio – que incluía uma sede localizada no centro da cidade de Benjamin Constant – foi destinado ao Conselho Geral da Tribo Tikuna, organização que reúne os capitães e vice-capitães das aldeias tikuna no Alto Solimões.

[29] Sobre o "Massacre do Capacete", consultar Magüta (1988), PETI (1988), CEDI (1990).

[30] No dossiê sobre o Massacre do Capacete (Magüta, 1988), há várias reproduções de reportagens sobre atos de violência ocorridos anteriormente que resultaram, inclusive, na morte de alguns tikuna.

[31] Oliveira Filho (1988) esboça uma genealogia de alguns migrantes cearenses que ocuparam a região do Alto Solimões entre o final do século XIX e a primeira metade do XX e se tornaram poderosos patrões, dominando áreas estratégicas para o controle da força de trabalho indígena.

[32] De acordo com o Ministério da Justiça [2007], as diretrizes que orientam o processo administrativo de demarcação das terras indígenas encontram-se definidas na Lei nº 6.001, de 19/12/1972, conhecida como Estatuto do Índio, e no Decreto nº 1.775, de 08/01/1996. Cabe à FUNAI, a execução da

quais se destacava a pressão exercida por alguns empresários e comerciantes do lugar, no sentido de controlar as suas riquezas, assim como a força de trabalho indígena ali existente.

Naquele contexto, alguns tikuna das comunidades de São Leopoldo e Novo Porto Lima haviam denunciado na Administração da FUNAI, em Tabatinga, o uso de suas terras para plantio de epadu (*Erythroxylon coca)* pelo madeireiro Oscar Castelo Branco e a morte de um boi pertencente à comunidade, promovida por este mesmo sujeito. Além da denúncia à FUNAI, um grupo de tikuna, num ato de retaliação pela morte do boi, encaminhou-se à sede da fazenda do madeireiro e dali retirou todos os objetos existentes, jogando-os à margem do referido igarapé.

Com o objetivo de superar a situação de impasse e tensão que havia sido criada, as principais lideranças tikuna das aldeias Novo Porto Lima e São Leopoldo marcaram uma reunião para a qual convocaram representantes da Delegacia da Polícia Federal (Sede Tabatinga) e da Administração da FUNAI. No dia marcado, várias famílias tikuna compareceram à reunião levando alimentos, prevendo que ela se estendesse por todo o dia. Enquanto aguardavam a chegada dos representantes da Polícia Federal e da FUNAI – que não compareceram – essas pessoas foram cercadas por vários empregados do madeireiro Castelo Branco que, numa ação coordenada por ele próprio, atiraram a esmo contra elas, atingindo, indiscriminadamente, homens, mulheres e crianças. Vários tikuna conseguiram escapar correndo pela mata, enquanto alguns dos que tentaram a fuga pelas águas do igarapé não tiveram seus corpos encontrados. Como resultado da emboscada, foram identificados dez tikuna mortos, quatro tendo sido considerados “desaparecidos”. Além dessas catorze vítimas fatais, houve também muitos feridos (PETI, Magüta, 1988).

A ação comandada pelo madeireiro Oscar Castelo Branco visava, além da preservação dos seus interesses econômicos relacionados ao uso da terra junto à Terra Indígena São Leopoldo, dificultar o processo de reconhecimento do território tikuna pela FUNAI, a partir do questionamento da própria identidade étnica dos seus ocupantes.

---

demarcação, através da sua Diretoria de Assuntos Fundiários (DAF). Compõem o processo de reconhecimento das terras indígenas as seguintes etapas: identificação e delimitação, demarcação física, homologação e registro cartorial. Oliveira Filho (1998) discute esse processo, de forma crítica, sob diversos aspectos.

A impressão que se tinha àquela época, do ponto de vista de quem se encontrava no Alto Solimões era a de que as mobilizações sociais e políticas que ocorriam nos maiores centros urbanos do país não repercutiam diretamente nas regiões amazônicas mais afastadas da cidade de Manaus. Possivelmente, em função da situação de isolamento dessas regiões em relação aos centros de decisão política do país e devido à fragilidade da mobilização dos movimentos sociais de solidariedade aos povos indígenas e seringueiros existentes nesses lugares.

Naquele período, intensificou-se a luta de lideranças tikuna da região em defesa do território e em busca de melhorias na assistência à saúde e na formação escolar. De tal modo que no ano de 1988, além da ocorrência dos dois fatos acima mencionados, fortaleceu-se a mobilização de importantes setores da sociedade tikuna em torno de questões relacionadas ao campo da saúde – motivo pelo qual este ano é considerado o marco temporal inicial para a construção desta tese.

Com a ocorrência do “Massacre do Capacete”, os meus planos de trabalho foram alterados, assim como a minha trajetória acadêmica e a própria atuação política entre os Tikuna, foram fortemente influenciados por suas conseqüências. Sendo assim, as minhas impressões preliminares sobre tudo o que dizia respeito às atividades desenvolvidas pelo Centro Magüta e à situação geral dos tikuna formaram-se em estreita relação com sentimentos de profunda tristeza e de comoção. Dessa forma, os primeiros dias de trabalho no referido Centro foram muito intensos, tendo como principais ingredientes várias reuniões para discutir temas relacionados ao massacre; o levantamento do número de feridos e mortos, a transmissão de informações para a imprensa, além do acompanhamento das medidas policiais e judiciais no sentido de tentar-se evitar a impunidade dos criminosos.

Como contrapartida à triste eventualidade de ter aportado no Alto Solimões num momento crítico e de comoção para os Tikuna, criou-se a possibilidade de observar e estudar de perto as relações sociais desequilibradas que envolviam esses índios e representantes de agências governamentais e religiosas, políticos, comerciantes, empresários e a população mestiça local. Nestas relações, os Tikuna eram

considerados “caboclos”,[33] privilegiados pela FUNAI e “instigados” por instituições “alienígenas”. Estas expressões constituíam um discurso partilhado, por exemplo, por diversas pessoas na cidade de Benjamin Constant. Assim, nos dias que se seguiram ao massacre, em várias oportunidades, pude ouvir nas ruas da cidade a versão que dava conta de que os “caboclos” teriam “atacado o seu Oscar”. Normalmente, eu era identificado erroneamente na região como um funcionário da FUNAI e, em decorrência disto, ouvia uma série de comentários preconceituosos a respeito dos Tikuna e de seus possíveis aliados.

Numa manhã de domingo do mês de abril de 1988, alguns dias após o massacre, encontrava-me hospedado na casa de Oliveira Fez, no ponto mais alto da área urbana de Benjamin Constant (“Alto do Bode”), e de lá pude ouvir com clareza a preleção do frei italiano Benigno, propagada pelos alto-falantes da igreja matriz, na qual ele imputava aos Tikuna a culpa pelo “conflito” ocorrido, colocando a população mestiça contra estes ameríndios. Nos dias que se seguiram, este mesmo frei organizou um ato de desagravo ao fazendeiro Castelo Branco diante da sede da Administração Regional da FUNAI, na cidade de Tabatinga.[34] Em seus discursos, tanto ele quanto outros representantes de setores dominantes da sociedade regional atribuíam aos Tikuna a responsabilidade pelo conflito, que segundo argumentavam, decorria da atuação de “entidades e pessoas alienígenas” que os “encabeçavam” contra a “sociedade estabelecida”.

Iniciava-me, nesse contexto, cientificamente e tornava-me parte da equipe de trabalho da ONG Magüta: CDPAS.

---

[33] Oliveira (1978) cunhou a noção de “caboclismo” numa referência ao tratamento atribuído aos Tikuna do Alto Solimões, nas décadas de 1950-60 e, tomando-a como referência, desenvolveu uma discussão muito interessante sobre os aspectos políticos, econômicos e ideológicos que correspondem à negação do reconhecimento da identidade étnica a esses índios.

[34] Em 1993, enquanto aguardava uma pizza num pequeno restaurante de Benjamin Constant, acompanhado pelo zoólogo da UFAM, Deusimar Brasil, e pelo historiador e pesquisador do PETI / MN, Fabio Vaz Ribeiro de Almeida, tive que me retirar do local depois de o irmão do fazendeiro Oscar C. Branco, Sidney C. Branco, já alcoolizado, comunicar, antes de subir na sua moto, que iria à sua casa “pegar a arma”. Associava-nos aos Tikuna que, segundo ele, haviam “acabado com a vida” do seu irmão.

2.2 EXPERIÊNCIAS NO CENTRO MAGÜTA E O ENVOLVIMENTO COM A QUESTÃO DA SAÚDE ENTRE OS TIKUNA

As atividades que passei a desenvolver no Centro Magüta ficaram, por força das circunstâncias, circunscritas às demandas colocadas pelo seu público-alvo com relação à saúde, à educação, aos direitos humanos, à questão fundiária e, sobretudo, ao próprio fortalecimento institucional desta entidade. Assim sendo, dada a situação social na cidade de Benjamin Constant, caracterizada pela acentuada hostilidade da população não-indígena em relação aos Tikuna, o Centro Magüta, além de servir-lhes como uma importante referência política e identitária, transformou-se numa espécie de trincheira ou refúgio, num local onde esses índios buscavam algum tipo de apoio à sua resistência frente às freqüentes ameaças verbais ou físicas que sofriam.

Neste contexto,[35] passei a desenvolver atividades relacionadas à minha condição de bolsista de iniciação à pesquisa e, servindo-me da experiência de trabalho adquirida no PETI, organizei o acervo documental e memorialístico do Centro Magüta que era formado por materiais variados: cartas, mapas, ofícios, portarias, vídeos, fotografias, livros, cartilhas etc. (Bruno, 1990).[36]

Entre as atividades rotineiras que desenvolvia, destacavam-se a catalogação e o arquivamento de documentos e publicações, o registro diário dos acontecimentos mais significativos, a recepção de tikuna vindos de aldeias distantes e a participação em reuniões comunitárias com lideranças e / ou com professores – tanto na sede da entidade quanto nas próprias aldeias – além do registro destas reuniões e de outros

---

[35] A noção “contexto” é adotada de acordo com a definição dada por Bensa (1998, p. 46), ou seja, como “[...] a troca de informação, a aprendizagem ou a mobilização da memória, [...] não é contínuo nem coerente na duração, mas habitado por múltiplas contradições e fraturas internas”.

[36] Em 1989, fui convidado para dar aulas de história na única escola de ensino médio da cidade, fato que me levou a conviver com pessoas cuja hostilidade em relação aos Tikuna manifestava-se com freqüência, inclusive, com uma das filhas de Oscar C. Branco. Na condição de professor estadual, no ano seguinte, participei da criação da Comissão pela Implantação de Cursos de Licenciatura no Alto Solimões (CICLAS) e da posterior mobilização que levou à criação do Campus Avançado da UFAM naquela cidade.

eventos, por intermédio de gravações em fitas cassetes ou VHS, de anotações em cadernetas, de fotografias etc.

Entretanto, de forma distinta do que ocorria no PETI – onde trabalhávamos exclusivamente com a pesquisa, a análise e a organização de informações sobre a situação fundiária das terras indígenas do país e sobre os conflitos a ela relacionados – no Centro Magüta, passei a atuar junto a grupos de tikuna, na realização de um censo sobre a situação político-eleitoral e demográfica em comunidades situadas nos municípios de Benjamin Constant, Tabatinga e São Paulo de Olivença e de outros levantamentos. Ademais, com certa freqüência, envolvia-me no desenvolvimento de projetos nas áreas da educação, da saúde e dos direitos humanos, principalmente (Bruno, 1990). Por conta do imprevisto, a estimativa inicial de três meses de permanência na região deu lugar a um período de aproximadamente seis meses que, num momento posterior, em que fui incorporado à diretoria do Centro Magüta, prolongou-se por mais trinta.[37] De modo que, ao ter contato com as condições[38] nas quais vivia parte considerável da população Tikuna no território brasileiro, impressionei-me, sobretudo, com a situação de abandono da assistência básica à saúde nas aldeias (Bruno, 1989).[39]

Durante a realização da campanha nacional promovida para difundir informações sobre o "Massacre do Capacete", uma comitiva formada pelos tikuna Constantino Ramos Lopes, Nino Fernandes, Pedro Inácio Pinheiro e Pedro Mendes Gabriel percorreu algumas das principais capitais do país. Em agosto de 1988, quando esta comitiva lançava a publicação "A Lágrima Ticuna é uma só" – dossiê sobre o massacre

---

[37] Como resultado da coordenação da campanha pela punição dos responsáveis pelo "Massacre do Capacete" o Centro Magüta estabeleceu contatos com diversas agências de financiamento para projetos sociais, o que resultou na ampliação da sua infra-estrutura, do seu quadro de pessoal e, conseqüentemente, no seu volume de trabalho.

[38] Faço uso da expressão condições de acordo com a definição que lhe dá Bosi (1992, p. 26-7), para quem *"*[...] condição atinge experiências mais difusas do que as regularidades da produção e do mercado. [...] toca em modos ou estilos de viver e sobreviver. [...] traz em si as múltiplas formas concretas da existência interpessoal e subjetiva, a memória e o sonho, as marcas do cotidiano no coração e na mente, o modo de nascer, de comer, de morar, de dormir, de amar, de chorar, de rezar, de cantar, de morrer e de ser sepultado".

[39] Numa das primeiras viagens que realizei pela região, mais precisamente quando visitei a aldeia Campo Alegre (município de São Paulo de Olivença), chamou a minha atenção a extensa fila de tikuna que se formara na porta do posto de saúde, em função da presença fugaz de um dentista que se limitava a fazer extrações. Além dessa constatação pontual, repetidas vezes ouvi lideranças e outros membros de diferentes aldeias queixarem-se com relação à precariedade da assistência à saúde, principalmente, à ausência de profissionais de saúde nas terras tikuna.

– no Rio de Janeiro, fez contatos com o diretor da Faculdade de Medicina da UFRJ, Dr. Rodolfo Rocco. Nestes contatos os integrantes da comitiva manifestaram o seu interesse no desenvolvimento de ações de saúde pela universidade nas comunidades tikuna do Alto Solimões.

Esta iniciativa desdobrou-se numa série de contatos com reitor da UFRJ, Dr. Horácio Macedo, cujo resultado expressou-se através de um convênio entre a universidade e o CGTT, no qual havia uma proposta de plano de saúde para as áreas tikuna no Alto Solimões (Linhares, Erthal, 1989). Por conseguinte, como ação inicial do convênio foi prevista a realização de um diagnóstico da situação de saúde entre os Tikuna (Erthal, Linhares, 1990; Bruno, 1990), do qual eu viria a participar como representante do Centro Magüta.

Figura 2.2.1 – Comitiva tikuna no Congresso Nacional em Brasília.[40] (Novaes / Agil in CEDI, 1990, p. 245).

Criado a partir de uma perspectiva transdisciplinar, envolvendo o CGTT, a Faculdade de Medicina e o PETI / Museu Nacional o convênio desenvolveu-se, inicialmente, com a realização do "diagnóstico de saúde do povo Ticuna", produto de uma viagem que se estendeu entre os dias 8 e 15 de janeiro de 1989, na qual uma

[40] Comitiva formada por Nino Fernandes – que fala com os deputados federais Plínio de Arruda Sampaio e Ulisses Guimarães – Aureliano Mendes Gabriel, Pedro Mendes Gabriel (com a filmadora) e Alcides Araújo, à esquerda.

comitiva mista visitou assentamentos tikuna e cokama localizados em três municípios do Alto Solimões (Erthal, Linhares, 1988; Bruno, 1989; CEDI, 1990). Este processo foi noticiado numa publicação da universidade nos seguintes termos:

> O convênio iniciou-se em setembro do ano passado, depois de uma visita de quatro médicos – Sílvia Reis, pediatra, Vera Reis, dermatologista e ginecologista, José Ananias, cardiologista e Walber Vieira, infectologista – e um jornalista, Élson Pereira, às aldeias da tribo. Coordenada pelo capitão-geral da CGTT, Pedro Inácio Pinheiro (Ngematucü), a comitiva percorreu 16 aldeias, na região do Alto Rio Negro [sic] e Alto Solimões, no Amazonas. A maior parte das doenças deriva das condições precárias de higiene das moradias. As doenças que mais afetam membros da tribo são comuns às demais populações ribeirinhas da região: sarna, desidratação, pneumonia, tuberculose, lepra [...] (UFRJ, 1989, p. 16).

No decorrer desta viagem, a equipe médica[41] dedicou-se ao atendimento de algumas pessoas que apresentavam quadros de saúde mais graves e reuniu-se com certa freqüência com os moradores das comunidades visitadas, buscando, através do diálogo – ainda que limitado pela situação de reunião comunitária – um conhecimento mais significativo acerca da situação de saúde dos Tikuna (Erthal et al., 1990; Bruno, 1990).

Os problemas identificados durante a viagem levaram a equipe à conclusão de que a situação de saúde da população Tikuna do Alto Solimões somente poderia ser alterada através de uma intervenção efetiva e qualificada dos próprios índios nos processos de saúde-doença. Ou seja, seus integrantes concluíam que a melhor solução num prazo médio passaria pelo investimento sistemático na formação de agentes de saúde da própria etnia, para que estes pudessem:

> [...] realizar diagnóstico clínico e laboratorial rudimentar das patologias mais freqüentes, assim como intervenção terapêutica, controle e uso de

[41] Compunham a comitiva Drª Vera Lúcia Lopes dos Reis (professora adjunta de dermatologia), Drª Sílvia Reis dos Santos (médica pediatra, Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira / UFRJ), Dr. Ananias Figueira da Silva (professor adjunto e chefe do Departamento de Clínica Médica, cardiologista), Dr. Walber Vieira (professor adjunto de medicina preventiva, diretor da Divisão de Ação Comunitária do Hospital Clementino Fraga Filho / UFRJ), Pedro Inácio Pinheiro (presidente do CGTT), Pedro Mendes Gabriel (membro do CGTT), Nino Fernandes (presidente da OGPTB), Reinaldo Otaviano do Carmo (integrante da OGPTB), Constantino Ramos Lopes (professor bilíngüe e funcionário do Museu Magüta) e eu, na condição de 1º secretário do Centro Magüta.

> medicamentos padronizados, atenção materno-infantil, orientação nutricional, encaminhamento das patologias mais graves para centros de referência, organização de dados populacionais e epidemiológicos (nascimentos, causas de óbitos, patologias mais freqüentes, etc.), desenvolvimento de programas de saneamento básico e uso da água potável [...] (Reis et al., 1989).

Com base nesta experiência, foram produzidos dois relatórios: um de caráter descritivo e analítico sobre a viagem, de minha autoria, e outro, específico sobre a situação de saúde entre os tikuna, preparado pela equipe de médicos da UFRJ. Estes dois documentos serviram posteriormente de base para a produção de um relatório mais circunstanciado (Erthal *et al*, 1990) e de uma matéria publicada num periódico de circulação nacional (CEDI, 1990).[42] Tal documentação possibilitou, desta forma, o registro de fenômenos sociais na forma de materiais históricos, fontes de pesquisa dos quais faço uso nesse momento.[43]

Como desdobramento do Diagnóstico de Saúde, foi organizado o primeiro Curso de Formação de Agentes de Saúde Ticuna, realizado no período entre 04 de setembro e 02 de outubro de 1989. Neste curso atuei no apoio à organização e à preparação logística e desempenhando o papel de mediador no que se referia às relações políticas e pedagógicas estabelecidas entre os instrutores médicos e os alunos indígenas.[44]

De acordo com Erthal et al. (1990, p. 2-3) a "escolha dos agentes de saúde foi realizada pela comunidade Ticuna, seguindo-se critérios de distribuição espacial (por aldeias) [...]". Neste caso, a expressão "comunidade ticuna" não permite identificar as relações de poder que envolveram a indicação dos candidatos à formação. Entretanto, ao observar-se a composição da turma,[45] constata-se um predomínio significativo de representantes de comunidades de São Paulo de Olivença – espaço onde a resistência tikuna à dominação seringalista foi determinante para a superação desse sistema – o

---

42 Cf. Figura B.1, Anexo B, p. 233.

43 Concordo, portanto, com Buffa (1990), para quem "[...] o historiador não parte propriamente dos fatos e sim de materiais históricos, fontes, com a ajuda dos quais constrói os fatos históricos que, mais do que ponto de partida, são resultado de um processo".

44 Através do convênio entre o CGTT e a Faculdade de Medicina da UFRJ, foram formados 31 monitores de saúde tikuna e um kocama. Mais tarde, uma pequena parte desse grupo original recebeu treinamentos mais especializados que contaram com a participação de pesquisadores do Núcleo de Estudos em Saúde dos Povos Indígenas (NESPI), da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Um ano depois, durante a assembléia de caciques na aldeia Bairro Independente, no município de São Paulo de Olivença, foi criada a Organização dos Monitores de Saúde do Povo Tikuna (OMSPT) (Bruno, 1990).

45 Ver Quadro C.I, Anexo C, p. 234.

que leva a crer que ela corresponde aos diferentes níveis de envolvimento de líderes tikuna nas mobilizações em torno, principalmente, da questão fundiária – fundamental para o surgimento do CGTT.

Figura 2.2.2 – Turma de monitores de saúde em Vendaval (Tertulino Francisco Mendes, acervo pessoal).

No curso a turma foi dividida em três grupos que passaram a ser acompanhados por um / a professor / a médico / durante os em 11 dias de aula em horário integral, incluindo os dias de sábado e domingo. Ao final de cada dia de aula realizava-se uma plenária, que contava com a participação dos três grupos de alunos e dos seus respectivos professores e promovia uma avaliação coletiva do processo de trabalho. Esta etapa do Curso realizou-se na sede do Centro Magüta e estendeu-se de 04 a 23 de setembro de 1989.

A segunda etapa do Curso foi realizada na aldeia Vendaval (São Paulo de Olivença) e caracterizou-se, essencialmente, pela execução de atividades práticas, com os agentes de saúde atendendo à população local, assim como a de outras aldeias circunvizinhas, com o acompanhamento dos / as médicos /as. Para a execução dessa etapa do Curso a escola da aldeia deu lugar aos atendimentos médicos-ambulatoriais, com duas das suas salas transformadas em farmácia e biblioteca. Esta etapa estendeu-

se entre 23 de setembro e 2 de outubro e resultou na realização de 267 atendimentos (Erthal e *al.*, 1989).

Figura 2.2.3 – Grupo de alunos do I Curso de Formação.[46] (Tertulino Francisco Mendes, acervo pessoal).

Participei diretamente apenas da primeira etapa desse curso, realizada na sede do Centro Magüta, enquanto da que se realizou em Vendaval apenas tive notícias através dos alunos e dos professores, pois, a necessidade de manter-se esta entidade em pleno funcionamento, até mesmo para que o curso pudesse transcorrer adequadamente, impediu-me de permanecer na aldeia por um período maior de tempo.

[46] Da esquerda para a direita, de pé: Abelardo, Cildo, Nazareno, Tertulino, Augustinho, Oscar, Tito, Olício, Otásio, Luiz Nazário, Drª Sílvia Reis, Juvêncio, Darci. Agachados: Nazário, José Araújo (Zeca), João Vasques, Agenor, Mário, Ageu.

2.3 “INDIGENISMO” E FORMAÇÃO ACADÊMICA: BASES PARA A CONSTRUÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA PARA O DOUTORADO

As mudanças nos planos iniciais com relação à realização do estágio e a posterior decisão de fixar-me por um período maior de tempo na região do Alto Solimões tiveram como conseqüência a interrupção da graduação em História na UFF. Em função disto, somente em 1992 reiniciei este curso – embora permanecesse atuando na execução de projetos junto aos Tikuna, mesmo depois de extinto o Centro Magüta em 1997 – o qual concluí com a elaboração de uma monografia sobre a mobilização política e eleitoral entre esses índios, trabalho que deu origem a um artigo publicado sob a responsabilidade do Museu Amazônico / Universidade do Amazonas (Bruno, 2000).[47]

Depois de ter concluído a graduação em História, passei a cursar, em 1999, a especialização em Educação, Raças e Etnias no Brasil – que integra o programa de pós-graduação da Faculdade de Educação da UFF – na expectativa de que este curso pudesse disponibilizar-me os instrumentos de análise necessários para o aprofundamento de questões relacionadas ao trabalho junto aos Tikuna. Entretanto, antes mesmo de concluí-lo, fui aprovado no processo seletivo para o mestrado em Educação no Programa de Pós-Graduação da própria Faculdade de Educação da UFF, com a apresentação de um projeto de estudo sobre o processo histórico-social que originou a intensa escolarização da educação entre os Tikuna do Alto Solimões. Interessava-me, pois, naquele contexto, refletir sobre alguns aspectos relacionados ao processo de escolarização observado entre aqueles índios, principalmente, nas duas últimas décadas do século passado (Bruno, 2002).

---

[47] A Universidade Federal do Amazonas passou a adotar a sigla UA no decorrer da década de 1990. Anteriormente, a sigla adotada era UFAM.

Em março de 2002, fui procurado por Nino Fernandes e por Regina Erthal – respectivamente, coordenador do Conselho Geral da Tribo Ticuna (CGTT)[48] e antropóloga que, na época, assessorava a organização – com o objetivo de, juntos, avaliarmos a possibilidade da minha participação numa eventual administração do CGTT no DSEI-AS.[49]

Após realizarmos algumas reuniões em cumprimento dos ritos burocráticos relacionados à efetivação do convênio entre a FUNASA e o CGTT e de termos superado alguns conflitos políticos existentes no âmbito do DSEI-AS, assumi a função de coordenador administrativo deste distrito e, em conseqüência desta decisão, voltei a residir na cidade de Benjamin Constant, a partir de abril de 2002.

Aceitei a proposta de trabalho, apesar de ter conhecimento sobre as dificuldades de caráter político e institucional que lhe eram inerentes pois, concordando com Baines (1997)[50], reconhecia que frente às administrações indigenistas – conceito que abarca tanto as ações governamentais desenvolvidas através da FUNAI quanto aquelas que a FUNASA encarrega-se de executar – que executam políticas subordinadas aos interesses de grandes empresas,[51] nos inserimos em situações em que nossas opiniões têm pouca ou nenhuma influência sobre as decisões tomadas.

Por outro lado, o reconhecimento prévio dos limites que se imporiam às atividades que passaria a desenvolver como coordenador administrativo do DSEI-AS – contratado pela organização indígena para gerir consideráveis recursos governamentais repassados pela FUNASA – decorria do entendimento acerca do indigenismo estatal

---

48 O CGTT foi fundado no início da década de 1980 por lideranças tikuna que se encontravam em processo de mobilização pela demarcação dos seus territórios ancestrais (PETI, 1990). Consitui-se, dessa, forma numa das primeiras organizações indígenas do país e na primeira do Alto Solimões.

49 Em função da existência de problemas relacionados à execução financeira do convênio 034/01 (Organização Torü Mä'ü / OTM-FUNASA), o mesmo foi encerrado antes da data prevista (30/06/2002). Sendo assim, o Conselho Distrital de Saúde Indígena (Condisi) foi acionado para deliberar sobre o assunto, indicando o CGTT para assumir um novo convênio com a agência governamental. Nino Fernandes e Regina Erthal assumiram as negociações dessa transição junto ao DESAI / FUNASA (cf. Erthal, 2003).

50 Stephen Grant Baines trata de uma "Frente de Atração" da FUNAI numa terra indígena cobiçada por grandes mineradoras e pela hidrelétrica de Balbina, discutindo a política indigenista local e as relações sociais estabelecidas entre os funcionários do órgão indigenista e os *Waimiri-Atroari*.

51 Roberts (2008) afirma que *"[…] en nuestro sistema, los políticos son meros empleados de los grandes capitales, que invierten lo necesario para que salgan elegidos sus chicos, y si no salen, compran a los que son elegidos. […] Al capital sólo le interesa multiplicarse. Casi todos los políticos […] que hablo dependen descaradamente de esas multinacionales farmacéuticas que financian sus campañas. Lo demás son palabras [...]"*.

como parte de um processo mais abrangente de "construção de uma nação Brasileira e de conformação de mecanismos de intervenção estatal e reconhecimento setorial de direitos". Sendo assim, compreendia que a função do Estado Brasileiro no campo da saúde indígena correspondia, concordando com Oliveira Filho (1999, p. 89), à transferência para o plano local das novas leis e regulamentações instituídas em nível federal.[52]

Havia, ademais, dois outros aspectos que me motivaram a aceitar o convite do dirigente do CGTT. Tais aspectos, embora se projetassem antagonicamente, complementavam-se. Por um lado, o convite em si representava um reconhecimento por parte da organização dos capitães tikuna em relação à minha atuação, principalmente, durante o processo de demarcação das mais extensas e importantes terras tikuna[53] e isso, é claro, me alegrava. Ao mesmo tempo, me assustava o fato de a coordenação do DSEI-AS ter sob sua responsabilidade uma série de graves problemas relacionados à saúde não apenas dos tikuna – o que, diga-se de passagem, já seria um enorme problema – mas também a de outros povos indígenas.

Em sentido inverso à expectativa positiva que resultou do convite feito pelo CGTT, as dúvidas levantadas por representantes do DESAI quanto à possibilidade de um historiador assumir um cargo administrativo e desempenhar adequadamente as funções a ele atribuídas (Informação verbal)[54], transformaram a situação em um desafio a mais no trabalho junto aos Tikuna.[55]

---

[52] Becker (2001, p. 137), apoiando-se em Henri Lefebvre (1978), considera o "território" como o fundamento concreto do Estado que, após "produzi-lo", produz sobre ele um "espaço político" – através de normas, leis e hierarquias – para exercer o controle social. Dessa forma, argumenta que o Estado "[...] impõe sobre o território uma malha de duplo controle – técnico e político – constituída de todos os tipos de conexões e redes, capaz de controlar fluxos e estoques, e tendo as cidades como base logística para a ação". Essa "malha programada", de acordo com a geógrafa, foi implantada na Amazônia entre 1965-1885.

[53] Em março de 1993, o Magüta: CDPAS firmou convênio com o *Vienna Institute for Development and Cooperation* (VIDC) da Áustria para a execução do Projeto de Demarcação das Terras Ticuna, sob a supervisão técnica do Departamento de Assuntos Fundiário (DAF) da FUNAI. Na condição de diretor-tesoureiro da ONG, atuei como ordenador de despesas – que se aproximavam de 500 mil dólares norte-americanos – tendo sido um dos responsáveis pela coordenação das atividades das comissões de acompanhamento e de apoio à demarcação, formadas exclusivamente por lideranças e voluntários tikuna. Foram, assim, demarcadas as Terras Indígenas Tikunas *Éware* I, *Éware* II, Betânia, *Vui-Uata-In* e Lago *Beruri*.

[54] Anotações feitas durante reunião com a direção do Desai / Funasa, em Brasília, em 16/04/2002.

[55] Em abril de 2004, num parecer preparado para o processo de nº 25100.019.831/2002-28, que se referia à prestação de contas do convênio 095/02 (CGTT-FUNASA), o diretor do DESAI afirmava, no entanto, com relação "[...] aos aspectos técnicos de execução das atividades previstas, [que] o DESAI tem

Durante o segundo semestre de 2003, passei a considerar a possibilidade de transformar parte das experiências vividas no DSEI-AS num projeto de investigação para o doutorado sobre as relações político-pedagógicas entre profissionais-instrutores e ASI. Com esse objetivo, participei no ano seguinte da seleção para o doutorado em Ensino em Biociências e Saúde do Instituto Oswaldo Cruz.

No doutorado, sob a orientação do professor Eduardo Stotz, busquei analisar o sentido da formação originada na formação dos ASI, praticando a observação participante nos cursos, reuniões e assembléias que contavam com a participação de agentes de saúde, assim como de outros profissionais de saúde e lideranças tikuna. No decorrer dessas atividades registrei em meus cadernos de campo situações e depoimentos que considerava relevantes para a construção da base teórica do trabalho de pesquisa.

Pretendia, nas etapas posteriores da pesquisa, entrevistar agentes de saúde, profissionais-instrutores, "médicos tradicionais", além de outros sujeitos escolhidos em reuniões que fazia com alguns estudantes tikuna que atuariam como meus assistentes de pesquisa.

Entretanto, em 2005 o DSEI-AS viveu uma intensa crise, marcada pela paralisação quase completa das suas atividades em diversos momentos,[56] o que dificultou a execução do planejamento do projeto de pesquisa, que previa a realização de entrevistas entre os meses de novembro daquele ano e fevereiro de 2006. Por outro lado, a obrigatoriedade do cumprimento de créditos no doutorado agia como fator regulador com relação à minha permanência no Alto Solimões – o que estabelecia um prazo para a realização das entrevistas – tendo em vista que o período letivo iniciava-se em meados de março em 2006.

---

uma avaliação bastante favorável quanto ao desempenho do CGTT. As ações vem sendo executadas a contento, há demonstração inequívoca do compromisso do CGTT com a saúde indígena, a prestação de contas apresentada aponta para a boa e regular aplicação dos recursos transferidos, há um nível crescente de satisfação da população alvo, os mecanismos de controle social tem funcionado regularmente e os resultados são satisfatórios".

[56] A crise que afetou o funcionamento do DSEI-AS foi comum à maioria dos DSEI do Amazonas (cf CGTT et al, 2005) e teve início com a publicação da Portaria 070/MS que, em janeiro de 2004, estabeleceu as Diretrizes do Modelo de Gestão da Saúde Indígena. Tais diretrizes esvaziaram o papel das organizações conveniadas à Funasa e, em contrapartida, fortaleceram as chefias locais e a coordenação regional deste órgão, além das prefeituras municipais.

Com o retorno ao Rio em março optei pela não utilização das entrevistas no processo de construção da tese, o que me obrigou a reformular o seu respectivo projeto original, fundamentalmente, no que diz respeito à avaliação da formação dos ASI. Visto que não mais poderia contar com os depoimentos de diversos personagens portadores de experiências e informações que, certamente, ajudar-me-iam significativamente a compreender e a problematizar as relações político-pedagógicas nas suas contradições.

Em função dessa situação e, sobretudo, em decorrência da paralisação completa das atividades de formação de ASI desde o segundo semestre de 2004, o enfoque centrado nas relações entre profissionais-instrutores e os profissionais indígenas foi redirecionado no sentido da análise sobre a efetividade das políticas públicas para a formação de profissionais de saúde indígenas no Alto Solimões, substituindo, por isso, alguns métodos de investigação e, conseqüentemente, diversificando as fontes utilizadas.

Ainda na fase inicial do doutorado, dois temas despertavam o meu interesse de forma mais acentuada no que diz respeito à questão da saúde entre os Tikuna. O primeiro deles referia-se às relações estabelecidas entre as práticas médicas ocidentais e as “tradicionais” tikuna, e o segundo, ao desenvolvimento histórico do processo de formação dos agentes de saúde tikuna, sobretudo em sua fase mais recente.

Desde os primeiros momentos de trabalho junto a estes indígenas, observei a situação de abandono no que diz respeito à atuação das agências governamentais (municipais, estaduais e federais) que tratavam da “questão indígena”, na qual se encontravam implicadas as comunidades da região do Alto Solimões. Já na primeira longa viagem que realizei pelas águas do rio Solimões, em janeiro de 1989, tive a oportunidade de observar em várias comunidades tikuna dos municípios de Benjamin Constant, Tabatinga e São Paulo de Olivença, as precárias condições em que era realizada a assistência à saúde pela FUNAI.

Posteriormente, durante a primeira quinzena do mês de setembro de 1990, numa viagem de onze dias em que foram visitadas diversas aldeias de cinco municípios da região (fizeram parte do roteiro, além daqueles visitados em 1989, os municípios de Amaturá e Santo Antônio do Içá), realizei um levantamento de informações para compor a base de dados do Centro Magüta, no qual enfoquei, principalmente, a situação da

saúde e da educação escolar. No começo de outubro do mesmo ano, procurei descrever minimamente, em carta endereçada ao presidente da entidade, os aspectos mais significativos do que havia observado durante a viagem, ao mesmo tempo em que lhe informava sobre a situação de alguns projetos que se encontravam em andamento:

> Nas aldeias do município de São Paulo de Olivença a situação da educação é constrangedora. As escolas (se é que podem se assim consideradas) da maioria das aldeias visitadas caem aos pedaços, faltam materiais para o trabalho dos professores e a para as atividades dos estudantes. Sobre a merenda escolar as comunidades não ouvem falar há anos. Na maioria dos casos há somente giz... Tivemos a impressão de que a Prefeitura se limita a pagar salários (Cr$5.000,00)[57] a alguns ticunas e "esquece-se" do restante das suas obrigações. (...) em Vendaval o local para atendimento às pessoas enfermas está muito bem organizado e parece estar funcionando muito bem, apenas enfrentando dificuldades impostas pela constante falta de medicamentos. Faz-nos até pensar na possibilidade de, naturalmente, o local vir a centralizar determinadas ações ligadas à saúde ticuna. Nesse caso, imagino o local como uma espécie de "projeto-piloto de um centro de saúde ticuna" (...) Sugeriria, para o caso de "novos investimentos em saúde", a formação de microscopistas ticunas com conhecimentos básicos em parasitologia, para tentar-se atender a uma necessidade urgente no atendimento à saúde (...) Com relação às atividades que assumi (inicialmente) no Centro Magüta devo dizer que somente o "Levantamento Ticuna" ficou parado e que dificilmente se realizará no molde em que se iniciou, pois não mais contamos com a participação dos supervisores e muito menos com a de professores (...) Por isso acredito que (...) poderia ser viabilizado através dos monitores de saúde, no entanto, ao contrário de levantar a situação eleitoral, por exemplo, poderia levantar alguns aspectos da situação de saúde entre os ticunas (Bruno, 1990).

A estas preocupações, que surgiram em função dos contatos preliminares com a questão da saúde entre os Tikuna no decorrer da década de 1990, foi incorporada uma base de conhecimento que resultou do meu envolvimento com os debates acadêmicos, cujas perspectivas teóricas e metodológicas baseavam-se no diálogo entre os campos da antropologia e da historiografia e envolviam a leitura de trabalhos etnográficos sobre este povo.

---

[57] Em setembro de 1990 o valor do salário mínimo nacional equivalia a Cr$ 6.056,31, assim sendo, o salário pago aos professores tikunas correspondia a aproximadamente 83% dele ou, ainda, a cerca de U$ 70 mensais, conforme o valor de venda do dólar cotado em 03/09/1990, segundo o Banco do Brasil [2007].

O processo de busca de entendimento das questões objetivas a partir do aprofundamento do conhecimento teórico foi enriquecido a partir do segundo semestre de 1999, quando cursei a disciplina “Cultura e Política: a questão das culturas”, coordenada pela antropóloga Lygia Segalla, no mestrado em Educação da UFF e, no primeiro semestre do ano seguinte, quando participei das sessões da disciplina “Antropologia Política”, no Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social do Museu Nacional, então coordenada pelo antropólogo João Pacheco de Oliveira Filho.

A partir desses dois episódios da minha formação acadêmica, tornaram-se menos estranhas para mim as leituras relacionadas à antropologia política e à história social, sedimentando um domínio, ainda que provisório e básico, sobre determinados conceitos que contribuíam para o entendimento das situações que vivenciava junto aos tikuna. Por outro lado, o meu interesse pelas relações entre a medicina ocidental e a etnomedicina tikuna também havia sido estimulado pelas leituras de textos históricos e etnográficos sobre este povo e por minha inserção como mediador nos processos que envolviam profissionais não-índios da biomedicina e os monitores de saúde tikuna.

Creio que o interesse específico pelo estudo do processo de formação dos ASI tikuna possa ser atribuído, em primeiro lugar, ao fato de ter acompanhado as suas fases iniciais; em segundo lugar, citaria o aprofundamento do conhecimento sobre o desenvolvimento histórico de processos políticos e pedagógicos, que resultou da formação recebida no mestrado e, finalmente, a possibilidade de “reencontrar” os ASI num contexto político e social renovado.

Da combinação entre os interesses acima descritos, o projeto para o doutorado foi definido no sentido do estudo sobre a formação histórica dos agentes de saúde tikuna, com ênfase na análise das relações estabelecidas entre os saberes da “medicina ocidental” e aqueles que podiam ser referidos a uma “medicina tradicional tikuna”, nos cursos de capacitação realizados no âmbito do DSEI-AS.

2.4 ALMOÇANDO E DIGERINDO PALAVRAS: DIÁLOGO EXPERIMENTAL ENTRE DIFERENTES SABERES.

Nos dois primeiros anos em que participei da coordenação do DSEI-AS, envolvi-me com a discussão e a organização do processo de ensino-aprendizagem relativo à formação dos agentes de saúde tikuna, conduzido mediante a necessidade de solucionar problemas de variadas ordens – administrativas, contábeis, trabalhistas, logísticas e políticas – relacionados à própria dinâmica do distrito.

Fazia, então, parte de uma coordenação – composta por oito representantes de diferentes organizações indígenas (sete tikuna e uma cokama) e três profissionais não-indígenas – que realizava reuniões freqüentes entre os seus integrantes, nas quais eram discutidos os diversos problemas que diziam respeito ao distrito e planejadas as suas ações rotineiras, entre as quais a formação dos agentes de saúde indígena. Esta coordenação visitava os pólos-base e participava de reuniões ampliadas nas aldeias com o objetivo de avaliar os serviços prestados a partir dos depoimentos de membros dos assentamentos, para acompanhar a eleição de conselheiros locais de saúde ou, simplesmente, a de outras pessoas para cargos administrativos.

Nesse período que se estendeu por mais de dois anos, quando estávamos instalados na cidade de Benjamin Constant, mantínhamos o hábito de almoçarmos e / ou “merendarmos” (como os trabalhadores indígenas da sede do distrito referiam-se aos lanches entre as refeições) conjuntamente. Na sede do distrito trabalhavam, entre outros funcionários, contratadas como auxiliares de serviços gerais, trabalhavam Zoldimar Januário – cokama casada com tikuna ex-cacique e residente na aldeia Filadélfia – e Dionísia – tikuna residente na mesma aldeia, irmã de Nino Fernandes e de João Almeida Vasques. Esta dupla encarregava-se, quase que diariamente, em preparar as

refeições que eram partilhadas por cerca de dez pessoas.[58] Tornara-se hábito entre nós trazer para a sede do distrito, a cada dia, algum tipo de peixe, farinha, banana etc. para compor o cardápio.

Com isso parte considerável do grupo de pessoas que trabalhava na coordenação do DSEI-AS na cidade de Benjamin Constant – entre as quais eu me incluía – e residia na cidade vizinha de Tabatinga, assim como as outras pessoas que, por residirem em aldeias distantes do local de trabalho, também permaneciam na sede durante o horário de almoço. Além dessas pessoas, ocasionalmente, outros índios que chegavam na sede do distrito partilhavam conosco das refeições. Em decorrência destas situações, almoçávamos com freqüência em grupo – formado em média por cerca de dez pessoas – e, como é comum ocorrer entre os Tikuna, nessas oportunidades eram contadas muitas histórias, algumas anedóticas, outras, simplesmente, reminiscências de um passado vivido ou transmitido nas relações familiares ou comunais.

Como todos ali estavam cientes de que eu realizava um levantamento de dados visando o desenvolvimento do doutorado e como eu mantinha relações de amizade com a maior parte das pessoas que compunham o grupo, já há algum tempo, as nossas conversas comumente rumavam em direção aos temas relacionados às formas de tratamento usadas pelos mais antigos, às restrições alimentares utilizadas nos tratamentos “tradicionais”, aos “remédios do mato”, à formação dos pajés, à negligência do Estado brasileiro com relação à situação de saúde na região etc.

Nesses casos, a prática adotada no desenvolvimento da pesquisa correspondia às anotações em cadernetas, que procurava manter atualizadas desde o início de minha experiência no DSEI-AS. Noutras ocasiões, eu costumava utilizar as gravações em fitas cassete como forma de registro de eventos, como reuniões ou assembléias maiores. Quando desconhecia determinados enunciados presentes nas narrativas, além de uma explicação mais detalhada, solicitava que meus interlocutores fizessem um relato mais pormenorizado ou, até mesmo, que desenhassem o objeto de interesse do diálogo.[59]

---

[58] Em algumas ocasiões lideranças ligadas ao CGTT deslocavam-se da sede da entidade para participarem desses encontros na sede do DSEI-AS.

[59] Em função de este estudo tratar de concepções e práticas tikuna relacionadas ao processo saúde-doença e por reconhecer que a maioria dos meus interlocutores indígenas há um longo tempo

Procurei observar de forma sistemática a consideração de caráter metodológico, apresentada por Oliveira Filho (1999), de que cada pesquisador constrói e negocia as condições individuais de sua pesquisa, frente à complexidade das situações etnográficas amazônicas contemporâneas – para além dos condicionantes coletivos e históricos – devendo descrevê-las com extremo rigor e atenção.

Neste contexto, pude observar de um ponto muito bem situado o movimento relacionado à nova etapa de formação de agentes de saúde entre os índios Tikuna, o que me permitiu analisá-lo sob diversos aspectos, de acordo com as informações contidas em documentos (atas de reuniões, relatórios, cartas, listas etc.) ou, ainda, mediante a observação direta dos fatos.

Como comumente ocorre nas relações sociais nas quais nos envolvemos algumas pessoas, com o passar do tempo, tornam-se mais amigas e, portanto, confidentes especiais. No caso da experiência da convivência diária com os coordenadores e demais funcionários da sede do DSEI-AS, pessoas como Nilson Ramos Lopes – jovem tikuna tikuna com idade um pouco acima de 20 anos, nascido em Umariaçu (Tabatinga) e cujo pai possui laços de parentesco na aldeia São Leopoldo (Benjamin Constant) – e a própria Dionísia tornaram-se interlocutores contumazes e, dessa forma, importantes para a compreensão de diversas questões políticas aparentemente invisíveis ao primeiro olhar.

Por outro lado, em função da confiança que passei a ter em Nilson compartilhava com ele, além de questões que não discutia com outros coordenadores do distrito, tarefas importantes para o funcionamento dos serviços que prestávamos à população indígena do Alto Solimões. Por conta disso, a maioria das pessoas com as quais convivíamos referia-se a ele como “filho do Paulo” e, em contrapartida, ele referia-se a mim como *y’ué* (sogro).

Esse reconhecimento sobre o caráter do Nilson e, sobretudo, com relação à sua capacidade de desenvolver aptidões relativas a atividades tidas como “dos brancos”

---

mantinha-se próxima das cidades da região, ou nelas vivendo – além do fato de eu não dominar apropriadamente a língua tikuna, apesar de entendê-la razoavelmente – recorri à literatura especializada para compor um quadro que pudesse ser analisado e comparado com os saberes da biomedicina. Neste sentido, as leituras dos trabalhos de Nimuendaju (1952), Oliveira Filho (1977, 1988), Erthal (1994) e Camacho Gonzalez (1994a, 1994a) foram fundamentais para a composição deste quadro.

(trabalhos em informática, com contabilidade, compras etc) também despertou a atenção do contador contratado em 2003 pelo CGTT. Da mesma forma que eu, Jair Cardoso – gaúcho da cidade de São Leopoldo, sargento do exército graduado em Ciências Contábeis – fez de Nilson um dos seus principais auxiliares (o outro era Jonas Bastos Gabino, tikuna da aldeia Filadélfia).

Figura 2.4.1 – Nilson Ramos Lopes e Jonas B. Gabino no distrito (Schunemann, 2005).

Aficionado por filmes de ação, principalmente, pelos de artes marciais, Nilson usava praticamente todos os dias uma camisa de cor preta, razão pela qual passou a ser designado em todo o distrito como “Capa Preta” ou, simplesmente, “Capa”. Com ele aprendi muito sobre diversas questões que dizem respeito ao cotidiano das comunidades tikuna e que, comumente, são tratadas como segredos diante de um não-índio.

Num dos seus relatos Nilson[60] me dizia que em 03 de setembro de 2004 havia nascido um filho seu com uma tikuna de Umariaçu. Num final de semana, poucos dias depois dessa data, ele encontrava-se deitado numa rede na casa da sua família em Umariaçu, quando chegou a avó materna da mulher com quem tivera o filho. Depois de

[60] Informação verbal (08/09/2004).

cumprimentar as pessoas presentes na casa a senhora comunicou o nascimento da criança e avisou-lhe que, a partir de então, ele teria que “ajudar o bebê”. Por conta disso ele “comprou mamadeira, leite em pó, sapatinhos, enquanto a sua mãe comprou roupinhas para o recém-nascido”, o que fez com que a senhora partisse aparentemente satisfeita.

Dionísia, por sua vez, relatava muitas situações ocorridas na aldeia Filadélfia e que envolviam disputas em torno do poder comunitário,[61] pelo controle de recursos oferecidos por agência ou programas de apoio às organizações indígenas e, sobretudo, pela possibilidade de negociações diretas com os poderes políticos locais representados pela prefeitura municipal e pela Câmara de Vereadores de Benjamin Constant. Além disso, por estar diariamente na sede do distrito – local que recebia tikuna de várias aldeias – Dionísia dialogava com pessoas de lugares diversificados e, com isso, mantinha-se informada sobre problemas que, muitas vezes, não chegavam ao conhecimento dos dirigentes do CGTT ou dos coordenadores do distrito.

Depoimentos com esses contribuem para o entendimento sobre uma série de questões relativas ao funcionamento do distrito, assim como com relação à situação em que vivem os tikuna vizinhos dos centros urbanos da região, tanto no que diz respeito à dieta que vem tornando-se usual entre um número significativo de famílias quanto às novas formas de relacionamento com o mercado de bens não duráveis. Mas, além disso, ajuda a compreender algumas formas como determinadas questões familiares são resolvidas nesses contextos.

---

[61] Diferentemente de como ocorre numa parte considerável das aldeias do Alto Solimões, nas quais a escolha de caciques ocorre através de acordos entre grupos familiares ou por meio do reconhecimento tácito dos seus habitantes com relação ao papel de lideranças desempenhado por determinados indvíduos, em Filadélfia têm sido adotadas eleições diretas para o “cargo de cacique”.

3. ABORDAGEM HISTÓRICA A RESPEITO DA PRESENÇA TIKUNA NO ALTO SOLIMÕES

3.1 COLONIALISMO E PÓS-COLONIALISMO

As fontes históricas disponíveis não possibilitam a caracterização sistemática e pormenorizada das formas assumidas pelas relações sociais e econômicas, estabelecidas entre os Tikuna do Alto Solimões e os agentes de contato, que representavam diferentes instâncias do poder político, econômico ou religioso, no decorrer dos mais de três séculos e meio de contato.

Por conta dessa incompletude Oliveira Filho (1988), em busca de caracterizar os diversos períodos da história regional amazônica, que envolvem os Tikuna do Alto Solimões, sugere o desenvolvimento de cinco "situações históricas" que seriam caracterizadas pelo predomínio das missões religiosas (aldeamento e catequese); pela criação dos Diretórios dos Índios (1757) com a transformação das missões em vilas; hegemonia da empresa / patrões seringalistas (segunda metade do séc. XIX); integração entre vários interesses e projetos (seringalistas, SPI, guarnição militar) e pela transformação da Amazônia e das áreas de fronteira em "áreas de segurança nacional".

A estas cinco "situações históricas", creio que deva ser acrescentada aquela que corresponde a um período de expansão da economia de mercado globalizado na região.

Reconhecemos como os principais marcos de caráter político e jurídico nos quais se basearam as pioneiras frentes coloniais portuguesas e espanholas na disputa pelo território do Alto Solimões o Tratado de Tordesilhas (1494) e a bula papal de 1506. Posteriormente, os Tratados de El Pardo (1761) e de San Idelfonso (1777) ratificaram os limites entre as coroas espanhola e portuguesa que somente seriam definitivamente demarcados nos séculos seguintes (Camacho Gonzalez, 2006). Sendo assim, por um período de aproximadamente três séculos, os limites da região mantiveram-se difusos

no que diz respeito ao pertencimento aos impérios espanhol e português e, em função disto, foram intensas as disputas imperialistas, acompanhadas de práticas compulsivas de povoamento em forma de reduções, a cargo de missionários, e da escravização da população indígena no lado correspondente ao atual território brasileiro (Zárate B., 2001).

Embora a expedição comandada por Pedro Teixeira – que, em 1639, subiu o Amazonas a partir do Pará[62] e alcançou Quito no Equador – represente para autores como Reis (1959) um marco no processo de expansão colonial portuguesa na Amazônia, durante todo o século XVII as disputas entre representantes das coroas portuguesa e espanhola, pelo controle territorial do Alto Solimões e pela subjugação da sua população autóctone, mantiveram-se ativas e, por vezes, acirradas. Tal situação produziu efeitos nocivos sobre parte considerável dessa população desestruturando suas organizações sociais e / ou, simplesmente, extinguindo-as.

> Chefiava a ação religiosa para a Espanha um dos mais ilustres daqueles dias iniciais do Novo Mundo – o inaciano Samuel Fritz. [...] Os capitães Antônio de Miranda e José Antônio da Fonseca, anos de 1691 e 1697, em ato solene, tomaram posse da região para a Coroa portuguêsa. (Ibid., p. 30)

Ocupava, então, o núcleo dos projetos imperialistas de Portugal e Espanha a intenção de dominar a região, utilizando a força de trabalho indígena na implantação e na defesa das suas bases de sustentação, bem como no extrativismo das “drogas do sertão” e de outros produtos da floresta. Para cumprirem estes objetivos, colonizadores portugueses e espanhóis estimularam – em alguns casos, posteriormente, reprimiram – a propagação de missões religiosas jesuítas e carmelitas, estabeleceram fortificações militares em lugares estratégicos, fomentaram a criação de aldeamentos multiétnicos, impuseram línguas francas como o *nhengatu* e o *quechua* e realizaram constantes expedições escravistas nos territórios de ocupação indígena.

---

[62] Algumas fontes indicam como ponto de partida da expedição de Pedro Teixeira Cametá, no baixo Tocantins, ao passo que outras do Gurupá no Amazonas abaixo do Xingu. Acuña menciona só os “confins do Pará”, enquanto Laureano de la Cruz, escrevendo em 1651, menciona Gurupá, no que é seguido por muitos historiadores (Marcoy, 1995).

A atual configuração territorial e o perfil da ocupação humana na região do Alto Solimões resultam, portanto, de um longo e complexo processo histórico que remete a meados do século XVII, quando religiosos, militares e comerciantes vinculados aos projetos coloniais dos impérios português e espanhol confrontavam-se pelo domínio da região. A partir destes processos históricos, os atuais municípios integrantes do Alto Solimões foram aos poucos se configurando, guardando em comum o fato de, originalmente, terem sido centros de atividades missionárias, militares e/ou comerciais relacionadas ao projeto colonial português.

> As origens do município de Amaturá estão ligadas a de São Paulo de Olivença que remonta à missão de São Paulo Apóstolo, fundada pelos jesuítas que catequizavam os índios da bacia do rio Solimões, em fins do século XVII. Passadas as disputas entre espanhóis e portugueses para domínio da região, com a vitória destes últimos, a antiga missão de São Paulo Apóstolo, depois aldeia de São Paulo dos Cambebas, vem a ser sede de município, desmembrado de Tefé e com a denominação de São Paulo de Olivença. O território destes experimenta vários desmembramentos dando origem aos municípios autônomos de Benjamim Constant e Santo Antônio do Içá. Em 1968 é enquadrado como Área de Segurança Nacional. Em 10.12.1981, pela Emenda Constitucional nº 12 o seu distrito de Amaturá é desmembrado, passando a constituir, junto com território adjacente desmembrado de Fonte Boa, o município autônomo de Amaturá [...] (Amazonas, 2006).

As primeiras notícias sobre a presença de tikuna na região do Alto Solimões resultaram da ação de missionários a serviço da coroa espanhola ainda na primeira metade do século XVII. Dessa época restaram somente fragmentos sobre a história desses ameríndios e as práticas missionárias utilizadas para a "levá-los à civilização".

Nos documentos históricos os Tikuna eram mencionados como habitantes "de terra firme", localizados numa extensa zona que a oeste colidia com os povos Peba e Yagua. Ao passo que, ocupando a margem superior do Amazonas (Solimões), basicamente as ilhas existentes na zona de várzea, os Omágua foram citados pelo padre Samuel Fritz, em meados do século XVII, como a mais *"numerosa e dilatada tribu"* e entre *"todas as tribus amazônicas (...) a que se mostrou mais permeável á cultura"* (Garcia, 1917).

> [...] desde la conquista, los Ticuna mantuvieron contatos culturales con misioneros y comerciantes. Cristóbal de Acuña en 1641 hace mención de los Ticuna cuando describe a los Omágua sus tradicionales enemigos. Samuel Fritz en 1691 y Ribeiro Sampaio en 1776 mencionan a este grupo. Antes de la conquista, los Ticuna tenían varios enemigos, siendo los más hostiles los Omágua. (Chirif, Mora, 1976)

A demanda colonial por mão-de-obra, as disputas militares entre os impérios português e espanhol, as ações devastadoras que as "tropas de resgates" empreendiam nas suas tentativas de captura de índios para o exercício do trabalho escravo, além das contínuas epidemias de sarampo e de varíola causaram ampla destruição entre os povos habitantes das zonas de várzea, sendo o povo Omágua, uma das principais vítimas nesse cenário.

Com a pulverização da presença deste grupo na zona de várzea, os Tikuna – atraídos por missionários ou pelos comerciantes – passaram a estabelecer-se em diversos assentamentos naquele espaço, desencadeando um novo processo de adaptação social e ecológica por parte de um contingente considerável de sua população. Tal dinâmica demográfica evidencia-se através das formas de ocupação espacial presentes entre estes ameríndios que, para distintas épocas, caracterizavam situações de seminomadismo e de concentração de grupos de parentesco (clãs)[63] em grandes malocas (Cf. Figura D.1, Anexo D, p. 235; Figura M.1, p. 261). Situações estas transformadas pelas ações desenvolvidas por missionários espanhóis, portugueses e italianos, que estabeleceram reduções e promoveram a catequese e a exploração da força de trabalho indígena, facilitando, desse modo, a posterior instalação dos *neo-brasileiros* nas margens do Solimões (Nimuendaju, 1952).

Dessa forma, a transformação do estado de seminomadismo entre os Tikuna foi incrementada, sobretudo, pela atuação missionária que, paralelamente à promoção da catequese, impunha modelos de produção agrícola, até então, desconhecidos por aqueles índios, tornando a sobrevivência entre eles precária, na medida em que se

---

[63] Segundo Nimuendaju (1952), os Tikuna viviam em malocas plurifamiliares que, apesar de distantes umas das outras, conformavam um sistema regido por alianças matrimoniais. Para um maior aprofundamento sobre os clãs ("nações") tikuna, consultar os textos de Oliveira (1964, p. 61-67), Oliveira Filho (1988, p. 108-117) e Camacho Gonzalez (1996).

ampliavam as suas necessidades de troca e de consumo de produtos não mais produzidos (ou obtidos) de forma autônoma.

> A conquista da população ameríndia para a civilização ocidental foi o objeto do primeiro ciclo amazônico, realizado pela santificadora obra espiritual dos abnegados missionários Franciscanos, Jesuítas, Mercedários, Beneditinos, Capuchinhos, e de várias outras congregações religiosas (Reis,1959, p.7-8).No decorrer da segunda metade do século XIX, no entanto, e especialmente nos seus últimos anos, as terras que margeavam o Solimões e situavam-se próximas às bocas dos igarapés e dos canos dos lagos, por serem estratégicas para o controle e a exploração da força de trabalho indígena nos seringais nativos interiores à mata, passaram a ser objeto de cobiça dos novos patrões seringalistas "neobrasileiros" (Nimuendaju, 1952, Oliveira Filho, 1988).

Assim como outros povos que viviam na região do Alto Solimões, os Tikuna também foram atingidos pelo desenvolvimento do processo de colonização, incrementado a partir da segunda metade do século XVIII.[64] As relações econômicas e sociais que os envolveram se deram, no entanto, de forma peculiar. Possivelmente em função dos seus contínuos deslocamentos pelo interior da floresta, em geral provocados pela ameaça correspondente à presença dos colonizadores nos espaços por onde circulavam, puderam assegurar melhores condições de sobrevivência do que aquelas a que foram submetidas outras etnias (Nimuendaju, 1952).

[64] Em 1755, Pombal, atendendo às recomendações de Francisco Xavier Mendonça de Furtado – de quem era irmão – estabeleceu a Companhia do Grão-Pará e Maranhão, fato que alteraria a dinâmica da colonização na Amazônia. Além disso, criou decretos que suprimiam a autoridade secular dos jesuítas sobre os índios, declarando-os "homens livres" (Maxwell, 2001)

3.2 HEGEMONIA E DECLÍNIO DA EMPRESA SERINGALISTA

Desde o final do século XIX e durante toda a primeira metade do século XX, os Tikuna foram compulsoriamente acionados como força de trabalho pela empresa seringalista que se instalara na região do Alto Solimões, num processo histórico descrito por antropólogos – como Nimuendaju (1952), Oliveira (1964), Oliveira Filho (1988) – e por alguns de seus próprios líderes – como Pedro Inácio Pinheiro (2001), Nino Fernandes (Informação verbal),[65] Paulino Manoelzinho Nunes (Informação verbal),[66] Adércio Custódio Manoel (Macedo, 1996) – como marcado pela violência física e pela sistemática exploração de sua força de trabalho.

Tal processo de "domesticação", promovido pelos patrões seringalistas, que incluía a atração e o convencimento por intermédio da oferta de mercadorias (Souza, 1874) – "trocadas" por produtos ou serviços – e configurava uma situação histórica que continha traços característicos das práticas de atração anteriormente desenvolvidas pelos missionários naquela região.

A "economia dos barracões" caracterizava-se, fundamentalmente, pela exploração intensa da mão-de-obra indígena, através de um regime de trabalho compulsório baseado no endividamento dos "tikuna fregueses" com o barracão dos "seus" respectivos "patrões" seringalistas, como esclarecem Nimuendaju (1952), Oliveira (1964), Oro (1973) e Oliveira Filho (1988) em seus trabalhos etnográficos. Desse modo, os valores correspondentes às mercadorias vendidas nos barracões e às jornadas de trabalho dos tikuna que extraíam o látex nos seringais eram definidos de forma unilateral pelos "patrões" e no qual toda produção indígena era controlada por esses mesmos sujeitos, a manutenção de uma situação de endividamento por parte daqueles índios era acionada como justificativa para a exploração de sua força de trabalho e do território que ocupavam e, inclusive, para a aplicação sistemática de castigos.

---

65 Anotações relativas a diálogos ocorridos em 2003 e 2005.

66 Anotações de conversas ocorridas em 18/01/2006.

O controle territorial que os patrões seringalistas exerciam sobre vastas áreas da região do Alto Solimões tinha como bases as bocas dos igarapés onde habitava grande parte da população tikuna, situação que lhes possibilitava impor uma espécie de regime jurídico informal, porém vigoroso, no qual "as leis" buscavam atender exclusivamente à reserva de mercado e ao monopólio de toda a produção indígena. Os recursos sistematicamente acionados para darem vida a esse sistema continuavam sendo, como outrora ocorrera durante a colonização portuguesa, baseados em tentativas de convencimento da condição de inferioridade dos tikuna, através do menosprezo aos seus valores diversos e à aplicação exemplar da violência.[67]

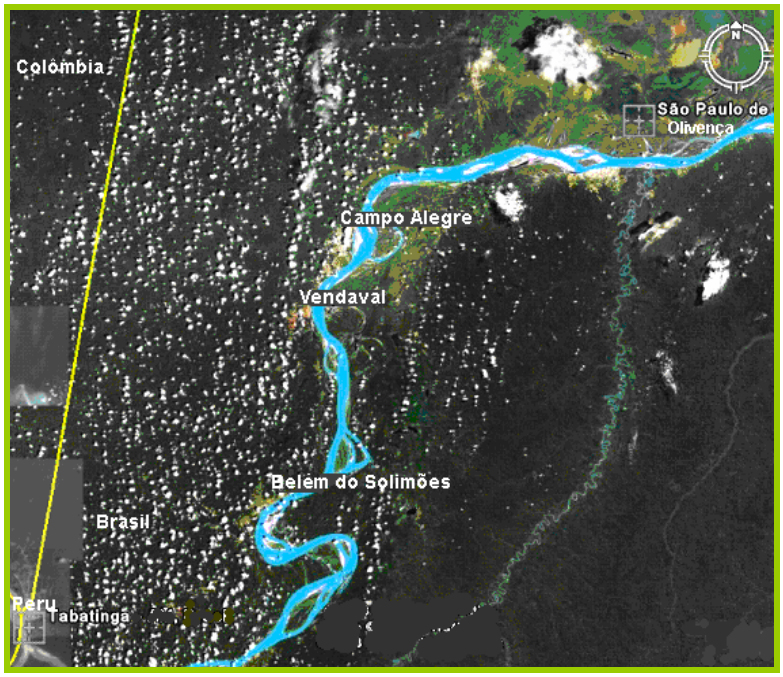


Figura 3.2.1 – Assentamentos tikuna de Belém do Solimões, Vendaval e Campo Alegre (adaptação sobre imagem de satélite, Google Earth, 2008).

As marcas desse período encontram-se vivas e entremeadas em diversos relatos míticos, visto que, conforme sustenta Oliveira Filho (1999, p. 30), entre os Tikuna, a lógica do conflito (étnico e de classe) remete os atos vivenciados no plano dos

[67] O antropólogo Michael Taussig (1993) discute a questão do terror a partir da descrição de situações marcadas pela violência exacerbada contra índios, nos seringais explorados pela Casa Arana, no rio Putumayo (Colômbia).

acontecimentos históricos ao tempo da mitologia e das origens. Assim, por exemplo, em meio a um "relato mítico"[68] coletado pelo antropólogo Camacho Gonzalez entre *abuelos* tikuna de comunidades localizadas em território colombiano consta um depoimento que constitui uma passagem histórica revivida:

> *Mi madre murió de viruela, muy joven, cuando yo recién nací.*
> *Fue en la época de la esclavitud en las chucherías, de los Mafra en la parte del Brasil y de los Arana aquí en el trapecio.*
> *(…) Era tiempo de luna llena, pero esa vez no había alumbrado / tawé mánè /; nadie en la comunidad pudo ayudarla tocando el tambor, porque el capataz del patrón no los dejaba; ellos sólo estaban preocupados por el caucho.*
> *A los patrones caucheros no les gustaba que las familias le dedicaran tiempo al cultivo y cuidado a las chagras, o que se fueran a pescar; ni hacer los bailes tradicionales; ni nuestras bebidas. Nada que no fuera trabajar para ellos sacando caucho en el monte. Tenían que salir escondidos, para que no los viera el capataz y no los castigara el patrón. En ese entonces a nosotros, los indígenas que vivíamos en estas tierras, nos trataban como esclavos* […] (1995, p. 23-24).

Os Tikuna[69] encontravam-se, desse modo, submetidos ao poder dos patrões seringalistas, que proibiam a realização das festas tradicionais relativas a determinados ritos de passagem,[70] a produção e o consumo de bebidas tradicionais, a realização de trabalhos comunitários e o contato com qualquer pessoa sem sua prévia autorização. Entretanto, para aqueles índios que se mantiveram arredios, estas práticas permaneceram estreitamente associadas a estratégias de sobrevivência nas matas circunvizinhas às cabeceiras dos igarapés (Faulhaber, 2004), o que assegurou a manutenção e a transmissibilidade de práticas, de certos comportamentos[71] e

---

[68] Para Bensa (1998, p. 52), as narrativas que os antropólogos apresentam como "mitos", "[...] muito aquém das meditações transculturais que podem inspirar, participam de maneira inteiramente pragmática de uma micro-história social conhecida pelo narrador e por seus ouvintes".

[69] Em geral, a mão-de-obra indígena utilizada nos seringais, assim como nas atividades de pesca e caça, compunha-se por homens em idade produtiva, o que, provavelmente, possibilitou a preservação de certos traços culturais pelos mais velhos – principalmente por aqueles que dominavam determinados tipos de saberes, como os xamãs – e pelas mulheres, que se mantiveram distantes do sistema produtivo dos seringais.

[70] Sobre alguns dos mais significativos ritos de passagem tikuna, consultar Nimuendaju (1952), Oliveira Filho (1988) e Camacho (1995, 1996)

[71] Para Fredrik Barth "o mundo social não é perfeitamente integrado e os sistemas de normas são fraturados por incoerências". Sendo assim, sustenta que "um comportamento não é a conseqüência mecânica da obediência a uma determinada norma". De tal modo, o observado empiricamente não pode

conhecimentos de longa duração, por intermédio dos quais a sua identidade étnica se manifesta – como as atitudes de reciprocidade entre parentes, as narrativas míticas, o trabalho coletivo empregado em algumas atividades, o ritual de iniciação das adolescentes púberes à vida adulta (“festa da moça nova”), o uso do idioma próprio e certas práticas xamânicas (Oliveira, 1964; Oliveira Filho, 1988; Camacho Gonzalez, 1995) – mesmo tendo sido sistematicamente ameaçados pelas constantes perseguições e castigados com violência.

Por outro lado, os homens mais velhos ou aquelas pessoas que, por algum outro motivo – como o adoecimento, por exemplo – tivessem sido consideradas inabilitadas pelos patrões seringalistas, permaneciam nos altos dos rios e igarapés distantes das margens dos Solimões, onde se dedicavam aos seus cultivos, preservando, dessa maneira, aspectos centrais da história e da cultura tikuna (Faulhaber, 2004)

Em tais condições, parte considerável da população Tikuna confrontou-se com a transformação dos seus espaços de sobrevivência, que passaram a ser ocupados como assentamentos voltados para a produção agrícola de subsistência e para a otimização do acesso a alimentos e a matérias-primas, cujo destino final era o barracão do patrão.

A superação dessa “situação anômala” (cf. nota 56, p. 62) envolveu diversos processos sociais, políticos e econômicos, porém, três fenômenos podem considerados nas suas inter-relações como aqueles que contribuíram de forma mais significativa para o declínio da economia dos seringais, transformando as relações econômicas e sociais que a caracterizavam.

O primeiro deles refere-se ao movimento messiânico que teve origem, em 1971, com a chegada de Francisco José da Cruz (“Irmão José”) no Alto Solimões, evento que mobilizou um grande contingente de famílias tikuna, que formaram comunidades em torno das “cruzes plantadas” pelo religioso no processo de propagação da seita da Santa Cruz na região.[72]

Segundo Oliveira Filho (1977) e Oro (1978), a atuação do Irmão José causou um impacto muito grande entre os Tikuna, resultando na transformação de diversos padrões

---

ser considerado como “costumes”, mas sim, como “casos de comportamento humano.” (Rosental, 1998, p. 155)

[72] Sobre o Irmão José e o Movimento da Santa Cruz entre os Tikuna do Alto Solimões, consultar Oro (1978, 1989).

culturais, políticos e econômicos que orientavam a organização social desse grupo. Além disso, a adesão de um grande número de famílias tikuna ao "Movimento da Santa Cruz" resultou no redimensionamento das formas de ocupação do território indígena.

Inicialmente, o Movimento da Santa Cruz foi utilizado pelos patrões seringalistas, que passaram a assumir os cargos de diretores da seita, buscando, por meio deste expediente, reforçar o domínio sobre os tikuna (Oro, 1978; Oliveira Filho, 1977). Como nesta época a produção do látex já não encontrava mercado que possibilitasse um retorno financeiro razoável, a expropriação de todo e qualquer tipo de produção tikuna apresentava-se como alternativa para a continuidade daquele sistema de exploração.[73] Todavia, como contrapartida a esta tendência, a experiência de mobilização coletiva gerada com o surgimento da corrente humana em torno do Irmão José parece ter sido fundamental para o processo de liberação dos territórios próximos ao lugar de origem dos tikuna.[74]

O segundo fenômeno diz respeito à mobilização de líderes tikuna – que habitavam aldeias situadas numa extensão territorial próxima ao lugar mítico relacionado à criação dos seus antepassados[75] – contra alguns dos seringalistas que controlavam aquela região, mobilização esta que teve um importante papel no processo de ruptura no regime do barracão:

> Havia lido num dos meus cadernos de anotações alguma referência ao processo de retomada das áreas tikunas do controle dos patrões no município de SPO (São Paulo de Olivença). Numa assembléia que aconteceu no Ribeiro no final de 2000 o tikuna Juvenal disse que o Cajari figurou entre as primeiras áreas livres dos patrões (da família Mafra). Hoje perguntei ao Paulino (Otawari / CGTT) sobre o Juvenal e ele explicou que o mesmo já não mora na aldeia, mas, sim na "beira do rio". Além disso, acrescentou, que ele era irmão do Manduca (capitão da aldeia Cajari I). Quando lhe disse sobre o comentário feito pelo Juvenal no Ribeiro em 2000 Paulino começou a relatar como se deu a "desocupação da área". Naquela época (o filho dele que hoje tem 24 anos estava com 6 meses) existia um barco grande em Vendaval (Aldeia

[73] Bosi (1992, p. 20) destaca a lucidez de Marx, para quem "[...] quando é aguçado o móvel da exploração em curto prazo, implantam-se nas áreas colonizáveis estilos violentos de interação social".

[74] Nimuendaju (1952) descreve a maloca clânica (cf Figura D.1, Anexo D, p. 235) como a habitação tradicional tikuna que precedeu a adoção do padrão arquitetônico das residências dos "neo-brasileiros" regionais. Sendo assim, inferimos que a experiência de "vida comunitária" decorre da combinação entre as ações missionárias, a economia dos barracões e a expansão da seita da Santa Cruz entre os Tikuna.

[75] Ver fragmentos de estórias tikuna no Anexo H, p. 240-245.

> próxima à Cajari I) que transportava até 80 pessoas. Esse barco foi usado para transportar os cerca de "20 pais de família" – entre os quais estavam Paulino, Manduca, Juvenal. [...] "Primeiro foi em Vendaval", onde desalojaram todas as coisas do patrão, destruíram seus imóveis, abateram seus animais. Depois foi no Cajari [...] no outro dia, no Assacaio e depois no Ribeiro. Pedro Inácio (ex-Capitão-Geral do CGTT) permaneceu em Vendaval comunicando-se com a FUNAI [...] (Informação verbal).[76]

O terceiro fenômeno a contribuir para a superação da economia dos seringais e para o enfraquecimento do domínio dos patrões seringalistas sobre os Tikuna resultou da atuação do Estado nacional brasileiro na região, através do SPI e da FUNAI, ao longo de aproximadamente 40 anos. Tal fato viabilizou a abertura de um canal de comunicação, embora permanentemente obstruído por interferências políticas entre aqueles índios e o governo brasileiro. Em decorrência disto, teve início um lento e gradual processo de superação da situação de isolamento e de sujeição que os patrões seringalistas imputavam àqueles índios.

Embora a atuação da FUNAI entre os Tikuna tenha se pautado por ações esporádicas e assistencialistas – desde a inauguração da representação regional da instituição, no decorrer da década de 1970, até os dias atuais, em que é administrada por um ex-professor e ex-vereador tikuna[77] – sua presença na região contribuiu para o enfraquecimento do poder político tradicional exercido, anteriormente, quase que exclusivamente nas mãos dos seringalistas.

O depoimento do líder tikuna Pedro Inácio Pinheiro é citado a seguir, em função de amalgamar os três fenômenos relacionados à superação da economia dos barracões na região do Alto Solimões:

> Bom, esse tempo né?... Isso foi em 1950, eu fiquei só, dentro do Igarapé São Jerônimo. Minha mãe faleceu. No tempo do patrão... Aí o patrão me pegou lá no igarapé e me trouxe prá casa do patrão. [...] Eu vi muitos

---

76 Anotações feitas em 18/01/2006 na cidade de Benjamin Constant.

77 A chegada de Davi Cecílio Félix, da aldeia Feijoal, à função de responsável pela Administração Regional da FUNAI em Tabatinga, resultou de uma intensa mobilização de lideranças tikuna e cokama, iniciada em 2003, no âmbito do DSEI-AS. No entanto, apesar de seu importante significado simbólico – em função de um tikuna ter substituído um sertanista civilizado que ocupava o cargo há cerca de 20 anos – sua efetivação deu-se somente após a expulsão do candidato indicado numa assembléia representativa anterior, que contou com a participação de lideranças e vereadores tikuna, cokama e cambeba, e que não correspondeu à desejada democratização da gestão do órgão.

> dos Ticuna da minha família, não só da minha família, de vários Ticuna, que o patrão prejudicava o povo Ticuna nesse tempo. Pegava o produto dos Ticuna, que eles levavam pro patrão vendê, como: borracha, sorva, pele de animais, carnes... E o patrão se enriquecia com esse produto. Aproveitava e mandava o Ticuna a soldar [saldar, pagar] o que devia pro patrão ficá mais rico. [...] já em 72, que o Religião da Cruz chegou nessa época. Foi em 72 que o irmão José tinha passado lá em Vendaval. Nesse tempo que o tio de minha esposa foi lá na Colômbia, onde a gente mora [morava] e dizendo que chegou o Mesias, o pai, Yoi, e contando história, muita coisa. Nós penssamo, quem será isso, como aconteceu? E vamos vê o que está acontecendo. Aí, nisso voltamos pra Vendaval. Quando a gente chegou na comunidade Vendaval. [...] porque aí era um campo de gado do patrão [...] O patrão tinha pego a Cruz, plantou, né? ... aí ficou com o povo, pra amançá o povo pra trabalhá pra ele, né? [...] de 75 prá diante, aí eu vi a continuação do problema que prejudica os Ticuna, né? [...] E a gente se localizávamos com dez pessoas a remo, até [...] Umariaçu. Naquele tempo o capitão daqui de Umariaçu era Paulo Cruz, né? [...] ele disse: [...] A Lei que estava vigorando na Constituição, o direito dos povos indígenas, chama Legislação: Estatuto dos Índios, na época, né? [...] Então quando cheguei em Vendaval de novo, né? [...] Aí nesse tempo eu fiquei encarregado de sê o capitão da comunidade. Expliquei pro patrão, dizendo: - Olha, hoje em dia... aquele tempo passado, você comandava a gente, mandava trabalhá, [agora] a gente vai trabalhá se a gente quizé. Não temos mais patrão. Nós já vamos ficar livre. [...] A gente vai vende, não só pra você. Porque a terra vai sê dos Ticuna. [...] (Pinheiro, 2001).

A superação da “economia do seringal” inseria-se, assim, num processo histórico marcado pela ocorrência de transformações econômicas em vários pontos da Amazônia, que levaram-na a contribuir em escala crescente para a acumulação de capital no centro-sul do país e no exterior. Assim sendo, esta região ao mesmo tempo em que produzia para os mercados, regional, nacional e internacional, tornava-se um mercado em expansão para os produtos industriais originários do centro-sul e do exterior, principalmente.

> Sitiantes, caboclos, posseiros, colonos e índios, além dos latifundiários, fazendeiros e outros, em diferentes gradações, são incorporados no mercado que o capital industrial faz estender-se e diferenciar-se, continuamente. A expansão gradativa do mercado, que vinha ocorrendo nas décadas anteriores, acelera-se bastante desde que a SUDAM, BASA, INCRA, FUNAI e outras agências do governo passam a funcionar, induzir e dinamizar o desenvolvimento das relações capitalistas de produção na região. Pouco a pouco, ou de repente, o consumo de produtos manufaturados passa a ser importante, ou

> essencial nos centros, margens, lugares, vilas, núcleos indígenas. (Ianni, 1979, p. 73) (grifos meus)

Embora a instalação da FUNAI na Amazônia seja considerada um importante instrumento da política econômica da ditadura militar para a dinamização do capitalismo na região (Ianni, 1979) – situação que, em tese, contrariaria os interesses dos povos indígenas locais – é lícito presumir que, com a fixação da representação deste órgão no Alto Solimões, fortaleceu-se a mobilização dos líderes tikuna no Alto Solimões, sendo, justamente, a partir desse processo que passaram a ocorrer alguns dos primeiros treinamentos de indígenas para atuarem na área da saúde.

3.3 ECONOMIA, SOCIEDADE E IDENTIDADE TIKUNA

A diversidade característica da ocupação e da distribuição da população tikuna no Alto Solimões nos impede de classificá-la de acordo com padrões populacional ou ecológico uniformes, embora prevaleçam nos seus assentamentos formas de organização social e política que gravitam em torno de núcleos familiares e vicinais (Oliveira, 1964; Oliveira Filho, 1977; Camacho Gonzalez, 1996).

Comumente, a divisão político-administrativa tem sido acionada para caracterizar a região do Alto Solimões. Há, porém, que se considerar o fato de autores como Porro (1996) e Steward, Meggers, Lathrap, Roosevelt, Carneiro (Zárate B., 2001) fundamentarem seus estudos a ela relacionados a partir da distinção espacial-ambiental entre várzea e terra firme, pois, conforme afirmam, tal diferenciação é fundamental para a compreensão das peculiaridades que caracterizam a adaptação das sociedades indígenas e das populações ribeirinhas nestes ambientes.[78]

De uma forma geral a economia tikuna baseia-se na agricultura familiar de subsistência praticada em roças construídas através da técnica da coivara. Tais roças podem estar localizadas em locais de várzea ou de terra firme e, dependendo, da sua localização o seu tamanho pode variar. Normalmente, as roças localizadas na terra firme abrigam culturas que demandam um tempo maior para a colheita – como macaxeira, mandioca, banana, abacaxi, a cana etc. – enquanto nas de várzea predominam aquelas que podem ser colhidas num período mais curto, em função do regime de cheia dos rios, a melancia, alguns tipos de feijão etc.

Há outros espaços utilizados pelos Tikuna para a produção da sua subsistência, como a capoeira e o quintal. Segundo Erthal (CGTT, DSEI-AS, 2004, p. 30-1) "[...]

---

[78] De acordo com Zárate B. (2001, p. 232), a região compreendida entre as desembocaduras dos rios Napo (Peru) e Negro (Brasil) pode ser diferenciada em dois grandes habitats, que correspondem, respectivamente, à "terra firme*", "una zona no inundable dispersa en las partes altas de los grandes interfluvios amazónicos (Putumayo-Amazonas: Yavarí-Amazonas) [...] la zona de várzea, ubicada en las riberas de los grandes rios, principalmente el Amazonas, y sujeta a inundaciones periódicas"*.

capoeira é uma unidade de paisagem remanescente do roçado, ou seja, um espaço de manejo de vegetação perene que foi plantada junto com o roçado [...]", onde há árvores frutíferas, "remédios do mato", fibras e cipós – usados na produção de utensílios domésticos e de artesanatos para o comércio – pequenos animais etc. Enquanto, o quintal "[...] é uma unidade de paisagem adjacente à casa de moradia, um espaço de manejo de recursos vegetais e animais". Nele, encontram-se árvores frutíferas, plantas medicinais, temperos etc. A autora destaca a importância do quintal por tratar-se da "[...] unidade de paisagem de primeira abordagem no fornecimento de alimentos e remédios, portanto de grande importância no cuidado com a saúde promovido pela família".[79]

Dados recentes (DSEI-AS, 2004) indicam que os Tikuna encontram-se localizados em cerca de 130 assentamentos no Alto Solimões, distribuídos por seis municípios, totalizando, aproximadamente, 38 mil habitantes. Estes assentamentos diferenciam-se entre si em decorrência de variados fatores que dizem respeito às relações mantidas com as áreas urbanas mais próximas; ao acesso aos recursos naturais e à apropriação dos mesmos; ao nível de concentração humana assentada no interior dos limites físicos e políticos das aldeias; à disponibilidade de terras férteis para a produção agrícola; ao acesso aos serviços de saúde; à presença de escolas nas aldeias; à disponibilidade de transporte para o escoamento da produção e o deslocamento de pessoas; à circulação de moeda etc.

Oliveira Filho (1999, p. 84) defende que os estudos sobre os Tikuna devem considerar o papel central desempenhado pelos mitos na visão de mundo desses índios. No seu entendimento, "sem a crença nos imortais, seria impossível entender os fluxos migratórios e os diferentes tipos de expectativas geradas pelos brancos", razão pela qual recomenda aos estudiosos destes indígenas que não dissociem mito e história. Segundo este antropólogo (Ibid, p. 105-6), existe, de fato, para este povo, um relacionamento específico com a tradição, um sistema de crenças no qual os costumes devem ser explicados por intermédio de acontecimentos do passado e descritos por meio de narrativas míticas, já que os Tikuna buscam indicar as causas para os variados

[79] Com a ampliação das áreas ocupadas por assentamentos tikuna as roças são feitas em lugares cada vez mais distantes das residências, o que resulta em condições de trabalho mais sacrificantes, em função do tempo de deslocamento, do tipo e da quantidade de alimentação consumida na roça, de riscos de acidentes, como as picadas de cobras, pancadas com galhos em queda etc.

costumes e crenças, “[...] imaginando que isso possa ser feito por um raciocínio de tipo etiológico em princípio acessível a todos”.

Na descrição que estes ameríndios fazem sobre a origem de tudo o que existe, os protagonistas são seres imortais, portadores de características humanas e poderes sobrenaturais, capazes de transformarem-se em animais e de mudarem de tamanho, vivendo num tempo não-linear situado entre referências existentes entre um passado remoto não-cronológico e um presente nele mergulhado.

A narrativa inicia-se com uma referência ao tempo em que “[...] a terra ainda estava se formando” e “[...] as pessoas imortais (*ü-une*) cresciam muito depressa”. Justamente nesse tempo, os descendentes de *N’gutapá* e *Mapana* – *Yoi*, *Mowatcha*, *Ipi* e *Aicüna* – surgiram e logo se desenvolveram, dando continuidade ao processo de criação do mundo e dos seres que o habitam atualmente.

> [...] Antes do mundo existir, *N’gutapá* já existia. Ele não teve pai nem mãe. *Mapana,* a mulher de *N’gutapá*, se criou junto com ele [...] No lugar onde esses quatros se criaram é onde ficava a montanha *Taiwegüne*. É no igarapé *Tonetü* (São Jerônimo). Naquele tempo a terra ainda estava se formando. O mato era baixinho e o rio tinha pouca água. Lá eles viviam [...] Desde que as cabas ferraram, seus joelhos começaram a inchar [...] Quando anoiteceu, *N’gutapá* começou a sentir muita dor nos joelhos [...] Depois de uma semana, os joelhos cresceram. Começaram a ficar transparentes e aparecia o que tinha lá dentro. Ele olhou e num dos joelhos viu duas pessoas. No outro viu duas pessoas. No dia seguinte, *N’gutapá* já podia enxergar num joelho um rapaz fazendo sua zarabatana e uma moça tecendo um *buré* (tipo de cesto). E no outro joelho a mesma coisa [...] passou mais um dia e os joelhos se abriram [...] de seus joelhos saíram dois homens com suas zarabatanas e duas mulheres com seus cestos. Do joelho direito, pulou *Yoi* e sua irmã *Mowatcha* e do esquerdo Ipi e sua irmã *Aicüna* [...] Passaram-se alguns anos. Naquele tempo, as pessoas imortais (*ü-une*) cresciam muito depressa. Por isso, os filhos de *N’gutapá* logo ficaram grandes [...] (Índios Tikuna, 1985, p. 67).

Portanto, de acordo com uma explicação exclusivamente fundamentada nas narrativas tradicionais integrantes do universo ideológico tikuna, a formação do mundo teria se dado de modo simultâneo ao aparecimento dos heróis *N’gutapá* e *Mapana*, o que explicaria – através de uma hipotética “genealogia mítica” – a presença daqueles índios na região. Conforme afirma Faulhaber (2004), as narrativas referentes ao tempo mítico de existência do povo Magüta – não datado cronologicamente, representado

miticamente em coexistência com o tempo das atividades regulares – aludem de forma recorrente ao que ocorria “naquele tempo”.

> [...]*Tetchi aru ngü’ü*[80] jogou a borra do jenipapo no igarapé *Evare*. Depois essa borra apareceu transformada em piracema.[81] *Yoi* tinha feito um cercado no igarapé, para esperar a piracema [...] No dia seguinte, foi até o igarapé ver se os peixinhos já tinham aparecido. Viu muitos peixes [...] *Yoi* queria pescar aqueles peixes para que eles se transformassem em gente. Queria pescar seu povo. Foi então buscar uma fruta de tucumã para usar como isca. Mas coma fruta de tucumã ele não conseguiu pescar gente. Os peixes se transformavam em animais. Pegou queixada, porco do mato, todos com o seu par, sempre macho e fêmea. Vieram muitos animais. Então *Yoi* pensou que para pescar gente ele precisaria arranjar outra isca. Aí experimentou com macaxeira e os peixes que saíam logo se transformavam em gente. Assim pescou muita gente [...] Aí disse *Yoi* para *Tetchi aru ngü’ü:*
> Tome o anzol. Venha pegar seu macho.
> Antes de *Tetchi aru ngü’ü* encostar o anzol na água, o peixinho pulou e pegou a isca. Saltou para a terra e virou gente. Era Ipi [...]
> Está bem, mas agora você vai pescar o seu povo – disse Yoi.
> Ipi pescou muita gente, mas eram todos peruanos.
> E aqueles que *Yoi* tinha pescado eram Ticuna mesmo. Eram o povo Magüta. Do resto da borra do jenipapo, *Yoi* pescou os negros.
> Depois da pescaria estavam todos juntos.

A expressão *magüta* corresponderia, de acordo com esta lógica, à primeira geração de tikuna que foi pescada por *Y’oi.* Na divisão que estes índios estabelecem para os seres humanos tal geração pertenceria da mesma forma que os *üüne*,[82] ao conjunto dos imortais, ou seja, aos seres portadores de características extraordinárias, sendo os demais seres humanos designados como *yunatü* (mortais) (Oliveira Filho, 1988).

---

[80] *Tetchi aru ngü’ü* (moça do umari) trata-se de uma moça, surgida de um fruto do umari*, que se tornou mulher de Yoi. Segundo Ferreira (1986), umari é a designação comum a duas plantas da família das icacináceas: *Poraqueiba paraensis* e *P. sericea*, árvores de frutos comestíveis, madeira leve, pardo-avermelhada, utilizada em marcenaria e como lenha.

[81] Piracema. “Do tupi *pira’sem*, sair peixe, cardume de peixes; época em que os grandes cardumes de peixes arribam para as nascentes dos rios; época de desova, curso; rumor que fazem os peixes ao subirem para as nascentes.” (Ferreira, 1986, p. 1335)

[82] Em sua pesquisa, Oliveira Filho (1988) registrou a existência de outros significados atribuídos aos *üüne,* como “justos”, por exemplo. Em outro trabalho (1999), no entanto, citou a expressão “encantados” para referir-se ao mesmo termo.

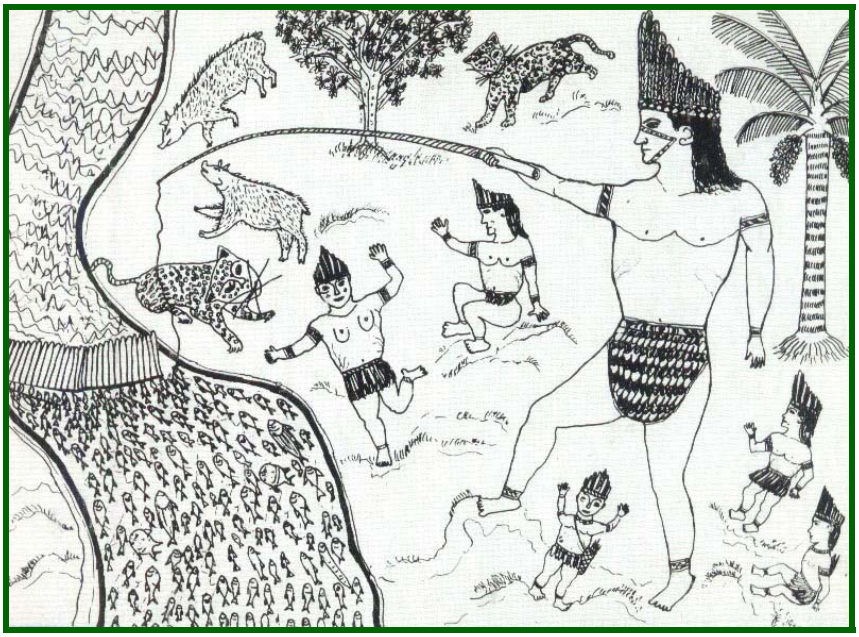


Figura 3.3.1 – *Y'oi* pescando o povo *Magüta* (Pedro I. Pinheiro*,* 1988).

Após pescar os primeiros homens, *Y'oi* ensinou-os como deveriam dividir-se em *nações* (ou clãs); da mesma forma, orientou-os sobre como casar-se entre si, possibilitando-lhes, assim, a geração do povo *magüta* ("pescado no igarapé"), antepassado dos atuais Tikuna. E, a partir do momento que "[...] esses já tinham aprendido todas as instituições da tradição (inclusive o ritual de iniciação), é que surgiram as doenças e a morte, separando-se o mundo superior do mundo onde passaram a viver pessoas iguais aos Ticuna" (Oliveira Filho, 1988, p. 146).

O prolongado contato com a sociedade ocidental não foi capaz de destruir a base da organização social tikuna, que permanece relacionada ao parentesco mítico – como atesta a sua estruturação em metades clânicas de penas (*achiûgü*) e sem penas (*aneaûguü*) – e, sobretudo, à vitalidade cultural do ritual da Moça Nova.[83] Estes fenômenos culturais, através das suas articulações, constituem a essência da resistência étnica tikuna. Nesse sentido, é a solidariedade do grupo de parentesco que permite o compartilhar a nova vida para o mundo.

---

[83] De acordo com Camacho González (1996) na Festa da Moça Nova a jovem menstruante representa o nascimento de uma "nova mulher", um símbolo da continuidade do gênero humano nos sentidos biológico e social. Enquanto permanece em reclusão a menina morre simbolicamente para dar lugar a uma mulher adulta procriadora. São responsáveis por esse processo de "re-nascimento" os "anciões sabedores" e os tios paternos que se encarregam de organizar a festa.

> *El tío paterno de la muchacha Worekü* [palabra tikuna que designa a "Moça Nova"] *representa el clan que ampara y entrega en matrimonio a otros grupos, hará posible que su familia se perpetúe, porque facilitará a sus hermanos varones recibir esposas en reciprocidad. […] La Fiesta hace parte de un sistema de intercambio y contraprestación ceremonial de alimentos y bebidas fermentadas, cuya finalidad es la de fortalecer las alianzas matrimoniales, los lazos de fraternidad y la seguridad psicoafectiva del grupo social.* (Camacho González, 1996, p. xxii)

Cada uma dessas metades subdivide-se em nações ou clãs (*nakaàgü*) que são a base desse sistema, cuja filiação é transmitida por linha paterna, seus membros considerando-se irmãos entre si. Assim sendo, o matrimônio somente seria possível entre nações de metades opostas: com penas – sem penas (ar-terra).

Garça

Onça

Tucano

Figura 3.3.2 – Pinturas faciais representativas de clãs (ou nações) tikuna (Camacho González, 1996, p. 94; 106; 111)

No entanto, determinados aspectos exteriores que identificam as relações de parentesco – como as pinturas faciais utilizadas na Festa da Moça-Nova – mais recentemente, têm sido restringidos pela propagação de seitas religiosas entre esses ameríndios. Nesse mesmo sentido, também atua o mercado que cria necessidades que contribuem para a transformação de padrões sociais comunitários.

Para Deusimar Freire Brasil (2000), zoólogo, especialista em peixes de água doce, que atuou em vários projetos com os Tikuna, a atividade pesqueira na região do Alto Solimões é caracterizada por interesses econômicos imediatistas que não têm qualquer preocupação com a sustentabilidade social e ambiental. Sendo assim, exerce forte pressão sob os ambientes ainda capazes de armazenar um estoque pesqueiro razoável que, no contexto regional, correspondem, principalmente, aos lagos localizados em terras indígenas como as dos Tikuna e as dos índios do Vale do Javari (Atalaia do Norte).

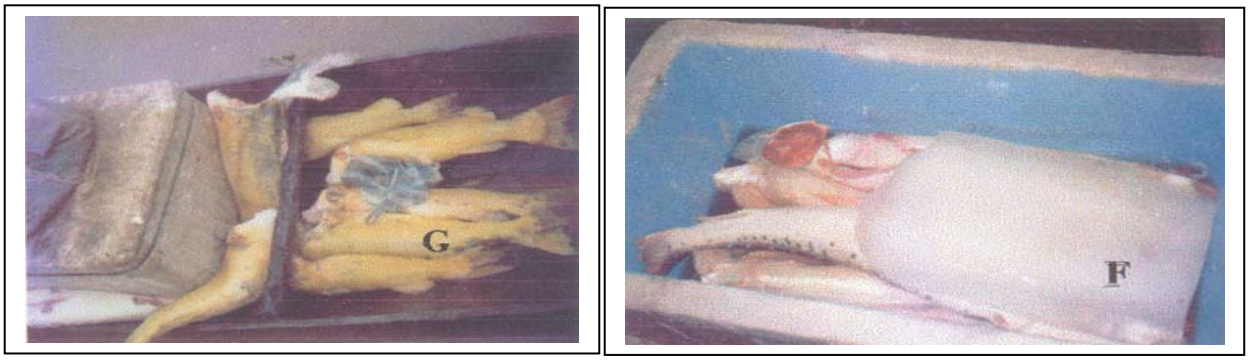


Figura 3.3.3 – Dourada e surubim, de tamanho reduzido, pescados para o comércio com empresário de Letícia (Colômbia) (F. Brasil, 2000, p. 152)

Ullan de la Rosa (2000), no entanto, sugere que a mudança na *ratio* população / território ocorreu sem uma transformação sócio-econômica correspondente, o que gerou um desequilíbrio entre a densidade populacional e os recursos naturais e, em decorrência disto, o seu esgotamento e a sua depredação. Levando em conta tal situação, o autor descreve os caminhos seguidos pelos tikuna: fundação de novas comunidades por segmentação das antigas, desenvolvimento de iniciativas que visam *"transformar los mecanismos depredatórios de obtención de proteína (pesca y caza) por técnicas de domesticación (ganadería y piscicultura)"* e, por fim, a migração para as cidades (Ibid, p. 301). Por outro lado, este autor associa o processo de formação das

aldeias tikuna às ações religiosas conjuntas da "Ordem Cruzada" (seita criada pelo Irmão José da Cruz), das diversas religiões protestantes e, em menor escala, da Igreja Católica. A partir desta constatação,

Erthal e Bruno (DSEIAS, CGTT, 2004, p. 16) consideram que o adensamento populacional, aliado ao esgotamento dos lagos[84] e de outros recursos da floresta prejudica a qualidade da alimentação em algumas áreas.

> A grande circulação de populações externas (atravessadores diversos, comerciantes de quinquilharias estabelecidos nos grandes aldeamentos, transformação de aldeamentos em "bairros" extensivos aos centros municipais, etc.) tem facilitado a entrada de bebidas alcoólicas, a incidência das DSTs, abrindo uma porta a para a Aids.
> A mudança dos padrões de moradia e seus reflexos no meio ambiente tem influenciado de maneira direta os padrões de morbi-mortalidade da população Ticuna. Um outro fator que tem influenciado o crescimento de algumas comunidades (Belém, Umariaçu, Campo Alegre, Feijoal) é o crescimento de uma pesca realizada pelos indígenas, vinculada a grandes atravessadores colombianos, que incentivam um modelo predatório de pesca e uma relação próxima daquela da dívida estabelecida com os antigos patrões. Essas comunidades se tornaram centros de comercialização e de pescado, flutuantes estabelecidos à sua volta, controlando o comércio de peixe, introduzindo também uma circulação intensa de pessoas.

Cruz (2006) sugere que estes indígenas têm convivido com graves problemas ambientais resultantes de intervenções predatórias sobre o seu território. Como exemplos dessas intervenções nocivas, cita as invasões de lagos por pescadores vinculados a interesses empresariais e a ação predatória e indiscriminada de madeireiros. Segundo a autora, depois da demarcação das maiores terras tikuna, em 1993, as invasões diminuíram em alguns locais, mas continuaram acontecendo, principalmente, através da pesca predatória com a participação de alguns tikuna.

Por outro lado, após terem assegurado o domínio jurídico sobre o território que ocupam os Tikuna inseriram-se, de forma mais intensa, nas engrenagens da economia de mercado, principalmente, estimulados por de um movimento que se desenvolve no sentido (e utilizando o discurso) da "geração de renda". Tal situação tem levado ao

---

[84] Camacho Gonzalez (2000, p. 47) chama a atenção para os danos ecológicos causados pelo uso de *barbasco* (*Uu* em tikuna ou timbó em português) – planta cultivada da qual se extrai por maceração um "ictio-toxico" ou veneno para peixes – por *"[...] pescadores inescrupulosos [..] en muchas zonas de la Amazonía, por lo que el uso del barbasco con fines de pesca está prohibido para personas no indígenas"*.

surgimento de associações diversas, cujo objetivo principal é o de gerar recursos monetários de forma “auto-sustentável”, o que nem sempre tem sido alcançado.

Em trabalhos anteriores, discuti a mobilização e a participação política e eleitoral (2000) e a expansão da escolarização (2006) entre os Tikuna. Com o desenvolvimento da presente tese, na qual abordo a expansão da presença dos ASI, observo que estes três estudos convergem num aspecto que se relaciona à questão do assalariamento da força de trabalho tikuna.

De forma diversa ao que ocorria no período de hegemonia da economia dos barracões seringalistas – quando vigorava uma situação de mercado restrito, quase sem circulação monetária e com o monopólio comercial exercido pelos patrões (Oliveira Filho, 1999, p. 30) – tem havido, na atualidade, uma notável expansão do contingente de tikuna assalariados, seja como agentes de saúde, professores, vereadores, auxiliares de serviços gerais etc. Tal situação amplia a circulação monetária entre grande parte da população tikuna e, conseqüentemente, o consumo de produtos oferecidos nos centros comerciais regionais. Entre estes produtos podem ser arrolados aqueles que correspondem aos itens de alimentação, vestuário e medicamentos, assim como os eletrodomésticos em geral.

CAPÍTULO 4 – ENTRE AÇÕES RELIGIOSAS E ESTATAIS O PROTAGONISMO TIKUNA NA SAÚDE

4.1 COLONIZAÇÃO E ESTADO DE SAÚDE

Ao longo do processo histórico que resultou na atual conformação do Estado Brasileiro, os diversos povos indígenas a ele integrados viveram em diferentes épocas sob normas correspondentes a políticas com características específicas: colonizadoras, desenvolvimentistas, modernizadoras, neoliberais – utilizadas por grupos sociais que dominavam e controlavam as estruturas políticas, administrativas e jurídicas de governo – tendo sido, em função disso, obrigados a modificarem os seus modos de vida e, conseqüentemente, as suas organizações e práticas sociais, seus hábitos e crenças.

Durante o desenvolvimento do colonialismo português registrou-se um prolongado período de redução, escravização e extermínio de diversos povos amazônicos e, posteriormente, à medida que tal sistema[85] político, administrativo e econômico propiciava uma forma peculiar de acumulação do capital, desenvolviam-se novas modalidades de exploração da força de trabalho indígena, sistemáticas, intensivas e violentas, cujo objetivo principal consistia na extração sistemática de recursos naturais da floresta.

Considerados os registros históricos referentes aos quatro últimos séculos, constata-se que a Amazônia, o Alto Solimões, assim como a população tikuna referida a este último espaço, além de terem sido envolvidas nos conflitos coloniais, foram

[85] Para Boaventura de Souza Santos (2003), o colonialismo português caracterizou-se como um colonialismo periférico, em função de Portugal ter sido, em certa medida, uma colônia da Inglaterra enquanto colonizava o Brasil. De tal maneira que, segundo ele, o colonizador foi muitas vezes o colonizado interno e, à medida em que se dava o progressivo esvaziamento do seu poder, a partir do século XVII, as elites internas, descendentes de portugueses, passaram a atuar como agentes da colonização.

alcançados por várias epidemias. Como exemplo dessa afirmação pode-se citar a varíola, que difundiu-se na região ainda na primeira metade do século XVII, tendo sido os Omágua[86] severamente afetados por ela. Os Tikuna, por sua vez, possivelmente também foram atingidos, apesar de numerosas famílias encontrarem-se, até certo ponto protegidas nos interiores da floresta, junto às cabeceiras dos igarapés (Nimuendaju, 1952).

Ao referir-se ao crescimento populacional ocorrido na região amazônica em função da colonização portuguesa, Reis (1960, p. 41) assinala que tal fenômeno demográfico "[...] somente fôra grandemente perturbado pelos constantes surtos de varíola e malária. [...] entre 1743 e 1750, vitimados pela malária, haviam falecido 40.000 pessoas". Essas epidemias não impediram, todavia, que aproximadamente 25 anos depois o padre jesuíta João Daniel, baseado na sua experiência de trabalho missionário junto a grupos indígenas amazônicos, propusesse a expansão da educação escolar como o mecanismo "[...] mais proporcionado para civilizar os índios." (Daniel, 1976)

Civilizar significava, no contexto então vivido por aquele missionário, transformar os índios em indivíduos adaptados às formas de produção características do projeto colonizador imposto pela coroa portuguesa na região amazônica. Desta ótica, a educação escolar passava a ser considerada um instrumento de importância fundamental para a promoção da necessária assimilação dos índios às novas lógicas e práticas econômicas, assim como à ideologia cristão-ocidental que lhes era comum.

Os significados atribuídos às diversas concepções que orientavam o desenvolvimento das ações de conversão religiosa de grupos indígenas não eram construídos exclusivamente nestes processos, nos quais se destacavam os missionários católicos que, em geral, produziam reflexões sobre as suas práticas em situações

---

[86] Antonio Porro sustenta que os Omágua migraram do médio para o alto Amazonas, durante o primeiro milênio da nossa era, tendo alcançado o baixo Napo (Peru) nos séculos 9 ou 10 d.C e o alto Napo somente nos séculos 14 ou 15 e que a "catástrofe demográfica" que se abateu sobre esse povo antecedeu a abolição do costume de achatar o crânio – conforme argumenta Marcoy – pois, em 1648, portanto, antes de o jesuíta Samuel Fritz, a serviço da coroa espanhola, e de os portugueses freqüentarem a região, o franciscano "Laureano de la Cruz vindo de Quito para tentar a sua catequese, presenciou uma epidemia de varíola vinda de rio abaixo que em três meses consumiu pelo menos um terço da população omagua". Passados 62 desse episódio Fritz afirmava que os Omagua estavam "desbaratados e quase consumidos". (Marcoy, 1995, p. 98-99)

posteriores ao seu “trabalho de campo”.[87] Um importante papel cabia também aos intelectuais que atuavam nos espaços de produção de conhecimentos científicos, distantes dos rincões nos quais era possível dirigir a palavra aos grupos indígenas. Constituía-se, desta forma, o embasamento ideológico que justificava e guiava a conversão religiosa dos grupos indígenas, um movimento integrado por diferentes atores sociais que partilhavam, à distância, idéias cujos significados conciliavam-se ao projeto colonizador da metrópole portuguesa.

Com o objetivo de converter aqueles ameríndios em trabalhadores adaptados a formas de vida sedentárias – conforme exigiam tanto a produção agrícola necessária à manutenção e ao funcionamento das missões, quanto a extração das “drogas do sertão” voltada para o mercado exterior – os agentes colonizadores fizeram uso de “pedagogias”, cujas práticas mais corriqueiras correspondiam aos violentos castigos contra aqueles que não se mostrassem abertos aos “novos ensinamentos”, além de uma organização disciplinar que deveria fazer-se hegemônica sobre o conjunto dos aprendizes. Tais procedimentos estavam igualmente ancorados na visão mecanicista do mundo que se constituiu como uma continuidade entre as idéias de Descartes, Gassendi, Galileu, Bacon, Newton, Locke e Adam Smith (Japiassu, 1999; Sproviero, 2001).

[87] C. Almeida (1996) informa que o Pe. João Daniel teria escrito a obra Tesouro Descoberto no Rio Amazonas na prisão, entre 1757 e 1776. Nesse trabalho, o jesuíta descreve de forma detalhada a organização e o funcionamento das missões, assim como a organização social e o cotidiano de alguns povos indígenas com os quais teve contato.

Figura 4.1.1 – Meninos indígenas na missão dos capuchinhos italianos em Tonantins (MCU, 1915, p. 87).

Verificou-se, portanto, um estreitamento entre as idéias religiosas e científicas à medida em que o empirismo científico se aproximava da concepção judaico-cristã do mundo e da valorização bíblica atribuída ao trabalho manual, encorajando o homem a dominar a natureza (Japiassu, 199, p. 113) e defendendo a subordinação desta última às necessidades vinculadas ao "espírito de sociedade" (Varnhagem, 1841), na busca pelo progresso.

Neste contexto, a conversão religiosa dos índios fazia-se de forma articulada aos interesses políticos e econômicos da sede da Comarca que, por sua vez, inseria-se cada vez mais num mercado internacional que tinha no látex (*Hevea brasiliensis*), um dos mais valiosos produtos, além da castanha, do pirarucu seco, da manteiga de tartaruga, do cacau, da salsaparrilha e do tabaco (Amazonas, 1984).

Além do esforço intelectual missionário no sentido de adequar uma metodologia necessária à conversão religiosa dos índios desenvolviam-se outras iniciativas, de caráter laico, objetivavam conhecer e / ou interferir sobre outros aspectos relacionados à existência dos autóctones. Nesse contexto, temos Karl Friedrich Von Martius – botânico interessado em questões de etnologia – que percorreu a América portuguesa entre 1817 e 1820 e produziu ricas descrições de viagem, entre as quais descreveu a situação de saúde na Amazônia através dos seguintes termos:

> Veem-se muitos poucos indios com signaes de variola, porque a maioria succumbe á esta epidemia. Indios cegos e surdos que encontramos algumas vezes no Rio Negro, eram os únicos remanescentes de toda uma antiga taba. [...] (Martius, 1939, p. 100)

Por outro lado, José Bonifácio, porta-voz do Império no Brasil, defendia em 1823 a incorporação dos índios por meios pacíficos, sugerindo a promoção da catequese por missionários como procedimento adequado para alcançar tal objetivo (Cunha, 1992). Enquanto Francisco Adolfo de Varnhagem, num trabalho apresentado durante a sessão de 1º de agosto de 1840 do Instituto Histórico e Geográfico do Brasil (IHGB), procurava coadunar algumas idéias religiosas com princípios de caráter econômico e moralizante.

> Trata-se de attrahir os selvagens offerecendo-lhes vantagens materiais, como melhor modo de provar a homens tão rudes que se pretende o bem d'elles; grane-se-lhes logo no coração as maximas Moraes do Christianismo, inspire-se-lhes o amor pela propriedade estavel, que o espirito de sociedade se apoderará d'elles, e por se comunicarem ver-se-hão necessariamente obrigados a aprender o idioma vulgar. Proceder de modo inverso é querer supperar da ignorancia duas dificuldades, quando já não é pequena victoria o vencer uma d'ellas, entregando a outra aos cuidados do corpo instructivo (Varnhagem, 1841).

Até a segunda metade do século XIX, as formulações teóricas voltadas para a educação dos indígenas do Alto Solimões obedeciam à necessidade de transformá-los em agentes adaptados à formação econômica e social em vias de estruturação, tendo como elemento dinamizador a utilização intensiva da força de trabalho indígena na exploração das riquezas naturais que interessavam aos mercados regionais e aqueles da Europa ocidental.[88]

No campo político-administrativo que se configurara com a criação da Província do Amazonas, em 1850 – a partir da transformação da Capitania de São José do Rio Negro – multiplicavam-se os pronunciamentos dos presidentes da Assembléia Provincial

---

[88] Bosi (1992), ao considerar o juízo exposto por Marx, em *Formações econômicas pré-capitalistas,* de que uma economia simultaneamente assentada no capitalismo europeu e no trabalho escravo das *plantations* da América deveria ser considerada uma anomalia, propõe o "estudo da fenomenologia de uma situação anômala" como caminho para a descrição do Brasil-Colônia. No processo de colonização das populações indígenas do Alto Solimões, tal anomalia corresponde a relações econômicas e sociais muito peculiares, nas quais a noção de escravidão não define com precisão a expropriação da força de trabalho indígena.

sobre as possibilidades de incorporação dos grupos étnicos amazônicos ao sistema econômico que dependia da sua força de trabalho para consolidar-se. Dessa forma, Tenreiro Aranha, enquanto exercia do mandato de presidente da instituição em 1852, defendia a inserção de religiosos na região do alto Solimões que tivessem a:

> [...] paciência necessária para revelar aos Indígenas os erros e faltas provenientes da incontestável inferioridade de sua intelligencia; que lhes inspirem o amor ao trabalho; que os instruão nas máximas da Religião Cathólica, e na Doutrina Christã; em summa os eduquem até o ponto de acharem-se habilitados para cumprir os deveres e gosar as vantagens da sociedade civil [...] (Amazonas, 1984).

Os discursos referidos ao campo político-administrativo também encerram nos seus enunciados elementos elucidativos sobre a situação de saúde entre os Tikuna. Em 1853, por exemplo, o relatório da Assembléia Provincial do Amazonas registrava a presença de algumas enfermidades entre os Tikuna do Alto Solimões e fornecia indicações de que o contato entre estes índios – principalmente entre aqueles que viviam em lugares mais isolados – com os colonizadores brancos poderia resultar em processos de adoecimento:

> [...] *En un levantamiento hecho el homeópata Marius Porte afirmaba – con relación a una epidemia presente en varios sitios (que actualmente se refieren a las ciudades entre Tefé y Tabatinga) – que '(...) Os Indigenas na nação Tucuna, que não a soffrem en quanto vivem no centro das mattas, ou nas margens e cabeceiras dos igarapés, são logo achacados quando sahem para as margens do Solimões (...) As molestias que commumente matão 80 por cento dos Indigenas, que sahem do mato são: Catarrho pulmonar, diarréia, dysenteria, febres intermittentes e a nostalgia* (Ferreira Pena, 1853, p. 333, apud R. Freire, 1981).

Um ano depois de Pereira Pena, de acordo com Talhari et al. (1981, p. 179), M. Porto afirmava existir a lepra no Amazonas sob todas as modalidades: branca, vulgar e preta, tendo como foco o rio Purus, onde as pessoas mais afetadas pertenciam à etnia Purupuru. Além disso, também destacava a existência de "[...] numerosos doentes na região de Santo Antônio do Içá, São Paulo de Olivença, Amaturá e Tabatinga, todos situados no Amazonas."

Durante a abertura da Assembléia Legislativa Provincial do Amazonas, em 1868, no relatório lido por seu presidente, indicava-se a presença de casos de varíola em São Paulo de Olivença, local onde havia assentamentos tikuna. No ano seguinte, em 4 de abril, o presidente da província do Amazonas, tenente-coronel João Wilkens de Mattos, afirmava no relatório com o qual abriu a Assembléia Provincial, que em:

> [...] Silves, Serpa, rio Madeira, e nesta capital, e com especialidade na fronteira de Tabatinga, manifestou-se uma epídemia, que, pelos symptomas, descriptos com mais ou menos exactidão, reconheceu o inspector de saude ser a *cholerina*, que, apresentando-se em alguns lugares com caracteres mais pronunciados, e as vezes fataes, do que em outros.
> Sem profissionaes, que podesse enviar á esses pontos atacados quase ao mesmo tempo, vi-me obrigado á remetter para alguns d'elles ambulancias preparadas nesta capital, acompanhadas do competente directorio.
> Felizmente, no municipio de Silves, e na fronteira de Tabatinga, onde a epidemia se apresentou com maior violência, esses poucos recursos servirão de grande auxilio para combater os effeitos d'ella.
> No municipio de Silves, algumas victimas fez; na fronteira de Tabatinga porém, nenhum caso fatal houve, apesar de ter a epidemia, atacado a 47 praças, no decurso de uma semana.
> [...] A varíola, que reappareceu nesta capital, em duas praças vindas de Tabatinga, não se propagou, graças as providencias logo tomadas por mim de accordo com o commandante das armas. (Amazonas, 1869, p. 31-32)

Até o final do século XIX, assim como nas primeiras décadas do século passado, a varíola continuou sendo registrada na região do Alto Solimões. Certamente, as mudanças nos padrões culturais, econômicos, ambientais e habitacionais ocorridas entre os povos indígenas da região, em decorrência da colonização, contribuíram para a propagação de determinadas enfermidades, já que doenças como a varíola e o sarampo não têm outro veículo que não os seres humanos, não persistindo em populações de baixa densidade e / ou naquelas relativamente isoladas.[89]

> Da proximidade dos homens com as vacas veio a varíola. Da interação do homem com vacas e cães surgiram várias doenças virais, entre elas o sarampo. Da relação entre o homem com porcos, cavalos e aves

[89] Nimuendaju (1952) associa a expansão da varíola entre os Tikuna no final do século XIX ao regresso de alguns desses ameríndios da Guerra do Paraguai (1864-1870).

domésticas em contato com pássaros selvagens apareceram e até hoje continuam aparecendo, novas formas de gripe". (Moran, 1991, p. 164)

4.2 DESENVOLVIMENTO CAPITALISTA E SAÚDE TIKUNA

A Proclamação da República, em 1889, fez-se acompanhar pelo afastamento do Estado com relação à Igreja e pela definição dos contornos de um projeto laico, que viria substituir a presença dos missionários junto aos índios. De base ideológica positivista, o projeto advindo deste processo encontrava apoio nos meios militares, tendo elegido como uma de suas principais metas, tornar os indígenas conscientes de sua nova condição de "sujeitos pertencentes à nacionalidade brasileira". Neste contexto, a educação desempenharia um papel fundamental, correspondendo, num certo sentido, à reutilização – num novo panorama histórico, político e econômico – de uma técnica de inculcação de valores que já vinha sendo adotada de modo sistemático pelos missionários desde o período colonial. Com este intuito, atuou o SPI, privilegiando uma orientação política voltada para a divulgação internacional da nova concepção de indigenismo adotada pelo Brasil, tendo como emblema a idéia de "civilização pacífica" da população indígena (Garcés, 2000).

Como resultado deste processo histórico, constituiu-se um discurso institucional marcado por concepções e práticas que, em seu conjunto, poderiam ser pensadas como:

> [...] uma pedagogia, desenvolvida a partir de uma dada visão do índio (altivo, livre etc.), através de práticas (atração, pacificação, vigilância, nacionalização, educação etc.) que implicavam métodos (o namoro, a implantação da criação, a premiação dos bem sucedidos etc.) aplicados por agentes vinculados à instituição (inspetores, encarregados, professores, médicos, diaristas etc.) (Lima 1987, p. 196).

Todavia, cumpre destacar que tais políticas, cujo objetivo equivalia à sujeição dos povos indígenas, não alcançaram de forma homogênea todos aqueles que se encontravam assentados na Amazônia, o que possibilitou a conservação e a reprodução de determinados conhecimentos, hábitos cotidianos e práticas sociais relacionadas à

obtenção de alimentos e ao manejo dos espaços de sobrevivência, por parte de alguns deles.

Considerando-se o fato de que os índios, de forma geral, eram tidos como "naturais" e os Tikuna, em especial, considerados indolentes[90] (Spix, Martius, 1981; Amazonas, 1984) ou, ainda, "[...] uns bichos! Uns verdadeiros animaes!" (Fr. Antonino, cit. por Nimuendaju, 1982), é lícito supor que a subordinação destes últimos tenha sido pensada, à época, como algo legítimo e, portanto, justificável.

Assim sendo, no que toca especificamente os estudos históricos sobre políticas públicas dirigidas aos povos indígenas no Brasil a questão da tutela, utilizada pelo Estado nacional como um importante instrumento ideológico de controle político e social, deve ser levada em consideração no desenvolvimento de suas análises.[91] Seria, portanto, fundamental o entendimento acerca dos processos históricos que possibilitaram a construção ideológica desse conceito, necessidade esta que demanda uma abordagem num sentido retrospectivo equivalente à aproximadamente cem anos centrada na análise acerca da origem e das atribuições do Serviço de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais (SPILTN).

Em 1910 foi criado o SPILTN, mas, apenas após dois anos a instituição incorporou um estatuto jurídico específico para as populações nativas do Brasil, cujo texto recebeu forma de lei, sendo encaminhado ao ministério da Agricultura, Indústria e Comércio para ser sancionado. [92] Passados seis anos, o órgão deixou de ser encarregado da localização de "trabalhadores nacionais", tornando-se reconhecido apenas como Serviço de Proteção ao Índio (SPI). Em 1928, o texto que reconhecia juridicamente as populações nativas foi transformado em lei que designou ao SPI a função de exercer de forma monopolista a tutela de Estado "[...] sobre o status jurídico genérico de 'índio', sem deixar claros os critérios que definiam a categoria sobre a qual incidia" (Lima, 2006, p. 7). Configurado dessa forma o órgão indigenista tinha como uma das suas finalidades:

---

90 "Indolência [do lat. *Indolentia*]: Insensibilidade, apatia, negligência, desleixo, ociosidade, inércia, preguiça" (Ferreira, 1996, p. 939).

91 Oliveira Filho (1988) discute o "exercício da tutela" e o "regime tutelar" para o caso específico dos Tikuna do Alto Solimões, enquanto Lima (2006) aborda a questão da tutela no processo de formação do Estado brasileiro no decorrer do século XX.

92 O Decreto nº 8.072, deu origem ao SPILTN em 20 de julho de 1910. Em 7 de setembro do mesmo ano este órgão foi inaugurado (Ribeiro, 1970).

> [...] prestar ao índio proteção e assistência, amparando-lhe a vida, a liberdade e a propriedade, defendendo-o do extermínio, resguardando-o da opressão e da exploração, bem como abrigando-o da miséria, educando-o e instruindo-o, quer viva aldeado, em tribos, ou promiscuamente, com civilizado. [...] (Brasil, 1949, p. 10)

No que se refere à inserção dos Tikuna nessa situação histórica, Oliveira Filho (1988, p. 215), a partir da análise do Relatório Anual (1929) da 1ª Inspetoria Regional (IR) do SPI, afirma que a primeira manifestação de interesse do órgão no sentido de atuar junto àqueles ameríndios ocorreu naquele mesmo ano, materializando-se numa missão coordenada pelo etnólogo alemão Curt Nimuendaju, cujo objetivo era o de fornecer à IR "[...] minuciosos informes sobre aqueles aborígenes".[93] Segundo o autor, o estabelecimento do órgão na região deu-se somente treze anos após o cumprimento da missão, com a instalação do Posto Indígena Ticuna (PIT) na cidade de Tabatinga e uma das primeiras iniciativas do seu inspetor foi a criação de uma escola que visava atender tanto às crianças indígenas quanto às brancas. Além disso, o inspetor procurou incentivar os índios a produzirem, visto que para o SPI, a conjunção entre educação e produtividade era a chave para o sucesso de uma presumível integração pacífica.

No relatório que produziu em 1929, Nimuendaju fez uma avaliação do estado sanitário dos Tikuna, caracterizando-o como razoável – com exceção daquele relativo aos índios residentes nas proximidades dos igarapés Belém e Preto (Tabatinga), que eram "clientes" dos patrões seringalistas.[94] De acordo com o autor, além de alguns destes índios apresentarem sinais da doença chamada purupuru ou pinta (causada pelo bacilo *Treponema carateum*),[95] apresentavam um estado de saúde bastante deteriorado em função do consumo excessivo da cachaça fornecida pelos patrões. O etnólogo

---

93 O SPI era constituído por três secções – de Estudo; de Orientação e Assistência; de Administração – e 9 Inspetorias Regionais. A 1ª IR era composta pelo estado do Amazonas, pelo Território do Acre e Rio Branco. O órgão instalou-se no Alto Solimões em 1942, através do Posto Indígena Tikuna (PIT), localizado próximo da atual cidade de Tabatinga.

94 De acordo com Oliveira Filho (1988), a primeira geração de patrões seringalistas no Alto Solimões teve origem com a chegada de uma família de migrantes cearenses ("os Mafra") na região, no final do século XIX.

95 Pinta (ou "carate") é identificada pelo código "A 67" na categoria "outras doenças por espiroquetas", da Classificação Estatística Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde (CID). Talhari *et al*. (1979) analisaram os aspectos clínicos e laboratoriais desta doença no Estado do Amazonas.

refere-se à existência de um alambique de propriedade do seringalista que funcionava às margens do igarapé Belém. Segundo ele, nas décadas de 1930 e 1940, ocorreram epidemias que resultaram num grande número de mortos entre os Tikuna.

Em 1942, o SPI instalou-se na cidade de Tabatinga, mas a assistência à saúde destes indígenas era realizada de forma muito desorganizada e pontual, dependendo da iniciativa de um funcionário do órgão no sentido de mobilizar recursos humanos e / ou materiais que pudessem mitigar os efeitos das ocorrências mais graves (Erthal, 1998).

Em 1950, José Cândido de Melo Carvalho, zoólogo do Museu Nacional do Rio de Janeiro, percorreu a região do Alto Solimões numa expedição científica e visitou algumas aldeias tikuna. No relato que produziu, incluiu comentários a respeito dos índios que viviam nas cabeceiras do rio Tacana (Tabatinga): "[...] são mais prósperos, mais bem alimentados e com mais recursos. As famílias são grandes, e residem sob o mesmo teto, pais, filhos e netos" (Carvalho, 1955, p. 21). Em contrapartida, na passagem pela aldeia Piranha, localizada no igarapé Belém, anotou "[...] a presença de um tikuna, com aproximadamente cinqüenta anos, [...] com purupuru do tipo melânico, ao qual dão, aqui, o nome 'pinta negra' [...]" e teceu comentários sobre a precariedade das condições de vida naquele lugar (Ibid, p. 17).

Figura 4.2.1 – "Tikuna com purú-purú" (Guimarães; Rodrigues,1948, p. 154).

Para Ribeiro (1970, p. 209) a economia do “Posto Indígena” corresponderia, sobretudo, a uma forma de organização da produção indígena, cujo objetivo principal seria assegurar aos índios “um padrão de vida mais alto”. Seguindo esse raciocínio, o antropólogo considerava que:

> Esta interferência na vida tribal tem lugar quando sua economia auto-suficiente, começa a desintegrar-se pela pressão de necessidades novas que só podem se satisfeitas através do comércio com os civilizados; quando os índios por fôrça dos novos hábitos de vestir-se, comer sal e gorduras, lavar-se com sabão, usar armas de fogo, anzóis, medicar-se contra moléstias antes desconhecidas, etc. são compelidos a procurar um lugar na economia regional, que lhes permitia adquirir aquêles artigos.

Independentemente das justificativas utilizadas por Darcy Ribeiro para explicar a adesão / atração indígena aos / pelos postos, ainda em 1949, o SPI reafirmava a importância destes espaços de representação do Estado, no desenvolvimento da estratégia que incluía “[...] atrair o índio e fixá-lo pela cultura sistemática da terra e estabelecimento das indústrias rudimentares mais necessárias” (Brasil, 1949, p. 10). Por conseguinte, Ianni (1979) considerava que os postos indígenas, em geral, transformavam-se em instrumentos de organização e de continuidade da expropriação do índio, articulados ao processo de expansão capitalista que o capital monopolista, em associação com o poder estatal, realizava na Amazônia.

A presença do SPI entre os Tikuna resultou na migração de várias famílias, como pode ser percebido nas descrições feitas por Vinhas de Queiroz sobre o movimento messiânico ocorrido em 1946 entre estes ameríndios. De acordo com este antropólogo, tal movimento iniciou-se com as visões de um jovem, chamado Aprígio, nas quais se anunciava a vinda de um grande navio mandado pelo “governo”, que traria aos Tikuna grande quantidade de mantimentos, utensílios e vegetais para o cultivo.[96] Em seguida “[...] um grande dilúvio de água fervente destruiria todos os sêres vivos que não houvessem refugiado no posto indígena, lugar do futuro paraíso.” (Schaden, 1972, p. 4)

---

[96] Algumas estórias míticas tikuna fazem menção a um “dono dos alimentos” – personagem que manteria consigo sementes de espécies vegetais cultiváveis – cuja presença entre os Tikuna estaria relacionada à superação de situações de carência alimentar (Cf. Camacho Gonzalez et al, 2000)

Como conseqüência das visões de Aprígio o PIT passou a receber um número cada vez maior de índios. Este posto, entretanto, não se encontrava estruturado e abastecido de forma adequada à situação resultante da concentração massiva de índios ao seu redor. Aqueles que se mobilizaram em função das visões do jovem tikuna logo começariam a passar fome e a adoecer, tendo, em função disso, que regressar para as suas antigas habitações.

Em decorrência do desenvolvimento e da expansão do modo de produção[97] capitalista na direção dos "sertões" do país, na segunda metade do século passado, recrudesceram as políticas que buscavam a "integração" dos "índios" da Amazônia à sociedade brasileira. Seria legítimo afirmar, portanto, que no período pós-colonial verificou-se, num certo sentido, a continuidade da política de "amansamento" existente no período colonial e que depois da Independência foram mortos muito mais índios do que no período anterior a ela Santos (2003).

Não obstante o fato de terem sobrevivido pouco mais do que algumas centenas de povos indígenas, entre aqueles existentes na *Terra Brasilis* quando da chegada dos primeiros colonizadores portugueses na costa brasileira, no alvorecer do século XVI, até a primeira década do século XX inexistiram políticas públicas específicas, orientadas no sentido de lhes ser assegurada assistência à saúde. É o que exemplifica o fato de o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA) ter sido criado somente na década de 1950, como parte da estrutura organizacional do Serviço de Proteção ao Índio (SPI), com o objetivo principal de desenvolver ações de saúde junto aos povos indígenas e às populações rurais de difícil acesso (Costa, 1987, p. 392).

Desse modo, em 1956, alguns tikuna recorriam ao PIT apenas para buscarem medicamentos e em função da escola existente na sua circunvizinhança, conforme assinala Oliveira Filho (1988). Cumpre destacar, entretanto, que tal procura, embora pontual, não pode ser considerada como indício da existência de uma situação de autonomia de parte considerável dos Tikuna ao Alto Solimões face às economias regional e nacional. Visto que, de modo oposto estes ameríndios:

---

[97] O conceito de modo de produção é utilizado aqui conforme a definição de Gorender (1988, p. 10), para quem ele não deve ser compreendido somente como "[...] a produção propriamente dita de bens materiais, porém, por igual, sua distribuição, circulação e consumo. [...] constitui uma totalidade orgânica e um processo reiterado de produção, distribuição, circulação e consumo de bens materiais, todas elas fases distintas e, ao mesmo tempo, interpenetradas no fluir de um processo único".

> [...] passaram por uma situação de autonomia política à condição de povo dominado pela sociedade brasileira, alterando-se, assim, toda a sua ordem legal e política. O seu próprio deslocamento das “terras firmes” da bacia do Solimões para a proximidade do grande rio e para as embocaduras dos igarapés, atraídos pelos recursos “maravilhosos” da civilização, resultou na intensificação do processo de mudança social e cultural, sobretudo a partir das duas últimas décadas do século passado, quando se desenvolveu extraordinariamente a indústria extrativa da borracha. A conseqüência foi a implantação do regime de “barracão” e a exploração de que foram vítimas, transformando-os em servos (quando não cativos) dos então poderosos seringalistas. (Oliveira, 1978, p. 54)

Desde a época em que foi instalado no Alto Solimões até a sua extinção em 1967, o SPI teve uma atuação limitada às regiões próximas da sua sede em Tabatinga, com seus funcionários mantendo relações mais diretas com aqueles tikuna localizados nesses lugares, sem alcançar, portanto, o conjunto desta população ameríndia existente no território brasileiro.

4.3. AGÊNCIAS ESTATAIS E RELIGIOSAS E A SAÚDE TIKUNA

A partir de iniciativa gestada no interior do Estado brasileiro o SPI, que havia nascido tardiamente, teve a sua existência abreviada em meio à comprovação de denúncias que davam conta do envolvimento de funcionários seus com centenas de atrocidades e violências, que incluíam a introdução proposital de varíola, gripe, tuberculose e sarampo entre os povos indígenas (Costa, 1987). Como conseqüência imediata deste episódio, foi criada uma comissão, constituída por indigenistas e antropólogos, além de funcionários do próprio SUSA, cujo desdobramento resultou na criação da Fundação Nacional do Índio (FUNAI).

Dessa forma, na fase inicial da ditadura militar implantada pelo Golpe Militar de 1964, o SPI foi extinto e em seu lugar foi criada a Fundação Nacional do Índio (FUNAI)[98] pela lei nº 5.371/67. Este novo órgão tinha como principais atribuições o estabelecimento das diretrizes da política indigenista, o exercício da tutela dos índios não-integrados, o gerenciamento do patrimônio indígena, a promoção de estudos e pesquisas relacionados à situação dos povos indígenas, a assistência médico-sanitária e a educação de base, além do exercício do poder policial nas áreas indígenas (Brasil, 1996).

Nesse contexto, a FUNAI foi criada como um órgão integrado à política econômica da ditadura em consonância com a Superintendência para o Desenvolvimento da Amazônia (SUDAM), o Banco de Desenvolvimento da Amazônia (BASA) e o Estatuto da Terra. Dessa forma, atuaria com o objetivo de estabelecer novas medidas para “reduzir” e “descer” índios, para que estes “[...] não se tornassem nem

[98] A FUNAI é integrada por um Edifício Sede, 45 Administrações Regionais, 14 Núcleos de Apoio Indígena, o Museu do Índio no Rio de Janeiro, 10 Postos de Vigilância e 344 Postos Indígenas, distribuídos em diferentes pontos do país. Localizada em Brasília, a sede compreende Presidência, Procuradoria Geral, Auditoria, três Diretorias, quatro Coordenações Gerais e 13 Departamentos (FUNAI, 2007).

obstáculo ao ‘progresso’, nem campo de atuação política adversa aos interesses econômicos e políticos representados pela ditadura” (Ianni, 1979, p. 182-3). Sendo assim, transformar-se-ia num vigoroso instrumento determinado exclusivamente pela forma de expansão capitalista que passou a realizar-se na região. Todas as suas ações deveriam subordinar-se ao “progresso” que o governo estaria impondo à sociedade em associação com o capital monopolista.

Com o desenvolvimento das atividades da comissão que originou a FUNAI, os funcionários oriundos do SUSA, como que tentando formular uma resposta adequada às questões relacionadas especificamente à assistência à saúde, propuseram a criação de Equipes Volantes de Saúde (EVS), que se tornaram responsáveis diretas pela prestação de serviços junto aos povos indígenas, atuando de forma referenciada a cada Delegacia Regional da FUNAI.[99]

Em 1969, portanto, com a criação da FUNAI, a assistência à saúde indígena tornou-se uma das atribuições deste órgão, que anunciava a sua intenção de investir na capacitação de índios, com o objetivo de que assumissem “[...] integralmente as funções educativas na sua comunidade [...]” (L. Ferreira, 2001, p. 75).

Por outro lado, para alcançar os objetivos relacionados à lógica desenvolvimentista que fundamentava as ações dos governos militares na Amazônia, a FUNAI promoveu uma política indigenista integracionista que buscava o reconhecimento internacional, através do cumprimento de determinadas recomendações da ONU. Em conformidade a estes mesmos pressupostos, implantou os Programas de Desenvolvimento Comunitário que, por sua vez, haviam sido originalmente instituídos pelos países capitalistas mais desenvolvidos, no período pós-guerra, com o objetivo de proporcionarem melhores condições de vida nos países do Terceiro Mundo e, simultaneamente, bloquearem o avanço do socialismo (Ibid, p. 76).[100]

Agindo em conformidade com a lógica assistencialista que regulava a atuação das EVS, os profissionais que as integravam permaneciam nas capitais relacionadas a

---

[99] Em decorrência da introdução da nova modalidade de serviço de assistência à saúde indígena (EVS) na organização do órgão indigenista, o SUSA passou a dedicar-se exclusivamente às atividades relacionadas à tuberculose, enquanto as demais ações de assistência à saúde indígena permaneceram sob a responsabilidade da FUNAI (Costa, 1987).

[100] De acordo com Ianni (1979) o que ocorreu na Amazônia, no período entre 1964-1978, foi o desenvolvimento extensivo do capitalismo, através do aprofundamento das relações capitalistas de produção no extrativismo, na agricultura e na pecuária.

determinadas delegacias regionais da FUNAI e, esporadicamente, viajavam para as terras indígenas, ocasião na qual se dedicavam à realização de atendimentos médicos simples e / ou à remoção dos enfermos mais graves para os hospitais localizados nas cidades.

Compreende-se, portanto, a razão que levava a maior parte dos recursos da Divisão de Saúde da FUNAI a ser gasta com pagamentos relativos aos salários e diárias dos seus funcionários, às despesas decorrentes dos deslocamentos feitos para os lugares onde realizariam os serviços de assistência à saúde e aos gastos com as remoções de pacientes e com os serviços médicos realizados nos hospitais das cidades. Situação que, de acordo com Costa (1987), caracterizava apropriadamente a política administrativa do órgão indigenista governamental e, segundo Ulisses Confalonieri (1989), conformava um modelo de assistência cuja resolubilidade relativa aos problemas de saúde existentes entre os povos indígenas era, na verdade, bastante fraca.

> [...] modelo, de pouca eficácia, esbarrou em várias dificuldades, dentre as quais a falta de planejamento e de integralidade das ações; política de remuneração não contempladora de tempo integral; carência crônica de infra-estrutura e recursos; falta de articulação com outros níveis de atenção; ausência de um sistema de informações em saúde e preparo inadequado de quadros para a atuação em comunidades culturalmente distintas. A falta de uma estrutura adequada de atendimento à saúde na atual agência Federal de assuntos indígenas (FUNAI), com múltiplas atribuições, resultou, de forma compensatória, em uma pletora de convênios com entidades governamentais e não-governamentais (Confalonieri, 1989, p. 442).

É lícito supor que somente a partir da instalação da representação da FUNAI na região do Alto Solimões desenvolveram-se determinadas ações de saúde entre os Tikuna, que podem ser consideradas como integrantes de uma política governamental específica para este povo, embora precária, eminentemente assistencialista e autoritária. Entretanto, vale destacar que tais ações preservavam o caráter tutelar das diretrizes administrativas e das ações desenvolvidas pelo SPI, revestindo as relações sociais de uma dimensão pedagógica e apresentando-as como modos de aprendizado e de proteção (Oliveira Filho, 1988).

> A condição tutelada em que são colocadas as sociedades indígenas faz parte de um processo mais amplo de construção de uma nação brasileira e de conformação de mecanismos de intervenção estatal e reconhecimento setorial de direitos. Nessa perspectiva é essencial reconhecer que a função do Estado, como propôs Ribeiro (1970) para o indigenismo é fazer chegar ao plano local as novas leis e regulamentações instituídas, sobrepondo os interesses e os valores nacionais ao mandonismo de "potentados locais". (Idem, 1999, p. 89)

Desse modo, apenas no início de 1985, uma equipe de saúde da FUNAI, composta por um médico, uma enfermeira e duas dentistas foi enviada ao Alto Solimões para atuar no campo da saúde dos Tikuna, constatando um quadro de carência geral, no qual praticamente inexistia qualquer tipo de assistência. Todavia, as próprias condições de que dispunha a equipe para executar o trabalho de atendimento eram igualmente deficientes, sequer havendo os instrumentais, materiais e medicamentos necessários, restando-lhe apenas a improvisação.

Com relação à situação da saúde oral, o quadro encontrado pelas duas dentistas era grave, com altíssimo índice de desdentados, inclusive entre as pessoas mais jovens, e uma média de dois dentes irrecuperáveis nas crianças maiores de 6 anos de idade. Diante deste quadro, a equipe, apesar do atendimento emergencial realizado, compreendeu que a redução dos problemas de saúde oral entre os Tikuna deveria estar pautada na formação de recursos humanos dentro do próprio grupo indígena. Perspectiva esta que coincidia com um desejo latente entre estes ameríndios no que se referia à autonomia na busca de resolução de seus próprios problemas. Como resultado dessa conjunção de horizontes de possibilidades, foram então contatados quatro tikuna, funcionários da FUNAI – três monitores de saúde e um braçal – que haviam demonstrado especial interesse e as habilidades necessárias para a formação.

Em abril de 1985, realizou-se o treinamento para diagnóstico e extração de dentes irrecuperáveis. Três meses depois, os quatro funcionários tikuna já estavam extraindo dentes da população de Benjamin Constant que, na época, não contava com nenhum dentista. Não obstante os diversos problemas verificados em função, principalmente, da falta de recursos materiais para que a experiência prosseguisse, a iniciativa foi considerada pelos membros da equipe como a melhor alternativa para se

tentar solucionar a imensa carência de atendimento da população. Entretanto, em decorrência da inexistência de materiais e de instrumentais de trabalho, das dificuldades para o planejamento e a execução de um trabalho de saúde mais efetivo — com a formação e acompanhamento de monitores de saúde — em julho de 1986, a equipe se desfez (Guerra, 1988).

A consolidação da República se, por um lado proporcionou o afastamento da Igreja do Estado, não evitou a propagação de diversas ações religiosas de outras matrizes entre os povos indígenas amazônicos, de tal modo que na origem da institucionalização da assistência à saúde entre estes indígenas também estiveram presentes ações vinculadas à difusão do cristianismo e à promoção da conversão religiosa – contudo, não mais exclusivamente sob orientação das ordens religiosas que predominaram na região até o final do século XIX.

Na década de 1960, missionários vinculados a *Association of Baptists for World Evangelism* envolveram-se com a questão da assistência à saúde dos tikuna em aldeias como Betânia (Santo Antônio do Içá) e Campo Alegre (São Paulo de Olivença), chegando a adquirir vacinas, ou mesmo, em alguns casos, a remover pacientes em estado grave no hidroavião da igreja, conforme assinala Oliveira Filho (1977). Não chegaram, no entanto, a efetivar qualquer ação voltada para a formação de recursos humanos indígenas para a área da saúde.

Em 1969, a Prelazia do Alto Solimões que, em 1935, havia construído uma igreja de alvenaria, uma casa paroquial e uma escola na aldeia Belém do Solimões, também instalou ali uma farmácia, entregue aos cuidados de suas professoras. Esta farmácia funcionou a partir da organização de um sistema de cooperativa: mediante a contribuição financeira mensal de famílias tikuna, possibilitava-se o acesso dos cooperados a medicamentos "gratuitos" (Oro, 1978, p. 86). Quatro anos depois seria criado o Posto de Assistência Sanitária de Emergência (PASE), que funcionava com a contribuição mensal das famílias tikuna vinculadas à casa paroquial. Essa iniciativa, no entanto, durou poucos meses, tendo sido extinta porque "os Tükúna estavam descontentes com a cobrança da mensalidade [...]" (Oro, 1978, p. 86).[101]

[101] Também na aldeia Feijoal a Prelazia, através de iniciativas do frei italiano Arsênio Sampalmieri, realizou algum tipo de assistência, mas tampouco estas ações resultaram na formação de índios que pudessem atuar neste processo, conforme observa Oliveira Filho (1977).

Tais empreendimentos, levados a cabo por agências religiosas distintas, por corresponderem a práticas não sistemáticas e descontínuas, podem ser compreendidos, mais adequadamente, como partes integrantes de uma estratégia fundamental para a manutenção das suas instalações e dos seus agentes naquelas localidades. De fato, não configuraram projetos de assistência à saúde que contemplassem a incorporação dos índios como sujeitos ativos.[102]

Entretanto, no início dos anos 1970, os Tikuna contavam somente com algum apoio da Prelazia do Alto Solimões e da FUNAI na assistência à saúde, também recebiam assistência médica da Fundação Projeto Rondon, através do Campus Avançado da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), como afirma Oro (1978). A importância deste fato é ilustrada pelo antropólogo com alguns resultados alcançados na primeira ação da equipe do Projeto Rondon entre os Tikuna da aldeia Belém do Solimões, em março de 1973, como as 550 extrações de dentes.

Sabe-se, contudo, que a efetividade de tais ações de assistência médica entre estes ameríndios – que haviam sido vítimas em 1969 de um "surto de tosse guariba"[103]– demonstrou-se ineficaz frente à propagação do sarampo na aldeia Belém do Solimões, num surto que levou à morte dez "[...] tükúnas da Santa Cruz". (Ibid, p. 86-88)

Posteriormente, a União Sul Brasileira de Educação e Ensino (USBEE), numa parceria com o Fundo de Desenvolvimento Rural (FUNRURAL), com a PUCRS e a Central de Medicamentos (CEME), colocou em prática a idéia da construção de um barco-hospital para a realização de atendimento às comunidades ribeirinhas do Solimões, o que incluía os tikuna. Batizado com o nome tupi *Igara-Catuçua* (**Figura 4.3.1**), o barco-hospital, dotado de equipamentos odontológicos, um consultório médico e uma enfermaria, permaneceu ancorado durante dois dias, em julho de 1976, no porto da aldeia Belém do Solimões, possibilitando a realização de atendimento odontológico a 53 pessoas – com 46 extrações e 28 restaurações – e de consultas médicas para outras

---

[102] De acordo com Erthal (2003, p. 199), alguns pastores batistas vendiam remédios aos tikuna de acordo com uma "proposta educativa do indígena, pautada pela concepção de integração do indígena à sociedade nacional formulada pela missão". Oro (1989) refere-se à existência de uma farmácia na sede da Irmandade da Santa Cruz, próximo ao rio Juí, afluente do rio Içá.

[103] No Alto Solimões conhece-se como "guariba" um macaco (*Alouatta caraya,* Humboldt, 1812) de médio porte cuja fama deve-se a seu potente berro.

73, entre as quais se verificou a prevalência de verminoses, anemia, hipovitaminose, infecção ocular e infecção respiratória (Oro, 1978).

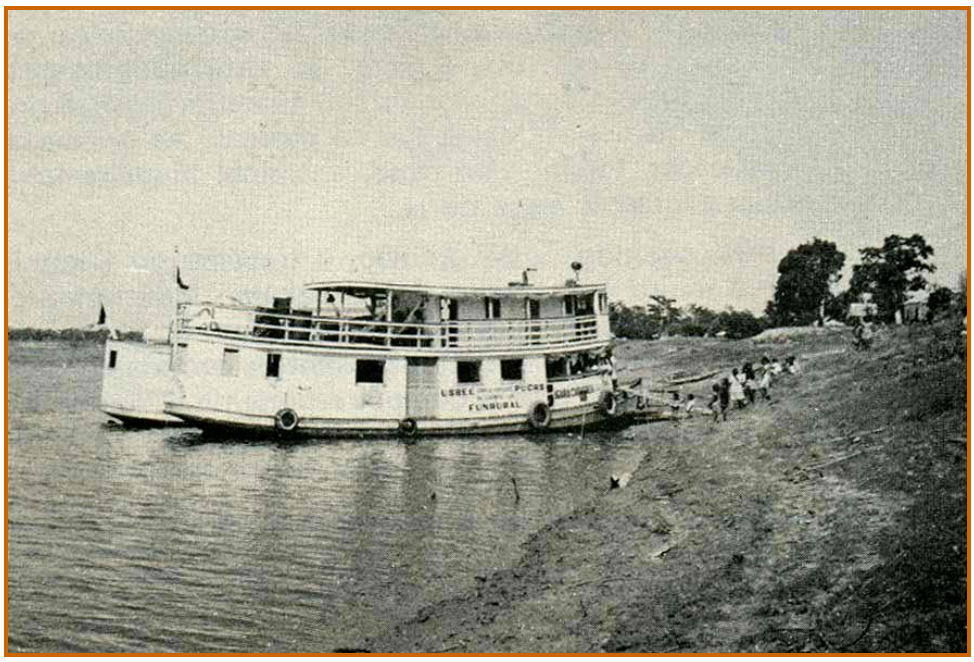


Figura 4.3.1 – Barco *Igara Catuçaua* "dando assistência sanitária" a tikuna (Oro, 1978, p. 90).

Vale ressaltar que as ações de saúde citadas por Oro referiam-se, essencialmente, às comunidades relacionadas ao assentamento Belém do Solimões, visto que, de um modo geral, conforme destaca Erthal (1998, p. 133), a assistência à saúde entre os Tikuna no decorrer das décadas de 1970-80 restringiu-se à manutenção de alguns postos nas comunidades, nos quais eram feitos atendimentos, e ao "[...] esquema de visitas periódicas e remoções, no qual eram incorporados os esforços de outras instituições como o 'Projeto Rondon' e o Comando de Fronteira".

Considerada fundamental para o desenvolvimento do capitalismo na Amazônia, a FUNAI, entretanto, em meados da década de 1980, continuava a atuar de forma débil em relação à questão da saúde indígena do Alto Solimões, contando apenas com os seus sete chefes de postos e alguns poucos auxiliares de enfermagem para dar conta da assistência a um conjunto de cerca de 60 aldeias, distribuídas pelas margens de dezenas de igarapés, rios ou pelas proximidades de lagos. Este órgão mantinha, ainda, uma "farmácia" básica na sua sede administrativa, localizada na cidade de Tabatinga,

cujos medicamentos eram, muitas vezes, utilizados como objeto de barganha pelos funcionários não-indígenas da instituição que desejavam manter seu poder frente aos índios que se queixavam da falta de assistência (Oliveira Filho, 1977).

Durante as décadas de 1980-90, ocorreram significativas mudanças econômicas, sociais e políticas em toda a América Latina, destacando-se aquelas observadas a partir de 1980-2, que resultaram na estagnação do crescimento econômico da região, ocasionando situações que levariam grande parte dos seus países à revisão das políticas econômicas e sociais adotadas e, posteriormente, à crescente dependência com relação ao endividamento externo.

Inserido neste contexto, o modelo econômico brasileiro, fundamentado no tripé intervenção estatal, capitais nacionais e endividamento externo, ingressava numa nova fase caracterizada pela desindustrialização (Silva, 1996). No que concernia o exercício do controle do aparelho estatal no Brasil, observava-se, por sua vez, a redefinição de alianças políticas conservadoras que objetivavam mantê-lo sob seu domínio, num momento em que o projeto político e econômico implantado pela ditadura militar dava sinais de esgotamento.[104]

Do ponto de vista dos Tikuna, a situação da assistência à saúde nas suas comunidades caracterizava-se por um discurso, que incluía um extenso repertório de queixas com relação às políticas de saúde desenvolvidas na região. Discurso este cuja reconstituição deve ser feita a partir de seus fragmentos, dispersos em diferentes fontes históricas.

Com relação à assistência à saúde oral resultante da parceria entre a FUNAI e o projeto Rondon, diziam os Tikuna que “os dentistas sempre têm reclamação contra eles, toda pessoa que extrai dentre dá hemorragia, e da parte da enfermagem dão remédio que não é competente para aquela doença” (CGTT, 1987)

Nino Fernandes e Santo Cruz Mariano Clemente – professores tikuna licenciados – afirmam que era comum naquela época, os funcionários da FUNAI lhes entregarem caixas de remédios que deveriam ser “distribuídos nas comunidades”, ainda que

[104] Iglesias (1994) descreve alguns acordos políticos que definiriam este período como uma fase de transição e não de ruptura entre a ditadura militar e o “regime democrático”.

estivessem desacompanhados de prescrições médicas ou de quaisquer outras orientações sobre a sua utilização. (Informação verbal)[105]

Na edição de agosto de 1981 o jornal Porantim, do CIMI, dedicou espaço à divulgação de notícia sobre a situação dos monitores de saúde do Posto Indígena Vendaval (São Paulo de Olivença), utilizando-se do conteúdo de uma carta enviada por lideranças tikuna.

> Os Tikuna do PI Vendaval escreveram ao jornal Porantim denunciando a situação dos monitores de saúde daquele Posto, que estão com os salários atrasados em até quatro anos e trabalhando em situação irregular, uma vez que o Estado, através da FUNAI, não demonstrou até o presente a menor intenção de contratá-los efetivamente. Além dessa situação irregular dos monitores não-índios a FUNAI prometeu a contratação dos monitores Tikuna para a área de saúde, o que não ocorreu (PETI, 1990, p. 34-5).

Em novembro de 1982, numa carta publicada pelo mesmo jornal, o Capitão Geral do CGTT, Pedro Inácio Pinheiro, assegurava que somente ficaria satisfeito quando a demarcação das terras ocorresse, quando a escola contratasse professores índios e "[...] os médicos da Equipe Volante de Saúde [estivessem] trabalhando no meio Tikuna e no meio dos *Marubo* e no meio dos *Matis*, nos *Korúbo* e nos *Mayoruna* [106] [...]" (Ibid, p. 37).

Na sua edição de 12/02/1985, o jornal O Estado de São Paulo veiculava notícia sobre o aprisionamento do sertanista André Villas Boas da FUNAI pelos Tikuna, que exigiam a demarcação imediata de suas terras e a presença do presidente da instituição indigenista, Nelson Marabuto, como caminho para resolver a situação. No final da matéria, afirmava-se que "[...] as promessas não cumpridas pelo órgão, além da falta de assistência educacional e de saúde foram as principais causas da atitude dos índios de prender André Villas-Boas" (Ibid, p. 41).

Nesse quadro, entre as prioridades da agência governamental indigenista, era também evidente a inexistência de alguma iniciativa mais consistente que promovesse a formação de tikuna para atuarem na assistência à saúde e na prevenção de doenças na região do Alto Solimões, ainda que, em abril de 1985, tenha havido um treinamento com

---

105 Relatos feitos em maio de 2005 na cidade de Benjamin Constant.

106 Grupos étnicos que vivem na Terra Indígena Vale do Javari, no município de Atalaia do Norte.

quatro funcionários tikuna da FUNAI, com o objetivo de capacitá-los como dentistas práticos.[107]

Em decorrência da precariedade da assistência à saúde prestada pela FUNAI, através de convênio com o Projeto Rondon, alguns líderes tikuna, em agosto de 1987, manifestavam-se criticamente com relação a ela, embora o fizessem sob o signo da tutela:

> "[...} vamos decidir hoje pedir para a FUNAI, que nós queremos os monitores de enfermagem o próprio Ticuna, que fizeram curso, de dentista prático e atendentes de enfermagem trabalharem no barco de assistência à saúde". (CGTT, 1987)

[107] Foram treinados como dentistas práticos Moisés Augusto Manduca, Oscar Pinto, Galdino Ramos Coelho e Ulisses Araújo como braçal (Erthal et al., 1989).

4.4 PROTAGONISMO AMERÍNDIO NO CAMPO DA SAÚDE

Em 1986 realizou-se a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (CNPSI), que reuniu índios de diferentes organizações, funcionários da FUNAI e do Ministério de Saúde, antropólogos, médicos e integrantes de ONGs que atuavam junto a diferentes povos indígenas. Nessa época inexistiam uma rede de atendimento eficaz, uma infra-estrutura apropriada às terras indígenas e um número suficiente de profissionais de saúde aptos a fazer face às especificidades dos diversos grupos étnicos do país. Além disso, inexistiam dados acerca da situação epidemiológica destes grupos, bem como alguma instituição que se encarregasse de centralizá-los (Langdon, 1999).

Nesse contexto, a realização da I Conferência de Proteção à Saúde do Índio (CNPSI), em 1986, significou um relevante marco histórico, de grande importância política para a redefinição da política de assistência à saúde dos povos indígenas, então adotada no país. As diretrizes que orientaram o relatório final desta conferência seriam retomadas no decorrer da década de 1990 e tidas como referências para a formulação de propostas – tanto por parte dos movimentos sociais indígenas e de algumas organizações indigenistas, quanto por determinadas instâncias governamentais – que buscavam fundamentar políticas assistenciais adequadas às necessidades de saúde dos povos indígenas.

Em outubro de 1987 a 5ª Superintendência Executiva da FUNAI (Manaus) promoveu o 1º Encontro de Saúde do Índio, evento que contou com a participação de chefes de postos, médicos especialista contratados pelo órgão, atendentes de enfermagem, administradores regionais, o superintendente da SUCAM, o diretor da Fundação SESP, representantes da Universidade Federal do Amazonas, do Instituto de Medicina Tropical e do CGTT. De acordo com a avaliação de Pedro Mendes Gabriel, que representou a organização tikuna nesse Encontro, apesar de o seu tema referir-se à questão da saúde indígena:

> "[...] a FUNAI por sua vez não falou nada de benefício do índio, o que ficou firmado na conclusão deste encontro foi proposto pelos participantes da SUCAM, FUNSESP, IMTM que acharam melhor para melhor atender as comunidades indígenas seria os próprios índios das próprias comunidades". (Erthal et al., 1990, p. 12)

Numa Assembléia Geral de Caciques Tikuna, realizada em 31/12/1987 na aldeia Feijoal (Benjamin Constant) foi decidido que, em função da precariedade a que estavam submetidos os monitores de saúde no exercício das suas atividades, a Organização geral dos Professores Tikuna Bilíngües (OGPTB) e o CGTT dariam apoio à criação de uma organização dos monitores de saúde para que estes pudessem lutar pela melhoria da situação de saúde (Ibid.).

Dois anos depois da I CNPSI, como resultado da intensa mobilização popular que se deu de modo simultâneo ao esgotamento do regime político e do modelo econômico adotados pelos governos militares, foi instalada a Assembléia Nacional Constituinte, a primeira no país nascida de um anteprojeto e que aceitou emendas populares (Iglesias, 1995). Nesse contexto, dois princípios gerais que haviam sido aprovados na I CNPSI foram incorporados na redação final da Assembléia Constituinte:

> (a) a necessidade urgente da implantação de um subsistema específico, com a criação de uma agência para esse fim, vinculado ao gestor do SUS, que garanta ao índio o direito universal à saúde,
> (b) o respeito às especificidades culturais e práticas tradicionais de cada grupo, recomendando o acompanhamento de antropólogos nos programas de saúde e a participação das comunidades no planejamento dos serviços (Langdon, 1999, p. 9).

Com a aprovação da Constituição, em 1988, e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), os povos indígenas passaram a ter o reconhecimento formal do direito à atenção integral e diferenciada em relação à saúde. Entretanto, tais dispositivos legais não foram, por si próprios, suficientes para que as condições objetivas necessárias à realização daquilo que prescreviam se estabelecessem. Dessa forma, seria de se duvidar que a expressão "atenção integral e diferenciada" chegasse a ser efetivada.

Se, por um lado, o ano de 1988 pode ser considerado um importante marco no processo de democratização da sociedade Brasileira (Iglesias, 1994; Silva, 1996), por outro, paradoxalmente, esteve repleto de eventos que evidenciavam a força

conservadora atuando contra as mobilizações sociais e seus líderes. Enquanto nos maiores centros urbanos do país, expressivos movimentos de massa – compostos por trabalhadores, estudantes etc. – mobilizavam-se contra o uso da violência como instrumento de sujeição política, em algumas das regiões mais remotas do país, as raízes de estruturas arcaicas de controle social e de exercício do poder político e econômico vicejavam à sombra da impunidade.

Como exemplos notáveis dessas condições históricas e sociais, temos em março daquele ano o assassinato de 14 tikuna no município de Benjamin Constant, episódio que repercutiu no país e internacionalmente como o "Massacre do Capacete" e, em dezembro, seria a vez do líder seringueiro Chico Mendes, assassinado em Xapuri, no estado do Acre.[108] Estes episódios, além do caráter trágico, guardam entre si outras semelhanças: a dimensão histórica adquirida, a centralidade da questão fundiária como elemento motivador e a impunidade dos responsáveis pelos assassinatos. Por conseguinte, podem ser incluídos entre aqueles que resultariam dos diversos sentidos de valorização dos recursos naturais amazônicos (Gonçalves, 2008). De tal modo, teriam correspondência com os conflitos que envolvem os diferentes significados atribuídos à floresta – por um índio, um caboclo extrativista, um madeireiro ou por um pecuarista – assim como, com os diferentes usos da natureza e, conseqüentemente, às variadas formas de organização do espaço.

Conseqüência indireta do ato de violência praticado contra os Tikuna, o convênio entre a UFRJ e o CGTT, registrou, ainda na sua etapa inicial, em janeiro de 1989, um discurso de Pedro Inácio Pinheiro na aldeia Vendaval, no qual o líder indígena criticava a inoperância do SESP, do Projeto Rondon, do Campus Avançado da PUC (Benjamin Constant) e da FUNAI, no que dizia respeito às ações de assistência à saúde entre os Tikuna (Informação verbal).[109]

---

[108] Para mais informações sobre a história de Chico Mendes e o seu assassinato em 22/12/1988, consultar Gonçalves (2006).

[109] Anotações feitas 09/01/1989 na aldeia Vendaval. Neste mesmo ano, através de uma iniciativa que reuniu o Centro Magüta e o CGTT, foi realizado um curso para 12 agentes de saúde bucal, no qual foram trabalhadas noções de anatomia – utilizando-se, para tanto, de crânios e arcadas dentárias de macacos como modelos – e de patologias bucais e dentárias. Além da prática da extração – atividade na qual os alunos foram considerados muito habilidosos – foram também trabalhadas as de restauração provisória de prótese dental. A partir destes treinamentos, foi criado um laboratório para a fabricação de próteses dentárias, na aldeia Vendaval, no qual trabalhava um casal de tikuna, especialmente treinado para atuar nessa atividade.

Posteriormente, em maio de 1990, com a chegada da cólera no Brasil, que ocorreu através da fronteira com o território do Peru e teve como vítima, precisamente, um tikuna da comunidade de Belém do Solimões, verificar-se-ia a consistência da crítica formulada pelo líder tikuna.

Em função de ter sido um tikuna a vítima da cólera, constituiu-se uma comitiva coordenada pelo pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) / Núcleo de Estudos de Saúde de Populações Indígenas (NESPI) / FIOCRUZ, Ulisses Confalonieri, e que contava com a participação dos agentes de saúde e dirigentes da OMSPT, Tertulino Francisco Mendes e João Almeida Vasques, além de um representante do Museu Magüta, Constantino Ramos Lopes, além de mim. Durante a visita, localizamos o rapaz que havia contraído a doença e com ele conversamos. Tendo João Vasques, Tertulino Mendes e Luiz Nazário (agente de saúde da própria comunidade) como intérpretes, deduzimos a partir dos depoimentos dados pelo próprio rapaz, que ele havia contraído a doença durante o período em que permaneceu no porto da cidade de Tabatinga comercializando os produtos da sua roça, poucos dias antes de apresentar os sintomas. Sendo assim, naquele momento, presumíamos que a epidemia ainda não havia se disseminado pelas comunidades tikuna.

Ainda assim, a preocupação com a possibilidade de propagação da doença era grande, em função principalmente das condições sanitárias existentes em grande parte das comunidades tikuna, nas quais inexistiam redes de esgoto, e a água utilizada no consumo doméstico não recebia qualquer tipo de tratamento.

Além de serem evidentes a fragilidade e a desorganização dos sistemas de saúde locais – nos quais havia não mais do que cinco leitos apropriados para o tratamento clínico da doença nas duas principais unidades hospitalares das cidades mais importantes da região (Hospital Municipal de Benjamin Constant e Hospital de Guarnição de Tabatinga) – era extremamente precária a situação de assistência à saúde nas comunidades tikuna (Informação verbal).[110] Desse modo, inseridos num contexto de indefinição no que dizia respeito à responsabilidade pela assistência à

---

[110] Anotações feitas no Centro Magüta em setembro de 1990 na cidade de Benjamin Constant a partir de informações obtidas junto a representantes da Secretaria Municipal de Saúde de Benjamin Constant e de líderes de comunidades tikuna.

saúde indígena – que, nesse período, oscilava ente a Fundação Nacional de Saúde (FNS) e a FUNAI – os Tikuna somente puderam contar com os apoios da UFRJ, do NESPI / FIOCRUZ e dos MSF.

No decorrer dos primeiros anos da década de 1990, ocasião em que a cólera se propagara na região do Alto Solimões, atingindo os Tikuna e a população pobre de forma geral, o Ministério da Saúde resolveu investir de forma mais significativa na preparação de recursos humanos que pudessem minimizar os impactos da doença e evitar a sua propagação pelo restante do país (Oliveira, Ioris, 1991).

> A partir da notificação internacional da presença da sétima pandemia da cólera nas Américas, identificada no litoral do Peru em janeiro de 1991, a epidemia segui um longo trajeto, difundindo-se rapidamente para outros países da América [...]. No Brasil, a epidemia, que se iniciou [...] através do município de Tabatinga [...], também vem seguindo um longo caminho, incorporando novas áreas de transmissão, e apresentando diferenças tanto na intensidade quanto à velocidade de sua dispersão, quando comparados os diferentes espaços de sua ocorrência. (Toledo, 1996, p. 36)

Mais do que produzir vítimas fatais entre os Tikuna, a chegada da cólera no Alto Solimões evidenciou, por um lado, “a fragilidade do sistema de saúde local e, de outro, a capacidade de mobilização do povo Ticuna para o enfrentamento do problema”.

> Graças à experiência anterior de treinamento de agentes indígenas de saúde (Centro Magüta) e sua posterior agregação em uma organização de saúde independente, o desenvolvimento de ações preventivas e curativas em relação a cólera foi bastante facilitado. O resultado prático foi o reduzido número de casos de cólera observados nas comunidades Ticuna e baixo índice de mortalidade por esta causa (Erthal, 1994, p. 135-6).

Os Tikuna, no entanto, ao serem atingidos pela epidemia, não estavam totalmente desprevenidos, já que ainda em setembro de 1989, 31 jovens representantes desta etnia haviam participado do I Curso de Formação de Monitores de Saúde Tikuna e, em maio de 1990, já formados como “monitores de saúde”, fundaram uma organização em defesa da melhoria das condições da assistência à saúde nas aldeias, iniciativa que lhes possibilitou uma razoável articulação no momento em que a doença

penetrava no país. Sendo assim, à medida em que o vibrião colérico se propagava pela região do Alto Solimões, os monitores de saúde tikuna passaram a desempenhar um papel fundamental no enfrentamento dos seus malefícios, o que possibilitou a recuperação de diversos enfermos, contaminados pela bactéria.

Com efeito, a atuação dos agentes de saúde tikuna no combate a cólera foi fundamental no sentido de evitar uma tragédia entre uma população, na época, estimada em cerca de 23 mil pessoas (Erthal, 1994). Contudo, todo o esforço destes profissionais no sentido de evitar que a doença continuasse a fazer vítimas entre os Tikuna mostrar-se-ia insuficiente nos anos seguintes à sua entrada no país. De acordo com o CGTT (1999), em 1995, "[...] morreram vitimados pela cólera mais de 07 ticunas em Belém do Solimões" e, em abril de 1999, faleceu Nelson Zaguri, tikuna da aldeia Cajari I, vítima da mesma doença (Ibid., 136).

Figura 4.4.1 – Benito, José e Juvêncio, ASI tikuna, em treinamento coordenado por equipe dos MSF para o tratamento da cólera. Benjamin Constant, 1991 (MS,1992, p. 49).

Contudo, como não tiveram o imediato apoio governamental, estes agentes somente puderam contar no início de sua mobilização em defesa da saúde nas comunidades, com o apoio e a orientação de uma equipe da organização não-governamental Médicos sem Fronteiras (MSF) – que acompanhara a progressão da

epidemia desde a cidade de Iquitos (Peru), treinando pessoal especializado no atendimento dos casos de cólera – e do Centro Magüta, o que resultou, inclusive, na elaboração de uma cartilha com orientações sobre a prevenção e o tratamento da moléstia (Figura 4.4.2).

Figura 4.4.2 – Cartilha produzida com a participação dos ASI tikuna (MS, 1992, p.55).

Nesse período, mais precisamente, em junho de 1991, Vera Reis, médica da Faculdade de Medicina da UFRJ – que havia participado da formação dos agentes de saúde tikuna – visitou aproximadamente 40 comunidades, nelas realizando atividades de treinamento específicas para o tratamento da cólera, assim como de difusão de informações sobre as formas de prevenção à doença. Naquele mesmo período, a organização Médicos sem Fronteira, com o apoio do Centro Magüta e da OMSPT, treinou seis agentes de saúde tikuna na aplicação do soro intravenoso.

Após terem sido treinados pela equipe dos MSF, alguns agentes de saúde tikuna protagonizaram situações inusitadas numa região marcada pela discriminação contra a população indígena, alguns deles, inclusive, tendo prestado assistência a não-indígenas contaminados pelo vibrião ou, ainda, dado treinamento para agentes de saúde não-indígenas.

> João Ticuna. É como chamam o Sr.João de Almeida Vasques, índio Ticuna da comunidade de Filadélfia no Alto Solimões. João Ticuna é, para todos, um símbolo do que se poderia considerar um Agente Comunitário de Saúde, exatamente porque gosta muito do que faz, além de se sentir bem ajudando aos que dele necessitem. Tem uma dedicação extrema com o seu povo. É simples, humilde e cativa todos os que dele se aproximam. João Ticuna é como é. O povo Ticuna, desde 1989, vem recebendo curso de formação para monitores de saúde através do Centro Magüta em Benjamin Constant – Am, em convênio com Universidade Federal do Rio de Janeiro. João Ticuna dividiu seus conhecimentos sobre a cólera com seu povo, com os ACS e com vários profissionais da área da saúde que chegavam no Alto Solimões [...] (MS, 1992, p. 54).

Figura 4.4.3 – ASI João Vasques numa palestra sobre a cólera, em foto que é acompanhada, na publicação do PNACS, pelo texto citado na página anterior (MS, 1992, p. 54).

A partir da bem sucedida experiência dos monitores de saúde tikuna no combate à epidemia da cólera, o Ministério da Saúde resolveu ampliar o PNACS entre eles, realizando contratações temporárias, assim como alguns treinamentos na região. Em decorrência desta iniciativa governamental, além dos monitores de saúde treinados por intermédio por ocasião do convênio CGTT-UFRJ, algumas dezenas a mais passaram a atuar nas aldeias da região, sendo contratados pelo Ministério da Saúde especificamente para o combate à cólera (Erthal, 2003).

A formação destes últimos diferenciava-se, no entanto, da que havia se verificado junto ao primeiro grupo de monitores de saúde tikuna, diplomados em 1989, visto que, enquanto nos cursos que resultaram do convênio entre o CGTT e a UFRJ, buscou-se uma formação de caráter mais abrangente, adequada ao perfil epidemiológico caracterizado pela equipe médica da universidade, nos cursos promovidos sob a orientação do PNACS, massificavam-se os treinamentos baseados na assimilação de conteúdos programáticos e de práticas de atendimento direcionadas especificamente para casos de cólera.

Como resultado deste processo, houve um significativo aumento do contingente de agentes de saúde tikuna que, embora especificamente treinados para o atendimento de enfermos de cólera, assumiram a responsabilidade pelos mais variados tipos de atendimentos e pelos registros de morbidade e mortalidade nas aldeias onde passaram a atuar.

Em janeiro de 1990, numa assembléia que reuniu caciques e monitores de saúde ligados ao CGTT na aldeia Bairro Independente (São Paulo de Olivença), foi criada a Organização dos Monitores de Saúde do Povo Tikuna (OMSPT). Num processo eleitoral aberto João Almeida Vasques obteve o maior número de votos, seguido por Hildo Moçambite Martins e Tertulino Francisco Mendes. Dessa forma, compôs-se a primeira coordenação da OMSPT com o objetivo de fortalecer a mobilização dos monitores de saúde em defesa da melhoria da qualidade da assistência à saúde dos Tikuna e da suas próprias condições profissionais.

Ainda no começo da década de 1990, após conhecerem a proposta do Departamento de Saúde da FUNAI para a contratação de uma equipe formada por médicos, enfermeiros e dentistas para atuar nas terras tikuna, alguns coordenadores da

OMSPT passaram a defender a inclusão de sete agentes de saúde tikuna na referida equipe. De acordo com Erthal (2003), tal fato originou uma intensa divisão entre os dirigentes e filiados da organização, culminando – a partir da iniciativa de um grupo de dissidentes que mantinham relações de parentesco entre si – na criação de outra entidade representativa dos agentes de saúde tikuna, a Organização de Saúde do Povo Tikuna do Alto Solimões (OSPTAS).

Motivados pela possibilidade de acesso a atividades remuneradas, de incremento de prestígio nas comunidades e, simultaneamente, junto aos poderes políticos locais, alguns tikuna abandonaram suas atividades de professores e passaram a "trabalhar com a saúde".[111] Estes, à medida em que assumiram a direção da OSPTAS, passaram a ter acesso a financiamentos do Ministério da Saúde e, assim, a administrar recursos públicos pela primeira vez desde que se estabeleceram relações regulares entre os Tikuna e o Estado brasileiro.

Entretanto, paralelamente à crise instalada no governo federal presidido pelo neoliberal Fernando Collor de Mello, o programa que mantinha os agentes de saúde tikuna em atividade nas suas aldeias foi praticamente abandonado. Em conseqüência disto, eles deixaram de receber os seus pagamentos e de serem "capacitados".[112]

Neste quadro de crise política e institucional, uma parte considerável dos agentes de saúde tikuna permaneceu durante algum tempo atuando nas aldeias de forma voluntária ou em troca de alimentos (farinha, peixes e banana, principalmente), fornecidos pelos moradores como pagamento por seu trabalho. Um grupo menos expressivo deles continuou trabalhando; seus salários eram pagos, porém, por algumas prefeituras municipais da região. Outros agentes de saúde, por sua vez, passaram a exercer atividades não remuneradas, retornando às atividades agrícolas relacionadas às suas roças, por exemplo, enquanto um reduzido grupo manteve-se vinculado a pequenos projetos, financiados tanto pelo próprio Ministério da Saúde quanto por agências de fomento internacionais.

---

[111] Durante a Assembléia Geral Extraordinária do CGTT, em 11 de novembro de 2000, o agente de saúde Otásio Araújo criticava, em sua fala, a participação de professores tikuna na coordenação do DSEI-AS (informação oral).

[112] O PNACS foi afetado pelo episódio conhecido como o "Escândalo das Bicicletas", que resultou numa Inspeção Especial realizada na FNS para apurar fatos relacionados à aquisição de 23.500 bicicletas (Cf. Acórdão – 0056-40/92 – P, publicado no DOU, de 09/09/1992).

Embora o movimento dos agentes de saúde tikuna tenha sofrido uma ruptura – irreversível até os dias de hoje – o conjunto dos profissionais que o compunha manteve a preocupação relativa à reivindicação da superação do vínculo empregatício precário e, conseqüentemente, da conquista de um outro que lhes assegure seus direitos trabalhistas e a continuidade do trabalho nas comunidades.[113]

Neste contexto, vale lembrar a previsão feita pelo antropólogo Roberto Cardoso de Oliveira (1964), há aproximadamente 45 anos, apontando a economia monetária como um elemento desencadeador de profundas transformações na vida social e econômica da população tikuna do alto Solimões.[114] Atualmente, observa-se o acerto do prognóstico, constatando-se a crescente monetarização das relações sociais em alguns importantes setores da sociedade tikuna. Neste sentido, os tikuna envolvidos com a educação escolar – seja como funcionários ou estudantes do ensino médio e / ou universitário – ou com programas de assistência à saúde encontram-se entre os que, entre estes ameríndios, mais contribuem para o aprofundamento das relações capitalistas nas suas comunidades. Por conseguinte, são também eles – em decorrência da necessidade de adaptações aos novos ritmos de trabalho e de condução da vida – aqueles que introduzem novos hábitos nas suas práticas cotidianas, o que inclui as nutricionais e as que concernem aos processos de saúde-doença.[115]

---

[113] Há uma demanda, ainda sem solução, que diz respeito à regularização profissional dos agentes de saúde indígena. Gil (2005, p. 495), ao referir-se aos profissionais de nível superior vinculados ao PSF, aponta a situação dos "[...] vínculos precários [...] como um dos nós críticos da saúde da família", enquanto Silva e Dalmaso (2002, p. 62) afirmam que "a vinculação institucional dos agentes é um tema que desde a primeira proposição do PNACS já aparecia como um dos principais desafios [...]".

[114] De acordo com Reis (1960, p. 40) até o período pombalino (1750-77), "[...] a Amazônia comerciara escambando. Do ciclo do Marquês em diante, introduzida a moeda metálica, modificou-se a paisagem financeira".

[115] Considerando-se que, na ocasião, a conformação sócio-espacial da ocupação tikuna no Alto Solimões era decorrente de processos estranhos a qualquer projeto sanitário que buscasse prevenir doenças, é procedente a observação feita por Coimbra Jr. (1991, p. 179) de que a proliferação de infecções devidas a condições sanitárias precárias, nas quais ocorre a contaminação da água e do ambiente domiciliar por dejetos fecais e restos de alimentos, está associada à sedentarização.

5. A FORMAÇÃO DE ASI E A CRIAÇÃO DOS DSEI NO BRASIL

5.1 MARCOS HISTÓRICOS, INSTITUCIONAIS E POLÍTICOS

Em 1978, a Conferência Internacional de Alma-Ata, patrocinada pela Organização Mundial de Saúde e realizada na extinta União Soviética, conferiu ao agente comunitário de saúde o destacado papel de principal responsável pelo cumprimento da meta de universalização da assistência básica à saúde – com estimativa para cumprimento prevista para aproximadamente duas décadas – cujo slogan se tornaria, posteriormente, referência mundial para governos de diversos países: “Saúde para todos no ano 2000!” (Erthal, 2003; Landgon *et al.*, 2006).

Passados dez anos da realização dessa Conferência, o texto da nova Constituição Federal Brasileira através do artigo nº 231, reconhecia “[...] aos índios, sua organização social, costume, línguas, crenças e tradições” (Brasil, 1988). Reconhecimento que, de acordo com Langdon et al. (2006), se expressou nos textos da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, assim como a outros documentos de autoria da FUNASA, tendo sido, dessa forma, resignificado por um discurso em defesa da necessidade de se possibilitar uma atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas do país.

Na década de 1990, a concepção de Distrito Sanitário que orientara a iniciativa governamental havia surgido no Brasil há poucos anos, com o apoio da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e da Organização Mundial de Saúde (OMS). Neste processo, estas duas organizações canalizaram a criação de distritos em municípios considerados estratégicos, tendo sido escolhidas, por meio desse critério, as cidades de Salvador, Curitiba e São Paulo para serem as primeiras a implantarem a nova forma de organização de serviços de atenção básica à saúde. Nestas experiências pioneiras, o Distrito Sanitário era considerado um processo social de mudança das práticas

sanitárias, em função, principalmente, de terem sido elas próprias produto do acúmulo de discussões e avaliações anteriormente feitas por sanitaristas e por outros especialistas na questão da saúde pública.

> Portanto, a noção de Distrito Sanitário indígena está centrada na organização da prestação de serviços de saúde pertinentes a cada realidade étnica, de forma que as ações decorrentes sejam eficazes para determinada população indígena, sendo fundamental a participação das diversas instâncias organizativas indígenas na formulação das políticas do setor. As experiências deveriam apontar os problemas no nível organizativo, cuja resolução deveria ser encontrada no local (Athias, Machado, 2001, p. 428).

Como pano de fundo para a criação dos DSEIS ocorria uma contínua e intensa disputa entre grupos compostos por atores sociais pertencentes à FUNAI e por outros que passaram a fazer parte da recém-criada Fundação Nacional de Saúde, em torno da hegemonia sobre a gestão administrativa, política e financeira da saúde indígena, que caracterizou as ações governamentais voltadas para a implementação de uma “atenção diferenciada à saúde indígena”, de acordo com o que havia estabelecido a Constituição Federal de 1988.

Como resultado dessa disputa, no alvorecer da década de 1990, o governo brasileiro retirou do rol de competências da FUNAI a responsabilidade pela gestão da saúde indígena, utilizando-se para tanto de um decreto (nº 23/1991), que a transferia para o âmbito do Ministério da Saúde. Neste período de intensa pressão de governos e movimentos ambientalistas internacionais sobre o governo brasileiro, em certa medida por conta da crescente devastação da região amazônica, foi criado o primeiro distrito sanitário de saúde indígena do país entre os índios Yanomami, localizado no então território de Roraima.

Passados tão somente três anos da publicação do decreto nº 23/91, a responsabilidade pela saúde indígena recaiu novamente sobre a FUNAI, situação originada por uma importante decisão política governamental que, segundo Garnelo e Brandão (2003), acabou por interromper o processo de distritalização da saúde indígena por um período de aproximadamente cinco anos.

Visto que, a tramitação do projeto de Lei da Saúde Indígena entre a Câmara dos Deputados, onde foi aprovada em 1994, e o Senado, onde foi sancionada em 1999, foi muito mais demorada. A demora na aprovação dessa Lei, para o deputado Sérgio Arouca (2006, p. 8), *"*[...] deveu-se à mudança de ânimos no Congresso e à troca contínua dos presidentes da FUNAI, entre outros fatores". De modo sintomático, este interregno correspondeu ao período de indefinição acerca da responsabilidade pela gestão da saúde indígena e de disputas entre setores da FUNAI e da FUNASA por seu controle efetivo.

Dessa forma, como que acompanhando o ritmo da transição pactuada que caracterizava o processo político no país, desde o fim da ditadura militar, a nova instituição que se tornaria responsável pela gestão da saúde indígena a partir de 1999, a FUNASA, conformou-se a partir da unificação de órgãos que contavam com uma longa tradição de serviços relacionados com a questão indígena e orientavam-se por concepções conservadoras e positivistas, nas quais "o índio" era tido como um ser inferior e incapaz.

A Fundação de Serviço Público de Saúde (SESP)[116] e a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM) compuseram, assim, as bases de sustentação da nova estrutura político-administrativa encarregada da assistência à saúde dos povos indígenas, assegurando, dessa forma, condições de continuidade capazes de conjugar diferentes épocas e diferentes políticas sociais direcionadas aos povos indígenas.

> O novo modelo organizacional do sistema de saúde não mais comportava a manutenção de organismos como a Fsep e a Sucam com suas ações diretas de, respectivamente, saneamento e atendimento médico, e de controle de endemias e seu grande contingente de funcionários – em especial a Sucam com dezenas de milhares de inspetores e guardas sanitários espalhados por todo o território nacional (Teixeira, 2007, p. 7).

[116] Por meio do decreto-Lei nº 4321, de 21 de maio de 1942, firmou-se o acordo sobre saúde e saneamento no Vale do Amazonas entre o Brasil e os Estados Unidos da América no qual o *Institute of Inter-Affairs* se comprometia a manter "[...] um Serviço Especial de Saúde Pública subordinado ao Ministério da Educação e Saúde." (SESP, 1953, p. 26)

Em contrapartida, com relação aos aspectos sociais, havia uma intensa mobilização em defesa da democratização da sociedade, cuja principal contradição estava relacionada à existência de um [...] setor público hiperdesenvolvido e mesmo excessivo, marcado pelo nepotismo, a ineficiência e a extrema centralização. E que (...) dava mostras de despreparo e, muitas vezes, de arrogância no tratamento com o público (Silva, 1996, p. 341).

Finalmente, como que perpassando as conjunturas sociais, econômicas e políticas que caracterizavam o país à época, destacava-se a corrupção política como prática social instalada nas esferas governamentais, cuja intensidade marcou esse período de transição pactuada (Iglesias, 1994).[117]

Neste contexto, foram idealizados os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) que, posteriormente, institucionalizaram-se com base na Medida Provisória n.º 1911-08, de 29/7/1999, e na Lei nº 9.836, de 23/9/1999 (dispositivos legais relacionados às Leis n° 8.080, de 19/09/1990, e 8142, de 28/12/1990).

Na própria definição atualmente utilizada pelo Departamento de Saúde Indígena (DESAI) da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) para referir-se ao conceito de DSEI – instância político-administrativa que corresponde a um determinado espaço étnico-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo que não mantém correspondência direta com os limites dos municípios e estados onde se localizam as terras indígenas (FUNASA, 2000b) – observa-se o alcance das propostas aprovadas na I Conferência Nacional para os Povos Indígenas (CNSPI).

Em 1993, foi realizada a II CNSPI, da qual participaram diversos profissionais de saúde – pesquisadores de formações variadas vinculados a instituições de ensino e de pesquisa, representantes de organizações não-governamentais e indígenas – que formularam e discutiram diversas propostas, posteriormente incorporadas às diretrizes governamentais que, por sua vez, orientaram a estruturação dos distritos sanitários especiais indígenas (FUNASA, 2005).

A II Conferência teve um importante significado político na medida em que serviu para estimular o debate sobre a ampliação do alcance dos artigos contidos na proposta

---

[117] De acordo com O'Donnell há duas formas clássicas de transição em se tratando de regimes autoritários. Uma, caracterizada por uma forte ruptura, é chamada de *transição por colapso*, a outra, lenta e gradual, é denominada de *transição pactuada* (Silva, 1996).

de Lei de Saúde Indígena que remontava à 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986. Houve debate, e por iniciativa do próprio autor da proposta de Lei – o então deputado federal e sanitarista, Sérgio Arouca – a abrangência dos seus artigos foi expandida. Sendo assim, alguns dos temas discutidos e aprovados por ocasião da 8ª Conferência como, por exemplo, aquele que dizia respeito à criação de um subsistema de saúde específico para os povos indígenas baseado na configuração político-administrativa e espacial dos DSEI, foram incorporados à proposta de lei (CNS, 2000).

Na sua essência, a Lei da Saúde Indígena ("Lei Arouca") tinha como objetivo promover a inclusão da estrutura organizacional e de serviços de atenção básica à saúde das populações indígenas nos marcos do SUS. No entanto, este objetivo não pôde ser facilmente alcançado, visto que a concepção que orientara a criação do SUS caracterizava-se por uma dinâmica peculiar, associada aos debates ocorridos por ocasião da realização da Conferência Nacional de Saúde e da estruturação do Conselho Nacional de Saúde, bem como ao processo de descentralização política e administrativa – ao passo que, em contrapartida, o Ministério da Saúde conservava a sua estrutura anterior.

> Como o Inamps foi extinto, a estrutura do Inamps que cuidava de assistência médica virou a secretaria de assistência à saúde, que era um Inamps, com todo dinheiro do Inamps, pagando o que o Inamps pagava. Então, o MS reproduziu dentro dele a estrutura anterior ao SUS. Uma estrutura completamente arcaica, viciada e ultrapassada. Então, acho que houve uma tensão entre o SUS, que era o novo, descentralizando, municipalizando, com controle social, e a estrutura do Ministério antiga (Arouca, [2006]).

Tendo participado, desde o início, dos movimentos políticos e institucionais relativos à organização do primeiro mandato do Partido dos Trabalhadores à frente do governo federal, a partir de uma perspectiva bastante privilegiada, Sérgio Arouca pôde descrever detalhadamente algumas das reformas ocorridas na estrutura organizacional do Ministério da Saúde. Reformas estas que tiveram relação direta com a questão da saúde indígena, produzindo efeitos, especialmente, em aspectos relacionados à estruturação e à manutenção dos DSEI, assim como no funcionamento dos serviços que estes deveriam oferecer às populações indígenas incluídas nas suas circunscrições.

> O primeiro salto que o Humberto Costa está dando é tentar montar uma estrutura de Ministério que corresponda ao SUS. Nessa estrutura que corresponderia ao SUS a primeira lógica foi de novo acabar com a separação entre saúde pública e atenção médica. Foi extinta a secretaria de políticas e foi tudo unificado numa secretaria de atenção á saúde. É como se de novo o Inamps estivesse sendo extinto. Foi criada uma secretaria de insumos e medicamentos e ciência e tecnologia, uma secretaria de recursos humanos, a FUNASA com o SUS cada vez mais perdeu funções e com a municipalização as ações de combate à dengue e às endemias também foram descentralizadas. Então de repente, a FUNASA tinha virado uma grande administração de pessoal, mas com o pessoal já descentralizado, uma área de emendas parlamentares para saneamento básico e epidemiologia. Em qualquer tentativa de mexer nisso, a pessoa que ia para a FUNASA fortalecia essa estrutura arcaica. Como a FUNASA trabalha com emendas parlamentares, você imagina que o orçamento da FUNASA que é de repente era de cento e poucos milhões, com a emenda parlamentar pulava para mais de 400. Quer dizer, o grosso do dinheiro da FUNASA vinha de emendas, onde o Ministério não tinha muito o que definir por que falava, por exemplo, você constrói isso em tal lugar. (grifos nossos)
>
> A idéia foi começar a colocar a FUNASA no lugar que devia estar. Tirou epidemiologia, porque está faltando ter um centro de inteligência do Ministério, para pensar uma estratégia epidemiológica, o Cenepi crescer, O Cenepi recebeu vários programas que estavam soltos, estão indo para o Cenepi Aids, tuberculose, malária, dengue, o Instituto Evandro Chagas e Curicica de Tuberculose. A área de epidemiologia virou uma secretaria nacional com peso e a FUNASA ficou só com saneamento básico (Arouca, [2006]).

Produzida nesse contexto e limitada pelas contendas políticas que a caracterizavam, a Lei da Saúde Indígena tinha como objetivo, além da inclusão da atenção básica à saúde das populações indígenas nos marcos do SUS, a sua adequação ao modelo de assistência do PSF. Tais objetivos, na medida em que puderam ser minimamente alcançados, transformaram-se nos marcos legais para a estruturação dos DSEI de forma adaptada ao modelo do Programa da Saúde da Família Indígena (PSFI).

Desde a sua origem, em 1993, o PSF, que pode ser considerado como a matriz do modelo de assistência que caracteriza a atuação dos agentes indígenas de saúde nos DSEI, orientou-se por uma concepção que pretendeu torná-lo um instrumento capaz de promover a reorganização do SUS e de viabilizar a municipalização da assistência, privilegiando as populações localizadas nas *"áreas de maior risco social"*. Com base

nestes pressupostos, a definição acerca da população-alvo considerou, prioritariamente, as pessoas residentes nas áreas delimitadas no Mapa da Fome do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), tendo sido consideradas, além disso, as características geográficas que lhes diziam respeito (Silva, Dalmaso, 2002).

Em 1999, quando a responsabilidade pela gestão da saúde indígena passou novamente a ser atribuída à FUNASA, que retomou o processo de distritalização, optando, porém, por não executarem diretamente as ações relacionada à saúde nas comunidades indígenas, adotando uma política de terceirização desses serviços. A instituição orientava-se, dessa forma, pelas diretrizes neoliberais sistematicamente ratificadas pelo governo, controlado pelo Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), muito embora elas fossem publicamente apresentadas com alguma dubiedade.

Desde então, portanto, foram firmados acordos entre o Ministério da Saúde e prefeituras ou organizações não-governamentais com o objetivo de que essas instituições e entidades passassem a executar e / ou a promover – além das atividades de caráter administrativo e gerencial – ações de saúde preventivas e curativas, utilizando-se, para tanto, de recursos originários do SUS.

Nesse contexto, foram criados 34 DSEI em todo o Brasil, dentre os quais sete corresponderam a diferentes regiões do Amazonas, com o objetivo de tornarem-se referências na atenção básica à saúde dos diversos grupos étnicos, residentes não apenas neste Estado, mas igualmente nos estados brasileiros que lhes são limítrofes.[118] De acordo com Garnelo e Brandão (2003), dentre esses distritos, seis viabilizaram-se por meio de convênios estabelecidos entre a FUNASA e organizações indígenas, ao passo que apenas um deles resultou de um convênio entre o órgão federal e a prefeitura municipal da cidade de Barcelos, situada na região do alto Rio Negro.[119]

---

[118] Nesse cálculo, foram considerados apenas os DSEI que têm como referência a Coordenação Regional (CORE) da Funasa em Manaus, ou seja, os do Alto Rio Negro, Alto Solimões, Médio Rio Solimões e Afluentes, Médio Rio Purus, Manaus, Parintins e Vale do Javari. Dentre estes distritos, o de Parintins é o único que inclui grupos étnicos de outro estado, no caso, do Pará. Em contrapartida, os DSEI de Porto Velho, Alto Rio Purus e Yanomami referidos, respectivamente, às COREs de Rondônia, Acre e Roraima, são responsáveis pelo atendimento a diferentes grupos étnicos assentados no estado do Amazonas.

[119] Cabe mencionar que o primeiro convênio que deu origem ao DSEI-AS teve como signatários a Funasa e a Diocese do Alto Solimões. Em meados de 2001, a Diocese decidiu se afastar da gestão do distrito e foi substituída pela Organização *Torü Ma'ü* (OTM) que, apesar do nome em tikuna, que corresponde a "Nossa Saúde", era formada por tikuna e não-indígenas vinculados à própria diocese, de modo que não é certo considerarmos ambas organizações como indígenas.

Apesar de terem sido implantados, os distritos sanitários não foram imediatamente compreendidos – tanto pelos profissionais de saúde que neles atuavam, como por seus próprios administradores locais – como processos sociais de mudança das práticas sanitárias. Por conseguinte, a manutenção das modalidades de prestação de serviços indica que os distritos, na prática, não conseguiram ir além de uma simples reforma administrativa (Athias, Machado, 2001). Nesse sentido, tal situação servira somente para circunscrever a organização dos serviços a um determinado espaço territorial sem, contudo, lograr a superação das tradições burocráticas que caracterizavam as práticas político-administrativas no país (Mendes, 1995)

No que diz respeito, especificamente, às experiências que resultaram na formação de ASI e na inclusão destes profissionais indígenas nos programas e ações relacionados à saúde indígena, afirma-se que resultaram de iniciativas desenvolvidas por universidades e organizações não-governamentais, sobretudo a partir da década de 1980 (Langdon et al., 2006), de tal modo que apenas recentemente têm sido possíveis as avaliações sobre os seus desenvolvimentos. Com efeito, vários trabalhos de caráter acadêmico confirmam esta tendência.

Garnelo (2001) enfocou o processo de formação de ASI na região do alto Rio Negro, enquanto Erthal (2003) analisou, a partir de uma perspectiva histórica, essa modalidade de ensino-aprendizagem entre os Tikuna do Alto Solimões.

Mendonça e Oliveira, em trabalhos publicados em 2005, abordaram determinados aspectos relacionados à formação de agentes de saúde no Parque do Xingu no Mato Grosso. Enquanto Bittencourt e outros autores. Nesse mesmo ano descreveram e, sobretudo, problematizaram os projetos de formação em saúde desenvolvidos com diferentes populações indígenas em regiões do Acre, Rio Negro e Xingu, além de destacarem as metodologias utilizadas na formação de ASI e analisarem as lições aprendidas nas três experiências, com vistas a subsidiar o fortalecimento da política de formação de recursos humanos indígenas.

Chaves et al. (2006) referiram-se à formação específica dos ASI do Pólo Base de Angra dos Reis (RJ), no âmbito do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) municipal, enquanto Landgon et al. (2006) trataram de diversas questões

envolvendo a participação dos ASI num dos DSEI que abrange parte do Estado de Santa Catarina.

Este sistemático movimento reflexivo em torno das experiências relativas à formação de agentes indígenas de saúde não se encontra circunscrito às experiências realizadas no Brasil, sendo possível observá-lo – limitando-me, aqui, a citar somente alguns estudiosos que trabalham com os Tikuna na Colômbia – em trabalhos publicados por Suárez Mutis (2003) e preparados por Camacho Gonzalez (2007), que aportam discussões interessantes acerca da temática em questão, além de indicarem a existência de processos históricos mais abrangentes e complexos a ela relacionados.

Como fica evidenciado na revisão bibliográfica as referências que contêm avaliações sobre distintos processos históricos levando à formação dos ASI em diferentes regiões do país e mesmo fora dele são bastante recentes. Conseqüentemente, são também recentes as reflexões referentes aos impactos que tais processos ocasionaram nos espaços físicos e políticos das comunidades indígenas, assim como a outros aspectos relativos à própria formação recebida pelos ASI.

No entanto, é possível observar – ao menos em parte significativa dos trabalhos produzidos no Brasil sobre a formação de ASI – que a ênfase das abordagens costuma recair sobre os aspectos estritamente relacionados aos processos político-pedagógicos e às vinculações com as políticas governamentais para a saúde indígena, pouca atenção sendo dada aos significados inerentes aos processos que envolvem a mobilização política das organizações, de agentes de saúde e de lideranças indígenas pela conquista do reconhecimento do direito à assistência à saúde, por parte dos representantes do Estado brasileiro. Mobilização cuja origem, em diversos casos, deu-se em espaços correspondentes às aldeias, tendo confluído para a estruturação de movimentos mais consistentes e organizados.

Nesse sentido, o I Encontro de Agentes Indígenas de Saúde e Microscopistas Indígenas da Amazônia Brasileira, promovido e realizado pela COIAB e pelo Conselho Indigenista Missionário (CIMI – Norte 1), em Manaus, entre os dias 16 e 21 de agosto de 1997, cumpriu um importante papel, pois, além de contar com a participação de 42 representantes indígenas do estado do Amazonas, 24 dos demais estados amazônicos – dentre os quais, agentes de saúde e lideranças indígenas indicadas por suas áreas e /

ou organizações indígenas – recebeu, ainda, convidados de instituições como a Fundação Nacional de Saúde (FNS), a Coordenação Nacional do Programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS, a organização Médicos Sem Fronteiras, o Conselho Indigenista Missionário, entre outras.

A importância desse encontro pode ser avaliada pela expressiva participação indígena, que contou com 12 representantes de três povos (Macuxi, Wapichana e Yanomami) de Roraima, com outros 46, de 20 povos do Amazonas (Kambeba, Baniwa, Sateré-Mawé, Marubo, Mayuruna, Munduruku, Paumari, Kulina, Partintin, Dessana, Tukano, Wanano, Tikuna, Yanomami, Kanamary, Baré, Piratapuya, Apurinã, Mura, Yxikariano), com dois de povos de Rondônia (Orô Não e Morô Não), com três de povos do Acre (Kaxarari, Shanenawá e Apurinã), com três do Amapá (Karipuna, Palikur e Waiãpi), com dois do Pará (Tembé e Munduruku), com um do Maranhão: (Guajajara), com três do Mato Grosso (Guarani, Kaiwoá, Jurukutu e Terena) e, finalmente, com um do Rio de Janeiro (Guarani).

No documento aprovado ao final do encontro, seus participantes afirmaram, em nome "[...] de mais de mil Agentes Indígenas de Saúde – AIS, na Amazônia Brasileira", que buscavam alcançar o objetivo de articular politicamente os agentes de saúde dentro de "[...] uma perspectiva histórica de autonomia dos povos indígenas e da melhoria de sua qualidade de vida". Desse modo, com base no "diagnóstico" traçado durante os cinco dias do evento, foi possível relacionar "[...] o aumento de doenças e epidemias como a malária, a tuberculose, a oncocercose, DST's e até mesmo casos já constatados de AIDS" às

> [...] invasões das terras indígenas e o crescente envolvimento e contato dos índios com as populações regionais; a indefinição e a desassistência expressa nos desvios e na administração dos recursos financeiros, e na falta de interesse e vontade política do Estado; até mesmo as Casas do Índio tem servido para a disseminação e agravamento de situações de doenças, pela total inadequação da sua estrutura e funcionamento; o modelo neoliberal que gera o descaso para com a questão social com a saúde, e que em se tratando da saúde indígena, tem levado a uma incapacidade dos organismos oficiais em responderem as demandas da saúde das populações indígenas, instalando conflitos de responsabilidades, convênios da FUNAI com as Prefeituras e desvios de recursos humanos da FNS/Saúde indígena alocados para outros setores (COIAB, 1997, p. 54).

A partir de tais constatações, os participantes do encontro defenderam a luta pela demarcação e garantia das terras indígenas; pelo reconhecimento e respeito com relação às suas próprias “medicinas tradicionais” e / ou seus “sistemas próprios de saúde”; pelo “reconhecimento da saúde indígena de forma diferenciada” e articulada com os seus processos de organização social, política e cultural; “[...] pela participação efetiva em todas as instâncias de planejamento e definição das políticas de Saúde Indígena [...]”, como afirmação de direitos e da “[...] capacidade em gerir os rumos da autonomia indígena também na saúde[...]”. Com base nestes princípios gerais, propuseram:

> A criação de uma Comissão Nacional de Agentes Indígenas de Saúde para possibilitar a continuidade de articulação e troca de conhecimentos entre nós e organizar o processo de preparação da III Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas. [...] um órgão gerenciador e normatizador da saúde indígena no âmbito do Ministério da Saúde, capaz de gerir a política nacional para a saúde indígena nos diversos níveis: local, estadual e nacional; que contemple a participação indígena (controle social) através das organizações e articulações indígenas existentes. [...] Núcleos Interinstitucionais de Saúde Indígena nos locais onde não existam e o imediato reconhecimento e implantação dos Sistemas Locais de Saúde Indígena / Distritos Sanitários Especiais Indígenas e de seu Controle Social / Conselho Local de Saúde Indígena. [...] um Programa Nacional de Agentes Indígenas de Saúde, contemplando a ***Formação, Acompanhamento / Educação Continuada / Supervisão,*** bem como a ***Remuneração***. [...] a realização da III Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas com processos de preparação local, regional e nacional, exigindo do Presidente da República a autorização ao Ministério da Saúde para a liberação dos recursos necessários. [...] a aprovação do Projeto de Lei Nº 4.681/1994, do Deputado Sérgio Arouca que trata da normatização / regularização da Política Nacional de Saúde Indígena como resultados na efetivação das diretrizes aprovadas na III Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas / 93 (COIAB, 1997, p. 55, grifos do autor).

Na avaliação dos debates acontecidos no terceiro dia do encontro, diversos representantes indígenas, no entanto, demonstraram seu descontentamento com relação à participação dos representantes dos órgãos governamentais no dia anterior.

Nesta ocasião, Alice Machado, Guarani-kaiowá de Mato Grosso do Sul, por exemplo, afirmava:

> É incrível essa falta de compromisso, é incrível a falta de responsabilidade das pessoas que estão à frente dos órgãos que se julgam nossos representantes, e a forma como eles conduzem uma questão tão séria que é a questão da saúde indígena. E pior ainda é que nem a FUNAI e nem FNS não quer se comprometer com um trabalho sério e que dê resultados concretos para a comunidade.
> Na mesa de ontem cada um fez a sua defesa, mas ninguém sequer deu uma resposta concreta para nós, índios. Parece que ninguém dos órgãos que nos representa, esteja a fim de levar nossas propostas adiante [...] (Ibid, p. 41).

Clóvis Wapichana, de Roraima, por sua vez, ressaltava a necessidade de que os próprios índios e suas organizações protagonizassem os debates e as mobilizações necessárias para conquistarem as transformações desejadas com relação à questão da saúde:

> Nós mesmos temos que chegar a uma conclusão, de qual é o modelo que nós queremos como subsistema de saúde indígena, temos também que comunicar as entidades que trabalham nas comunidades, para trabalharem em conjunto conosco. Temos também que pressionar a realização da III conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas e, discutirmos aqui quais as propostas que iremos apresentar. Vimos muita discussão e não deu para saber quem poderia nos ajudar. No momento em que precisamos deles, eles ficam só se defendendo. Os AIS não tem hora e nem dia para trabalhar, trabalhamos continuamente e por isso precisamos ser remunerados" (Ibid, p. 42)

Embora parte considerável das propostas aprovadas no Encontro não tenham sido implementadas de modo efetivo até os dias atuais, é lícito supor que esse evento representou um importante marco para uma futura definição da política nacional de saúde indígena, tendo evidenciado a capacidade de articulação e de mobilização política das organizações indígenas, além da potencialidade de suas lideranças na formulação de propostas.

5.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE O PROCESSO DE CONSTITUIÇÃO DO DSEI-AS

Na definição atribuída à FUNASA [2004], o DSEI é considerado uma unidade que integra a sua estrutura organizacional, devendo ser compreendido "[...] como uma base territorial e populacional sob responsabilidade sanitária claramente identificada [...]." (grifo do autor). Tais argumentos explicam e, sobretudo, justificam – para o caso específico do DSEI-AS – a existência de uma sede da instituição na cidade de Tabatinga, onde trabalham os seus funcionários e encontra-se a sua chefia local. A esta representação institucional da FUNASA, os seus próprios funcionários na região, assim como funcionários e dirigentes das instâncias regional (CORE-Manaus) e nacional (DESAI-Brasília), aludem como "chefia do DSEI-AS".

Por outro lado, desde a sua criação, a "sede do DSEI-AS" – equivalente semântico para o espaço utilizado pela coordenação político-administrativa dos convênios com a FUNASA – funcionou na cidade de Benjamin Constant em diferentes casas alugadas. Entretanto, em 2005, foi adquirido um imóvel onde passaria a funcionar a coordenação do DSEI-AS.[120]

De tal maneira que, desde a criação do DSEI-AS em 1999, perdura na região do Alto Solimões como que uma duplicidade de sentido relacionada à expressão "distrito", que se refere a um campo de disputas entre atores sociais e os significados dos seus discursos. Tal situação, por vezes, se expressa através de conflitos entre dirigentes e funcionários das entidades conveniadas à FUNASA e os funcionários desta instituição. Nesse sentido, Araújo (2002, p. 154) avalia corretamente que os DSEI constituem-se como:

---

[120] Utilizaram-se nessa negociação recursos existentes na conta bancária da prefeitura municipal, que resultavam do acúmulo de parte considerável de vários repasses mensais no valor de R$ 28.790,00, originários do Ministério da Saúde (Incentivos de Atenção Básica para os Povos Indígenas) para o Fundo Municipal de Saúde, destinados à contratação de profissionais para atuarem nas áreas indígenas.

> [...] um território de lutas pelo poder simbólico e pelo que deste resulta, que é o controle sobre os recursos e as políticas de saúde. [...] o espaço concreto no qual os diversos atores sociais se confrontam, em busca de fazer valer seu próprio modo de enfocar a saúde indígena. [...] luta entre profissionais de saúde, autoridades sanitárias, organizações indigenistas, as de assessoria e de apoio, prestadores de serviço etc. – mas também uma luta entre paradigmas, teorias e modelos sobre a saúde, meio ambiente, sobre as relações interétnicas, a intervenção social e sobre modelos de educação e de comunicação. Estes últimos são o ponto nevrálgico dos embates, porque é através da prática comunicativa que os discursos em luta assumem materialidade.

Parte significativa dos conflitos entre os diferentes atores sociais – funcionários da FUNASA, índios, políticos e técnicos – realiza-se nos espaços políticos constituídos pelo Conselho Distrital de Saúde Indígena do Alto Solimões (CONDISI-AS) e refere-se ao controle sobre os recursos destinados ao funcionamento do DSEI-AS e ao exercício do poder simbólico que dele decorre.

Nesse sentido, no decorrer do segundo semestre de 1999, produziu-se um vigoroso debate no interior do CONDISI-AS, que teve como protagonistas atores sociais que representavam distintos grupos na disputa pela condução. Durante a reunião que definiu a entidade que assumiria o convênio com a FUNASA para a condução da implantação do DSEI-AS, o representante do Pelotão de Fronteiras do Exército Brasileiro em Tabatinga foi quem se manifestou de forma mais incisiva em defesa da nomeação da sua instituição, apesar do interesse também manifesto pela representante da organização não-governamental Instituto de Desenvolvimento de Atividades de Auto-Sustentação das Populações Indígenas (INDASPI), uma funcionária da própria instituição governamental. (Informação verbal)[121]

Havia, no entanto, na composição do CONDISI-AS vários líderes tikuna que conservavam ativas na memória as lembranças de situações nas quais militares brasileiros se opuseram às suas reivindicações pela demarcação de suas terras ancestrais. O então Coordenador Geral do CGTT, Pedro Inácio Pinheiro, por exemplo, costumava relatar com certa freqüência, em conversas informais ou em assembléias de caciques tikuna, algumas passagens de uma reunião da qual havia participado em

---

[121] Nino Fernandes e Cristóvão Macedo Macedo Moçambite. Benjamin Constant, DSEI-AS, 09/052003.

Brasília, em que teve como interlocutor um coronel representante do Projeto Calha Norte (PCN),[122] insistia no argumento de que os índios deveriam aceitar a demarcação das suas terras como colônias e não como territórios contínuos como reivindicavam.

> [...] Então aí a gente teve lá, como mais dois liderança, o Armando Guedes, lá de Santa Clara. A gente tivemos com ele no Ministério, né, como o coronel, que era segurança da faixa de fronteira. (...) onde disse que tipo de demarcação de terra a gente tinha que aceitá, na opinião dele. Que opinião dele tinha que a gente tem que aceitá. Que ele não ia aceitá nossa opinião da gente, porque ele sabe... Ticuna, não sabe, não sei o que... Aí ele começou a explicá isso pra gente (...) Deu dois nome de terra, né... E que, onde, a terra indígena, seria feito a demarcação assim como terra florestal e a demarcação da terra indígena em colônia indígena. Aí a gente dissemo que não, nós não queremos a terra em colônia. Nós queremos que seja terra indígena, não colônia indígena. Então ele disse: Se for assim... o coronel falou assim: Então se você não aceita meu opinião (...) eu não vou aceita a opinião de vocês, porque vocês não aceitaram meu opinião. Então a terra que vocês pede, terra indígena, isso você pode voltá, você pode morrê nessa terra, que você nunca mais vai consegui essa terra (...) Aí nesse momento o Armando Guedes, levantô da cadeira e disse: - Coronel, já que você não qué dá terra pro Ticuna, então a gente vamo na porrada... Ele bateu na mesa... na frente do coronel, né? Aí o coronel se afastô, assim com medo do Armando, né? Aí alguém da segurança dele, veio pra perto calma porque o Armando tava meio brabo, né? (Pinheiro, 2001).[123]

Outro dirigente tikuna, Nino Fernandes, relatou a situação ocorrida em setembro de 1988 no aeroporto da cidade de Tabatinga, quando juntamente com alguns professores tikuna e com uma integrante da Operação Anchieta (OPAN)[124], foi abordado pelo General Bayma Denis – um dos responsáveis no governo de José Ribamar Sarney pela implantação do Projeto Calha Norte na região do Alto Solimões – que desejava saber para onde eles viajariam.

---

[122] Para maiores informações sobre o Projeto Calha Norte, consultar Oliveira Filho (1990) e FGV (2001).

[123] A entrevista com Pedro Inácio Pinheiro faz parte do projeto "Vozes do mundo" que, por sua vez, integra o projeto de investigação "A reinvenção da emancipação social", dirigido por Boaventura de Sousa Santos, do Centro de Estudos Sociais da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Informações complementares sobre tais projetos encontram-se no portal http://www.ces.fe.uc.pt/emancipa/pt/voices/index.html.

[124] Atualmente, a sigla corresponde à Operação Amazônia Nativa.

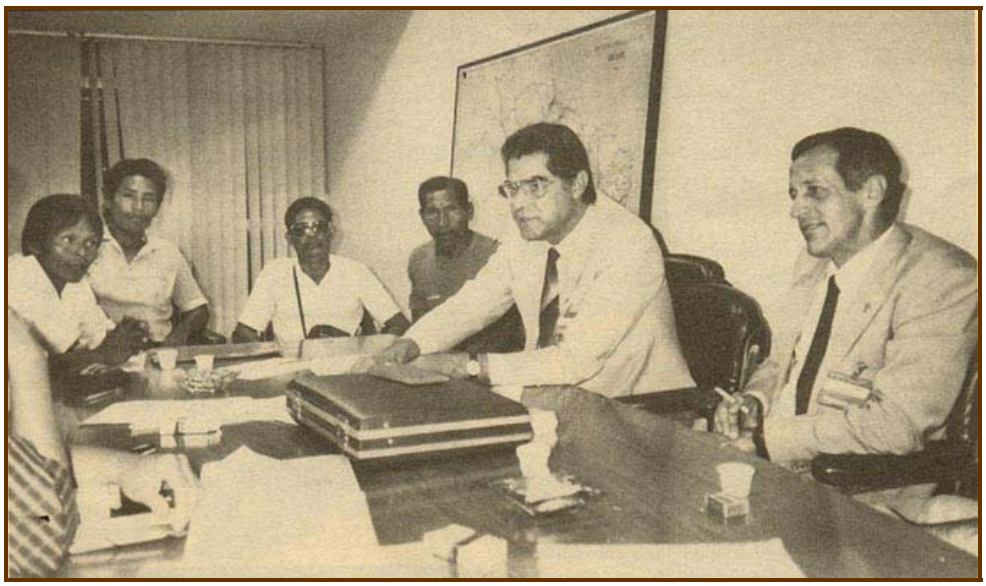


Figura 5.2.1 – Tikuna em reunião no Conselho de Segurança Nacional[125] (André Villas-Boas, julho de 1987, in CEDI,1990).

Possivelmente, um fundo de memória compartilhado por diversos tikuna como registro das experiências traumáticas que tiveram com os militares, vivenciadas desde os primórdios do processo de colonização da região, manteve-se ativo por meio das assembléias de caciques e de outras formas de diálogos. Por conta disso, nas discussões efetivadas durante a reunião do CONDISI, os conselheiros indígenas, em maioria absoluta, percebendo que a possibilidade de o exército assumir o convênio com a FUNASA significava uma ameaça à efetivação das propostas anunciadas como pressupostos para a implantação do distrito na região, optaram pela indicação da Diocese do Alto Solimões, na ocasião representada pelo bispo Alcimar Magalhães. (Informação verbal)[126]

Neste contexto, a Diocese assumiu o primeiro convênio para a implantação do DSEI-AS, em setembro de 1999, e tornou-se responsável pelo desenvolvimento da sua fase inicial, que incluiu a contratação de pessoal, a aquisição de equipamentos, a construção de postos e de minipostos de saúde, de pólos-base e de alojamentos nas

---

[125] No sentido horário, Pedro I. Pinheiro, Pedro M. Gabriel, Milton A. Miguel, Armando G. Batalha, Cel. Carneiro, Comte. Afonso.

[126] Nino Fernandes e Cristóvão Macedo Macedo Moçambite. Benjamin Constant, DSEI-AS, 09/052003.

aldeias. Para que pudesse cumprir estas metas, a instituição religiosa contou com aproximadamente sete milhões e oitocentos mil reais, correspondentes a um período de doze meses.[127]

Como pontos de partida para a implantação do DSEI-AS foram priorizados os investimentos voltados para a realização de obras, aquisição de equipamentos etc. Dessa maneira, foram construídos dez pólos-base (Filadélfia, Feijoal, Umariaçu II, Belém do Solimões, Vendaval, Campo Alegre, São Paulo de Olivença, Nova Itália, Betânia e Tonantins). Dentre estes pólos-base, dois foram implantados em áreas urbanas – São Paulo de Olivença e Tonantins – enquanto os demais estão instalados em aldeias.[128]

Cerca de doze meses depois de a diocese ter assumido a gestão do DSEI-AS, acumulavam-se as queixas dos índios em relação à assistência prestada e, sobretudo, ao fato de terem sido privilegiadas as contratações de não-indígenas para os cargos administrativos da instituição, inclusive para aqueles exercidos nas aldeias. Essas críticas, no entanto, não chegavam a ser apresentadas diretamente aos representantes da diocese, sobretudo em função de os principais dirigentes do CGTT e de alguns tikuna, isoladamente, manterem algum nível de articulação com representantes da Pastoral Indigenista na região.

Apesar disso, em novembro de 2000, durante a Assembléia Geral Extraordinária do CGTT, realizada na aldeia Nova Congregação, no paraná do Ribeiro, município de São Paulo de Olivença, cerca de 70 caciques, 15 mulheres da associação de Mulheres Ticuna (AMIT) e 15 agentes de saúde tikuna, ao tratarem da questão da saúde, apresentaram sucessivas críticas à gestão da diocese na coordenação do DSEI-AS.

O Cacique Quirino Gaspar, da aldeia Nova Esperança (Igarapé Belém), município de Tabatinga, por exemplo, queixava-se do tratamento dispensado aos pacientes tikuna que necessitavam permanecer na CASAI, na cidade de Tabatinga, onde, segundo ele,

---

127 Com esse valor, o orçamento do DSEI-AS era o mais elevado entre todos os distritos do país.

128 A estrutura organizacional dos DSEI orienta-se pela inter-relação entre três *lócus* de assistência à saúde (aldeia – pólos-base – unidades de referência). No caso do DSEI-AS, em seguida às discussões de caráter coletivo que marcaram a sua fundação, a partir da pressão de uma família tikuna muito extensa e mobilizada, foi criado o pólo-base de Umariaçu I, vizinho da área urbana da cidade de Tabatinga. Os pólos-base construídos na gestão da Diocese do AS, apesar de terem estruturas físicas diferenciadas, incluem, de um modo geral, aposentos para os membros das EMSI, cozinha, banheiro, salas para atendimento etc. Além deles, em algumas aldeias foram construídos, ainda, postos e minipostos de saúde.

faltavam até mesmo alimentos. O agente de saúde Otásio Araújo, da aldeia Porto Espiritual, município de Benjamin Constant, por sua vez, afirmava que “a educação e a saúde estão bagunçados”, no que era apoiado pelo então professor Nino Fernandes, que complementava: “na saúde, qualquer ladrão assume funções”. (Informação verbal)[129]

Na única intervenção que fiz nessa parte da assembléia, critiquei o fato de não ter sido desenvolvida nenhuma iniciativa, no âmbito do DSEI-AS, no sentido de preparar os próprios índios para assumirem a gestão da saúde na região. A médica Flávia, natural do Rio de Janeiro que trabalhava na aldeia Belém do Solimões e, na oportunidade, representava o padre Josenei Lyra, coordenador da Pastoral Indigenista da Diocese do Alto Solimões, em resposta à minha intervenção, afirmava que a diocese não tinha interesse nesse tipo de investimento, embora avaliasse como positiva a situação do distrito (Ibid).

Com base nos depoimentos dos conselheiros distritais e de outras lideranças tikuna podia-se perceber que, apesar de o CONDISI ter sido criado juntamente com o DSEI-AS, era bastante reduzido o nível de acesso dos seus conselheiros indígenas às informações acerca da execução orçamentária do convênio 0323/99, prevalecendo entre eles o desconhecimento sobre o planejamento das obras que seriam executadas em algumas comunidades ou, ainda, o conjunto dos bens adquiridos com recursos de tal convênio.[130]

Com o advento do DSEI-AS, o CONDISI, criado com o objetivo de atuar como um instrumento de “controle social” sobre os gastos da saúde revelou-se na prática uma instância de decisões políticas, governada por uma lógica pautada na burocracia e regida por acordos políticos estranhos aos processos que resultavam na construção da legitimidade dos caciques, originando, com isso, um sistemático processo de dissensão com relação às assembléias de caciques, o que, posteriormente, transformou-se numa fragmentação da autoridade coletiva do próprio CGTT.

A composição étnica do DSEI-AS resultou, por sua vez, de acordos entre lideranças indígenas e da legitimação destes por parte de dirigentes da FUNASA e dos

---

129 Anotações feitas no dia 29/11/2000 durante a assembléia de caciques tikuna.

130 Parte destas informações só se tornou pública para os índios quando, em 2002, o CGTT assumiu o convênio com a Funasa e, por conta disto, recebeu a documentação parcial dos convênios anteriores.

conselheiros reconhecidos pelo CONDISI. Todavia, apesar de consensual, tal entendimento poderia ser redefinido na medida em que houvesse a "emergência"[131] de novas etnias na região ou em decorrência da intenção manifesta por conselheiros distritais no sentido da exclusão de alguma delas do DSEI-AS. [132]

Com a implantação do DSEI-AS, o processo de formação de agentes de saúde tikuna, até então marcado pela descontinuidade, parecia adquirir um estatuto que lhe serviria de garantia de regularidade, o que, entretanto, não se confirmou posteriormente.

[131] Oliveira Filho (1993) utiliza a expressão "emergência" para referir-se ao fenômeno de re-identificação étnica ocorrido no Nordeste a partir, principalmente, da década de 1990.

[132] No presente estudo são considerados apenas os grupos étnicos incluídos no DSEI-AS até o ano de 2004. Nos últimos meses de 2005, a coordenação do DSEI-AS recebeu informações de conselheiros distritais sobre a presença de comunidades das etnias Kulina e Witoto no município de Amaturá; estas, contudo, não puderam ser verificadas.

5.3 A CONSOLIDAÇÃO DO DSEI-AS E PAPEL DOS ASI TIKUNA NESTE PROCESSO

Em conformidade com os dispositivos legais que fundamentaram e regularam a criação dos 34 DSEI atualmente existentes no país e buscando adequar-se à definição a eles atribuída pela FUNASA, o DSEI do Alto Solimões foi instituído em 1999; sua operacionalização tendo sido atribuída por este órgão, sob a forma de convênio,[133] à Diocese do Alto Solimões.

Regulado por tais condições políticas e administrativas, o DSEI-AS foi estruturado com o objetivo de promover a "reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolver atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação de assistência" (Chaves et al., 2006, p. 297) à saúde da população indígena aldeada nos municípios de Amaturá, Benjamin Constant, Santo Antônio do Içá, São Paulo de Olivença, Tabatinga e Tonantins; população esta composta por 30.508 indígenas das etnias Kaixana (502), Kambeba (61), Kanamari (14), Kocama (2576), Maku-Yühũp (266), Tikuna (27.047) e Witoto (42) (FUNASA, 2007)[134], o que equivale a cerca de 20% do conjunto dos 162.011 habitantes dos sete municípios acima relacionados (IBGE, 2007).[135]

---

133 O convênio nº 0323/99, firmado pela FUNASA e pela Diocese do Alto Solimões, foi iniciado em 29 de setembro de 1999, tendo resultado, até dezembro de 2002, no repasse do valor de Cr$ 7.464.218,00 (sete milhões, quatrocentos e sessenta e quatro mil, duzentos e dezoito cruzeiros reais) do órgão governamental para a instituição religiosa (MS, 2004a).

134 Tais números correspondem à população indígena residente em aldeias, visto que aquela residente nas áreas urbanas dos municípios não é computada na base de dados do distrito, em função da própria estrutura organizacional do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Cf. Figura 5.3.1). Embora no item "Etnias" da base de dados da Funasa conste a categoria "não indígena", com dezenove pessoas, optamos por não incluí-lo como parte da população indígena do DSEI-AS. Como veremos adiante, dados contidos noutras fontes de informação (Pereira *et al*., 2002, CGTT / DSEI-AS, 2004) diferem daqueles disponibilizados pela Funasa.

135 Dentre os grupos étnicos que fazem parte do DSEI-AS, os Maku (Yühũp), apesar de encontrarem-se assentados no município de Japurá — fora da região do Alto Solimões, portanto — foram incluídos nesse distrito por questões relacionadas à logística, conforme argumentaram alguns representantes do Departamento de Saúde Indígena da Funasa.

Na sua estrutura organizacional os DSEI possuem, além dos pólos base, as Casas de Saúde (CASAI) cujo objetivo principal é a viabilização do acesso da população de um ou mais Distritos Sanitários ao atendimento secundário e/ou terciário, servindo de apoio entre a aldeia e a rede de serviços do SUS. Dessa forma, as CASAI funcionam como locais de recepção e de apoio aos pacientes indígenas referenciados aos pólos-base e aldeias, mediando o seu atendimento na rede do SUS. (FUNASA, 2004)

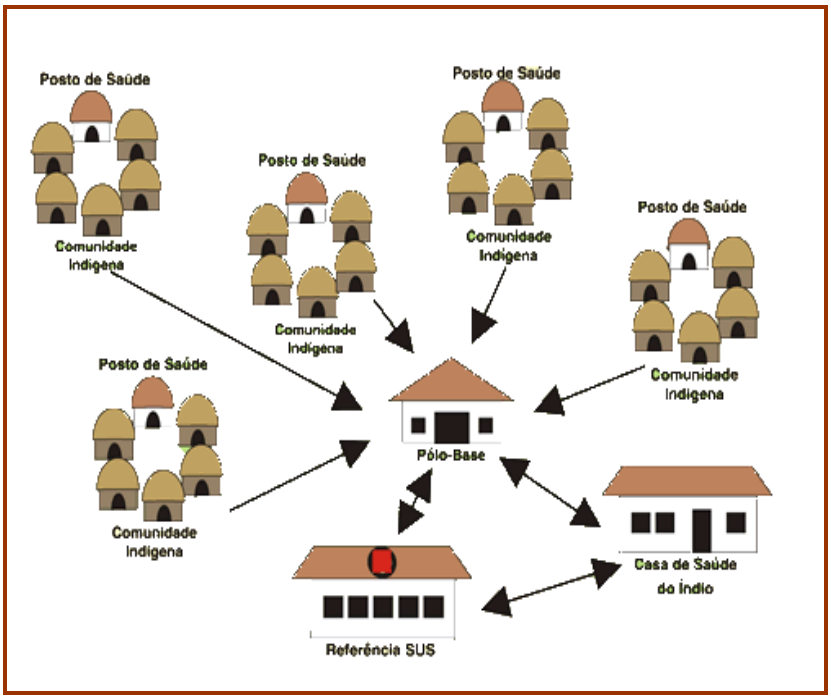


Figura 5.3.1 – Estrutura organizacional e modelo assistencial dos DSEI (FUNASA, 2004).

Os pólos-base constituem-se por construções que servem para o alojamento da EMSI e para o atendimento da população do seu entorno. Além disso, devem contar com, no mínimo, uma embarcação motorizada (“deslizador” ou “voadeira”, como são chamados, em toda a região, os barcos com motores de popa movidos à gasolina) para a remoção e o transporte de pacientes para o hospital de referência (Hospital de Guarnição) ou para a CASAI, ambas as unidades localizadas na cidade de Tabatinga.

Para alcançarem os objetivos anteriormente citados, os DSEI contam de um modo geral, com o trabalho que cabe às EMSI executarem. Estas equipes, por sua vez, são compostas por médicos, enfermeiros, dentistas, auxiliares de enfermagem, técnicos de higiene dental, agentes indígenas de saneamento (AISAN) e ASI, e atuam nos pólos base[136] de acordo com as diretrizes estabelecidas pelo Programa da Saúde da Família (PSF).

No caso específico do DSEI-AS, nos anos de 1999 e 2000, as ações de atenção básica à saúde eram implementadas por sete EMSI[137] que se estabeleceram nos pólos base de Tabatinga, Benjamin Constant, São Paulo de Olivença, Santo Antônio do Içá, Amaturá, Tonantins e Belém do Solimões.[138]

Por outro lado, enquanto os serviços de atenção básica à saúde resultavam das ações dos integrantes das EMSI nos pólos-base, as referências de média e alta complexidade realizavam-se por intermédio da rede do Sistema Único de Saúde (SUS), nos hospitais de Benjamin Constant e da Guarnição do Exército em Tabatinga ou, ainda, em hospitais localizados na cidade de Manaus (FUNASA, 2000a).

No interior das EMSI, os ASI tikuna desempenham um papel fundamental, não propriamente em função da expressiva quantidade que representavam, mas, especialmente, porque deles espera-se que atuem como elementos de ligação entre os serviços de saúde e as suas próprias comunidades. E que, agindo dessa maneira, contribuam para a definição das necessidades de saúde, estimulando a adesão comunitária aos programas e atividades de prevenção de doenças, assim como aos comportamentos promotores de saúde (Confalonieri, Verani, 1993). Ademais, são também considerados, a partir de perspectivas mais abrangentes relacionadas à sua

---

136 "Os Pólos-Base se constituem na primeira referência para os Agentes Indígenas de Saúde que atuam nas aldeias. Podem estar localizados numa comunidade indígena ou num município de referência, neste último caso correspondendo a uma unidade básica de saúde já existente na rede de serviço daquele município. Cada Pólo-Base cobre um conjunto de aldeias e sua equipe e, além de prestar assistência à saúde, realizará a capacitação e supervisão dos AIS*".* (FUNASA, 2004)

137 Juntas, as EMSI do DSEI-AS reuniam, naquele período, cinco médicos, sete enfermeiros, quatro dentistas, 23 auxiliares de enfermagem e 171 agentes de saúde indígenas.

138 Como observaremos adiante, a conformação do DSEI-AS variou de acordo com o grau de mobilização e de participação de segmentos representativos dos povos indígenas da região. No entanto a localização dos seus pólos-base, parece ter sido condicionada por interesses da Diocese do Alto Solimões, que contava com instalações — em alguns casos, há mais de um século — nos lugares onde a maioria destes foi instalada.

atuação profissional, como mediadores entre os saberes e práticas de atenção à saúde tradicionais e biomédicas (Langdon et al., 2006).

Quadro I. Critérios de referência para cobertura populacional, por categoria profissional para composição das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena na região da Amazônia Legal e demais regiões do país

Categoria Profissional	Amazônia Legal	Outras Regiões
Agente Indígena de Saúde	1 para cada 70 a 320 hab.	1 para cada 280 a 320 hab.
Agente Indígena de Saneamento	1 por sistema de abastecimento de água instalado	1 por sistema de abastecimento de água instalado
Auxiliar de Enfermagem	1 para cada 400-600 habitantes	1 para cada 600 a 800 hab.
Enfermeiro	1 para cada 400-800 habitantes	1 para cada 1200 a 2400 hab.
Médico	1 para cada 1.200 a 4500 hab.	1 para cada 2400 a 4500 hab.
Odontólogo	1 para cada 1.200 a 4500 hab.	1 para cada 2400 a 4500 hab.
Técnico de Higiene Dental	1 para cada 1.200 a 4500 hab.	1 para cada 2400 a 4500 hab.

Fonte: Ministério da Saúde (2005)

Sendo assim, visando o adequado cumprimento do papel que as agências governamentais e seus diversos interlocutores lhes atribuem, os agentes de saúde tikuna foram envolvidos nos processos político-pedagógicos das "capacitações", cujo objetivo seria possibilitar aos povos indígenas a apropriação de "conhecimentos e recursos técnicos da medicina ocidental, não de modo a substituir, mas de somar ao acervo de terapias e outras práticas culturais próprias, tradicionais ou não" (FUNASA 2002).[139]

[139] Os grifos são meus.

5.4 DIRETRIZES RELATIVAS À FORMAÇÃO DE ASI E À ESTRUTURAÇÃO DOS MÓDULOS DE FORMAÇÃO INICIAL

Em 1996, os ASI foram definidos pela Coordenação de Saúde do Índio (COSAI) da FUNASA como figuras centrais nos processos mediadores inerentes aos serviços de saúde nas comunidades indígenas. Dessa forma, sua formação passou a incluir uma série de aspectos que diziam respeito tanto ao domínio de noções de antropologia e de política de saúde, quanto à familiaridade com as discussões relacionadas à medicina tradicional e à visão local do processo saúde-doença (Langdon *et al*, 2006).

Por outro lado, ao final de 1997, o Ministério da Saúde, por intermédio de uma portaria, definiu como prioridade no seu Plano de Metas, o desenvolvimento do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) e de Saúde da Família, promovendo a expansão da categoria dos Agentes Comunitários de Saúde por todo o território nacional. Simultaneamente, por meio do mesmo documento, estabeleceu as normas e as diretrizes reguladoras do PNACS e do PSF, entre as quais constavam as diretrizes operacionais para o trabalho dos agentes comunitários de saúde, nos dois programas (Silva, Damaso, 2002, p. 62).

Figura 5.4.1 – Tikuna em treinamento no PNACS, em Tabatinga (MS,1992).

Dois anos depois, procurou-se estabelecer normas para a implantação do Programa de Agentes Indígenas de Saúde (FUNASA, 1999) por intermédio da produção de um documento no qual recomendava-se "[...] que a capacitação dos AIS devesse ocorrer em serviço e de forma continuada, sob a responsabilidade do instrutor-supervisor, lotado na equipe de saúde dos Distritos" e, além disso, sustentava-se que o reconhecimento dessa profissão deveria ser garantido (Langdon et al., 2006, p. 2638).

Ainda com o intuito de regularizar o processo de capacitação dos ASI, a Coordenação de Apoio à Gestão e Participação Social (COPAS) da FUNASA, entre outras iniciativas adotadas, passou a denominar os módulos de ensino, anteriormente indicados somente por algarismos romanos, de acordo com os temas e conteúdos a eles referidos. Além disso, recomendou às coordenações dos DSEI que o Módulo Introdutório fosse, obrigatoriamente, o primeiro a ser realizado e que correspondesse a 120 horas de concentração – que deveriam equivaler a 15 dias consecutivos, com 8 horas diárias de atividades pedagógicas, permitindo, todavia, alguma flexibilidade com

relação ao uso dos finais de semana “[...] conforme acordo entre os instrutores e AIS” – e 60 horas de “avaliação em serviços”, que comporiam o “período de dispersão” (FUNASA, [2002]).

Assim, a proposta modular de capacitação para ASI foi definida incorporando uma estrutura composta por seis módulos, que totalizariam 1080 horas-aula, dentre as quais 700 correspondentes aos períodos de concentração e 380 aos períodos de dispersão, distribuídas da seguinte forma: o módulo “DST-AIDS”, que deveria ser desenvolvido durante um período de 164 horas-aula (104 de concentração e 60 de dispersão); o módulo “Saúde da mulher, da criança e saúde bucal”, que deveria desenvolver-se em 196 horas-aula, das quais 116 de concentração e 80 de dispersão; cada um dos demais deveria possuir uma carga horária equivalente a 180 horas-aula, das quais 120 referidas ao período de concentração e 60 ao de dispersão (Brasil, 2005).

Cada um dos seis módulos deveria organizar-se e, no seu desenvolvimento, orientar-se de acordo com os 4 eixos temáticos apresentados a seguir:

1. Percebendo nossa realidade;
2. Entendendo o processo saúde-doença;
3. Promovendo a saúde e intervindo no processo saúde-doença;
4. Conhecendo e organizando os serviços de saúde.

Esta proposta de formação dos Agentes Indígenas de Saúde foi elaborada de acordo com os marcos estabelecidos pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) que, conforme registra a FUNASA (Brasil, 2005), introduziu um novo enfoque no que tange à educação para o trabalho, enfatizando o ensino voltado para a construção de competências e habilidades.

5.4.1 Sobre o Módulo Introdutório

Este módulo teve a sua versão original elaborada, em setembro de 1999, por uma equipe composta por representantes da FUNASA (da Coordenação de Recursos Humanos e da Coordenação de Saúde Indígena), da FUNAI, da Coordenação de Recursos Humanos do VIGISUS, da organização não-governamental Instituto Socioambiental (ISA), da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e do DSEI Xingu, da Associação dos Povos Indígenas do Amapá (AP), da organização não-governamental Saúde sem Limites e do DSEI Alto Rio Negro (AM). Em setembro de 2002, o texto passou por uma revisão, realizada por uma representante do DESAI / FUNASA e por outra da Escola de Formação Técnica em Saúde “Enf. Izabel dos Santos”, da Secretaria Estadual de Saúde do Governo do Estado do Rio de Janeiro (EFTS / EIS / SES / RJ), com a colaboração de outras três representantes do DESAI (FUNASA, 2005).

Embora através da revisão de seu conteúdo, de sua bibliografia e de sua ficha técnica seja possível verificar que a versão atual do Módulo Introdutório mantém-se fiel àquela que resultara das formulações da equipe constituída pela FUNASA, em 1999, e da revisão feita pela outra equipe da instituição, em 2002, constata-se que a apresentação de 2005 confere um caráter inovador ao documento, na medida em que introduz uma série de conceitos e metodologias – como novos parâmetros para a formação dos ASI – sem, contudo, aprofundar seus significados e as formas de aplicá-los às realidades dos DSEI.

No texto da apresentação, subscrito pelo então diretor do DESAI, Alexandre Padilha, por exemplo, alguns critérios anteriores como a divisão da capacitação em módulos, a definição sobre a seqüência para a realização dos mesmos e as cargas horárias correspondentes às suas etapas são mantidos. No entanto, passam a ser regulados por novos conceitos e metodologias que destacam aspectos como as

competências e habilidades que devem acompanhar o processo de formação dos ASI. Nesse sentido, Padilha argumenta que a estrutura curricular das capacitações para ASI deve organizar-se na forma de um seqüenciamento de módulos temáticos, elaborados de acordo com os princípios da interdisciplinaridade e da intersetorialidade, com enfoque para a promoção da saúde e a "[...] prevenção de agravos de maior impacto epidemiológico para os povos indígenas". (FUNASA, 2005)

Resultado de revisões e acréscimos realizados em diferentes situações históricas, a atual versão do manual que orienta a realização do Módulo Introdutório apresenta como principal objetivo a capacitação dos ASI, para que estes atuem em suas próprias comunidades, identificando os agravos de saúde, fundamentalmente aqueles que se relacionam "[...] à diarréia e IRA, visando a resolução precoce e livre de riscos para a população". (Ibid)

No que diz respeito aos objetivos específicos do Módulo Introdutório, pode-se afirmar que são abrangentes, uma vez que englobam tanto as ações que remetem às definições conceituais de saúde e doença, a descrição de sintomas das doenças diarréicas e infecções respiratórias, a identificação dos determinantes do processo saúde-doença, quanto aquelas que resultam no cadastramento de famílias existentes na comunidade e / ou na aplicação de tratamentos padronizados em casos de diarréia / desidratação e infecções respiratórias agudas (IRA) (FUNASA, 2005).

O cumprimento destes objetivos dependeria de uma "[...] visão do trabalho como conjunto de acontecimentos, com forte dose de imprevisibilidade e baixa margem de prescrição" (Ibid, p. 3), pressuposto teórico que, de acordo ainda com Padilha, também sustentaria a concepção de competência que deveria ser desenvolvida no processo de formação dos ASI, juntamente com a de habilidades.

Para definir competência e habilidades, Padilha refere-se a Zarifian (1999)[140] e à série de sentidos – iniciativa, responsabilidade, autonomia, inteligência prática, coordenação com outros atores e situações, conhecimentos próprios de um campo profissional – que este autor relaciona à primeira das noções. Sendo assim, as seqüências de atividades pedagógicas, que integram os módulos e devem ser observadas nos cursos de capacitação, considerariam as definições acima, sendo

[140] Zarifian, Philippe. *Objective competence*. Paris: Liaison, 1999.

expostas a partir de três eixos temáticos relativos, respectivamente, à percepção da realidade, ao entendimento do processo saúde-doença e ao conhecimento sobre a organização do serviço de saúde.

Por outro lado, Padilha esclarece no texto de apresentação do Módulo Introdutório que a metodologia proposta fundamenta-se na "pedagogia problematizadora" que teria por princípio a integração entre teoria e prática, entre ensino-serviço-comunidade, "[...] a construção coletiva do conhecimento a partir do referencial cultural dos próprios agentes e a relação indissociável entre o processo de formação e a organização dos serviços" (FUNASA, 2005, p. 4). Desse modo, acompanhando os quatro eixos temáticos que orientam a formação inicial dos ASI, o Módulo Introdutório subdivide-se em:

1. História dos povos indígenas e da relação intercultural / Território indígena: ocupação e transformação;
2. O processo saúde-doença e seus determinantes;
3. Introdução aos conceitos de transmissibilidade, prevenção e intervenção / Atenção básica em IRA, diarréia e desidratação / Procedimentos e tratamentos padronizados / Ações de vigilância em saúde;
4. Levantamento de dados demográficos e epidemiológicos / Contexto cultural e político das comunidades indígenas / Papel dos ASI / Cadastro e censo das famílias / Proposta do DSEI / organização do local de trabalho do ASI / Educação em saúde.

5.4.2 Demais módulos que integram a formação inicial para ASI

No texto de apresentação do Módulo Introdutório, afirma-se que devem ser “valorizados” e “preservados” os conhecimentos ancestrais dos povos indígenas, através do “resgate” das experiências vivenciadas pelos ASI durante o desenvolvimento do processo pedagógico. Neste caso, desejava-se que a “interação” entre as “[...] diferentes concepções culturais acerca dos agravos e doenças [...]” pudesse contribuir para que as “competências” e “habilidades” que deveriam caracterizar a “formação” dos ASI se desenvolvessem no decorrer dos outros cinco módulos (FUNASA, 2005).

Esses outros cinco módulos deveriam ser ordenados de acordo com o perfil epidemiológico dos grupos étnicos integrantes de um determinado DSEI. Na composição atual do Curso de Formação Inicial para ASI, eles correspondem aos seguintes temas: I – Doenças endêmicas; II – Doenças sexualmente transmissíveis – AIDS; III – Parasitoses intestinais e doenças de pele; IV – Saúde da mulher; criança e saúde bucal e V – Saúde do adulto e atendimento de urgências.

Para cada módulo, existe um manual contendo as diretrizes, eixos temáticos, temas para desenvolvimento de aulas, discussões sobre esses temas, formulários etc. que devem ser observados pelos profissionais-instrutores durante os processos de capacitações.

O manual correspondente ao módulo “Doenças Endêmicas” foi elaborado, em setembro de 1999, por uma equipe formada por quatro pessoas – do VIGISUS, da UNIFESP, além de outras duas pertencentes a ONGs que atuavam em diferentes DSEI – e revisado, em outubro de 2002, por três representantes do DESAI e uma da EFTS / EIS (SES / RJ). Seu desenvolvimento orienta-se de acordo com os 4 eixos temáticos que dizem respeito à formação inicial dos ASI e considera os seguintes temas:

1. Mudanças ambientais, culturais, econômicas e dos modos de viver dos povos indígenas / Impacto sobre o meio ambiente e saúde / Estratégia de sobrevivência dos povos indígenas;
2. Conceitos de transmissibilidade e cadeia de transmissão / Conceitos de ambiente e adaptação;
3. Atenção básica em tuberculose, malária e dengue / Controle de endemias / Procedimentos e tratamentos padronizados / Ações de vigilância em saúde;
4. Discussão do papel do ASI / Importância da vigilância em saúde / Ações de controle de endemias / Educação em saúde / Organização do DSEI / Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI).

O módulo “Doenças sexualmente transmissíveis e AIDS” teve a primeira versão do seu manual elaborada, em março de 2000, pelas representantes da Coordenação de Recursos Humanos do VIGISUS, da UNIFESP / DSEI Xingu, da SESA / DSEI Amapá e da Organização Saúde sem Limites / DSEI, Alto Rio Negro (AM). Dois anos mais tarde, o manual foi revisto por duas representantes do DESAI, quatro da Coordenação Nacional de DST e AIDS do Ministério da Saúde e uma da ETIS (SES / RJ). Em 2005, foi reeditado com um texto de apresentação elaborado pelo diretor do DESAI.

O desenvolvimento desse módulo, da mesma forma que os demais, observa os quatro eixos temáticos que orientam a Formação Inicial de ASI, subdividindo-se nos seguintes temas:

1. Aspectos do entorno e riscos da relação intercultural / Relação intercultural e conseqüências para a saúde;
2. Conceitos de risco e vulnerabilidade, ambiente saudável e contaminação / Cadeia de transmissão das doenças;
3. Atenção básica nas DST / AIDS e Hepatites de transmissão hematogênica e sexual / Alcoolismo como fator de risco para as DST – AIDS / Procedimentos de limpeza, desinfecção, esterilização e biossegurança;

4. Sistema de referência e contra-referência / Notificação de doenças / Trabalho na Casa de Saúde do Índio / Educação e Saúde.

O manual relativo ao módulo “Parasitoses intestinais e doenças de pele” também foi elaborado, em março de 2000, pela mesma equipe que havia preparado o módulo anterior, à qual se somou uma representante da EFTS / EIS (SES / RJ) que participou, dois anos mais tarde, da revisão deste trabalho juntamente com uma representante do DESAI.

Uma versão acrescida da mesma apresentação subscrita pelo diretor do DESAI foi produzida em 2005. Nela constam os temas que devem ser trabalhados no módulo:

1. Saúde e meio ambiente / Mudanças culturais e nos modos de vida das populações indígenas / Formas de relação entre os seres vivos;
2. Conceito de transmissibilidade das doenças e sua relação com o meio ambiente / Relação entre os seres vivos e o meio ambiente;
3. Atenção básica nas parasitoses intestinais, Hepatite e doenças que acometem a pele / Procedimentos e tratamentos padronizados / Noções básicas de higiene e saneamento / Ações de vigilância em saúde;
4. Processo de trabalho / Educação em saúde / Vigilância do meio ambiente.

O manual do módulo “Saúde da mulher; criança e saúde bucal” foi produzido, em setembro de 2002, pela mesma equipe que produzira o módulo anterior. Da mesma forma que os manuais correspondentes aos demais módulos, este último também recebeu uma apresentação na edição de 2005.

Tal módulo é desenvolvido de acordo com os eixos temáticos já citados, abordando os seguintes temas:

1. Papéis sociais nas comunidades indígenas / Família indígena / Ciclo biológico / Padrões culturais de alimentação indígena;

2. Conceitos de vulnerabilidade e de risco no ciclo biológico / Conceitos de imunidade e resistência / Relações entre hábitos alimentares e doenças;
3. Atenção básica à mulher e à criança indígena / Procedimentos e tratamentos padronizados / Imunização em áreas indígenas / Ações básicas de saúde bucal;
4. Ações de imunização / Vigilância nutricional / Acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento;
5. Educação e saúde.

O módulo “Saúde do adulto e atendimento de urgências” foi aquele cujo manual foi produzido mais tardiamente, já que somente em julho de 2004, uma equipe formada por representantes da Coordenação Regional da FUNASA (MT), da presidência da FUNASA, da Escola de Saúde Pública de Mato Grosso e da EFTS/EIS (SES / RJ) dedicou-se à sua elaboração. Sendo assim, foi também o único a não passar por uma revisão.

Neste módulo, são trabalhados os seguintes temas;

1. Modos de vida e de trabalho da população adulta e idosa nas comunidades indígenas;
2. Conceito de vulnerabilidade e de risco aplicado à população adulta e idosa / Conceito de cronicidade;
3. Agravos à saúde do adulto indígena decorrentes das mudanças culturais e da alimentação (hipertensão arterial, diabetes, alcoolismo) / Conceito de risco de vida, urgência e emergência / Atendimento de urgências;
4. Participação no planejamento e avaliação das ações de saúde / remoção de pacientes / Mobilização social / Educação em saúde.

6. TÓPICOS PARA UMA DISCUSSÃO SOBRE A INSERÇÃO DA ETNOMEDICINA TIKUNA NO PROCESSO DE FORMAÇÃO DE ASI

6.1 COMO LIDAM OS TIKUNA COM AS DOENÇAS?

Na tentativa de caracterização da etnomedicina tikuna, são utilizados dados etnográficos contidos nos trabalhos de Nimuendaju (1952), Oliveira Filho (1988), Camacho Gonzalez *et al.* (1996) e Erthal (1998), além daqueles que resultam da minha própria pesquisa junto a estes indígenas. Uma primeira tentativa de explicitação dos significados de determinados conceitos da etnomedicina tikuna remeteria-nos, contudo, à discussão feita pelo escritor e historiador romeno Eliade (2002) sobre as noções de xamanismo e xamã, dada a centralidade por elas ocupada na cosmovisão desta etnia.

Em seu estudo sobre variadas práticas xamânicas, a preocupação inicial de Eliade é a de desfazer o mal entendido provocado, segundo ele, por etnólogos que, desde o início do século XX, habituaram-se a designar "[...] certos indivíduos dotados de prestígio mágico-religioso encontrados em todas as 'sociedades primitivas' [...]" utilizando os termos "*medicine-man"*, feiticeiro e mago.[141]

Com o objetivo de melhor precisar os significados dos termos xamanismo e xamã, Eliade propõe uma definição preliminar relativa ao primeiro destes termos. Dessa forma, considera-o um "fenômeno complexo" igualável às "técnicas arcaicas do êxtase", ou *do* "transe", de modo análogo ao que sustenta o médico colombiano Zuluaga (2002, p. 27). Um segundo traço característico do xamanismo, assinalado por Eliade, aponta para uma *"*especialidade*"* *mágica,* específica, que corresponde ao *"*domínio do fogo*"* ou ao "vôo mágico*"*, entre outras (Ibid.).

---

[141] Numa nota explicativa que acompanha a tradução do texto de Eliade para o português, Ivone Castilho Benedetti e Beatriz Perrone-Moisés acrescentam à lista de sinônimos fornecida pelo historiador, os termos "curandeiro" e "pajé".

Após indicar estes dois traços básicos do xamanismo, o historiador estabelece e ressalta as distinções entre os xamãs e os demais especialistas com ele confundidos. Enfatiza, por exemplo, que "[...] todo *medicine-man* cura, mas o xamã emprega um método que lhe é exclusivo" (Ibid, p. 17). O aprofundamento da discussão sobre estes dois termos não cabe, no entanto, nessa tese, importando apenas, no nível em que a situo, admitir a necessidade de reflexão sobre as expressões que têm sido, muitas vezes, utilizadas para caracterizar o "fenômeno complexo" do xamanismo e as práticas daqueles que se tornam seus especialistas entre os Tikuna.

Na descrição que faz sobre a organização política destes indígenas, a partir das informações coletadas no início da década de 1940, Nimuendaju (1952) destaca a inexistência de uma chefia centralizada entre os diferentes clãs. Em contrapartida, indica a existência de chefes *(t'oü)* nas malocas clânicas localizadas nas margens de diversos igarapés da região. Apesar de não ter chegado a conhecer nenhum *to'ü*, o etnólogo alemão descreveu-os como líderes dotados de poderes mágicos, inteligência e habilidade para lidar com estranhos – principalmente com os brancos – qualidades que lhes asseguravam a ascendência sobre um grupo familiar ampliado, sem, contudo, sobre ele exercerem qualquer poder coercitivo (Oliveira Filho, 1988).

Além do *t'oü*, havia, ainda, outra autoridade política no ambiente das malocas clânicas, identificada pelos informantes de Nimuendaju (1952) como *dyu'vita,* expressão por ele traduzida como "feiticeiro" e caracterizada como portadora de significados relacionados a atribuições de caráter estritamente privado e pessoal.

Baseando-se nas informações coletadas nas pesquisas de campo que realizou junto aos Tikuna, entre os anos de 1974 e 1986, Oliveira Filho (1988, p. 118) destaca a necessidade de "[...] uma revisão etnográfica de profunda conseqüência para a interpretação social Ticuna e de suas formas de adaptação ao contato interétnico [...]", posto que, no que se refere ao papel do *t'oü*, os seus registros etnográficos davam conta da escolha de meninos,[142] preparados com o intuito de tornarem-se hábeis e resistentes e, assim, defenderem seus clãs contra possíveis inimigos (humanos ou animais).

---

[142] De acordo com Erthal (1998, p. 101) as expressões *pabokê* e *iabokê* são usadas pelos Tikuna "para designar as crianças, fazendo uma distinção entre os bebês (bué) daqueles que já engatinham e andam".

Por outro lado, no que concerne ao campo semântico correspondente às práticas mágico-religiosas existentes entre estes índios, Oliveira Filho (1988) registra, para além da existência da expressão *yuücü* (equivalente contemporâneo do *dyu'vita* registrado por Nimuendaju*)*, *ngi'etacü*, termos que traduz, respectivamente, como feiticeiro e xamã para, em seguida, identificá-los com a categoria *pajé*.

A organização política que se constituíra social e espacialmente tendo como base as malocas clânicas não mais existe. A presença dos "pajés" tikuna persiste, contudo, na atual conformação sócio-espacial e política que caracteriza estas comunidades. Evidencia-se, assim, que a discussão trazida por Eliade demonstra-se bastante oportuna.

Erthal (1998), que realizou pesquisas entre estes indígenas para o seu doutorado, a partir de 1994, contribui para o aprofundamento desta discussão quando afirma que o termo *yuücü* é o mais presente nas falas dos seus informantes, podendo ser traduzido, ademais, como feiticeiro ou pajé. Seria o *yuücü*, assim, o promotor tanto das curas das pessoas relacionadas ao seu campo de alianças políticas, quanto dos danos que poderiam atingir os seus desafetos.

Além de possibilitar o reconhecimento sobre a complexidade do significado contemporâneo do termo *yuücü*, a pesquisa da antropóloga resultou também no registro de dois outros termos: *ngogüwacü*, traduzido de acordo com os seus informantes como "[...] aqueles que fazem adoecer as pessoas" e *ngümuerüü,* como "rezador".

A compreensão dos significados dos termos registrados no próprio idioma tikuna não deve estar restrita, todavia, à sua tradução literal para o português, pois os papéis desempenhados pelos atores sociais aos quais fazem referência correspondem a um conjunto de relações sociais e políticas mais amplo. Tal conjunto sobrepõe-se ao campo de ação da sociedade tikuna, associando-se a um "mercado" de trocas xamânicas que envolve especialistas Yagua (Peru), Cokama (Peru e Brasil) e Tikuna (Brasil, Peru e Colômbia), de acordo com o antropólogo francês Pierre Chaumeil (Erthal, 1998).

Como é possível observar, alguns estudos posteriores àquele realizado por Nimuendaju (1952) aludem transformações significativas com relação aos resultados que ele próprio havia alcançado. Ainda assim, os registros mais ricos referentes a diversos aspectos associados à etnomedicina tikuna continuam sendo os que este autor

produziu, não apenas por conterem a descrição de alguns tipos de tratamentos empregados pelos pajés, como também em função do criterioso detalhamento das etapas relativas à experiência de formação destes especialistas. De acordo com o etnólogo, o conhecimento sobre o manejo de ervas e a sua aplicação nos tratamentos e sobre a preparação de remédios naturais compunha uma espécie de saber coletivo, dominado, no entanto, de forma mais hábil e efetiva pelos pajés. Este saber coletivo não se restringe ao reino vegetal, estendendo-se para o domínio de propriedades presentes em determinados animais, como constata Carvalho (1955, p. 15):

> Os Ticuna usam a secreção leitosa da pele de uma perereca como vomitório e purgativo. Disseram-nos que queimam um ponto na própria pele, na região do punho, e sôbre este local aplicam uma pequena porção do veneno da perereca. Imediatamente começam os sintomas, produzindo vômitos e defecação intensa. Instados por mim, trouxeram um exemplar deste batráquio, colecionado ali, nas cercanias. Dão-lhe o nome de bacururu (*bocú*, na língua ticuna). É uma perereca (*Phyllomedusa bicolor*, Boddaert, 1772), de grande porte, verde, com manchas amarelas nos dedos e lado inferior do corpo [...]"

Tal entendimento sobre a existência de um "conhecimento médico" indígena compartilhado num domínio epistemológico coletivo é também desenvolvido por Langdon (2002, p. 69) que, ao se referir à prática de ingestão do chá do cipó *caapi* ou *ayahuasca* (*Banisteriopsis caapi*) entre os Siona,[143] assinala que a recriação da cosmologia xamânica assim produzida "[...] não é limitada a esta substância nem somente ao xamã, mas que representa um saber englobando toda uma cosmologia e práticas rituais compartilhadas pelo grupo".

Vale a pena recuperar também alguns apontamentos feitos por Stotz (2008) no que diz respeito à discussão acerca da relação entre a biomedicina e a etnomedicina tikuna. O primeiro deles refere-se à constatação de que nenhuma medicina ou racionalidade médica é capaz de dar conta de todos os problemas de saúde de modo completamente satisfatório; o segundo, à observação de que não existe uma medicina única, e sim saberes médicos e não-médicos que se relacionam em disputa pelo monopólio do cuidado e, por último, o terceiro apontamento remete à lembrança de que

[143] Os Siona habitam regiões da Amazônia entre os territórios nacionais da Colômbia, Brasil, Venezuela, Equador e Peru.

> [...] a etnomedicina tem correspondência com os saberes médicos de sistema holístico (homeopatia, medicina chinesa ou aiurvédica), na medida em que se baseiam no pressuposto comum de entender a doença como expressão de uma desorganização, de uma crise da pessoa que implica as suas relações com seus familiares, colegas de trabalho, vizinhos (Stotz, 2008).

Martius, em viagem pela Amazônia, na primeira metade do século XIX, testemunhou vários tratamentos de doentes indígenas por pajés. Com base nestes testemunhos afirma que o tratamento geral e a assistência ao doente indígena lembravam, em muitos casos, a doutrina homeopática.

> Prescreve-se rigoroso jejum. A interdição da luz, do ar, e o silencio da vizinhança são observados com extremo rigor. O paciente permanece quase sempre immovel, sem demonstrar soffrimento por qualquer queixa, a não ser quando lhe faltam os sentidos. O Page, que nos casos graves pouco se afasta, pratica frequentemente diversas operações, que aos olhos de um europeu só parecem enganadora fascinação, porém, sem duvida alguma, têm outra significação, além da simples intenção de se impor ao doente ou á família. (Martius, 1939, p.276)

Diferentes autores consideram que as formas como as sociedades indígenas interagem – ou interagiam, no passado – com o meio natural demonstram que as concepções que as orientam são incompatíveis com a dicotomia característica da visão de mundo ocidental e, por extensão, da biomedicina. Sendo assim, afirmam que, em tais sociedades, há como uma continuidade, "[...] uma solidariedade mística entre os vegetais e os homens", conformando um tipo de pensamento que se fundamenta em parte na idéia de que o conhecimento sobre a realidade não radica a sua justificação no próprio homem, senão no interior da natureza (vegetal) que o cerca (Langdon, 2002, p. 30). Nos vegetais estariam guardadas, portanto, as fontes de poder e de saber que abastecem os pajés de diferentes povos amazônicos nas suas práticas de cura, de defesa, de ataque ou de sedução (Luna, 2002, p. 183).

Chaumeil (1993) afirma a existência de diversas sociedades no mundo que, em seu sistema de pensamento, outorgam um lugar de destaque aos vegetais – entre as quais cita, particularmente, as amazônicas. O autor observa, ainda, que várias dentre

elas consideram determinados vegetais como fonte de saber e de poderes (cosmológico, terapêutico etc.).

Se, por um lado, Nimuendaju estranhava o desconhecimento relativo ao uso do "cipó do *caapi*" nos processos xamânicos, observado entre os Tikuna, por outro, afirmava que entre os pajés dessa etnia prevalecia o uso do tabaco (*N. tabacum*). Convicção compartilhada com Camacho Gonzalez (1996, p. 160-1) que, ao referir-se à ação do pajé no ritual de puberdade da "Moça Nova" assinala:

> *Valiéndose del tabaco, el médico purifica a la muchacha a fin de prepararla para su encuentro sagrado. El uso de esta planta es símbolo de poder y conocimiento; mediante su uso, el médico propicia la acción ritual sobre la muchacha y el mundo. Es el vehículo que transporta el conjuro y facilita la comunicación entre lo humano y lo divino. […] El humo del tabaco (dulce) es el puente de comunicación entre el médico tradicional y los dioses, para lograr su intermediación benéfica. La bocanada del tabaco se eleva del mundo de los hombres al supramundo de los dioses, en busca de su pode protector. […]*

Ademais, Nimuendaju, destaca a capacidade que os pajés tikuna possuíam de comunicar-se com os "espíritos"[144] de determinadas árvores, como a samaumeira (*C. pentandra*), o açacu (*H. crepitans*), a ucuuba (*V.surinanmensis)*, a muirapiranga (*B. paraense*), entre outras.[145]

Viveiros de Castro aborda esta mesma questão num universo mais genérico relativo a diversos povos ameríndios, indicando que, para eles, é possível uma convivência harmoniosa ou conflituosa entre seres humanos ou não-humanos, contando com a atuação dos pajés como mediadores dessa comunicação. Em função disso, somente estes últimos poderiam ver de diferentes modos, colocar-se em perspectiva, assumir o olhar do outro. Dessa perspectiva, decorre a compreensão da natureza como parte de uma sociedade cósmica que permitiria a coexistência entre animais, vegetais e humanos (1996, p. 121).

Ao referir-se à cosmovisão do grupo Piaroa da Amazônia venezuelana Overing (1982) destaca que a oposição cultura / natureza "[...] mais obscurece que clarifica o

---

[144] Luna (2002), citando o lingüista Jean Landaburu, indica para algumas línguas amazônicas a "[...] relação morfológica entre palavras que denotam 'espírito' e reflexo".

[145] O autor (op. cit.) faz referência a um tikuna, já falecido, que desenvolveu o aprendizado sobre o uso ritual do cipó com os Cokama, mas não chegou a transmiti-lo.

extraordinário universo transformacional e os múltiplos mundos que assume a ontologia Piaroa". A partir de um ponto de vista comum a este Luna (2002, p. 182) posiciona-se com relação a "[...] outras muitas sociedades nas quais o xamanismo tem um papel decisivo".

Oliveira Filho (1999), como já mencionado anteriormente, ressalta a importância de se considerar, nos estudos sobre os Tikuna, a vinculação estreita entre mito e história. Nessa mesma linha de raciocínio, Garnelo (2003) considera, referindo-se aos Baniwa do alto rio Negro, que as narrativas míticas situam a causalidade da doença, associando-a a um pensamento religioso específico, o que cria uma demanda por determinados rituais dirigidos para a busca do estado de bem-estar físico e mental. Por conseguinte, as representações integrantes da cosmologia Baniwa seriam portadoras de elementos cognitivos capazes de guiar as ações que comportam tanto as práticas sociais de origem tradicional, quanto aquelas socialmente forjadas a partir do contato interétnico (Whight, Garnelo, 2001).

As discussões sobre as dicotomias mito-história e magia-ciência dizem respeito, portanto, às mútuas interações, contradições e intercâmbios entre representações ideológicas e práticas sociais distintas. Isto ocorre igualmente em vários mitos tikuna, nos quais vegetais e animais são apresentados como dotados de poderes potencialmente negociáveis com aqueles que dominam o conhecimento sobre seus antepassados imortais.[146]

No processo de formação do pajé, o mestre concede ao seu pupilo o direito de optar entre duas substâncias mágicas, sempre organizadas em pares (macho e fêmea). O discípulo engole, então, a substância escolhida e, em seguida, aprende as canções dos espíritos das árvores que lhe servirão para assegurar o poder adquirido (Nimuendaju, 1952). Há, portanto, nesse processo de ensino-aprendizagem, uma interação entre conhecimentos botânicos, míticos e históricos que fazem parte de um repertório de saberes cuja exploração está relacionada às técnicas dominadas pelos pajés. Tal situação sugere a necessidade de uma abordagem transdisciplinar (Langdon,

[146] Nimuendaju (1952), ao falar sobre os mitos relativos aos imortais, situa a origem da morte e das doenças para os Tikuna.

2002) para a adequada análise das práticas e dos saberes que fundamentam a etnomedicina tikuna.

As explicações que costumam ser dadas por alguns tikuna para muitos dos seus estados de padecimento reportam-se de forma recorrente a "teorias xamânicas" que permitem a formulação de hipóteses relativas a causas naturais ou a intervenções provenientes de "feitiços" enviados por algum pajé (Erthal, 2001). Com efeito, entre os Tikuna, os processos de saúde-doença são, comumente, referidos ao universo mítico, compondo uma cosmologia que tanto serve às explicações sobre as suas procedências quanto à busca por sua superação, de modo semelhante ao que ocorre com outros grupos étnicos amazônicos.[147]

A descrição de eventos de morbidade e mortalidade entre os Tikuna está relacionada, portanto, a uma ordem de fatores que a biomedicina e os profissionais que a têm como referência, em geral, desconhecem ou não reconhecem como legítima.

> É comum a citação da morte de bebês recém-nascidos ou com alguns dias de vida, onde se descreve um quadro em que a criança chora ininterruptamente, retesa o corpo, curvando a espinha para trás e fica arroxeada, o que é atribuído ao descuido do pai em lidar com objetos perigosos e ao não cumprimento de todo o resguardo tradicional. A esse tipo de morte de criança os Ticuna denominam de "*antcha*", traduzido como "*tétano Ticuna*" (Erthal 1998, p. 101).

Verifica-se, portanto, que diversas formas de diagnóstico e de tratamento utilizadas por especialistas tikuna contemporâneos – derivadas de um conhecimento cuja ancestralidade não encontra referência na mesma temporalidade que fundamenta as práticas da biomedicina – eram também pouco conhecidas ou, melhor, desvalorizadas pela maioria dos profissionais de saúde que atuavam no DSEI-AS durante o período de realização da minha pesquisa.

Nogueira e Fernandes (Informação verbal)[148] descreveram um determinado tipo de tratamento (*bue´tü*) no qual a pessoa afetada por algum mal é orientada pelo pajé tikuna para que, juntamente com todos os parentes com os quais reside, deite-se no

---

147 Entre os Hupdë-Maku do rio Negro (Amazonas), segundo Athias (2003, p. 9), "[...] os estados mórbidos encontram as respectivas terapêuticas no mito de origem; conseqüentemente, um bom pajé, que conheça o mito em sua totalidade, é capaz de definir a doença e a sua respectiva cura.

148 Registro de conversa feito em 29/07/2004 na sede do DSEI-AS em Benjamin Constant.

chão de modo a formar uma fila (daí a origem do nome *bu' etü*). Em seguida, o pajé caminha sobre esta fila com as pernas abertas, carregando uma flecha numa das mãos e gesticulando como se fosse enfiá-la no chão. À medida que caminha, alternando o gesto com a flecha entre os dois lados da fila, segue cantando. Cumprida esta etapa do tratamento, o paciente e seus parentes deverão seguir uma rigorosa dieta por seis dias. Durante esse período, nenhuma pessoa da casa poderá fazer qualquer tipo de barulho. Esta etapa do tratamento, além de buscar a recuperação da pessoa enferma, também teria por objetivo levar à morte o pajé que "enfeitiçou a família".

Percebe-se, com base nesses depoimentos, o caráter coletivo que possuem tanto o adoecimento quanto o próprio tratamento recomendado como "contrafeitiço", da mesma forma como fica evidenciada a inserção destes processos num campo de conflitos sociais e políticos que envolvem questões aparentemente sem importância da perspectiva da racionalidade biomédica.

Nino Fernandes (Informação verbal)[149] contou-me sobre o "trabalho" feito por um pajé na sua casa, "até as duas horas da manhã" do dia em que conversávamos. Dizia-me que, antes de opinar sobre o mal que lhe afetava (ele há dias comentava conosco sobre uma persistente sensação de mal-estar), o pajé lhe revelou detalhes sobre uma longa "viagem que fizera" até as proximidades da cidade de *Pucallpa* (Peru), onde observara rios secos com muitas pedras. Disse, ainda, que "muita gente tem inveja 'da gente'" (referindo-se aos dirigentes e aliados do CGTT) e indicou, especificamente, um parente seu como uma dessas pessoas. Além disso, segundo ele, o pajé havia tecido comentários sobre o convênio do CGTT com a FUNASA e sobre os seus possíveis desdobramentos. Evidenciava-se, dessa maneira, a inter-relação entre o discurso etnomédico e as questões políticas e sociais com as quais seu paciente trabalhava.

Noutro diálogo que tive com o vereador tikuna Martinho, do município de Benjamin Constant – que já há algum tempo se encontrava com a saúde debilitada – e com o agente de saúde Cláudio (Aldeia Bom Pastor), ambos falaram-me sobre o tratamento que o primeiro havia feito com um pajé cokama do bairro de Bom Jardim. Indagado quanto à eficácia do tratamento, Martinho respondeu-me que havia melhorado "[...] mas não estava bom ainda [...]" e, por isso, pretendia procurar outro pajé.

---

149 Registro de conversa feito em 14/10/2005 na sede do DSEI-AS em Benjamin Constant.

Cláudio interveio, então, na conversa, para atribuir a doença de Martinho à feitiçaria: “porcaria que jogaram nele”, exclamou. Segundo ele, a inveja que as pessoas teriam do vereador e dele próprio seria o motivo que as teria levado a se utilizarem dos poderes dos pajés para jogarem feitiços em ambos. Feita a intervenção no relato do seu companheiro, prosseguiu, assegurando que no mesmo período em que “quase o Martinho foi (morreu)”, sua esposa e seu filho também ficaram muito mal.

Segundo Cláudio, dormia em seu quarto quando sonhou que um homem – “como um bicho” – estava próximo do seu corpo e queria “sugá-lo” [...]. Sentia picadas no pé [...]. Despertou e viu uma coruja grande “beliscando-o”.

Acordou a esposa que, ao se levantar, observou a coruja voando em direção a um armário. Ele prosseguia a narrativa utilizando-se de uma indagação, referida ao seu quarto: “como ela teria entrado num lugar todo fechado”? Em seguida, pegou seu cinto e com ele a derrubou. O gato da casa tentou atacá-la, mas ela havia caído com as patas para o alto e se defendia com as garras bem afiadas. Finalmente, com um golpe de terçado, Cláudio cortou-lhe a cabeça e, em seguida, seus filhos tentaram queimá-la “[...] mas ela não pegava fogo!”, dizia-nos.

Segundo ele, a coruja representava o feitiço enviado contra ele e a sua família. Citou o pajé da sua comunidade, originário de Lago Grande (aldeia localizada no município Santo Antônio do Içá) – “lugar de pajé!” – e que usa tabaco e cachaça nos tratamentos. Teria sido ele quem aventara a hipótese sobre o feitiço – base para o enredo do relato – e que lhe garantira ser capaz de dizer o nome do malfeitor, caso ele pagasse pelo atendimento – o que acabou não acontecendo, pela falta de recursos para o pagamento.

Tive outra conversa reveladora sobre aspectos relativos à racionalidade subjacente aos processos saúde-doença entre os Tikuna com Débora e Cristina, filhas do líder tikuna Leonílio Clemente Lima que, durante muitos anos, foi cacique da comunidade de Lauro Sodré (Benjamin Constant) e, com base nesta condição, sustentou uma prolongada luta contra um dos fazendeiros mais poderosos da região pela desocupação de sua área.

Polêmico e muito ativo, Leonílio era considerado por muitos tikuna como um pajé que fazia maldade para as outras pessoas. Suas filhas estiveram na sede do distrito em

busca de informações sobre como proceder para obterem seu atestado de óbito. Seu pai havia falecido há poucos dias e, nessa oportunidade, me falaram detalhadamente sobre como ocorrera a sua morte.

Débora, que o havia amparado até os instantes finais da vida, disse-me que ele sofreu muito antes de morrer. O "mal" começou na segunda-feira (9/11) como uma dor no braço que se propagou em direção ao ombro (15/11), deixando os dedos inchados e a pele da mão "como a de um sapo". Todo o braço ficou muito inchado e vermelho, "espocando feridas" e com uma rachadura que sangrava sem parar, do pulso até o bíceps. Usaram "remédios caseiros e do hospital", mas ambos não funcionaram. Enquanto esteve na cidade de Benjamin Constant, Leonílio foi levado aos pajés Paulino e ao cunhado deste último, que mora na aldeia *Otawari* (São Paulo de Olivença).

De acordo com o jovem tikuna Nilson Ramos Pinto, da aldeia Umariaçu II (Tabatinga) – que ouviu o relato do cacique da aldeia *Otawari*, Paulino Manoelzinho Nunes, com quem dividia alojamento na sede do CGTT, na cidade de Benjamin Constant – o pajé de *Otawari* ("de primeira linha")[150] atendeu Leonílio nos seus últimos dias de vida e, depois de receber o "espírito", beber "pinga" e fumar tabaco, segurou no braço dele e balançou a cabeça em sinal negativo. Depois disso, perguntou a Leonílio – em tom afirmativo – se havia feito "alguma coisa" para outras pessoas, mas não obteve resposta alguma.

Em seguida, Paulino, que também participava da sessão de tratamento, segurou igualmente o braço do cacique Leonílio e concluiu – tal como o pajé (seu cunhado) – que a "*xunta*"[151] não poderia ser retirada porque era "forte" (feita especialmente para atingir pajés). Explicou – no relato que fez para Nilson Ramos Pinto – que, em geral, este tipo de feitiço é feito por um pajé de "primeira linha", sendo enviado através de

---

[150] Nilson Ramos Pinto explica que a expressão "primeira linha" designa um nível (ou estágio) elevado de conhecimento/poder que é atribuído a determinados pajés. Ao mesmo tempo traduz "linha" pela expressão tikuna "tu" que, segundo ele, equivaleria a "algodão". Por outro lado, de acordo com o professor e ASI tikuna Sebastião Ramos Nogueira (informação oral, 2004), cada pajé trabalha de acordo com uma determinada "linha". Daí *yuucü* = pajé, *aru tu* = linha, composição que, no plural, é representada pela expressão *yuuügü aru*. Nesse caso, a expressão "linha" teria um sentido mais identificado com "forma" do que com "nível" ou "veículo" (na transmissão de "feitiços")..

[151] Segundo Erthal (1998, p. 123), "[...] todo o investimento dos pajés (curadores e feiticeiros) parece estar impregnado da ação guerreira, das estratégias de negociação, dos ataques onde se busca derrotar o inimigo. Os aliados (os espíritos das árvores) podem tanto fornecer os espinhos, as flechas, as xuntas, como servir de parceiro na "viagem" onde se descobre o inimigo, e se negocia o final da agressão."

“linhas” que os pajés possuem nas pontas dos dedos. Através dessas linhas, o “bichinho” *Õ’mi*, que é invisível, penetra e vai “comendo” o enfeitiçado. Caso outro pajé utilize a técnica de “chupar” o “feitiço”, *Õ’mi* se instala em sua garganta e, em seguida, em seu coração e, em conseqüência disto, ele morre.

Figura 6.1.1 – Descrição do envio / recebimento do “bichinho” *Õ’mi* (Nilson Ramos Pinto).[152]

[152] A ilustração acima foi feita por Nilson (17/11/2004) na sede do DSEI-AS em Benjamin Constant enquanto descrevia detalhadamente o atendimento à Leonílio.

6.2. SOBRE O PROCESSO DE "CAPACITAÇÃO" DOS ASI TIKUNA

Com a criação do DSEI-AS, em 1999, praticamente todos os ASI tikuna treinados por ocasião do PNACS foram incorporados às equipes multidisciplinares de saúde indígena que passaram a atuar nas comunidades tikuna da região do Alto Solimões, tornando-se peças fundamentais para o funcionamento do novo sistema de atenção básica à saúde em vigor, a partir de então (Erthal, 2003).

Sob a gestão da Diocese do Alto Solimões, não foram registrados cursos de capacitação para os ASI, o que somente viria a ocorrer no convênio seguinte, entre a OTM e a FUNASA, a partir de 2001. Todavia, após cerca de onze meses à frente do distrito, numa gestão permeada por graves problemas administrativos, a OTM teve cancelado o convênio com a FUNASA e, dessa forma, as atividades de atenção básica à saúde e de formação de recursos humanos foram mais uma vez interrompidas, os agentes de saúde tendo ficado sem salários e perdendo, além disso, outros direitos trabalhistas.

Dessa maneira, tornou-se impossível – principalmente em decorrência da profunda crise política e administrativa que se instalara no distrito e de sua conseqüente repercussão regional[153] – o acesso às informações relativas à formação dos ASI ocorrida durante a gestão da OTM, já que quando o CGTT assinou o convênio com a FUNASA o DSEI-AS

> [...] encontrava-se [...] numa situação caótica, com poucos profissionais com nível superior atuando, sem informações epidemiológicas confiáveis, sem medicamentos nos pólos-base, sem um departamento de pessoal estruturado, sem levantamento patrimonial dos materiais

[153] Nos primeiros meses de sua gestão à frente do DSEI-AS, o CGTT enfrentou uma série de problemas junto a comerciantes e a fornecedores de serviços em função das dívidas deixadas pela OTM, já que estes empresários não distinguiam as duas organizações, referindo-se, freqüentemente, de um modo genérico, ao "distrito".

> permanentes adquiridos nos convênios anteriores, enfim, num estado em que inexistia qualquer tipo de coordenação das ações de saúde. Além disso, os representantes da OTM fizeram de tudo para complicar a transição da administração do DSEI-AS para o controle do CGTT, utilizando arquivos, ocultando informações (epidemiológicas e trabalhistas), seqüestrando equipamentos como computadores, faxes, filmadora, colando gavetas das mesas de escritório etc., inclusive, tentando intimidar-nos através de ameaças (CGTT, 2005, p. 1).

Nesse mesmo processo de crise em que ocorreu a interrupção da formação dos ASI, os dados epidemiológicos correspondentes ao período em que a Diocese do Alto Solimões e a OTM foram as responsáveis pela coordenação do DSEI-AS desapareceram.[154] Ainda assim, desde que assumiu definitivamente o convênio com a FUNASA, o CGTT passou a protagonizar uma interessante experiência de gestão indígena na saúde, buscando fortalecer a coordenação indígena do distrito através da escolha de pessoas ligadas a organizações de saúde, de estudantes, de caciques, de mulheres e de artesãos. Com base nesta articulação política, a organização tikuna passou a priorizar critérios de avaliação e de decisão com relação à gestão do distrito que tivessem os próprios índios como seus formuladores, de modo que os processos de formação de agentes de saúde passaram, gradualmente, a ser coordenados de forma integral por aqueles que haviam acumulado experiências em trabalhos anteriormente realizados no campo da saúde.

No dia 1º de maio de 2002, atendendo à convocação da coordenação do CGTT, foi realizada uma reunião com dirigentes da Associação das Mulheres Indígenas Ticuna (AMIT), da Organização Geral das Mulheres Indígenas Ticuna do Alto Solimões (OGMITAS), da Organização de Saúde do Povo Ticuna do Alto Solimões (OSPTAS), da Organização dos Agentes de Saúde do Povo Ticuna (OASPT), da Associação dos Artesãos e Cultura Indígena de Umariaçu (ACIU), da Organização Geral dos Caciques das Comunidades Indígenas do Povo Cokama (OGCCIPC) e da Associação Estudantes Indígenas Ticunas do Alto Solimões (AEITAS). Nesta reunião, foi definida a composição da “Coordenação Indígena” do DSEI-AS tendo como referência os cargos que, no Plano de Trabalho do convênio anterior (nº 034 / 01, OTM-FUNASA), haviam sido preenchidos

[154] Dezenas de disquetes – que, supostamente, continham os dados epidemiológicos, administrativos e contábeis produzidos no convênio anterior – foram entregues ao CGTT, porém, todos eles encontram-se sem acesso aos seus conteúdos e / ou danificados.

por quatro coordenadores indígenas, recebendo salários em torno dos R$ 1.800,00 (mil e oitocentos reais) mensais. Decidiu-se, então, que o valor total correspondente àqueles pagamentos seria redistribuído, de modo que pudesse assegurar a contratação de oito dirigentes das organizações indígenas representadas na reunião.

Dessa forma, Carmem Gomes Tamanho (AMIT), Isabel Francisco Fernandes (OGMITAS), Sebastião Ramos Nogueira (OSPTAS), Otásio Araújo, João Almeida Vasques (OASPT), Tertulino Francisco Mendes (ACIU), Cristóvão Macedo Moçambite (OGCCIPC) e Nibison Marcelino Salvador (AEITAS) passaram a compor a "coordenação indígena" do DSEI-AS, embora constassem no Plano de Trabalho do Convênio 095 / 02 (CGTT-FUNASA) como "coordenadores operacionais". Compunham a coordenação do DSEI-AS, ainda, os cargos de Coordenador Técnico, Coordenador Administrativo e Farmacêutico-bioquímico.[155] Esse conjunto de pessoas, juntamente com os dirigentes do CGTT, reunia-se com regularidade para tomar decisões e planejar as ações relacionadas à condução da política de assistência à saúde na região.

Nos momentos iniciais de atuação da coordenação indígena, percebeu-se a necessidade de uma maior especialização por parte dos seus integrantes, já que cada um deles havia se tornado responsável por determinados "setores", cabendo à Isabel Francisco Fernandes e a Otásio Araújo aquele correspondente à formação dos ASI. Com isso, desde o início deste processo de organização, procurei acompanhar o desenvolvimento do trabalho destes dois coordenadores, na tentativa de contribuir para a estruturação do "setor" que se encontrava sob sua responsabilidade e, simultaneamente, aprender com eles sobre a questão da saúde entre os Tikuna. Assim, pude acompanhar o levantamento que realizaram com o objetivo de checar os níveis de formação em que se encontravam os 207 ASI contratados pelos CGTT.

O primeiro problema identificado pelos dois coordenadores referia-se à inexistência de registros anteriores sobre a formação daqueles profissionais, de tal modo que somente puderam contar com as próprias reminiscências e com informações obtidas junto aos ASI para identificarem aqueles que já haviam participado de alguma

---

[155] Entre as categorias profissionais / funcionais previstas na estrutura do DSEI-AS havia a rubrica "consultoria antropológica" e através dela o CGTT manteve contrato de trabalho com a antropóloga Regina Erthal durante algum tempo. Assim sendo, em diversas oportunidades a coordenação do DSEI-AS contou com a assessoria desta antropóloga.

etapa dos cursos de formação oferecidos pela FUNASA. Ao finalizarem o levantamento, concluíram que uma parte considerável dos ASI não havia participado dos módulos iniciais de formação (Introdutório e I), enquanto a parcela restante havia participado do Módulo II somente em 2001. A partir das informações levantadas por Isabel Fernandes e Otásio Araújo, a coordenação do DSEI-AS decidiu-se pela realização do Módulo III, “Parasitoses intestinais e doenças de pele”, ocorrido em dezembro de 2002 e janeiro de 2003, contando com a participação de 23 agentes de saúde.

Figura 6.2.1 – Isabel F. Fernandes atualizando o cadastro dos ASI na sede do DSEI-AS (Schunemann, 2005).

Em 17/11/2003, a coordenação indígena passou a registrar os conteúdos das reuniões em ata. Este livro teve a sua última página utilizada com a ata referente à reunião realizada em 15/02/2005. Neste intervalo de tempo, foram realizadas 77 reuniões envolvendo os integrantes da coordenação, o que corresponde a uma média de cinco reuniões mensais, ou de uma reunião por semana. Considerando-se, ainda, que em diversas oportunidades os integrantes da coordenação deslocaram-se da sede do DSEI-AS para participarem de reuniões nos pólos-base, em comunidades, na Casai

ou na sede do DSEI-FUNASA, constata-se a importância assumida por esta instância política e deliberativa na condução das atividades do DSEI-AS.

De certo modo, as reuniões correspondiam a um espaço aberto à discussão sobre os mais variados assuntos referentes ao funcionamento do distrito: contratações e demissões de funcionários[156], compras diversas (equipamentos, medicamentos, combustíveis, instrumentais, alimentação etc.), planejamento de ações – como, por exemplo, campanhas de vacinação, viagens de supervisão e cursos de capacitação.

Inserido nesse contexto, durante o período em que estive a participar da coordenação do DSEI-AS, acompanhei a realização de quatro "cursos de capacitação" dirigidos para a formação dos ASI tikuna.[157] No primeiro deles, realizado em agosto de 2002, quando ainda não pesquisava para o doutorado, acompanhei o desenvolvimento de uma etapa do curso de "capacitação pedagógica", direcionado para enfermeiros e dentistas do DSEI-AS, que durou cinco dias e foi realizado na cidade de Tabatinga.

No grupo de profissionais presentes (médicos, dentistas e enfermeiros), havia pessoas de diversos estados brasileiros e, inclusive, de países vizinhos como o Peru e a Colômbia. Como, naquele momento, ainda não pretendia coletar informações que pudessem ser utilizadas na formulação de um projeto de pesquisa acadêmico, limitei-me a dialogar com o grupo de profissionais com o objetivo de conhecer os principais problemas por eles identificados, dada a relevância dos pontos de vista daqueles que atuavam diretamente nas aldeias e que conviviam tanto com os agentes de saúde quanto com as demais pessoas das comunidades. Interessava-me, sobretudo, conhecer os problemas administrativos e políticos existentes, a partir das diferentes perspectivas possibilitadas pela configuração de equipes multidisciplinares de saúde no distrito, de modo a buscar soluções sensatas para superá-los.

Nestes eventos, eu participava geralmente acompanhado de um ou mais coordenadores indígenas do DSEI-AS. Porém, naquele curso, especificamente, fui acompanhado apenas por Isabel Francisco Fernandes, coordenadora do DSEI-AS, com

---

156 O CGTT era responsável pela contratação direta de aproximadamente 330 funcionários, entre médicos, enfermeiros, dentistas, auxiliares e técnicos de enfermagem, assistentes e auxiliares administrativos, motoristas fluviais e terrestres, técnicos de laboratório, auxiliares de serviços gerais, AISAN e ASI. Nesse conjunto de profissionais, os ASI totalizavam cerca de 60%.

157 Refiro-me, aqui, somente aos ASI Tikuna, mas os cursos de Formação Inicial destes profissionais no DSEI-AS também incluíam agentes de saúde das etnias Cokama, Kaixana, Cambeba, Kanamari e Yuhup (maku).

quem costumava, quase que diariamente, compartilhar opiniões e informações acerca do processo de formação dos agentes de saúde tikuna, ou ainda sobre a história e os problemas que afetavam o distrito.

Em dezembro de 2002 e em janeiro de 2003, acompanhei a fase de concentração do módulo “Parasitoses intestinais e doenças de pele”, na qual participaram 23 agentes de saúde. Pela primeira vez desde a criação do DSEI-AS, esta etapa do curso de formação dos ASI foi realizada numa aldeia tikuna (Belém do Solimões) e conduzida integralmente pelos próprios representantes de algumas das organizações indígenas que faziam parte da coordenação do distrito.

Nestes dois episódios, participei integralmente do processo de organização dos cursos, desde a solicitação e a aquisição dos itens necessários para a realização do módulo – tais como alimentação para os participantes dos cursos ou contratação e / ou equipagem dos meios de transporte que possibilitassem o deslocamento dos agentes de saúde – até a realização das aulas na comunidade e a avaliação da etapa de concentração.

Em 2004, já matriculado no doutorado na PGEBS / IOC, participei de um curso que visava a capacitação pedagógica dos profissionais-instrutores, funcionando como uma etapa do planejamento para o prosseguimento da formação dos ASI. Este curso foi realizado entre os dias 01 e 09 de julho, como desdobramento de uma iniciativa da coordenação indígena do DSEI-AS, e contou com a participação de 12 profissionais (enfermeiros, dentistas, médico e farmacêutica) que haviam sido contratados para atuarem no atendimento às populações indígenas da região. A sua coordenação ficou a cargo de uma representante do DESAI – a enfermeira Irânia Marques – que contou com a assessoria da antropóloga Regina Erthal e da coordenadora indígena do DSEI-AS Isabel Fernandes, além da minha participação como palestrante / professor – neste caso, mais orientada pelas perspectivas histórica e pedagógica.

De acordo com a coordenadora do curso, a metodologia adotada em todo o seu desenvolvimento caracterizava-se pela “problematização” das questões abordadas. Seu objetivo limitava-se, contudo, ao planejamento do curso de formação de ASI e a seu desdobramento como processo de avaliação continuada (período de dispersão), na tentativa de estimular as discussões relativas à organização dos serviços e ao exercício

do controle social no DSEI-AS, conforme avaliação feita posteriormente por Erthal (2004).

Durante o curso, apesar de alguns outros problemas terem sido apresentados pelos profissionais de saúde, as questões centrais mais debatidas foram a atuação dos ASI e seu processo de formação. Com relação a este último, especificamente, os profissionais de saúde consideraram-no como um mecanismo que "produz profissionais que desconhecem suas competências e limites de atuação", que são deficientes e, conseqüentemente, cometem erros por ocasião do preenchimento das fichas de informação existentes nos pólos-base.

Por outro lado, com relação à própria formação a que estas pessoas são submetidas no contexto do DSEI-AS, atribuíam a responsabilidade parcial pela alta rotatividade[158] que caracterizava a situação dos profissionais de nível superior no distrito à falta de uma estrutura de capacitação sistemática e continuada que lhes possibilitasse atuar adequadamente e de acordo com o "modelo diferenciado de atenção". Ademais, afirmavam haver um entendimento precário por parte daqueles que atuavam no controle social do distrito – uma crítica dirigida, principalmente, aos conselheiros locais e distritais indígenas – e atribuíam às "pressões das comunidades sobre os ASI na administração de medicamentos", o exercício rotineiro de práticas médicas centradas no tratamento de doenças. Com base nesses argumentos, abdicavam da crítica ao tipo de formação recebida nas suas respectivas graduações.

De fato, há entre os Tikuna uma expectativa crescente com relação à eficácia dos tratamentos alopáticos e, certamente, tal situação ajuda a explicar as reações de insatisfação nas comunidades quando inexistem medicamentos ou apresentam-se em quantidade insuficiente para dar conta do atendimento da "demanda espontânea".[159] No entanto, em alguns contextos, a inexistência de medicamentos e de profissionais de saúde não chegava a ser motivo de maiores preocupações, pelo menos é o que se presume a partir da fala de um dos chefes de posto da FUNAI no Alto Solimões:

---

158 Contudo, de acordo com Brandão *et al* (2003), o problema da alta rotatividade dos profissionais de saúde das EMSI ocorre em todos os DSEI do país. Langdon (2006), por sua vez, ao referir-se às EMSI das Terras Indígenas Xapecó e *Laklãnõ*, em Santa Catarina, relaciona este mesmo problema "ao esquema de contratação" precária.

159 Expressão utilizada para referir-se ao fluxo de pacientes em direção aos pólos-base e postos de saúde do distrito em busca de atendimento clínico.

> [...] Paulo Mendes diz que no pólo-base Vendaval não tem quase atendimento da medicina Ocidental [...] Todos desse pólo ainda utilizam muito e acreditam na medicina tradicional. O indígena só recebe o tratamento dos profissionais de saúde quando a doença é grave e se ele quiser; caso contrário, permanece sem tratamento (CONDISI, 2004, p. 7).

No entanto, tais condições por si só não justificam os argumentos utilizados pelos profissionais de saúde do DSEI-AS para explicarem a intensa medicalização dos cuidados com a saúde indígena, pois, não incluem o modelo hegemônico do curso de formação para profissionais de saúde no país, prioritariamente orientado para a intervenção e o atendimento individual da demanda espontânea.

> [...] os profissionais de saúde não são tão flexíveis em aceitar "outros" modelos, que fogem àqueles já preconizados de assistência de saúde. Essa dificuldade é resultado de uma lacuna em seu processo de formação acadêmica pela não inclusão de disciplinas relativas às Ciências Sociais e à Antropologia da Saúde nos currículos. A concepção de saúde e doença existente entre os povos indígenas interfere no modelo de assistência já preconizado, e os profissionais de saúde, pela falta de conhecimento mais aprofundado dessas concepções, encontram dificuldade em adaptar tais modelos, provocando assim dificuldades na organização dos serviços de saúde. (Athias e Machado (2001, p. 29)

Em sua maioria, os profissionais de saúde existentes no DSEI-AS, à época em que o CGTT assumiu a sua coordenação, provinham de outras regiões do país (Sul e Sudeste, principalmente), trabalhando há pouco tempo no Alto Solimões e demonstrando pouco ou nenhum interesse em conhecer a história da região, a cultura dos índios, a medicina indígena etc.[160] Por outro lado, nesse conjunto de profissionais, raramente havia algum com formação em antropologia, em outra disciplina do campo das ciências sociais ou da educação ou, ainda, que tivesse vivenciado experiências vinculadas a essas áreas ou mesmo ao magistério.

---

[160] Logo no início da gestão, o CGTT contratou profissionais cujos currículos haviam sido recebidos no convênio anterior (OTM). Entretanto, a partir de 2003, passou a divulgar as vagas existentes num portal na Internet, o que resultou no recebimento de dezenas de currículos, principalmente de enfermeiras, a maior parte delas residente em cidades dos estados de São Paulo e do Rio Grande do Sul.

Nesse contexto, constata-se a validade da argumentação formulada por Langdon (1999), segundo a qual nas atividades de prevenção e cura destes profissionais de saúde são comuns as manifestações preconceituosas com relação aos índios, nas quais estes são caracterizados, de forma acusatória, como sujos e ignorantes no que diz respeito às noções relacionadas à saúde e à doença ou, ainda, como pacientes desobedientes ou resistentes às indicações do tratamento e, portanto, incapazes de compreendê-lo.

Além disso, a argumentação apresentada pelos profissionais de saúde do DSEI-AS para justificar a intensa "medicalização" dos atendimentos nos pólos-base desconsidera que em torno da assistência à saúde gravitam interesses das indústrias farmacêutica [161] e de equipamentos médicos, além das instituições oficiais de formação de pessoal na área de saúde, "todos a disputar legitimidade, poder, espaço político e recursos [...]" (Camargo Jr., 2007, p. 67-8).

Com o desenvolvimento do curso, os profissionais de saúde foram separados em diferentes grupos de trabalhos, cujas tarefas principais consistiam na apresentação e na discussão dos problemas identificados no cotidiano das aldeias, assim como na busca de soluções que contribuíssem para a superação dos mesmos. Além de cumprirem esta atividade, após a leitura e discussão de um artigo que tratava de "diferentes opções pedagógicas", foram estimulados a prepararem uma aula, tendo como referência a "pedagogia da problematização" que, para Dias Bordenave

> [...] parte da base que, em um mundo de mudanças rápidas, o importante não são os conhecimentos ou idéia, nem os comportamentos corretos e fáceis que se espera, mas sim o aumento da capacidade do aluno – participante e agente da transformação social – para detectar os problemas reais e buscar para eles soluções originais e criativas (Dias Bordenave, 1983 [2004], p. 276).

Após a discussão das questões levantadas em decorrência da leitura do texto, a antropóloga Regina Erthal fez uma apresentação oral cujo tema, "História da Saúde no Alto Solimões", relacionava-se ao objetivo de "contextualizar, a partir de uma abordagem antropológica, o território tikuna".

---

[161] Para um aprofundamento das discussões acerca da expansão da comercialização e do consumo dos medicamentos industrializados consultar Lefèvre (1991) e Nascimento (2003).

Em minha apresentação busquei abordar a questão da educação em saúde na região, a partir de uma perspectiva histórica, analisando os "modelos pedagógicos" que se conformaram por meio da atuação de diferentes agentes e agências – religiosos, estatais e não-governamentais – entre os Tikuna, principalmente, nos campos da saúde e da educação, ao longo do processo de colonização e no decorrer da época contemporânea.

Em seguida à apresentação do "panorama histórico" referente aos processos políticos e pedagógicos de educação e saúde no Alto Solimões, discutimos o conteúdo do texto "Considerações em torno do ato de estudar" (Freire, 2002, p. 9), por considerar que "toda bibliografia deve refletir uma intenção fundamental de quem a elabora", de tal modo que a leitura e a discussão deste texto, além de terem servido como guia e estímulo para a leitura dos demais textos a serem adotados na capacitação, estavam também relacionadas à apresentação do roteiro histórico que constou da primeira parte da minha apresentação (Informação verbal).[162]

Na fase de concentração[163] do curso de Formação Inicial dos ASI, que se seguiu à capacitação dos profissionais-instrutores, acompanhei o desenvolvimento do módulo IV, "Saúde da mulher; criança e saúde bucal", que ocorreu numa escola de propriedade da Igreja Batista, localizada na cidade de Benjamin Constant. Cerca de 120 agentes de saúde tikuna participaram deste módulo, ou seja, aproximadamente 60% do conjunto dos ASI contratados pelo CGTT.[164]

Nesses dois eventos, procurei, a partir da prática da participação observante, registrar as manifestações relativas aos processos de ensino-aprendizagem que envolviam profissionais-instrutores e agentes indígenas de saúde. Dessa maneira, acompanhava atentamente o desenvolvimento das aulas, estudava os materiais didáticos utilizados, avaliava o nível de participação efetiva dos ASI e de intercâmbio entre os diferentes saberes ali presentes.

---

162 Anotações feitas em 06/07/2004 no Colégio Batista em Benjamin Constant.

163 Ao período de concentração, segue-se o de dispersão no qual são utilizados os instrumentos de acompanhamento e de avaliação preconizados pela Coordenação Geral de Planejamento e de Avaliação da Saúde Indígena e pela Coordenação de Apoio à Gestão e Participação Social, e que correspondem às "Fichas de avaliação de desempenho", "Ficha de registros de Fatos" e "Ficha de Avaliação de Desempenho Final do Módulo" (Funasa, 2005a).

164 Cf. lista dos ASI contratados pelo CGTT (Quadros J.I-JXII, Anexo J, p. 251-259).

Para que pudesse compreender de forma adequada os processos de ensino-aprendizagem, participava como ouvinte em algumas aulas – já que era impossível acompanhar todas as diferentes turmas numa mesma oportunidade – das reuniões de avaliação dos cursos, assim como, ocasionalmente, das refeições coletivas durante os dias de atividades, nas quais eram travados diálogos relativos ao andamento do processo formador. Nas situações em que predominavam as conversas na própria língua tikuna – e, em conseqüência disso, o meu entendimento era prejudicado – eu recorria a intérpretes / tradutores. Dessa forma, participei de reuniões com os agentes de saúde e com eles discuti aspectos diversos relacionados aos atendimentos nas aldeias, às suas relações com as comunidades e com as autoridades locais, às suas dificuldades no exercício das atividades e aquelas relativas aos cursos de capacitação.

6.3 ASPECTOS PEDAGÓGICOS, ANTROPOLÓGICOS E POLÍTICO-ADMINISTRATIVOS DA FORMAÇÃO DOS ASI TIKUNA

Para que pudessem ser realizados os cursos de formação (ASI e instrutores) no DSEI-AS, era preciso disponibilizar uma quantidade suficiente de manuais produzidos pela FUNASA. Para obtê-los, cumpria-se uma rotina administrativa que começava com uma comunicação formal da coordenação do distrito (CGTT) para a chefia do distrito (FUNASA, Tabatinga) sobre a intenção de realizar determinado módulo e / ou capacitação pedagógica dos profissionais de saúde de nível superior. A partir desse ato, a representação da FUNASA em Tabatinga comunicava-se com a coordenação regional do órgão, em Manaus (CORE – AM), e com a sede nacional, em Brasília (DESAI), para informá-las sobre a intenção da "conveniada". Aceita a demanda apresentada pela coordenação indígena do DSEI-AS, o material didático, assim como as fichas utilizadas pelos professores seguiam de Brasília em direção ao Alto Solimões. O cumprimento desta burocracia consumia, muitas vezes, um longo tempo, o que provocava o adiamento de programações agendadas com bastante antecedência.[165] Uma vez disponível no Alto Solimões, o material era fotocopiado para que pudesse ser distribuído a todos os ASI participantes.

Um importante problema a ser considerado neste processo de formação dos ASI diz respeito ao conteúdo do material didático utilizado nos cursos, em geral, composto pelos manuais produzidos pela FUNASA e por outros materiais que os próprios instrutores se encarregavam de preparar.[166] Os manuais adotados nos cursos possuem,

---

[165] A realização dos cursos dependia de uma logística que considerasse, entre outras questões, a necessidade de deslocamento de dezenas de ASI saídos de diferentes comunidades localizadas ao longo do rio Solimões e de seus afluentes e da organização de instalações adequadas para recebê-los e mantê-los durante certo período de tempo, o que exigia a combinação de datas e, por conta disso, o rígido cumprimento de prazos estabelecidos.

[166] Em 2003, fomos procurados, na coordenação do DSEI-AS, por uma enfermeira-instrutora que solicitava cópias de um "manual de saúde" que havia conseguido. Desejava trabalhar com os ASI aspectos relativos os valores nutritivos dos alimentos. Pedimos para olhar o material, antes realizar as

em média, cerca de 40 páginas e contêm um grande volume de informações, de acordo com cada módulo da capacitação.

Os profissionais de saúde que atuavam como instrutores nos cursos de formação dos ASI eram recrutados a partir de uma relação nominal definida de forma consensual entre os coordenadores indígenas do DSEI-AS. Na escolha, observavam-se critérios relativos à “antiguidade” e à “experiência” demonstrada na prestação de serviços nas aldeias, além de uma valorização de caráter subjetivo baseada no próprio testemunho ou no de outrem.

Para que os serviços prestados nas aldeias não ficassem paralisados por muito tempo, durante os períodos próximos à realização dos cursos, os profissionais chegavam na cidade-sede do treinamento poucos dias antes de seu início, o que limitava o tempo para estudo dos manuais, pressuposto indispensável para se trabalhar com determinados conceitos-chave, procurando adequá-los à realidade dos ASI.

Sendo assim, a questão do tempo relacionado ao processo de capacitação pedagógica dos instrutores coloca-se como um importante problema a ser analisado, visto que é imprescindível a previsão de um período mínimo para o treinamento dos profissionais de saúde que lidam com a saúde indígena, de modo que possam compreender adequadamente os conceitos antropológicos de relativismo e, sobretudo, de cultura. A compreensão e a apropriação destes conceitos tornariam a natureza do sistema indígena de saúde algo familiar, de tal modo que os profissionais de saúde compreenderiam como suas próprias práticas participam da cultura como um sistema simbólico, integrado por diversos valores, representações e significados inter-relacionados (Langdon, 1999).

Todavia, o desconhecimento acerca da história e da cultura tikuna, predominante entre os profissionais de saúde / instrutores, também deve ser considerado como outro importante problema, na medida em que dificulta o diálogo entre os saberes da biomedicina e aqueles da etnomedicina tikuna, no âmbito do DSEI-AS.

---

cópias e, assim, pudemos observar que os alimentos utilizados como exemplos no livro correspondiam, basicamente, a verduras e frutas inexistentes na região, sendo, portanto, desconhecidos da maioria dos ASI. Argumentamos, então, sobre a necessidade de adaptações para a apresentação do tema da aula, e ela demonstrou-se desanimada diante desta situação.

Se for verdadeiro o raciocínio de que a perspectiva político-pedagógica que orienta determinada ação educativa, em busca da construção compartilhada de conhecimentos, deve fundamentar-se num entendimento mútuo entre educador e educando, pautado por relações horizontais e de intercâmbio, ao aplicá-lo à análise da formação dos ASI tikuna, conclui-se que havia um esforço por parte destes (educandos) no sentido de apropriarem-se dos saberes dominados pelos profissionais de saúde. Em contrapartida, pude constatar que o inverso não ocorria, durante os períodos em que acompanhei os processos de formação e que, para além disso, convivi com aqueles profissionais.

Dessa forma, o desconhecimento sobre categorias nativas relativas a diagnósticos, tratamentos, dietas, reclusões e suas práticas correspondentes os impossibilitava de se colocarem numa perspectiva pedagógica dialógica diante dos ASI. Reproduziam, em função disto, práticas de ensino fundamentadas na crença na possibilidade de transmissibilidade de conhecimentos através da repetição das informações continuadamente, até que sejam finalmente “gravadas” ou “absorvidas” pelos educandos.

Enquanto algumas normas técnicas relacionadas a determinados procedimentos médicos eram “repassadas” aos ASI, por meio do treino e da repetição sistemáticos, o domínio conceitual relativo ao campo da biomedicina mantinha-se incompleto. A este paradoxo corresponde uma lacuna entre os diferentes saberes que se encontram envolvidos no processo de formação destes profissionais. Com relação a esta lacuna, um esforço no sentido de se verificar como ela se estabelece, poderia partir da análise do emprego da expressão – na realidade, uma aproximação entre três conceitos – correspondente ao “processo saúde-doença” nos manuais da FUNASA.

Considerando-se, por exemplo, o manual referente ao Módulo Introdutório, observa-se que o instrutor é orientado a fazer o ASI expressar “com suas palavras o que é saúde”, devendo, para tanto, estimulá-lo a relatar o que entende por esta palavra e auxiliá-lo “na categorização dos conceitos, segundo sua natureza (alimentação, moradia, condições de trabalho, lazer, acesso a bens e serviços especialmente serviços de saúde)” (FUNASA, 2005a, p. 21).

Tais orientações reafirmam os resultados de pesquisas levadas a cabo por Langdon (2004), que destacam o fato de os programas de intervenção, assim como os estudos referentes à saúde indígena, tomarem como universais vários pressupostos culturais que, em geral, colidem frontalmente com princípios do universo indígena, ignorando seus aspectos essenciais.

A noção de saúde, de acordo com as formas como se apresenta nas narrativas míticas / históricas dos tikuna, constitui-se a partir de um sistema de pensamento vivencial compartilhado de forma holística, que tem no verbo o seu ordenador por excelência e é integrado a uma cultura na qual o conhecimento escrito encontra-se "fora" da esfera de controle do indivíduo e do próprio grupo. Desse modo, a "palavra" (*ná ìkàraè)* desempenha um papel fundamental, principalmente nas narrativas míticas que são reativadas por ocasião da realização de ritos de passagem, como no caso da Festa da Moça Nova.

Isto posto, os conceitos relativos a mito e rito somente adquirem significado e valor no interior de seu próprio âmbito cultural e social. Nessa perspectiva, toda tentativa de aproximação que parta de "fora" da lógica própria do mito, do rito e do contexto social, estaria condenada a constituir tão somente uma observação externa (Camacho Gonzalez, 1995).

Tal relação comunitária entre vida e palavra apóia-se na organização pré-capitalista do trabalho, em especial na atividade artesanal. Nesse sentido, argumentava Walter Benjamin, o trabalho artesanal permite em função dos seus ritmos lentos e orgânicos – em oposição à rapidez do processo de trabalho capitalista – e devido a seu caráter totalizante – em oposição ao caráter fragmentário do trabalho em cadeia – uma sedimentação progressiva das diversas experiências e uma palavra unificadora, de tal forma que o ritmo do trabalho artesanal se inscreveria num tempo mais global, tempo no qual ainda se tinha, justamente, tempo para contar (idem, 1994).

Este "tempo para contar" vem sendo progressivamente reduzido na sociedade tikuna, desde os seus primeiros contatos com a colonização ocidental, e mais intensamente, em meados do século passado, com o aprofundamento da transformação da economia colonial noutros sistemas produtivos. Além da mudança dos ritmos de produção, das condições gerais de sobrevivência e de reprodução, também

contribuíram para a desagregação da narrativa, as orientações e as normas de conduta impostas pelos missionários e empresários seringalistas.

Michael Taussig (1999, p. 355), ao referir-se aos índios *Wuitoto* da região do rio *Putumayo*[167] na Colômbia, chama a atenção com relação à orientação religiosa no sentido de proibirem-se as danças e os cantos indígenas, com base na crença de que "neles os índios conservam a memória da idolatria e da feitiçaria". Tais restrições também foram impostas aos Tikuna, tanto pelos missionários católicos, quanto pelos batistas e "cruzadistas". Por outro lado, os patrões seringalistas também impediam estes indígenas de manifestarem-se a partir de suas próprias referências históricas e culturais (Camacho Gonzalez, 1995).

A força da palavra e da narrativa na constituição da visão de mundo tikuna materializa-se através da ação-verbalizada do "[...] *Yuukú – el que todo lo sabe, quien nos protege"* – que, ao transformá-las em veículo para a busca de alívio individual e coletivo, potencializa o saber que vem dos antigos, o poder que "[...] é o domínio para convocar as forças criadoras dos nossos pais… para conjurar o encantamento… para salvar a humanidade ameaçada" (Camacho Gonzalez, 1995, p. 30). Portanto, se o rompimento do ritmo regular da vida deu-se por circunstâncias de ordem externa, o *Yuukü,* a partir de uma perspectiva dialética, busca reconduzi-lo a um estado de equilíbrio, por intermédio do domínio e do manejo de elementos situados no nível das relações cosmológicas, econômicas e sociais.

Sendo assim, as noções inseridas no Manual Introdutório como parâmetros para os "índios" exprimirem aquilo que entendem como "saúde" – "com suas palavras" – no caso dos ASI Tikuna, mais do que estímulos à reflexão crítica sobre as origens dos seus padecimentos, apresentam-se como "condições ideais" a serem alcançadas. Ou seja, estabelecem-se como metas ou diretrizes a serem cumpridas em busca de um estado saudável de vida. Como todas as metas ou diretrizes para serem alcançadas orientam-se por normas, estas, no caso da formação do ASI, estariam relacionadas à promoção de mudanças nos comportamentos tidos como inadequados. Principalmente, daqueles que dizem respeito às condições de higiene.

---

167 Rio Içá, no Brasil.

Com base nessa lógica compreendem-se as diretrizes político-pedagógicas que orientam o processo de formação dos ASI como elementos que contribuem para incrementar a mudança de hábitos entre aqueles ameríndios. Tal mudança tem sido observada no crescente consumo de produtos industrializados, como eletrodomésticos e eletrônicos (nas comunidades onde há fornecimento regular de energia elétrica), motocicletas (nas aldeias maiores e / ou naquelas que se articulam aos centros urbanos por via terrestre), alimentos e bebidas (refrigerantes e alcoólicas), medicamentos etc. Nesse sentido, essa formação deve ser pensada como elemento que integra um processo mais amplo de mudanças sociais que atinge os Tikuna.

Ilustrativa do processo de mudanças na organização social tikuna a citação que se segue corresponde a um momento de um passado recente, sendo rica de significados e, simultaneamente, objetiva, sem, contudo, desvencilhar-se de uma amargura comedida:

> […] *nos parecemos cada día más a los patrones que nos tiene esclavos: nos olvidamos de hacer la fiesta; cazamos y desperdiciamos la presa o no compartimos; caminamos en el monte sacando caucho, balata y no guardamos dieta; tumbamos árboles sin pedir permiso a las madres del monte / g̃oogu /, envidiamos a nuestros hermanos; no respetamos la chagras ajenas* […] (Camacho Gonzalez, 1995, p. 23).

A comparação com os patrões que escravizam dimensiona o alcance temporal da ideologia associada às práticas econômicas seringalistas no interior da sociedade tikuna. Nesse contexto, identificar-se com tal ideologia significa compartilhar alguns de seus “pecados”, a saber: avareza, inveja, preguiça, arrogância, orgulho e roubo. Por outro lado, corresponde também à ruptura com a “palavra dos antigos”, através da “falta de diálogo” com as entidades que “pariram” as matas, os animais, os minerais e todos os demais elementos da natureza, dos visíveis aos invisíveis. Corresponde igualmente à ruptura – esta, de natureza, fundamentalmente, prática – com a continuidade das comemorações das festas relacionadas aos ritos de passagem.

Após ter permanecido por algum tempo na aldeia Belém do Solimões, um dos sítios mais explorados economicamente desde o auge da colonização portuguesa, o antropólogo Ari Pedro Oro (1973, p. 91) comentava sobre o “abandono das tradicionais

práticas medicinais indígenas" que, segundo ele, eram "menosprezadas pelos índios". Partindo dessas convicções e com base nos seus registros etnográficos, afirmava:

> [...] as plantas medicinais referidas por Nimuendaju, não são mais cultivadas, e, raras vezes, os Tükúna tomam algum chá. Em substituição, preferem os remédios dos civilizados nos quais depositam total confiança. Conseqüentemente, os xamãs ("*dy'uvita*") também não mais existem. Há, em Belém do Solimões, dois tükúna, um Católico e outro da Santa Cruz, que, tentam curar por meio de sucção. Por isso são chamados pelos demais elementos da população Tükúna, [...] "chupadores". Realizam esporadicamente tal atividade, porque são bastante desacreditados e porque cobram muito caro. Conseqüentemente, eles não possuem mais o "status" de xamã de outrora. Em seu lugar, os "doutores" (médicos e dentistas" desfrutam de grande prestígio junto a sociedade tribal. É a substituição dos tradicionais mecanismos de atribuições de status por aqueles oriundos da sociedade envolvente [...].

Embora se observe que os xamãs ("*dy'uvita*"), ao contrário do que Oro vaticinara, continuaram existindo, obviamente, de acordo com os seus respectivos tempos e espaços, vivenciando situações históricas peculiares, há que se reconhecer a relevância de determinadas informações contidas no relato deste antropólogo. Nesse sentido, a perspectiva que orienta a sua descrição etnográfica relaciona-se à idéia de uma progressiva aculturação indígena face aos progressos da civilização industrial contemporânea. Todavia, a noção de aculturação tanto tornou-se objeto de críticas por parte das teorias antropológicas contemporâneas – especialmente no âmbito dos estudos pós-coloniais que descrevem os povos indígenas como desterritorializados (Foller, 2002) – quanto os "progressos" propiciados pelo desenvolvimento capitalista mostraram-se nocivos à vida em todo o planeta (Sproviero, 2001).

6.4 PROBLEMATIZANDO OS DADOS COLETADOS

Algumas mudanças sociais, econômicas e políticas que ocorrem na sociedade tikuna podem ser analisadas, tendo como base dados coletados durante a pesquisa – principalmente aqueles referentes às dinâmicas demográficas regional e da população tikuna e às morbidades e à mortalidade nos pólos-bases.

Considerando-se os municípios que integram o território do DSEI-AS, entre o período que se estende de 1991 a 2007, observa-se um crescimento populacional contínuo em todos eles, com destaque para Tabatinga, onde esse crescimento se fez mais acentuado nos últimos anos (Cf. Figura 6.4.1). Tal situação se daria, possivelmente, em função do incremento do Programa Calha Norte, da conseqüente transferência de militares e seus familiares para a região, da expansão comercial decorrente da transformação da região em Zona de Livre Comércio, enfim, de questões políticas, sociais e econômicas ocorridas num cenário ampliado de mudanças.

De acordo com sociólogo Francisco Oliveira (2001, p. 49) "[...] numa região mais desenvolvida, a política se descola da economia". Enquanto nas "[...] regiões menos desenvolvidas, a política e a economia são coladas, como ostra na pedra". Sendo assim, a simbiose entre política e economia em algumas cidades amazônicas – como Tabatinga, por exemplo – dificulta a análise, no que se refere aos seus aspectos econômicos. Entretanto, é possível destacar a existência de um considerável contingente populacional em situação de desemprego ou desempenhando "práticas de trabalho avulsas"[168], em função, principalmente, da insuficiência de iniciativas produtivas que resultem na geração de empregos, assim como, daquelas destinadas à formação e à qualificação profissional de expressivos setores da população. Em contrapartida, chama a atenção a situação financeira dessa cidade que, apesar de ser

[168] Refiro-me às práticas de trabalho informais e temporárias, como o comércio ambulante, as frentes de trabalho em órgãos públicos, à pesca e à caça irregulares etc.

> [...] Muito menor e mais pobre do que a vizinha mais rica, Leticia, na Colômbia, a pequena cidade tem apenas dois bancos que movimentaram cheques no valor de R$2.330.609,00 e ainda mantém uma conexão direta, através do canal de satélite, com São Paulo [...] (Machado, 2003: p. 706).

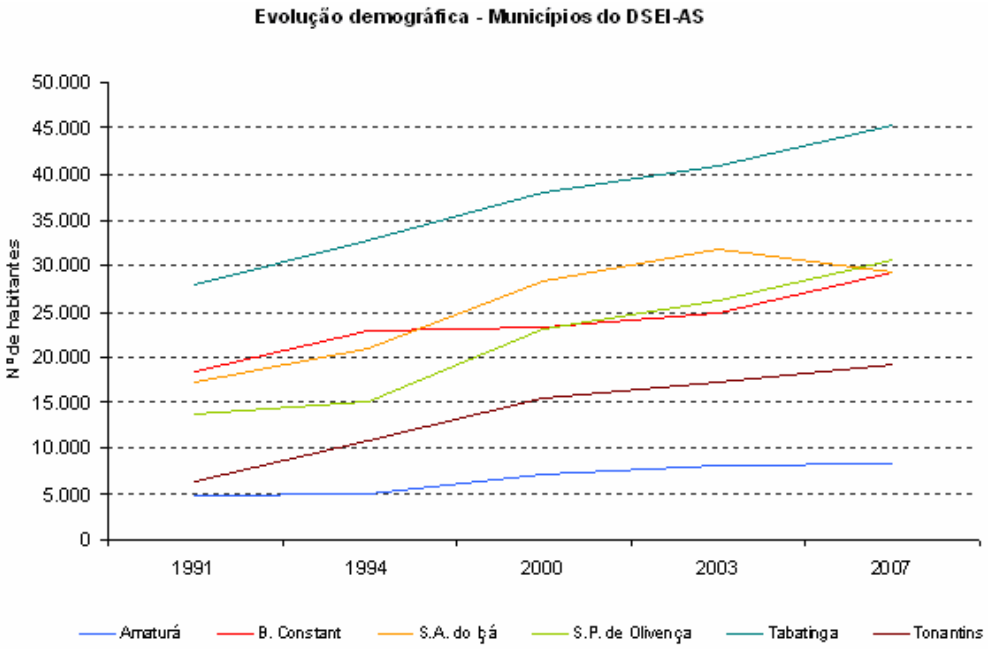


Figura 6.4.1 – Evolução demográfica nos municípios do DSEI-AS (1991-2007) (IBGE, 1991, 1994, 2000, 2004, 2007).

A mais grave conseqüência do adensamento demográfico do Alto Solimões manifesta-se através da intensificação da pressão antrópica sobre os "recursos naturais" da região que, em função disso, vão escasseando progressivamente – como tem sido evidenciado, por exemplo, com relação aos recursos pesqueiros, aos diversos animais terrestres ("caça"), de um modo geral, e com outros recursos florestais, como as árvores utilizadas na construção de moradias e canoas, além dos cipós, das fibras etc., usados na produção artesanal indígena ou, ainda, com os "remédios do mato".[169]

> Estamos, então, num universo que se degrada energeticamente, e esta realidade deveria levar a um dispêndio minimal das energias disponíveis,

169 Modo como alguns tikuna referem-se às plantas medicinais.

> ainda mais no sistema de nossa pobre Terra, cujos materiais utilizáveis são muito limitados. Portanto, a produtividade não deveria ser medida pela maior quantidade de bens econômicos produzida num determinado período de tempo, mas sim pela maior quantidade produzida com o menor dispêndio energético possível. E, do mesmo modo, criar a ordem que deixe menos desordem (em outros âmbitos) [...] (Sproviero, 2001).

Há, portanto, uma determinada lógica interiorizada nos processos que resultam no crescimento populacional, nas transformações demográficas e espaciais ocorridos no Alto Solimões. Esta lógica encontra-se também presente nos cursos de formação de ASI, podendo ser percebida, por exemplo, no valor atribuído às noções de "desenvolvimento" e "progresso". Imbuídos dessa perspectiva, diversos ASI tikuna justificam suas inserções nos processos de capacitação oferecidos pela FUNASA ou pelo PROFAE utilizando como argumento a necessidade de "avançar", de "irem pra frente", de "progredirem" e "se desenvolverem".

Em trabalho sobre a situação de saúde entre os Tikuna discuti a repetição sistemática da expressão "ir pra frente" entre muitos ASI (Bruno, 2007). Hoje, percebo como tal expressão compreende um movimento que "deixa pra trás" o conhecimento transmitido pelos antigos, para que se possa aproximar daquilo que se considera "avançado". Esta visão de mundo associada à idéia de "ir pra frente" atravessa os discursos de professores (Bruno, 2006), agentes de saúde e jovens tikuna que migraram para as principais cidades do Alto Solimões, em busca da educação escolar e da "civilização".[170]

No caso específico daqueles que buscam realizar seus estudos nas cidades, a contrapartida interessante diz respeito à aquisição de mais experiência e prestígio diante dos membros do grupo de parentesco ou da facção à qual pertencem estes jovens. Esta experiência, positivamente valorada, de acordo com Paladino (2006, p. 198), não resulta necessariamente na inserção definitiva dos estudantes no espaço urbano, visto que:

> [...] geralmente acabam por regressar à aldeia de origem. Isto não significa que não se produzam mudanças nas expectativas, nos valores e

[170] Paladino (2006) analisa as trajetórias de estudantes tikuna residentes em centros urbanos do Alto Solimões e estabelece vínculos interessantes entre elas e as expectativas que perpassam as opções por determinadas categorias profissionais, como a dos professores, por exemplo. Macedo (1996), por sua vez, ao analisar processos de conversão religiosa na aldeia Campo Alegre (S. P. de Olivença) discute o assalariamento de parte considerável daquela comunidade

> na identidade desse segmento da população ticuna. A maioria já não se contenta com o trabalho de agricultor e pescador que era o dos pais e procuram um "progresso" que é entendido como a obtenção de um emprego assalariado.

Algumas das transformações mais recentes ocorridas na sociedade tikuna fazem emergir novas demandas que, por sua vez, alteram o ritmo de determinadas práticas sociais e culturais, em função da intensidade com que se dá a inserção na economia de mercado, resultando, com freqüência, no fenômeno denominado por Bourdieu de "desarraigamento da ordem tradicional" (Almeida, 1996). De acordo com Faulhaber e Almeida, alguns tikuna têm lançado mão de três diferentes estratégias com o objetivo de darem conta destas novas demandas que *"*[...] dão origem ao surgimento de papéis diferenciados no seio da sociedade Ticuna, de onde serão questionadas as lideranças tradicionais".

> "Essas três estratégias podem ser resumidas em apenas uma característica fundamental, que é a de tentar, através de relação com a sociedade nacional, conseguir um emprego que lhe propicie um salário ao final do mês Seja como professor, contratado pelas prefeituras, pela FUNAI ou pela Secretaria Estadual de Educação, seja como monitor de saúde, contratado pela FUNAI ou poder executivo municipal, ou ainda através do envolvimento na política regional; esses índios assalariados adquirem uma crescente evidência, medida pela quantidade de bens que conseguem comprar e pela possibilidade de constituírem novas e mais amplas alianças." (Faulhaber, Almeida,1999, p. 277)

Apesar de não ter direcionado a pesquisa para a averiguação das motivações que teriam levado os atuais ASI a optarem pela profissão, é lícito supor que a questão do assalariamento da atividade situa-se entre as mais relevantes neste sentido. Tal hipótese ganhou força nas várias oportunidades em que a coordenação do DSEI-AS se reuniu para buscar soluções para os casos de ASI que não trabalhavam, mas entregavam a "produção"[171] no final do mês. Essa produção, correspondente às visitas domiciliares, às reuniões, aos atendimentos, às remoções etc, deveria ser enviada mensalmente à coordenação do DSEI-AS e à chefia do distrito (FUNASA).

---

[171] Da "produção" dos ASI, fazem parte as visitas domiciliares realizadas e as reuniões promovidas nas aldeias.

No quadro que se segue (Quadro II), observa-se a discrepância entre os dados referentes à população indígena nos municípios que integram o DSEI-AS. Para o ano de 2001, são consideradas as informações levantadas no convênio entre a OTM e a FUNASA; para 2002 e 2003, aquelas obtidas no convênio entre o CGTT e a FUNASA; para 2005, o que seria a consolidação das informações repassadas pelo DSEI-AS (FUNASA) para a base de dados da instituição. As informações presentes no quadro, referentes aos três primeiros anos, resultam das atividades das EMSI nos pólos-base do distrito. As famílias indígenas são cadastradas pelas equipes que atuam nestes pólos e aldeias e, a partir desse procedimento, passam a ser contabilizadas nos cálculos que precedem as ações de saúde como, por exemplo, as vacinações.[172]

Contudo, entre o registro feito nas aldeias e pólos-base e a inserção das informações na base de dados da FUNASA, há uma discrepância que se mantém por vários anos. Em 2002, ao finalizar totalização das informações repassadas pelos pólos-base do DSEI-AS ("consolidados mensais"), verifiquei a existência de uma população indígena de aproximadamente 40 mil pessoas, enquanto na base de dados da FUNASA constava um contingente próximo a 27 mil. No ano seguinte, contabilizei algo próximo a 50 mil pessoas,[173] enquanto na base de dados da FUNASA, constava uma população total de aproximadamente 30 mil índios, em 2005.

Quadro II – Distribuição da população Tikuna / Indígena por municípios do DSEI-AS (DSEI-AS, 2002; DSEI-AS, CGTT, 2004; RENISI; FUNASA, 2006).[174]

TOTAIS		**27.811**	**30.736**	**31.336**	**39.471**	**39471**	**48.919**	**27047**	**30.527**
Municípios	**Anos**	**2001**		**2002**		**2003**		**2005**	
	Etnias	Tikuna	Indíg.	Tikuna	Indíg.	Tikuna	Indíg.	Tikuna	Indíg.
Amaturá		1779	1889	2050	3310	2254	3842	---	2451
Benjamin. Constant		5555	5677	5750	7467	6531	8623	---	5124
Sto. Antônio do Içá		2702	3019	4040	4435	3581	4110	---	3086
S Paulo de Olivença		8841	9139	10320	10618	14521	15065	---	9251
Tabatinga		8524	9674	8665	10141	12073	13486	---	9308
Tonantins		410	1338	511	1673	511	3793	---	1307

[172] Em 2000, foi criado o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) como parte da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Seus principais objetivos são a coleta, o processamento e a análise de informações para o acompanhamento da saúde das comunidades indígenas, conforme Sousa et al. (2007).

[173] O aumento de cerca de 10 mil pessoas, entre 2002 e 2003, pode ser atribuído ao cadastramento progressivo de famílias cokama que, até alguns anos atrás, não se identificavam como indígenas.

[174] A Rede Nacional de Estudos e Pesquisas em Saúde dos Povos Indígenas (RENISI) apresenta os dados relativos à população tikuna no DSEI-AS sem referi-los aos municípios do Alto Solimões.

Levando-se em conta o fato de as informações que alimentam a base de dados da FUNASA serem coletadas no âmbito dos pólos-base e, portanto, desconsiderarem a população indígena residente nas áreas urbanas dos municípios, constata-se que a sua consolidação não reflete a realidade demográfica relativa aos índios do Alto Solimões. Assim sendo, o desacordo entre os dados produz conseqüências diretas, por exemplo, sobre o cálculo dos valores atribuídos aos convênios estabelecidos para a manutenção do DSEI-AS.

Por outro lado, as informações relativas aos casos de morbidade e mortalidade nas aldeias são reveladoras de problemas relacionados tanto à própria organização do distrito quanto à formação recebida pelos ASI, tendo em vista que à frente dos serviços de atenção básica realizados nestes locais, estão estes profissionais a coletar informações, juntamente com outros membros das EMSI – ou simplesmente desacompanhados, como freqüentemente se observa. Tais problemas não se limitam, no entanto, ao DSEI-AS, ocorrendo também noutros distritos do país, conforme sugerem Sousa et al. (2007, p. 859):

> [...] Há também a subnotificação da morbidade em geral, decorrente da descontinuidade da assistência nas aldeias, tornando-se praticamente impossível resgatar essa informação nos períodos de ausência das equipes nas áreas indígenas. A não permanência das equipes em área também ocasiona uma demora no envio dos dados para as demais instâncias [...].

A partir de 2004, passei a organizar os dados disponíveis no DSEI-AS e, com eles, montei tabelas e gráficos com os indicadores de morbidade e mortalidade relativos aos anos de 2002 e 2003. Com relação a 2002, somente foram considerados os dados relativos à gestão do CGTT no distrito, ou seja, aqueles relativos ao período entre abril e dezembro daquele ano. No referido período, havia alguns pólos-base que não contavam com EMSI completas, o que comprometia tanto a possibilidade de obtenção das informações quanto o seu registro. Sendo assim, as FIGURAS 6.4.2 e 6.4.3 relativas a 2002 apresentam um quadro panorâmico das morbidades e da mortalidade para a população indígena do Alto Solimões.

No gráfico relativo à morbidade, encontram-se relacionadas dez enfermidades verificadas com maior intensidade no período, configurando um perfil epidemiológico

comum a outras populações indígenas latino-americanas (Rodríguez, 1997, p. 362; Kroeger & Freedman, 1984, p. 19-20). Neste gráfico, as enfermidades encontram-se distribuídas da seguinte forma: infecções respiratórias agudas (IRA) – 4.168 casos ou 31% do total, diarréias – 2.724 ou 20%, doenças de pele – 2.500 ou 19%, verminoses – 1.475 ou 11%, anemia – 491 ou 4%, infecções do trato urinário (ITU) – 382 ou 3%, conjutivites – 306 ou 2%. Juntos, estes casos somam 12.825, ou seja, um número equivalente a 32% de toda a população indígena do Alto Solimões.[175]

Os casos de IRA, doenças de pele, diarréias, conjuntivites e verminoses concentram-se nas faixas etárias entre 0 e 9 anos de idade, de forma equilibrada entre os dois sexos. Uma possível explicação para este quadro relaciona-se ao fato destas enfermidades estarem associadas à inexistência de condições básicas de saneamento e à contaminação ambiental, especialmente nas aldeias articuladas aos centros urbanos.[176]

Já os casos de anemia concentram-se nas mulheres entre 15 e 44 anos, ou seja, naquelas em idade reprodutiva, enquanto os de ITU são mais freqüentes nas faixas etárias entre 10 e 44 anos, de forma equilibrada entre os dois sexos.

---

[175] Entre 23/9 e 02/10/1989, durante a 2ª etapa do I Curso de Formação de Monitores de Saúde, a equipe médica realizou 405 atendimentos, entre as enfermidades identificadas 131 (32%) corresponderam a parasitoses; 66 (16,9%) a doenças de pele; 51 (12,6%) a conjutivite; 40 (9,9%) a IRA leve; 24 (5,9%) a diarréias; 23 (5,7%) anemia / desnutrição; 23 (5,7%) a doenças articulares; 12 (3%) a IRA moderada; 30 (7%) a outras enfermidades; e 5 (1%) sem nenhuma doença (Erthal *et al*, 1989)

[176] Existem assentamentos tikuna como Bom Jardim, Filadélfia, Bom Caminho, Porto Cordeirinho (Benjamin Constant), Umariaçu I e Umariaçu II (Tabatinga) cuja convivência com os centros urbanos é mais intensa. Outros, como Santa Rosa e Belém do Solimões (Tabatinga), Vendaval e Campo Alegre (São Paulo de Olivença) e Betânia (Santo Antônio do Içá), embora distantes dos respectivos centros urbanos, por razões diferentes, também são alcançados pela contaminação de resíduos sólidos (vidros, plásticos, alumínio, chumbo, baterias etc.) e químicos (óleos lubrificantes, combustíveis etc.).

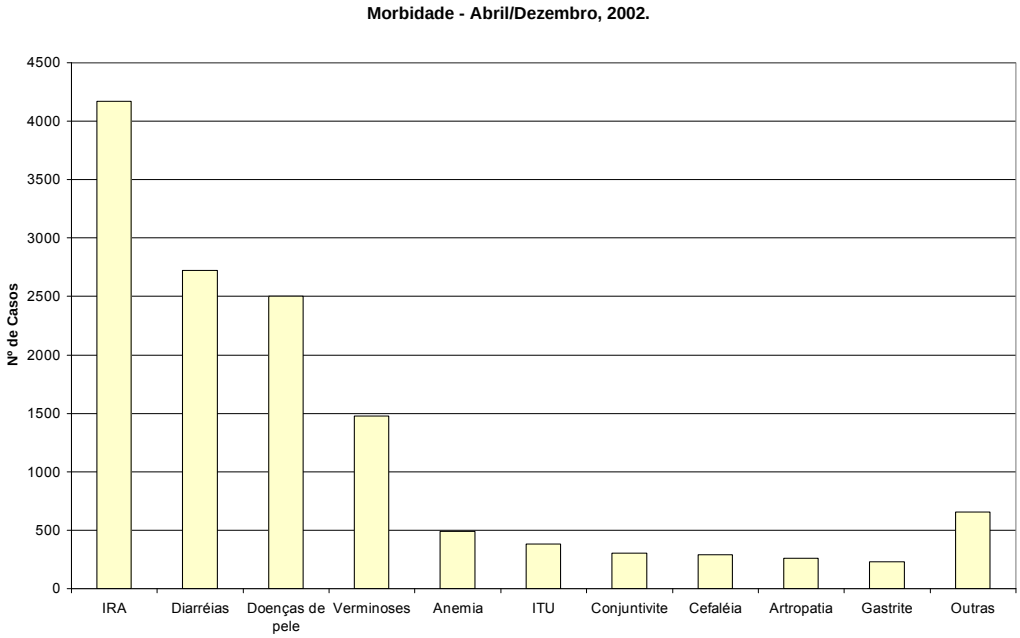


Figura figuras 6.4.2 – Morbidade indígena no DSEI-AS (DSEI-AS, 2004).

No gráfico seguinte, no qual se encontram “caracterizadas” as causas das mortes ocorridas entre abril e dezembro de 2002, chamam a atenção três categorias que aparecem com maior incidência: suicídio, “desconhecido” e óbito fetal, além daquelas que correspondem a “feitiço” e a “tratamento com pajé”.

A notificação de casos de mortes nas aldeias ainda é um dos graves problemas do DSEI-AS. Na ausência de um profissional de saúde legalmente autorizado para “atestar” a ocorrência de óbito nestes locais, bem como para caracterizá-lo, as informações presentes nos consolidados mensais dos pólos-base, ainda que acompanhadas pela assinatura do profissional de saúde responsável por seu preenchimento – feito com base nas fichas de informações preenchidas pelos ASI – não podem ser consideradas fiéis à realidade. Neste sentido, fornecem, da mesma forma que o quadro relativo à morbidade, uma visão panorâmica que não deixa de ser interessante, por contribuir com a análise de alguns processos mais abrangentes envolvendo o funcionamento do DSEI-AS.

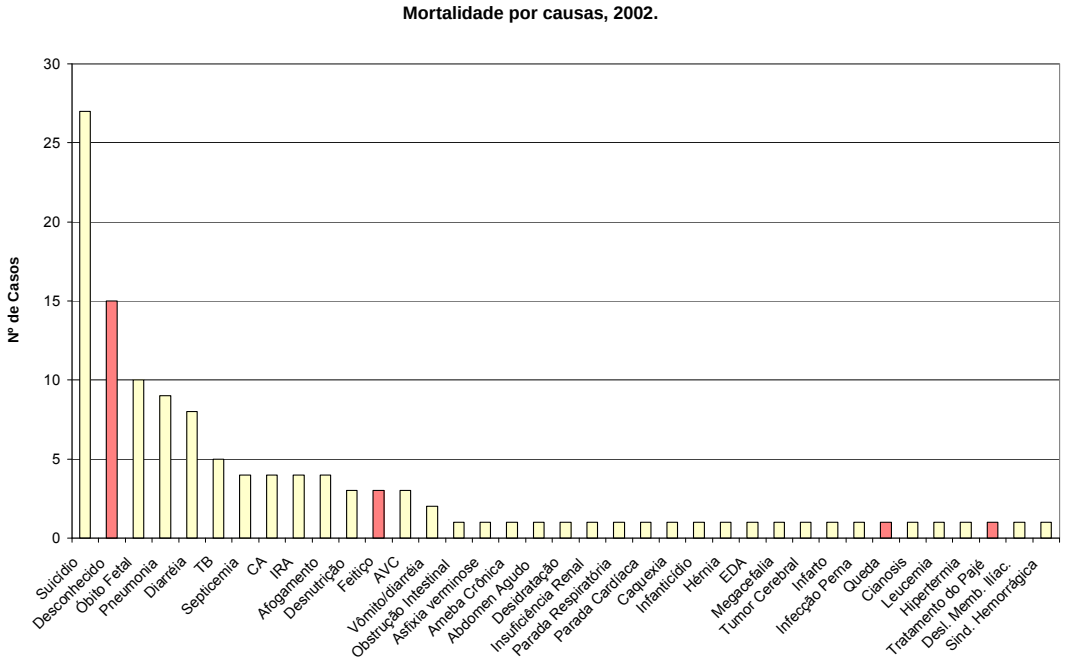


Figura 6.4.3– Mortalidade indígena no DSEI-AS por causas (2002) (DSEI-AS, 2004)

Ao abordar em sua tese a ocorrência de suicídios entre os Tikuna e, a partir da análise de dados levantados com o auxílio de colaboradores dessa etnia sobre um número significativo de casos ocorridos na década de 1990, Erthal (1998) questionou a idéia então difundida – principalmente através da imprensa – de uma "epidemia de suicídios entre os Tikuna". Posteriormente, a mesma autora (2003) apontou a inexistência de mecanismos eficientes de registro no âmbito local como um grave problema a ser resolvido na questão da saúde indígena da região.

Com efeito, as informações "consolidadas" nos pólos-base não permitem uma descrição mais pormenorizada do evento que teria ocasionado a morte. Sendo assim, a categoria "suicídio" continua a ser usada para caracterizar determinados eventos de uma forma genérica. Sabe-se que, entre os Tikuna, as formas mais comuns de suicídio correspondem ao enforcamento e ao envenenamento, porém, com base nas

informações provenientes dos pólos-base não é possível reconstituir com segurança as histórias dos eventos registrados.

Por outro lado, considerando-se o fato de os suicídios entre os Tikuna, aparentemente, corresponderem a atitudes tomadas individualmente e de forma dissimulada, é justo supor que apenas os parentes mais próximos das vítimas conheçam a "história" do evento e consigam transmiti-la com maior riqueza de detalhes. Nestas situações, os ASI atuariam, então, mais como transmissores estratégicos de informação. Entretanto, considerando-se a possibilidade de um mesmo evento ser narrado de diferentes maneiras – como sustenta Akira Kurosawa em *Rashomon* (1950)[177] – as informações relacionadas aos casos de suicídios devem ser interpretadas levando-a em conta.

A segunda causa de mortes mais importante, em 2002, corresponde à categoria "desconhecido", evidenciando-se, assim, a precariedade envolvendo a produção de registros nos pólos-base o que, por um lado, pode ser resultante da ausência de EMSI completas durante o período e, por outro, das próprias dificuldades colocadas para a caracterização adequada dos eventos. Entretanto, embora em 2003, os pólos base – que, no ano anterior, se encontravam sem profissionais ou com as suas EMSI incompletas – tenham contado com a presença de EMSI durante a maior parte do ano, a categoria "desconhecido" foi a mais acionada para qualificar as causas de mortes, conforme pode ser visto no gráfico seguinte:

[177] No filme, cujo cenário é o Japão do século XI, cinco personagens apresentam diferentes versões para um mesmo fato. Burke (1992) assinala que apesar de o expediente de pontos de vista múltiplos ter sido central na montagem de *Rashomon* pelo cineasta japonês no conto original o seu autor, Rynosuke Akutagawa, não o adotava.

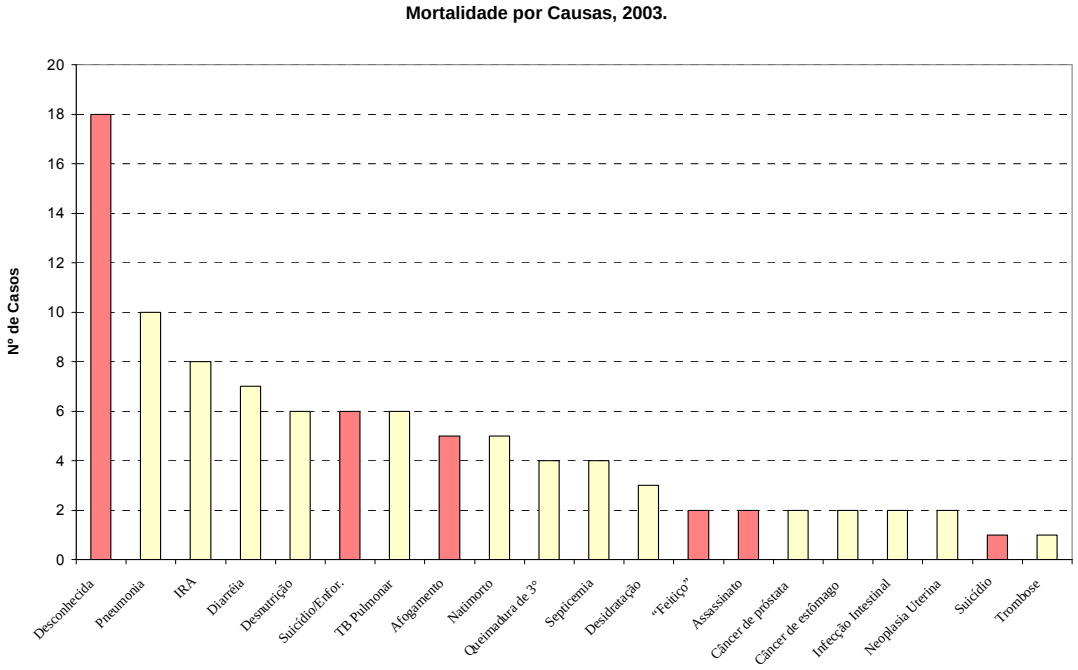


Figura 6.4.4 – Mortalidade indígena no DSEI-AS por causas (2003) (DSEI-AS, 2004)

Neste gráfico os óbitos não são apresentados por grupos de causas, de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID – 10). Sendo assim, a categoria suicídio é registrada tanto de forma associada à expressão “enforcamento”, quanto isoladamente. Entretanto, a soma das ocorrências referidas por essas duas “subcategorias” é inferior a dez, ou seja, o número de suicídios notificados durante os doze meses de 2003 corresponde a menos que a metade do número de casos registrados durante os, aproximadamente, oito meses do ano anterior.

Por outro lado, no que diz respeito a 2003, o uso das categorias “feitiço” e “afogamento” deixa dúvidas quanto às verdadeiras causas das mortes. Como não há uma descrição minuciosa do evento ou uma categorização mais apropriada para a ele referir-se, tais categorias não contribuem significativamente para a compreensão do quadro de mortalidade entre os Tikuna.

Na relação das causas de morte relativa ao período de abril a dezembro de 2002, a categoria “tratamento do pajé” é utilizada, assim como a de “feitiço”, para caracterizar um pequeno número de casos. O caráter vago destes conceitos denota a sua provável origem, situada num plano externo àquele que envolve os eventos. Tal situação evidencia a necessidade de reflexão sobre a perspectiva e o olhar daqueles que registram os eventos, recolocando a questão do papel do narrador numa dimensão diferenciada da que se manifestava nas reflexões de Walter Benjamin (1994).

Em 2003, a coordenação técnica do DSEI-AS, orientada pelos técnicos do DESAI / FUNASA, passou a registrar os eventos de morbidade de acordo com a CID – 10, de tal modo que, no ano em questão, embora as infecções das vias aéreas e diarréias tivessem maior incidência,– chamava a atenção a presença da categoria “outros” relacionada a um número ainda maior de eventos. Sendo assim, é lícito supor que a utilização do CID – 10 como referência, por si só não solucionou o problema do registro impreciso de informações.

Assim, na listagem das dez morbidades de maior incidência em 2003, observada as suas categorizações introduzidas neste ano, encontram-se as infecções agudas das vias aéreas superiores (2938 casos), diarréia e gastroenterite de origem infecciosa presumível (2679), helmintíases (ascaridíase, oxiuríase e outras) (1920), nasofaringite aguda [resfriado comum] (1796), cárie dentária (1713), infecções da pele e do tecido subcutâneo (1610), micoses (1503), doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (1426), anemias (1334) e influenza (gripe) (1306). Juntas, tais ocorrências totalizam 18225 registros que correspondem a um percentual de 38% de toda a população indígena da região.

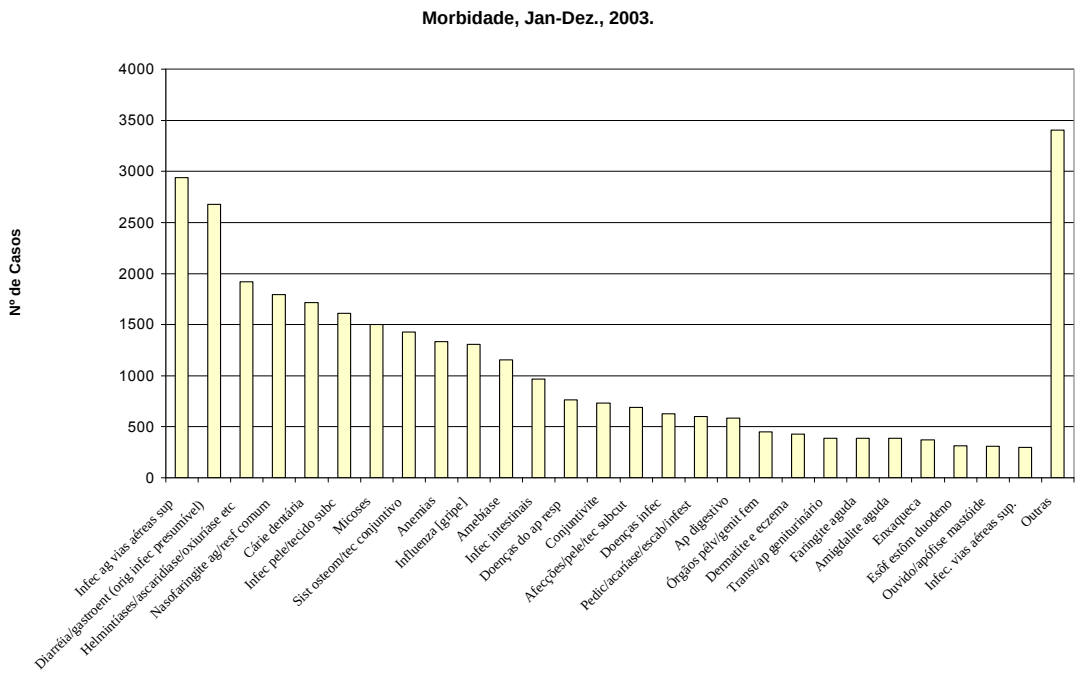


Figura 6.4.5 – Morbidade indígena no DSEI-AS (2003) (DSEI-AS, 2004)

De acordo com Waitzkin (1980), a visão mecanicista do corpo humano norteadora das práticas da biomedicina desvia a atenção com relação à origem multifatorial de doenças que estão relacionadas ao ambiente, ao processo de trabalho ou à tensão social. Nesse sentido, o autor concorda com Virchow, para quem a origem das doenças é igualmente multifatorial e, dentre os seus fatores causais mais importantes, estariam as condições materiais da vida cotidiana dos grupos sociais.

San Martin (1983), por sua vez, considera saúde e enfermidade como manifestações da relação ecológica entre o homem e seu ambiente, situando a sua análise numa perspectiva que também se coaduna à tese da causalidade múltipla dos fenômenos biológicos. A partir destes pressupostos, o autor argumenta ser interessante não apenas isolar determinados agentes etiológicos, mas também buscar o significado das circunstâncias sociais, profundamente influentes sobre os estados de saúde e enfermidade.

Ao analisar a grande mortalidade na América pós-colombiana Guerra (1988, p. 46-7) associa as conseqüências da epidemia de "*influenza suína o gripe del cerdo"* à falta de imunidade dos ameríndios à nova enfermidade. Porém, este autor chama a atenção para o fato de o desenvolvimento de epidemias a partir da relação ecológica entre grupos sociais e o seu ambiente não ter se limitado ao período colonial:

> *Ahora bien, quien crea que el efecto de las epidemias de gripe o viruela sólo ocurrió en América durante la conquista española, yerra, pues siguen extinguiéndose en la hoya amazónica los últimos representantes de culturas aborígenes por los mismos mecanismos de contagio que hace cinco siglos* (Ibíd., p. 51).

Considerando-se os argumentos apresentados pelos três autores, é possível delinear um quadro de morbidade entre os Tikuna do Alto Solimões a partir de um conjunto de enfermidades, cujas causas possuem um caráter multifatorial e dizem respeito a aspectos importantes que envolvem as relações sociais, econômicas e ecológicas estabelecidas por esse grupo étnico.

Seria importante ressaltar que, em função do seu caráter abrangente, os dados analisados não permitem o aprofundamento da análise sobre as diferenças sociais e ecológicas existentes entre distintas comunidades tikuna. Por essa razão, o recurso à perspectiva histórica contribui para o entendimento destas diferenças. Dessa forma, é possível constatar que as aldeias tikuna que originalmente serviram de base para o funcionamento de missões religiosas ou como "barracões seringalistas" e que, posteriormente, receberam investimentos do Estado Brasileiro, por meio da oferta de determinados tipos de "serviços" (escolas, postos de saúde etc.) continuam sendo atrativas para um considerável número de famílias que se deslocam, inclusive, de territórios nacionais vizinhos – principalmente do Peru – em busca de melhores condições de vida. Assim, aldeias como Filadélfia e Feijoal (Benjamin Constant), Umariaçu e Belém do Solimões (Tabatinga)[178], Vendaval e Campo Alegre (São Paulo de Olivença), Nova Itália (Amaturá) e Betânia (Santo Antônio do Içá), em alguns de seus aspectos, podem ser comparadas a bairros proletários de grandes cidades.

---

178 Cf. Figura L.1, Anexo L, p. 259.

Adensamento populacional, falta de saneamento básico, inexistência de abastecimento de água potável, violência juvenil praticada pelas “galeras”, excessivo consumo de álcool – principalmente entre os homens – consumo de cocaína e de *crack*, indisponibilidade de alimentos nas cercanias dos assentamentos estão entre os aspectos que fazem das aldeias citadas locais onde se manifestam com maior intensidade determinados tipos de morbidades e onde a mortalidade se manifesta também de modo característico.

Figura 6.4.6 – Vista aérea da aldeia Filadélfia, uma das quais enfrenta a escassez de alimentos e de água potável (Google Earth, 2008)

Entretanto, as possíveis relações entre estes aspectos e o quadro de morbi-mortalidade entre os Tikuna não são evidenciadas no conjunto de dados produzidos nos pólos-base. Sendo assim, é possível inferir que determinadas doenças como as infecções agudas das vias aéreas superiores, as diarréias e gastroenterites, nasofaringite aguda, helmintíases e a influenza (gripe) concentram-se principalmente nas faixas etárias que compreendem os menores de 1 ano a 9 anos, de forma equilibrada entre os dois sexos; e que outras, como a anemia, afetam mais

intensamente a mulheres em idade reprodutiva. Condições que denotam, por um lado, a influência da oferta de serviços e, por outro, a da formação dos ASI sobre a configuração desse perfil epidemiológico.

Os casos que constam nos consolidados mensais do DSEI-AS, registrados por meio de categorias genéricas, como “feitiço”, “tratamento com pajé”, “afogamento”, “queda” etc. inserem-se como enunciados dissonantes num discurso dissimulado que resulta da intervenção estatal na questão da saúde indígena, reproduzindo a ideologia da medicina – complementar, em vez de conflitante, à ideologia do capitalismo, ou seja, ao liberalismo e ao individualismo – e considerando as causas das enfermidades como fenômenos basicamente individuais, conforme assinala Navarro (1977).

6.5 “PRA FRENTE” COM A SAÚDE: ENCONTROS E DESENCONTROS ENTRE SABERES

É bastante comum entre os Tikuna o uso da expressão “ir pra frente” aplicado a situações que representam (ou possam vir a representar) determinadas conquistas, como o domínio de conhecimentos, técnicas e produtos desenvolvidos pelos “civilizados”. Dessa forma, professores bilíngües e agentes de saúde manifestam-se como que justificando determinadas opções políticas em defesa daquilo que consideram sinônimo de evolução, desenvolvimento ou, ainda, como forma de aproximação de um determinado patamar existencial representado pelos padrões de vida dos “brancos”. Dessa forma, a aquisição de conhecimentos dos brancos pode ser associada à conquista de bens materiais, como casa de alvenaria, motocicleta, televisor, computador etc.

É, portanto, raro observar algum ASI questionando os ensinamentos que integram durante o processo de formação regulado pela FUNASA. A possibilidade de questionamentos acerca das informações e das técnicas transmitidas é quase nula, na medida que as referências aos próprios saberes indígenas sobre saúde no decorrer do processo de capacitação limitam-se a alguns comentários externos à sala de aula.

Desse modo, a fim de desenvolver a discussão sobre a relação entre a biomedicina e a etnomedicina, presente no processo de formação dos ASI assim como nas próprias ações de assistência à saúde nas aldeias, considero importante aprofundar a análise sobre a etiologia das doenças, pois, sendo estas explicações repletas de elementos fundamentais para a constituição de diferentes sistemas médicos (Minayo, 1988), podem contribuir tanto para o entendimento de aspectos da biomedicina quanto de determinadas práticas relativas ao fenômeno saúde-doença presente entre os Tikuna.

Foster[179] distingue as “causalidades (etiologias) personalísticas” das “causalidades (etiologias) naturalísticas”. As primeiras, segundo ele, estariam radicadas nas “sociedades tradicionais”, entre as quais as amazônicas, associadas a doenças atribuídas a agentes exteriores humanos (feiticeiro) e não-humanos (espíritos, animais etc.). As naturalísticas, por sua vez, estariam referidas às tradições nosológicas das sociedades grega, indiana e chinesa antigas, nas quais as doenças eram explicadas por causas relacionadas a forças naturais (Buchillet, 1991).

Ngokwey (1988), por outro lado, argumenta que o conhecimento etiológico mantém estreita relação com o conceito de cultura popular. Considera, por conseguinte, que este conceito – referido a todas as dimensões da vida social – possui características holísticas e ecológicas e encontra nas condições materiais de existência o espaço adequado para a construção das explicações etiológicas, das práticas médicas, dos tratamentos e das curas. Sendo assim, conclui que as “teorias populares” têm origem nas “experiências da vida” e se redefinem através do contato constante com a prática, da biomedicina e / ou de todos os sistemas alternativos.[180]

Segundo Minayo (1988, p. 366) a “[...] noção de etiologia ultrapassa o campo estrito da biomedicina no espaço e no tempo e atinge também o universo de considerações antropológicas e metafísicas [...]” de forma semelhante de como procedeu Ngokwey com relação a setores da população de Feira de Santana na Bahia, refere-se à existência de um sistema etiológico em segmentos da classe trabalhadora residente em favelas do Rio de Janeiro, que inclui vários domínios de causação: natural, psicossocial, sócio-econômico e sobrenatural. Segundo esta autora, tais níveis de explicação se unificam “na visão da doença como a ação patogênica de elementos de ruptura das relações do indivíduo com a natureza e com seu grupo social”.

Na perspectiva da biomedicina, a doença resulta de uma anomalia estrutural ou na função de um determinado órgão ou sistema orgânico, sendo considerada similar,

---

179 Foster GM. “Disease Etiologies in Non-Western Medical Systems”. American Anrtopologist 78 (4), 1976. p. 773-782.

180 Boaventura de Souza Santos (2006) chama a atenção para o fato de que “os conhecimentos não científicos designam-se frequentemente por conhecimentos alternativos”. O que, segundo ele, problemático, “[...] uma vez que o conceito ‘alternativo’ dá a ideia de algo que se opõe à norma e a norma aqui será o conhecimento científico”. Por considerar que “[...] a quase totalidade da vida de grande parte da população mundial é regida por conhecimentos práticos não científicos e, sendo essa a norma, [...]” afirma que “[...] o conhecimento científico é que deve ser considerado como alternativo”.

independentemente do indivíduo em que se manifesta ou do contexto social e cultural que lhe serve de cenário (Buchillet, 1991). Por outro lado, conforme argumenta Acuña Delgado (2001), na sociedade moderna, o sistema médico oficial individualiza e somatiza a enfermidade, manipulando e intervindo (n)o corpo de formas variadas em busca de soluções para ela. Menéndez (2003), por sua vez, sustenta que a biomedicina pode ser descrita através das seguintes características: biologicismo, a-sociabilidade, a-historicidade, eficácia pragmática, orientação curativa, relação médico / paciente assimétrica e subordinada, exclusão do saber do paciente, profissionalização formalizada, identificação ideológica com a racionalidade científica, saúde-doença como mercadoria, tendência à medicalização dos problemas e à separação entre teoria e prática. Segundo este autor, o traço fundamental da biomedicina seria o biologicismo, ao menos nos níveis teórico e técnico, núcleo da formação dos seus profissionais.

Observa-se, portanto, uma diversidade de pontos de vista com relação aos processos de saúde-doença quando se comparam as perspectivas dos médicos e as de determinadas camadas populares da sociedade brasileira. Visto que, enquanto os primeiros consideram saúde-doença, sobretudo, como fenômenos físicos, para esses setores da população, tais processos correspondem a relações expressas no corpo, mas que o ultrapassam definitivamente (Minayo, 1988).

Diferentes perspectivas associadas às causalidades das doenças resultam na prescrição de diferentes formas de tratamentos. Sendo assim, enquanto o tratamento xamânico atua no nível do registro das causas, as plantas e a biomedicina agem no âmbito do registro dos efeitos, conforme afirma Buchillet (1991). Entretanto, a presença da relação “médico / paciente” nas sociedades indígenas não significa necessariamente que a utilização da biomedicina por parte de seus integrantes implique na aceitação ou na compreensão da teoria científica da causalidade que lhe é implícita. Ao contrário, verifica-se que muito raramente médicos, enfermeiros e agentes de saúde comunicam os diagnósticos a seus pacientes. Dessa forma, a biomedicina, por não oferecer uma interpretação etiológica aos pacientes, não pode competir com os dispositivos interpretativos locais, podendo ser acrescentada sem dificuldades às instituições já existentes, sem, com isso, conduzir a um questionamento dos esquemas cognitivos de interpretações tradicionais (Ibid).

Para autores como Kroeger e Freedman (1984), a “medicina tradicional” não é substituída pela alopática, havendo tão somente uma coexistência dos dois sistemas, apesar de reconhecerem que muitos autores acreditam ser a biomedicina, um dos poderosos elementos de pressão externa sobre as tradições indígenas.[181]

> *La metodología de la medicina preventiva moderna (educación sanitaria, abastecimiento de agua potable en área rural, letrinas) no se ha adaptado todavía en las necesidades específicas del sistema que la población conoce. No hay duda que la gente que cree que la enfermedad es por causas personales (hechizos) tiene especiales dificultades para entender que ciertas enfermedades pueden prevenirse con medidas higiénicas* (Ibíd., p. 35).

Diante da situação de aparente dicotomia entre diferentes concepções de mundo e entre distintas abordagens sobre os processos de saúde-doença, impõe-se a indagação quanto às reais possibilidades de produção de novos conhecimentos, no âmbito dos cursos de formação para ASI tikuna, que devem considerar o grau de consciência destes profissionais a respeito de sua inserção nesse contexto, dos compromissos assumidos com o DSEI e com seu povo em geral.

As características atribuídas por Foster às duas diferentes “causalidades” encontram-se presentes entre os Tikuna nas explicações que associam determinadas doenças tanto a causas externas – veiculadas, por exemplo, pelas “linhas” que manejam os “pajés” – quanto às que resultam da exposição a determinadas forças da natureza (Camacho Gonzalez, 2000). Por outro lado, os níveis de explicação sugeridos por Ngokwey são também perfeitamente aplicáveis ao sistema etiológico presente entre esses ameríndios.

Faulhaber (2004), em estudo sobre aspectos da astrologia tikuna, descreve uma situação na qual alguns tikuna de comunidades situadas no município de São Paulo de Olivença associavam a ocorrência de um “repiquete”[182], em função da escassez de peixes provocada por este fenômeno, a determinadas moléstias que afetavam pessoas do seu relacionamento. Ainda, de acordo com esta antropóloga, os Tikuna concebem o universo como possuidor de um eixo correspondente a um canal que carrega a luz solar

---

[181] Convêm registrar que a própria noção de “tradições” tem sido objeto de críticas no campo da historiografia (Cf. Hobsbawn E, Ranger T, orgs. A invenção das tradições. RJ: Paz e Terra, 1997).

[182] Oscilação das águas de um grande rio logo após a vazante, conforme Ferreira (1996, p. 1488).

pelos diferentes mundos e faz circular as energias vitais. Neste universo, o pensamento do pajé possui o poder de percorrer o eixo do mundo e manejar as suas forças vitais. Assim sendo, a situação de bem-estar físico e mental de cada indivíduo é condicionada pelo estado em que se encontram determinados elementos da natureza, podendo ser objeto de intervenção de um determinado pajé.

Nesse contexto, determinados fatores climáticos são influenciados por habitantes de lugares míticos que interferem sobre os seus equivalentes terrestres, o que inclui os humanos. Estes seres, que manejam determinados fenômenos ou outros seres naturais, são titulados como seus "donos". Disto resulta a existência dos "donos" "do vento", "da chuva" e "da mata". Nas prescrições contidas nos rituais realizados por grupos de parentesco tikuna, encontram-se presentes aconselhamentos cujo objetivo corresponde à evitação de comportamentos tidos como perigosos, por serem capazes de provocar reações naqueles seres e, dessa forma, produzirem catástrofes e moléstias (Faulhaber, 2004). Uma vez descumpridas às restrições a tais comportamentos estaria aberto o caminho para a entrada de variadas doenças.

O depoimento de Nino Fernandes acerca do tratamento que fez com um pajé na sua própria casa em Benjamin Constant é rico de elementos, que envolvem causações de ordem psicossociais e econômicas, na medida que contém referências à inveja de um determinado parente seu à sua situação frente ao DSEI-AS. Da mesma forma, o relato de Cláudio Mariano Fernandes inclui explicações que, além de conterem elementos como a inveja, inclui outros de ordem sobrenatural, como se observa no episódio relativo à resistência da coruja em morrer após vários golpes de terçado.[183] Além disso, os depoimentos de Débora Clemente e Nilson Ramos sobre o adoecimento, o tratamento e a morte do cacique Leonílio, são repletos de explicações relacionadas às ordens de causações indicadas por Ngokwey (1988).

Tais considerações denotam a predominância de teorias etiológicas pluralísticas entre os Tikuna, de tal modo que, apesar de o sistema biomédico ser dominante em nossa sociedade e penetrar em todas as áreas e em todos os grupos sociais – configurando-se, para cada um deles de forma específica, de forma associada a um

[183] A menção feita por Cláudio ao uso do fogo, como única possibilidade de matar-se a coruja, é correntemente usada entre os Tikuna para indicar a única maneira de se acabar com um pajé / feiticeiro.

serviço massivo e impessoal, com ênfase no biológico (Minayo, 1988) – os ASI parecem atuar de maneira diversificada, de acordo com o contexto em que se situam.

Convém lembrar – novamente concordando com Minayo (Ibid, p. 377) – que "[...] o conhecimento humano é finito, historicamente limitado e contextualizado". Sendo assim, as concepções de saúde-doença presentes entre os Tikuna apóiam-se nas próprias condições materiais de existência desse povo, da mesma forma que a ideologia inerente às práticas médicas são produzidas nos limites do processo social.

7. CONCLUSÕES

Ao privilegiar a abordagem histórica na tentativa de análise dos processos de ensino-aprendizagem em saúde, considerei aspectos metodológicos e filosóficos das práticas missionárias que compunham as iniciativas voltadas para a evangelização dos Tikuna, destacando algumas manifestações entendidas como reelaborações de determinadas formas de pensar e agir de um passado longínquo.

Por conseguinte, considerei a crença na superioridade da "civilização européia" sobre os "naturais", presente na ideologia correspondente aos interesses econômicos que condicionavam o processo de colonização, como fundamental ao posterior desenvolvimento de concepções político-pedagógicas missionárias. Tendo esta referência como importante condicionante histórico, ao tratar da propagação da catequese entre os Tikuna, analisei os processos políticos e pedagógicos que lhes são inerentes, assim como os métodos de ensino adotados por jesuítas portugueses e capuchinhos italianos.

As raízes históricas desses processos de ensino-aprendizagem situam-se, portanto, no processo colonizador desencadeado na região do Alto Solimões pelas missões religiosas no decorrer do século XVII. Entre o final deste século e a primeira metade do século XX, embora tivessem ocorrido mudanças significativas na ocupação territorial da região e as suas estruturas político-administrativas também tivessem sofrido transformações, as relações entre colonizadores e índios manteve-se calcada na idéia de superioridade dos primeiros, justificada pela busca de desenvolvimento e do progresso infinito e, sobretudo, indefinido.

Sendo assim, constato que o sistema de ensino não-formal correspondente aos cursos de formação de ASI – de modo semelhante da forma como atualmente ocorre com o sistema de ensino formal – é produzido (e se reproduz) de acordo com o desenvolvimento das forças produtivas e o aprofundamento das relações de produção

da sociedade capitalista brasileira. Assim sendo, esse sistema mantêm ativos modelos pedagógicos que buscam estimular determinadas aptidões individuais simples e limitadas à reprodução de práticas correspondentes à racionalidade biomédica e à aplicação de concepções atribuídas por ela aos processos de saúde-doença.

Constato, ainda, que nos processos de ensino-aprendizagem relativos aos cursos de formação de ASI prevalecem as práticas de ensino, que buscam estimular a memorização em lugar de possibilitarem a realização de atos educativos criativos, além das funções intelectuais básicas, como a associação, a atenção, a formação de imagens e a inferência (Vigotsky, 1998). Nestes casos – cumpre destacar – a noção de memória aí inscrita evoca uma imagem relacionada a um determinado estado de estagnação, de uma percepção mecânica e reprodutora do acontecido, sem que sejam formulados questionamentos com relação àquilo que é transmitido através do processo de ensino-aprendizagem.[184]

Dessa forma, a memorização busca aprofundar a assimilação de práticas vinculadas à higiene corporal, através da apresentação de valores ,de ordem técnica e moral, que são transmitidos como sentenças inquestionáveis, contrapondo-se, desse modo, a um aspecto central na constituição da identidade étnica tikuna e que diz respeito à oralidade como pressuposto para a construção do saber, através das narrativas míticas e do poder associado ao uso da palavra.

Em tais condições a própria expressão, de caráter político-pedagógico, “aquisição de conhecimentos” é tomada como uma verdade absoluta, reduzindo as possibilidades de construção de processos dialógicos “horizontalizados” – entre profissionais de saúde e agentes de saúde indígenas – nos quais as informações científicas e de domínio público entre os Tikuna, circulem através de canais múltiplos de comunicação e, por conseguinte, tornem-se fecundas e, dessa forma, propícias à geração de novos tipos de conhecimentos e de ações dirigidas para a superação de problemas de saúde.

Nos cursos de formação de ASI prevalece, sintomaticamente, uma perspectiva analítica orientada pela oposição entre homem e natureza e pela divisão entre célula e organismo.

[184] Cf. Linhares (1998).

Nestes termos, reafirma-se a concepção biomédica como principal discurso que orienta os processos de formação dos ASI de acordo com a política governamental nacional dirigida à populações indígenas do país.

Inserida nesse contexto a coordenação do distrito, sob a gestão do CGTT buscou, através da mediação feita pela antropóloga que assessora esta organização, estimular as discussões sobre a dicotomia e as possibilidades de diálogo entre os saberes biomédico e indígena.

Pude verificar, contudo, que tal iniciativa não se desenvolveu de modo articulado com o próprio ritmo que as necessidades de assistência à saúde nas aldeias impunha ao funcionamento do distrito. Pois, enquanto o distrito mantinha-se em função do atendimento de demandas que superavam a sua capacidade de resolução de problemas, a discussão de caráter epistemológico e filosófico sobre o processo de ensino-aprendizagem inerente à formação dos ASI não era apropriadamente estimulada, mesmo no âmbito da sua coordenação. Dessa forma, mesmo a existência da assessoria / consultoria antropológica não foi suficiente para estabelecer as condições mínimas para a efetivação de um diálogo crítico sobre o modelo de assistência médica hegemônico no país e, por conseguinte, nos DSEIs.

Nesse sentido, é lícito supor que os cursos de formação – parte considerável dos seus planejadores e executores – dedicam reduzida atenção aos conhecimentos ancestrais presentes nas histórias de vida de ASI, parteiras e pajés tikuna – entre outros desses ameríndios que se dedicam aos cuidados relacionados aos processos de saúde-doença – e impõem como regras universais exclusivas, os procedimentos médicos pautados nas normas da biomedicina.

Apresenta-se como um importante fator limitante para esta mudança de paradigmas a própria formação político-administrativa do DSEI-AS, orientada, prioritariamente, para suprir a necessidade de terceirização da força de trabalho de profissionais de saúde nas terras indígenas e para assegurar a dispersão de medicamentos nos assentamentos tikuna.

Com efeito, pude observar na maioria dos episódios relacionados à formação de agentes de saúde tikuna e à assistência à saúde indígena no Alto Solimões, a persistência de um descompasso entre a realidade concreta – caracterizada por um

quadro de crescente degradação ambiental e morbi-mortalidade associado a ele – e os discursos que pretendem representá-la.

Tais discursos, na condição de representações verbais das práticas de atores sociais envolvidos nos processos de formação de agentes de saúde, constituem-se como elementos de uma pseudoconcreticidade (Kosik, 2002)[185] na qual as imagens de um índio genérico e de uma sociedade nacional generosa prevalecem sobre a realidade objetiva, dissimulando os conflitos contidos nas relações sociais, na medida em que se distanciam de uma realidade extraverbal (ou situação real) conforme Bakthin (2002).

Esse distanciamento entre a realidade objetiva e os discursos que a definem – categorizando os cursos de formação de ASI como "projetos diferenciados" que buscam o "resgate" das "tradições nativas" – é produzido socialmente e, dessa forma, deve ser analisado, tendo como referências os processos histórico-sociais que lhe serviram de matéria.

Assim sendo, o aprofundamento das investigações sobre as relações de ensino-aprendizagem que pautam a formação dos ASI e a atuação dos seus instrutores estimulará sobremaneira as reflexões sobre métodos de ensino, conteúdos programáticos e concepções teóricas adotados. Podendo, inclusive, estimular o debate em outros DSEIs sobre as condições em que se realizam as suas capacitações e sobre os objetivos que elas pretendem alcançar. Além de gerar outras discussões em torno do manejo da água e da questão do saneamento, temas fundamentais para a articulação entre as noções de saúde-doença e as práticas dos AIS e de outros profissionais tikuna.

Conforme citado anteriormente, a criação da FUNASA resultou da associação entre dois outros órgãos federais (SUCAM e SESP) que, ao longo de suas histórias, desconsideravam os índios nas suas especificidades históricas e culturais. Tais condições contribuem para o entendimento em torno da constatação feita por Teixeira (2007), no sentido de que existe na instituição, apesar do seu discurso enfático em torno da dedicação à questão indígena, um enorme distanciamento – e, porque não dizer, desconhecimento – com relação a este tema. De tal modo que, quando se fala em

---

185 De acordo com o filósofo tcheco constituem o "[...] 'mundo da pseudoconcreticidade' o complexo dos fenômenos que povoam o ambiente cotidiano e a atmosfera comum da vida humana, que com sua regularidade, imediatismo e evidência, penetram na consciência dos indivíduos agentes, assumindo um aspecto independente e natural [...]". (Kosik, 2002, p. 15)

“resgate das tradições nativas”, evidenciam-se indícios de um etnocentrismo acentuado, já que é impossível “resgatar-se” aquilo que se desconhece ou com o que se tem pouca afinidade.

Tais evidências indicam que o processo de formação dos agentes de saúde indígenas tem sido incapaz de fortalecer e, dessa forma, ampliar as ações do Programa de Saúde da Família Indígena no âmbito do DSEI-AS e, por conta disso, colocam em dúvida a efetividade das suas propostas pedagógicas para o desenvolvimento do conhecimento sobre a saúde, cujo objetivo deveria estar relacionado à prevenção e à redução de enfermidades presentes entre os Tikuna.

Como resultado desse processo político e pedagógico verifica-se a massificação e a naturalização do consumo de medicamentos industrializados entre os Tikuna, tendo como contrapartida um quadro de morbidade, caracterizado pela alta incidência de doenças relacionadas a problemas que envolvem questões mais complexas, não tratáveis única e exclusivamente com fármacos. Difundem-se, assim, entre os Tikuna o consumo de medicamentos como um hábito relacionado à busca de superação de estados de desconforto físico e / ou psíquico.[186]

Entretanto, reconhece-se que a redução na incidência das enfermidades mais proeminentes entre os Tikuna, independe unicamente da reformulação dos cursos de formação dirigidos para os agentes de saúde, visto que as origens destas associam-se às transformações sociais, econômicas e ecológicas de caráter mais complexo e cuja uma temporalidade ultrapassa algumas décadas. Nesse sentido, tais cursos poderiam, minimamente, estimular a reflexão crítica sobre a complexidade dos variados condicionantes que se relacionam aos processos de saúde-doença existentes entre esses ameríndios.

Constato, ainda, que determinados problemas relacionados ao processo de formação dos ASI envolvem, em certa medida, relações de caráter político e partidário, intrínsecas a determinadas instâncias governamentais. Nesse sentido, a descontinuidade que caracterizou o repasse de recursos da FUNASA para o CGTT, durante os, cerca de, quatro anos nos quais estas organizações estiveram conveniadas

[186] Verifica-se na lista de medicamentos consumidos mensalmente no DSEI-AS (Anexo I, p. 246-250) a grande quantidade de analgésicos, antitérmicos, aninflamatórios, anti-reumáticos, anestésicos, antidepressivos e ansiolíticos que circulam nos assentamentos tikuna.

– além da falta de empenho dos representantes do órgão no sentido da construção de uma política pedagógica apropriada à realidade dos diferentes grupos étnicos amazônicos – caracteriza uma política de governo. Noutras palavras, a ausência de definições e de políticas caracteriza uma determinada política de governo para a área da saúde indígena. Política que, apesar de aparentemente contemporânea, demonstra ser a continuidade de processos históricos de longa duração.[187]

Assim, com base na análise dos processos históricos e sociais mencionados nesta tese é possível afirmar que inexistem evidências indicativas no sentido da possível adoção, a médio e / ou em curto prazo, de políticas governamentais, que busquem soluções para os problemas decorrentes da intensa rotatividade de profissionais de saúde graduados no DSEI-AS e estimulem o desenvolvimento de processos de formação de profissionais de saúde indígenas críticos e participativos. Tal perspectiva se contrapõe à possibilidade de constituição de um "corpo docente" regular – passível de familiarizar-se com as especificidades regionais e tikuna – e de suprimento da ausência de materiais didáticos específicos e apropriados à realidade dos Tikuna; que considerem as diferenças culturais e lingüísticas e, sobretudo, promovam debates sobre as peculiaridades que caracterizam os processos de educação em saúde e que envolvem os serviços de assistência básica à saúde.

Como resultados inequívocos da inconsistente formação que é dirigida aos ASI e da intensa rotatividade de profissionais no DSEI-AS, são observadas nos indicadores de morbidade e mortalidade analisados; subnotificações, notificações generalizantes e / ou incompletas. Enfim, os registros necessários à implementação de uma política de saúde coletiva adequada às "necessidades reais" dos Tikuna têm sido, sistematicamente, colocados num plano secundário. Fato que dificulta a consolidação de uma "memória" relacionada aos processos de saúde-doença na região e, por sua vez, dificulta o desenvolvimento das condições necessárias às transformações nos processos de formação em saúde.

À precariedade que caracteriza a produção dos dados epidemiológicos acrescenta-se um desprezo inequívoco com relação à sua sistematização, organização e análise. Por outro lado, é lícito supor que a difusão das práticas da biomedicina e da

---

187 Cf. Anexo O, p. 265.

conseqüente medicalização nas comunidades indígenas do Alto Solimões venha ocorrendo através de movimentos contraditórios que, paradoxalmente, conjugam os interesses de mercado, relacionados à biomedicina (Menéndez, 2003), aos dos próprios Tikuna – principalmente, daqueles das gerações mais novas que convivem mais intensamente com os mercados locais e com as instituições de saúde – presentes nas situações que resultam da busca de soluções imediatas para alguns de seus padecimentos.[188]

Garnelo (2001), referindo-se aos grupos étnicos Baniwa e Curipaco do Alto Rio Negro (AM), sugere que a "dinâmica do contato interétnico" gera "necessidades de consumo de produtos de saúde" adequados às novas condições de vida, já que a obrigação de realizarem constantes deslocamentos para a cidade, de produzirem para o mercado e de manterem-se em dia com as obrigações escolares dificultariam a aderência aos tratamentos tradicionais.

Concordo com a autora no que diz respeito às transformações ocorridas nos "*habitus*"[189] de várias sociedades indígenas existentes no Brasil, porém, considero a "dinâmica do contato interétnico" como expressão do nível de inserção destas na economia capitalista e não como o seu fator determinante. Pois, entendo que o crescente consumo de diversos produtos industrializados diz respeito ao estado no qual se desenvolvem as relações entre as sociedades indígenas e a economia capitalista.

Dentre aqueles produtos cujo consumo tem se expandido nos últimos anos de forma mais acentuada nas sociedades indígenas do país, seria correto incluir os medicamentos. Estes, para Garnelo (Ibid, p. 251), não se constituem somente enquanto bens de prestígio, mas representariam, para além disso, "uma comodidade em relação às terapias tradicionais", visto que, segundo esta autora, poderiam abolir "as penosas dietas" e acabar com uma doença, dispensando "todos os sacrifícios e restrições alimentares e sexuais inerentes às prescrições tradicionais".

---

[188] Embora a expansão da biomedicina entre os Tikuna tenha se intensificado a partir das duas últimas décadas do século passado, Oro (1973, p. 85) afirma que "[...] na época de Nimuendaju (n. a.: décadas de 1920 e 1940) [...], a milenar ciência mágico-medicinal Tükúna era infiltrada por medicamentos ocidentais através dos patrões e regatões que trocavam remédios pelos bens produzidos pelos indígenas [...]."

[189] Bourdieu (1990, p. 130) define *habitus* como um "[...] sistema de disposições adquiridas na relação com um determinado campo". Desse modo, considera que a maioria das ações é objetivamente econômica sem ser econômica subjetivamente, sem ser produto de um cálculo econômico racional, mas, sim do encontro entre um *habitus* e um campo.

Para o caso dos Tikuna, os estudos que fiz não me autorizam a afirmar que o aumento do consumo de medicamentos industrializados se deva a um “comodismo”, tampouco a identificar como são percebidas individualmente as regras alimentares e comportamentais que devem ser observadas de acordo com as “prescrições tradicionais”. No entanto, observo que, para além da percepção individual das prescrições feitas pelos pajés tikuna, tem se consolidado como um fator determinante na expansão do consumo de medicamentos industrializados entre os Tikuna, a disponibilidade destes produtos a partir da implantação do DSEI-AS (cf. Quadro I.I, Anexo I, p. 246-250).

Por outro lado, observo que as transformações sócio-econômicas que historicamente referem-se à atuação dos ASI no DSEI-AS apontam para a conseqüente transformação da forma como estes profissionais encaram as suas demandas, assim como, consideram os problemas de saúde que afetam a saúde do seu grupo étnico. Nesse sentido, os aspectos trabalhistas que envolvem a atuação desses sujeitos, progressivamente, passam a ser acionados no processo de construção de novas condições para o exercício das suas práticas na saúde. Nesses termos, considero que a perspectiva étnica que, até então, orienta a mobilização dos ASI pelos seus direitos e em busca do desenvolvimento dos seus projetos políticos, vem sendo confrontada com uma outra, de caráter profissional e trabalhista, decorrente da prolongada situação de assalariados desses profissionais.

Verifica-se, entretanto, que apesar de um prolongado convívio dos Tikuna com a civilização ocidental – seus agentes, suas instituições e simbolismos – ainda persistem em sua sociedade, variados traços de ancestralidade que a fazem complexa, tornando muitas vezes os seus correspondentes enunciados incompreensíveis para aqueles interlocutores que pouco se aventuram no sentido de dela se aproximarem para melhor compreendê-la. Entretanto, é lícito supor que o processo de adensamento populacional, o crescimento dos centros urbanos regionais, a expansão da economia de mercado entre esses ameríndios, têm atuado de forma a afetar sensivelmente a sua qualidade de vida e as suas condições materiais de existência.

A biomedicina – seus agentes, suas práticas e seus discursos – encontra um campo fértil quando possibilita a superação de diversos estados de desconforto que

prevalecem entre os Tikuna. Possivelmente, o estabelecimento de um diálogo equilibrado entre esta racionalidade e aquela que corresponde aos saberes tikuna gerariam elementos muito ricos no sentido da construção de propostas de assistência à saúde, de atenção aos pacientes, de tratamentos, enfim, de busca de melhores condições de existência.

Com base nos processos sociais e históricos que pude examinar durante todo o processo que envolveu a construção dessa tese, concluo que as transformações sociais e econômicas, a progressiva degradação ambiental e a intensa destruição da floresta amazônica contribuem de forma incisiva para a precarização das condições de vida de parte considerável da população tikuna do Alto Solimões e, por que não dizer, dos demais povos indígenas amazônicos.

Nesse contexto, os espaços para a definição das políticas de saúde para os povos indígenas os exclui sistematicamente e, em decorrência disso, abrigam predominantemente diretrizes técnicas pautadas no cumprimento de metas estabelecidas no nível central da gestão. Esta característica corresponde ao abismo que distancia os objetivos anunciados pela instituição que gere os recursos destinados à saúde indígena no país das ações efetivadas nas aldeias.

Por outro lado, a estreita ligação entre a existência milenar dos povos indígenas e os diversos elementos de uma floresta de sensível sustentabilidade sugere que a sua ruptura corresponde à destruição da vida. O que, noutras palavras, pode ser traduzido, simplesmente, pelo prognóstico de que o etnocídio corresponde ao “ecocídio”, seja precedendo-o ou, como estamos a assistir em lugares como o Vale do Javari (AM), acompanhando-o silenciosamente.

8. REFERÊNCIAS

Acioli S, Carvalho MAP, Stotz EN. O processo de construção compartilhada do conhecimento. Uma experiência de investigação científica do ponto de vista popular. In Vasconcelos EM, organizador. A Saúde nas palavras e nos gestos. Reflexões da Rede Educação Popular e Saúde. SP: Hucitec, 2001: 101-114.

Acórdão nº 0056-40/92-P. Relatório de Inspeção Especial realizada na Fundação Nacional de Saúde para apurar fatos relacionados com a aquisição de 23.500 bicicletas da Lojas Pedro Ltda., destinada ao Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde – PNACS, DOU, 09/09/1992: 12.445.

Adital. Manipulação contra o CGTT. Por Nino Fernandes [Coordenador do CGTT], 11.01.06. [acesso em 20 jan 2006]. Disponível em http://www.adital.com.br/site/noticia.asp?lang=PT&cod=20579

Almeida FVR. Desenvolvimento sustentado entre os Ticuna: as escolhas e os rumos de um projeto. RJ, 1996. [Dissertação de Mestrado em Desenvolvimento Agrário] – Programa de Pós-graduação de Ciências Sociais em Desenvolvimento, Agricultura e Sociedade, UFRRJ.

Almeida MRC. Um Tesouro Descoberto: Imagens do Índio na Obra de João Daniel. Tempo, v. 3 n. 5, 198, RJ, [1996]: 147-160.

Amazonas LS. Diccionario Topográfico, Histórico, Descritivo da Comarca do Alto Amazonas. Manaus: Grafima, 1984. [reprodução fac-similada de 1852]

Amazonas [Presidência da Província do]. Relatórios da Presidência da Província do Amazonas desde a sua criação (1852) até a 1920, 1852.

_____. (Provincia do). Relatorio da Assembléa Legislativa Provincial do Amazonas. (por João Wilkens Mattos, presidente). Manaos: Typographia do Amazonas de Antonio da Cunha Mendes, 1869.

_____. Relatório apresentado a Assembléia Legislativa Provincial do Amazonas na primeira sessão da 11.ª Legislatura no dia 25 de março pelo presidente da província, o exmo sr. General dr. José de Miranda da Silva Reis. Manáos: Typ. de GJ Moraes, 1872.

Amoroso MR. Mudança de hábito: catequese e educação para índios nos aldeamentos capuchinhos. Revista Brasileira de Ciências Sociais. v. 13, n. 37, SP, jun. 1998: 101-114.

Araújo IS. Mercado simbólico: interlocução, luta, poder – Um modelo de comunicação para políticas públicas. RJ, 2002. [Doutorado em Comunicação e Cultura] – Escola de Comunicação, UFRJ.

Arouca S. Entrevista. [acesso em 10/04/2006]. Disponível em http://bvsarouca.cict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/8/0/108-entrevista_s%E9rgio_arouca_rev._mang.doc

Assembléia Ticuna [Vídeo]. Direção Bruno Pacheco de Oliveira. PPG-7 / MCT / FINEP / FUJB / Museu Nacional, Apoio Faperj, 2000.

Athias R, Machado M. A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar Cad. Saúde Pública, RJ, 2001. 17 (2): 425-431

Athias R. Medicina tradicional e doenças contagiosas entre os Hupdë-Maku do Rio Negro (Amazonas). In Jeolas LS, Oliveira M, organizadoras. Anais do Seminário Cultura, Saúde e Doença. Londrina: PNUD, 2003.

Baines SG. Política governamental no território Waimiri-Atroari e pesquisas etnográficas. Série Antropologia, 225. UNB, Brasília, 1997.

Bakthin MM. Estética de la Creación Verbal. Buenos Aires: Siglo XXI, 2002.

_____. Antropologia do desenvolvimento e povos indígenas. Série Antropologia, 361, UNB, Brasília, 2004.

Banco do Brasil. Variação do valor do dólar para venda entre 09 e 11/1990. [acesso em 13/12/2007]. Disponível em http://www21.bb.com.br/appbb/portal/iec/iecr.jsp

Barbosa, A. O Clínico Geral, a sabedoria popular e a educação para a saúde. Revista Portuguesa Clínica Geral, 8, 1985: 19-23.

Bates HW. Um naturalista no rio Amazonas. SP: Ed.USP, 1979.

Becker BK. Revisão das políticas de ocupação da Amazônia: é possível identificar modelos para projetar cenários? Modelos e cenários para a Amazônia: o papel da ciência. Parcerias Estratégicas, [s. l.],n 12, set 2001.

Benjamin W. Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura. SP: Brasiliense, 1994.

Bensa A. Da Micro-História a uma Antropologia Crítica. In Revel J, org. Jogos de Escalas: a experiência da microanálise. RJ: Fund. Getúlio Vargas Ed., 1998: 39-76.

Bittencourt M, Toledo ME, Argentino S, Oliveira LSS. Acre, Rio Negro e Xingu: a formação indígena para o trabalho em saúde. SP: Associação Saúde sm Limites, 2005.

Bosi A. Dialética da Colonização. SP: Cia. das Letras, 1992.

Bourdieu P. “O interesse do sociólogo”. In: Coisa dita. SP: Brasiliense, 1990: 126-133.

Brandão LC, Garnelo L, Macedo G. Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil. Brasília: OPAS, 2003.

Brasil. Ministério da Agricultura. Atividades do Serviço de Proteção aos Índios. Serviço de Proteção aos Índios, RJ, 1949.

_____. Instituto Brasileiro de Bibliografia e Documentação. Amazônia – bibliografia. 1614-1962. RJ: Conselho Nacional de Pesquisa, INPA, IBBD, [1963].

_____. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

_____. Presidência da República. Sociedades Indígenas e a Ação do Governo. Brasília: SCS / SID / MRE, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa saúde indígena: etnodesenvolvimento das sociedades indígenas. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário oficial da República Federativa do Brasil, 20/09/1990.

_____. Datasus. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10ª Rev. Vol. I. [acesso em 29/07/2006], Disponível em http://www.datasus.gov.br/cid10/webhelp/cid10.htm

Brasil DF. Manejo de recursos naturais praticado pelos Ticuna na região do Alto rio Solimões. In, Os Tikuna Hoje. Amazônia em Cadernos, 1999. Manaus: Editora da Universidade do Federal do Amazonas. Manaus, 2000: 245-263.

Bruno PRA. Carta para João Pacheco de Oliveira Filho. Benjamin Constant / AM, outubro de 1990.

_____ Saúde Tikuna: Convênio entre UFRJ e CGTT. Aconteceu Especial: Povos Indígenas no Brasil – 1987-1990, CEDI, São Paulo, 1991: 257-8.

_____ Mobilização eleitoral e participação política entre os Tikuna. In, Os Tikuna Hoje. Amazônia em Cadernos, 1999. Manaus: Editora da Universidade do Federal do Amazonas. Manaus, 2000: 195-226.

_____. Estudos sobre a Educação Escolar entre os Tikuna. Niterói, RJ, 2002. [Dissertação de Mestrado em Educação]. Programa de Pós-graduação em Educação, Universidade Federal Fluminense.

_____. "Pra frente" com a escola: reflexões sobre educação escolar Tikuna in Sampaio, PM, Erthal RC, organizadoras. Rastros da Memória: histórias e trajetórias das populações indígenas na Amazônia. Manaus: EDUA, 2006: p. 237-280.

_____. “Perspectiva histórica y situación de salud entre los Tikuna en Brasil” in Bermejo, Roberto; Zamudio, Hernando B., organizadores. Cátedra UNESCO sobre Desarrollo Sostenible y Educación Ambiental. Amazonía y Nosotros. Universidad del País Vasco, 2007: p. 139-147.

Buchillet D. Medicinas Tracionais e Medicina ocidental na Amazônia. Belém: Ed. Cejup/MPEG/UEP, 1991.

Buffa E. “Contribuição da História para o enfrentamento dos problemas educacionais contemporâneos”, In Aberto, INEP: Brasília, 1990.

Bunge M. La ciencia. Su método y su filosofía. Bogota: Ediciones Nacionales, s/d.

Burke P. A história dos acontecimentos e o renascimento da narrativa. In: Burke P, organizador. A Escrita da História: novas perspectivas. SP: Ed. UNESP, 1992: 327-348.

Camacho Gonzalez HA, compilador. Màgutá: La gente pescada por Yoi. Colcultura. Bogotá, 1995.

_____ et al compilador. Nuestras caras de fiesta. Asociación Eware, [Bogotá]: Colcultura, 1996.

_____, José Huaines F, Ramos del Águila S, compiladores. Historia de los abuelos de Moruapu. [S/l]: Imprenta Nacional de Colombia, 2000.

_____. Impacto del poblamiento sobre los grupos indígenas del Trapecio Amazónico colombiano. Leticia, Amazonas, Colombia, 2007 [no prelo]

Camargo Jr KR. A Biomedicina. Physis: Rev. de Saúde Coletiva, RJ, 15 (sup.), 2005: 177-201.

_____. As Armadilhas da “Concepção Positiva de Saúde”. Physys: Rev. Saúde Coletiva, RJ, 76 (1), 2007: 63-76.

Cardoso CFS. O trabalho indígena na Amazônia Portuguesa: 1750-1820. In, História em Cadernos Vol. 3, UFF, Niterói, 1985.

Carvalho JCM. Notas de viagem ao Javari – Itacoaí – Juruá. Publicações avulsas do Museu Nacional. RJ, 13, 1955.

Castro EV. Os pronomes cosmológicos e o perspectivismo ameríndio. Mana 2 (2), RJ, 1996: 115-145.

Cavalcante. Formação de professores na perspectiva do Movimento dos Professores Indígenas da Amazônia, 2003. [acesso em 11/10/2007]. Disponível em http://www.anped.org.br/reunioes/25/luciolapessoacavalcantet08.rtf

Chaumeil P. Las plantas – maestro y sus discípulos. Curandeirismo del Amazonas. Takiwasi: Revista de Reflexión e Intercámbio, 2, Tarapoto, 1993: 29-43.

Chaves MBG, Cardoso AM, Almeida C. Implementação da política de saúde indígena no Pólo-base Angra dos Reis, Rio de Janeiro, Brasil: entraves e perspectivas. Cad. de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22 (2), fev. 2006. 295-305.

Chiappino J. Las Piedras Celestes. Para una nueva forma de intercambio en el ámbito de la salud. In Chiappino J, Alès C, editores. Del Microscopio a la Maraca. Caracas: Ex-Libris, 1997: 253-290.

Coimbra Jr CEA. Ecologia humana e epidemiologia na Amazônia: uma abordagem bioantropológica. In Neves WA, organizador. Origens, adaptações e diversidade biológica do homem nativo da Amazônia. Belém: MPEG, 1991: 179-192.

_____. organizador. Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

Cólera, A. Documento Especial [DVD]. Programa 136, TV Manchete, RJ, no ar em 10/04/1992. [Transcodificado para dvd pelo NVT / SICT / Fiocruz]

CONDISI-AS. Ata da Reunião Extraordinária do Conselho Distrital de Saúde Indígena do Alto Solimões – CONDISI-AS, por Izabel Francisco Fernandes, Benjamin Constant, 02-04/08/2004.

Confalonieri UEC. O Sistema Único de Saúde e as Populações Indígenas: Por uma Integração Diferenciada. Cadernos de Saúde Pública, RJ, 5 (4), out-dez., 1989: 424-40.

_____. Perfis Epidemiológicos. In NESPI, organizador. Saúde de Populações Indígenas. Uma Introdução para Profissionais de Saúde. NESPI / ENSP, Fiocruz, RJ, 1993: 15-26.

Conselho Geral da Tribo Ticuna (CGTT). Jornal Magüta, nº 27, . Benjamin Constant, AM, agosto, 1987.

_____. Jornal do Magüta. Jornal Eletrônico do CGTT. Benjamin Constant, AM, 1999.

_____ et al. Documento final do I Encontro para Troca de Experiências entre os DSEI's do Amazonas. COIAB, CIVAJA, CGTT, UNI-TEFÉ, FOIRN, IBDS, SECOYA. Benjamin Constant, 12 ago 2005.

_____. Relato sobre a situação do DSEI-AS. Benjamin Constant / AM, 12/10/2005.

Conselho Nacional de Saúde (CNS). Revista da Saúde. Ano I, nº 1, CNS, [Brasília], dez., 2000.

Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB). Relatório Final. I Encontro de Agentes Indígenas de Saúde e Microscopistas Indígenas da Amazônia Brasileira. Manaus: Coiab / Cimi-NI, 16 a 21/08/97.

Costa DC. Política Indigenista e assistência à saúde Noel Nutels e o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 4 (3): out-dez, 1987: 388-401.

Costa EV. Estrutura Versus Experiência. Novas Tendências na História do Movimento Operário e das Classes Trabalhadoras na América Latina: o que se perde e o que se ganha. BIB, RJ, 29, 1º sem, 1990: 3-16.

Cruz JG. Abordagem sociológica sobre os Tikuna no contexto contemporâneo. Manaus: Centro Cultural dos Povos da Amazônia, 2006.

Cunha MC. Política Indigenista no Século XIX, in Cunha, MC, organizadora. História dos índios no Brasil. São Paulo: Companhia das Letras, 1992.

Daniel Pe J. Tesouro descoberto do Rio Amazonas, Separata dos Anais da BN: RJ, BN, 1976.

Davine, MC. "Do processo de aprender ao de ensinar". FUNASA / DESAI. Brasília, 1994a.

_____. "Avaliação". Capacitação Pedagógica para Instrutor / Supervisor – Área da saúde, FUNASA, DESAI, Brasília,1994b.

Dias Bordenave JE. Alguns Fatores Metodológicos, mimeo. Brasília, 1983: 3. Trad. e adapt. do artigo "La Transferencia de Tecnología Apropiada al Pequeño Agricultor" [Dias Bordenave, JE. Revista Interamericana de Educação de Adultos, v 3 n 1-2, PRDE-OEA, por Grandi MT. OPAS, Brasília, 1983, para a Capacitação Pedagógica do Programa de Formação de Pessoal de Nível Médio em Saúde, Projeto Larga Escala] [acesso em 20 set 2004]. Disponível em http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub04U2T5.pdf

Dicionário Collins: inglês-português, português-inglês. SP: Martins Fontes, 2004.

DSEI-AS. CGTT. Plano Distrital de Saúde Indígena. Conselho Geral da Tribo Tikuna. Benjamin Constant, Amazonas, 2003.

_____, CGTT, Schünemann JC. “Menu” da Central de Abastecimento Farmacêutico com o consumo mensal de medicamentos. Conselho Geral da Tribo Tikuna: Benjamin Constant, Amazonas, 2004.

Eliade M. O xamanismo e as técnicas arcaicas do êxtase. SP: Martins Fontes, 2002.

Encontro para Troca de Experiências entre Distritos do Amazonas, I [DVD]. Filmagem Schünemann JC, Vilela CPX. Benjamin Constant / AM, 10-12/08/2005. [material não editado].

Engels F. Obras Filosóficas. México: Fondo de Cultura Económica, 1986.

Erthal RMC, Linhares LP. Projeto Saúde: Diagnóstico da Situação geral de Saúde do povo Ticuna no Alto Solimões. Convênio CGTT / UFRJ / PETI, [RJ], nov. 1988.

_____, Linhares LP, Santos SR, Reis VLL. 1º Curso de Formação de Agentes de Saúde Tikuna – Alto Solimões/AM (Set./Out de 1989). RJ, UFRJ, 1990.

_____. O suicídio Tikuna na região do Alto Solimões – AM. Rio de Janeiro, 1998. [Tese de doutorado em Saúde Pública] – Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ.

_____, Bruno PRA. Levantamento Etnoecológico de terras indígenas do Alto Solimões –Ticuna I e Ticuna II. Relatório de Fundamentação Antropológica. Projeto BRA 96 / 018, FUNAI / PPTAL, Niterói, 2002.

_____. A formação do agente de saúde indígena Tikúna no Alto Solimões: uma avaliação crítica. In Coimbra Jr. CEA, Santos RC, Escobar AL, organizadores. Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil. RJ: Ed. Abrasco, 2003: 197-216.

_____. Relatório de trabalhos de consultoria antropológica, CGTT-DSEI-AS. [sl], julho de 2004.

Faulhaber P, Almeida, FVR. Recursos e representação em disputa entre os Ticuna / AM / Brasil. Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi, [Série Antropologia], v 15 [2], Belém, PA, dez 1999: 271-285.

_____. “As estrelas eram terrenas”: Antropologia do clima, da iconografia e das constelações Ticuna. Revista de Antropologia, v 47, n 2, SP. jul-dez, 2004.

Ferreira ABH. Novo Dicionário da Língua Portuguesa. 2. ed. 34. reimp. RJ: Nova Fronteira, 1996.

_____. Novo Dicionário Eletrônico Aurélio versão 5.11 [corresponde à 3. ed. 1. imp. do Novo Dicionário da Língua Portuguesa]. Editora Positivo: sl, 2004.

Ferreira MKL. A educação escolar indígena: um diagnóstico crítico da situação no Brasil. In Silva AL, Ferreira MKL organizadoras. Antropologia, História e Educação – a questão indígena e a escola. SP: Global, 2001: 71-111.

Fidélis Fr A. "Notas etnográficas sobre os Ticunas do Alto Solimões". RIHGB, RJ, 1943. 180: 5-34.

_____. Gramática, dicionário, verbos e frases e vocabulário prático da língua dos índios tikunas. RIHGB, RJ, 1944. 183: 3-194.

Fóller ML. Del conocimiento local y científico al conocimiento situado e híbrido – ejemplos de los Shipibo-Conibo del este peruano. Anales, Nueva Época 5, Instituto Iberoamericano, U. de Göteborg, Göteborg, 2002.

Franchetto B. O papel da educação escolar no processo de domesticação das línguas indígenas pela escrita. Rev. Bras. de Estudos Pedagógicos, Brasília v 75, 1994. 170-81: 409-420.

Freire CAR. Sobre a catequese e a civilização dos índios na Província do Amazonas, Região do Alto Solimões: 1852-1877. Relatório apresentado à FINEP, Projeto Etnografia e Emprego Social da Tecnologia, Subprojeto III, vol I, Setor de Etnografia e Etnologia, Museu Nacional: Rio de Janeiro, 1981.

Freire P. A importância do ato de ler. Três artigos que se completam. 23ª ed. SP: Cortez, 1989.

____ Ação cultural para a liberdade. 10ª edição. SP: Paz e Terra, 2002.

_____ Pedagogia da esperança. Um reencontro com a Pedagogia do Oprimido. 10ª ed. RJ: Paz e Terra, 2003.

Fundação Nacional do Índio. [acesso em 10 ago 2007]. http://www.funai.gov.br/index.html

Fundação Nacional de Saúde. Formação de Agentes Indígenas de Saúde – Orientações para os DSEI. FUNASA, DESAI, Brasília, s/d.

_____. Formação de agentes indígenas de saúde. Brasília: Departamento de Operações. Coordenação de Saúde do Índio, Fundação Nacional de Saúde, 1999.

_____. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Brasília: Departamento de Saúde Indígena. FUNASA / MS, 2000b.

_____. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2. ed. Brasília: FUNASA / MS, 2002.

_____. Caracterização e Estágio da Implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Solimões. [2000a] [acesso em 04 jan 2004]. Disponível em www.FUNASA.gov.br

_____. Educação Profissional Básica para Agentes Indígenas de Saúde. Módulo Introdutório. Brasília: FUNASA, 2005a.

_____. Rede Nacional de Estudos e Pesquisas em Saúde dos Povos Indígenas. [acesso em 21 set 2007]. Disponível em http://sis.FUNASA.gov.br/portal/detalhe_dsei.asp?strcddsei=7

Garcia R. Tradução do Diário de Fritz. (1917). RIHGB, RJ: Imprensa Nacional, 81, 1918: 353-397.

Garnelo L. Projeto Rede Autônoma de Saúde Indígena: uma experiência de educação e comunicação em saúde indígena. In: Vasconcelos EM, organizador. A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da Rede Educação Popular e Saúde. São Paulo: Editora Hucitec, 2001: 237-60.

_____, Wright R. Doença, cura e serviços de saúde. Representações, práticas e demandas Baníwa. Cad. Saúde Pública n.2 v.17, RJ, 2001: 273-284.

_____, Brandão LC. Avaliação preliminar do processo de distritalização sanitária indígena no Estado do Amazonas. In Coimbra Jr. CEA, Santos RC, Escobar AL, organizadores. Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil. RJ: Abrasco, 2003: 235-257

Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. Cad. Saúde Pública, RJ, 2005. 21(2): 490-498.

Gockel L. Povo esquecido. Revista do Terceiro Setor, Cadernos Especiais, 24/03/2006 [acesso em 26 mar 2006]. Disponível em http://arruda.rits.org.br/rets/servlet/newstorm.notitia.apresentacao.ServletDeSecao?codigoDaSecao=60&dataDoJornal=1143223056000

Gonçalves CWP. Chico Mendes: Memória de um Ecossocialista [acesso em 26 mar 2006]. Disponível em http://www.ces.uc.pt/bss/documentos/chico_mendes_2005.pdf

_____ Amazônia, Amazônias. 2ª Ed. SP: Contexto, 2008.

González Ñáñez O. Representaciones míticas del cuerpo y la enfermedad. FELAP, Caracas, 2005.

Gorender J. Escravismo colonial. 5ª ed. SP: Ática, 1988.

Goulard JP. Los Tikuna. In Santos F, Barclay F. Guía Etnográfica de la Alto Amazonía. Quito: Flacso. v 1, 1994.

Governo do Estado do Amazonas. Biblioteca Virtual do Amazonas [acesso em 27 fev 2006]. Disponível em http://www.bv.am.gov.br/portal

Guerra F. Origen de las epidemias en la conquista de América. Quinto Centenario, n. 14, Ed. Univ. Complutense, Madrid, 1988.

Guerra MAA. Treinamento de Monitores Indígenas em Saúde Bucal: Uma Experiência de Trabalho com os Ticunas. Saúde em Debate. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Londrina; nº esp., jan, 1988: 42-44.

Guimarães FN, Rodrigues BA. O puru-puru (Pinta, Caratê, Mal Del Pinto etc.). Contribuição ao seu estudo. Memórias do Instituto Oswaldo Cruz 46 (1), RJ, 1948.

Hüttner E. A Igreja Católica no Brasil e a comunidade dos índios Ticuna da Amazônia. Critérios para o diálogo inter-religioso e de evangelização da realidade indigenista (1978-1999). Roma, 2003. [Tese de Doutorado em Teologia] – Pontifícia Universidade Gregoriana, Faculdade Teologia.

Ianni O. Ditadura e Agricultura: o desenvolvimento do capitalismo na Amazônia: 1964-1978. RJ: Civilização Brasileira, 1979.

IBGE. Censo Demográfico 1991. Amazonas. RJ: IBGE, 1997: 37-38.

_____. Estimativas das Populações Residentes em 01.07.2003.

_____. Resultados da Amostra do Censo Demográfico 2000 – Malha municipal digital do Brasil: situação em 2001. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.

_____. Contagem da População 2007. Populações residentes, em 1º de Abril de 2007, segundo os municípios. Amazonas. Enviadas para o TCU em 14/11/2007 [acesso em 23 mar 2008]. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/contagem_final/tabela1_1_3.pdf

_____. Mapa de Município. Sistema IBGE de Recuperação Automática – SID [acesso em 29 jul 2007]. Disponível em www.ibge.sidra.gov.br

Iglesias F. Breve historia contemporánea del Brasil. Mexico: FCE, 1994.

Índios Tikuna. Torü Duü Ũgü (Nosso Povo). RJ: UFRJ, 1985.

Instituto Superior de Administração e Economia. Programa CALHA NORTE: Subsídios para una estratégia de desenvolvimento da Amazônia Setentrional. Brasília: FGV, 2001.

ISA. Povos Indígenas no Brasil/1991-95. ISA. São Paulo, 1996.

_____. Povos Indígenas no Brasil – 1996-2000, Instituto Sócioambiental, SP, 2001.

Japiassu H. As paixões da ciência. 2ª Ed. SP: Letras & Letras, 1999.

Justiça Federal, Seção Judiciária do Paraná. Histórico do salário mínimo. [acesso 22/09/2006]. Disponível em http://www.jfpr.gov.br/ncont/salariomin.pdf

Kosik D. Dialética do concreto. 7ª ed. SP: Paz e Terra, 2002.

Langdon EJ. Saúde e Povos Indígenas: Os desafios na virada do século Trabalho apresentado no V Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina, 7-11 de junio de 1999, Isla de Margarita, Venezuela.

_____ Cultura e processos de saúde e doença. In Jeolas LS, Oliveira M, organizadoras. Anais do Seminário Cultura, Saúde e Doença. Londrina: PNUD, 2003. p. 91-107.

_____ Diehl EE, Wiik FB, Dias-Scopel RP. A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil. Cad. Saúde Pública, v.22, n.12. Rio de Janeiro, dez. 2006: 2637-2646.

Leão MACS. Relatório de Viagem às Áreas Indígenas Tikuna do Alto Solimões. Fls. 25, Memo. Nº 1532/DGO, FUNAI, 29 set 1982.

Lefèvre F. O medicamento como mercadoria simbólica. SP: Cortez, 1991.

Lima ACS. Sobre Indigenismo, Autoritarismo e Nacionalidade: Considerações sobre a Constituição do Discurso e da Prática da Proteção Fraternal no Brasil. In: Oliveira Filho JP, organizador. Sociedades Indígenas e Indigenismo no Brasil. RJ: UFRJ, 1987: 149-214.

_____. Pacificador ou mediador? Revista de História da Biblioteca Nacional [acesso em 17 ago 2006]. Disponível em http://www.revistadehistoria.com.br/v2/home/?go=detalhe&id=1047&pagina=1

_____, Barroso-Hoffmann, organizadores. Estado e povos indígenas: bases para uma nova política indigenista II. RJ: Contra Capa Liv. / LACED, 2002.

Linhares LC, Erthal RMC. Proposta para o Plano de Saúde, a ser implantado nas Áreas Ticuna do Alto Solimões / AM. RJ, PETI / UFRJ, abril de 1989.

Linhares CFS. Direção pedagógica: memórias e projetos educacionais. In Fernandes R, Adão A, organizadores. Leitura e Escrita em Portugal e no Brasil – 1500-1970. [Actas do 1º Congresso Luso-Brasileiro de História da Educação]. v. III, Porto: SPCE, 1998: 115-226.

Linhares MY, organizadora. História geral do Brasil. 6ª Ed. 1ª reimp. RJ: Campus, [1996].

López Garcés CL. Tikunas Brasileros, colombianos y peruanos: Etnicidad y nacionalidad en la región de fronteras del alto Amazonas/Solimões. Brasília, 2000. [Tese de Doutorado em Antropologia Social] – Centro de Pesquisa e Pós-graduação sobre América Latina e Caribe, Universidade de Brasília.

Luna LE. Xamanismo amazônico, ayahuasca, antropomorfismo e mundo natural. In: Labate BC, Araújo WS, organizadores. O uso ritual da ayauasca. Campinas, SP: Mercado das Letras, 2002: 179-198.

Luz MT. Estudo comparativo das medicinas ocidental contemporânea, homeopática, tradicional chinesa e ayuvérdica em programas públicos de saúde. Série Estudos em Saúde Coletiva 140, RJ: UERJ, IMS, 1996.

Mabit J. Produção visionária da ayahuasca no contexto curandeiril da Alta Amazônia peruana. In Labate BC, Araújo WS, organizadores. O uso ritual da ayauasca. Campinas, SP: Mercado das Letras, 2002: 145-178.

Macedo GM. Negociando a identidade com os brancos: política e religião em um núcleo urbano Tikuna. RJ, 1996. [Dissertação de Mestrado em Antropologia Social] – Museu Nacional, UFRJ.

_____. A conversão cristã e a identidade Tikuna: a trajetória de Campo Alegre. In UFAM. Os Tikuna Hoje. Museu Amazônico, Manaus, 2000: 175-194.

Machado LO. O comércio ilícito de drogas e a geografia da integração financeira. Uma simbiose? In Castro I *et al*, organizador. Brasil Questões atuais sobre a Reorganização do Território. RJ: Bertrand Brasil, 1996.

_____. Movimento de dinheiro e tráfico de drogas na Amazônia. In Ribeiro MM, Seibel S, organizadores. Drogas. Hegemonia do Cinismo. SP: Memorial, 1997: 21-242.

_____. Região, cidades e redes ilegais. Geografias alternativas na Amazônia Sul-Americana. In Gonçalves MF, organizador. Regiões e cidades, cidades nas regiões. SP: Ed. UNESP, 2003: 695-707.

_____. Região, Fronteiras e Redes Ilegais. Estratégias territoriais na Amazônia Sul-Americana. LIMES – Revista Italiana di Geopolítica. Quaderni Speciali, Supllemento al n 3, 2007: 173-183.

Marcoy P. Viagem pelo rio Amazonas. Tradução, introdução e notas de Antonio Porro. [Manaus]: EDUA, Ed. Governo do Estado, [1995].

Martius CFP. Natureza, Doenças, Medicina e Remédios dos Índios Brasileiros [1844]. [RJ]: Companhia Editora Nacional, 1939.

Maxwell K. A Amazônia e o fim dos jesuítas. Folha de São Paulo, Caderno Mais!, SP, 26/08/2001: 14-17.
Ramos AR. Uma crítica da desrazão indigenista. Série Antropologia 243, UNB, Brasília, 1998.

Mendonça SBM. O agente indígena de saúde no Parque Indígena do Xingu: reflexões. In Baruzzi R, Junqueira C, organizadores. Parque Indígena do Xingu: saúde, cultura e história. SP: UNIFESP: 2005: 227-44

Mendes EV. Distrito Sanitário – O Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do SUS. SP: Hucitec, 1995.

Menéndez EL. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. Ciência e Saúde Coletiva, 8 (1), 2003: 185-207.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. SP: Hucitec, 2007.

_____.Saúde-doença: Uma concepção popular de Etiologia. Cadernos de Saúde Pública, RJ, 4 (4), out – dez, 1988: 363-381.

Ministério da Justiça. Terras Indígenas. O processo de regularização fundiária. [acesso em 25/06/2007]. Disponível em http://www.mj.gov.br/data/Pages/MJ5DA42EC9ITEMID699D91511200452BA2B4BE64360765ABPTBRNN.htm

Ministério da Saúde (Brasil). Fundação Nacional de Saúde. Amazônia: a Comunidade contra a cólera. Brasília: MS, FUNASA, PNACS, 1992.

_____. Portaria 1163 / GM. Dispõe sobre as responsabilidades na prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e dá outras providências. 14 de setembro de 1999.

_____. Convênio e Emendas celebrados em 1999. [Brasília]: MS / FUNASA / DEPIN / CGCON. [acesso em 23/08/2004a], Disponível em www.FUNASA.gov.br

_____. Fundação Nacional de Saúde. Convênio e Emendas celebrados em 2001. [Brasília]: MS / FUNASA / DEPIN / CGCON. [acesso em 23/08/2004b], Disponível em www.FUNASA.gov.br

_____. Fundação Nacional de Saúde. Convênio e Emendas celebrados em 2002. [Brasília]: MS / FUNASA / DEPIN / CGCON. [acesso em 23/08/2004c], Disponível em www.FUNASA.gov.br

_____. Portaria 70 / GM. Aprova as diretrizes da Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena. 20 de janeiro de 2004.

_____. Acompanhamento Orçamentário dos Créditos aos Municípios Qualificados a Receberem os Incentivos de Atenção Básica aos Povos Indígenas Região Norte. Valores depositados no Fundo Municipal de Saúde por Competência. Maio, 2005a.

_____. Portaria Nº 1.088/GM. Dispõe sobre a definição dos valores do incentivo financeiro de atenção básica de saúde aos povos indígenas e sobre a composição e organização das equipes multidisciplinares de atenção à saúde indígena. 4 de Julho, 2005b.

Minori Cappuccini Umbri (MCU). Missione di Alto-Solimoes. Roma: Cooperativa Tipografica Manuzio, 1915.

Montes Rodríguez ME. Lenguas Aborígenes de Colombia – descripciones. Tonología de Lengua Tikuna (Amacayacu). Bogotá, CCELA: Universidad de los Andes. 1995.

_____. Tonología de la lengua Tikuna (Amacayacu). Lenguas aborígenes de Colombia, Serie Descripciones, v. 9, enero. CCELA, Universidad de los Andes. Bogota, 1996.

Mohr A. “Análise do conteúdo de “saúde” em livros didáticos, Ciência & Educação, v. 6, n. 2, 2000: 89-106.

Monteiro JM. Guia de Fontes para a História Indígena e do Indigenismo em Arquivos Brasileiros: Acervos das Capitais. SP: Núcleo de História Indígena e do Indigenismo / Fapesp, 1994.

Moran EF. O estudo da adaptação humana em ecossistemas amazônicos. In Neves WA, organizador. Origens, adaptações e diversidade biológica do homem nativo da Amazônia. Belém: MPEG, 1991: 161-178.

Moreira UP. A FUNASA e a implantação de distritos sanitários especiais indígenas. In Lima ACS, Barroso-Hoffmann, organizadores. Estado e povos indígenas: bases para uma nova política indigenista II. RJ: Contra Capa Liv. / LACED, 2002: 101-6.

Museu Nacional. Atlas das Terras Tikunas. MN: Rio de Janeiro, 1998.

Nascimento MC. Medicamentos: ameaça ou apoio à saúde? RJ: Vieira & Lent, 2003.

Navarro V. Classe social, poder político e o estado e suas implicações na medicina. Trad. da versão em espanhol do texto publicado no *International Journal of Health Services*, v. 7, nº 2, 1977: 255-292.

Nimuendaju K. The Tukuna. Berkeley and los Angeles: University of California Press, 1952.

Ngokwey N. "Pluralistic Etiological Systems in their Social Context: A Brazilian Case Study. Social Science and Medicine, London, v. 26, n. 8, 1988. p. 793-802.

Novaes AR. Tráfico de drogas e lavagem de dinheiro: um estudo sobre a atuação das redes ilegais na Amazônia Brasileira. RJ:, 2003. [Monografia de Graduação em Geografia] – Departamento de Geografia, UFRJ.

Oliveira F. "A nova hegemonia da burguesia no Brasil dos anos 90 e os desafios de uma alternativa democrática". In Ciavatta M, Frigotto G. Teoria e educação no labirinto do capital. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001: 47-71.

Oliveira LSS. O agente indígena de saúde do Parque Indígena do Xingu: perspectivas de formação e trabalho. In Baruzzi R, Junqueira C, organizadores. Parque Indígena do Xingu: saúde, cultura e história. SP: UNIFESP, 2005: 247-57.

Oliveira RC. O Índio no Mundo dos Brancos. A situação dos Tukuna do Alto Solimões. SP: DIFEL, 1964.

_____. "A Situação do Tukuna e a Proteção Oficial (1961)". In: A Sociologia do Brasil Índígena. RJ: Tempo Brasileiro; Brasília: Ed. UNB,1978: 53-59.

Oliveira Filho JP. As Facções e as Ordens Políticas em uma Reserva Tükuna. Brasília. 1977. [Dissertação de Mestrado em Antropologia Social] – Pós-Graduação em Antropologia Social, FUNB.

_____. Relatório de viagem ao Alto Solimões em jan./mar de 1981. Relatório apresentado à FINEP, Projeto Etnografia e Emprego Social da Tecnologia, Subprojeto III, Vol. I Museu Nacional, RJ, 1981.

_____. "Os atalhos da magia: reflexões sobre o relato dos naturalistas viajantes na etnografia indígena". In: Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. Série Antropologia, v. 3 (2), Belém, Pará, dez., 1987. p. 155-188.

_____. Nosso Governo: os Tikuna e o regime tutelar. SP: Marco Zero, 1988.

_____, organizador. Projeto Calha Norte: Militares, Índios e Fronteiras. Antropologia e Indigenismo n. 1. RJ: Ed. UFRJ, 1990.

_____, Ioris EM. A expansão da cólera nas áreas Tikuna. Resenha e Debate, n. 5, Rio de Janeiro, Museu Nacional / PETI, set., 1991: 18-24.

_____. A viagem de volta. Reelaboração cultural e horizonte político dos povos Indígenas no Nordeste. In Atlas das Terras Indígenas do Brasil. Rio de Janeiro: Museu Nacional, 1993.

_____, organizador. Indigenismo e territorialização: poderes, rotinas e saberes coloniais no Brasil contemporâneo. Rio de Janeiro: Contra Capa, 1998.

_____. Ensaios em Antropologia Histórica. RJ: UFRJ, 1999.

_____. O idioma da intolerância: situação etnográfica, comunidades de definições de realidade. In UFAM. Os Tikuna Hoje. Museu Amazônico, Manaus, 2000: 13-38.

OMS. CID 10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde, 10ª rev. [acesso em 13/09/2007], Disponível em http://www.datasus.gov.br/cid10/webhelp/cid10.htm

Oro AP. Tükuna: Vida ou Morte. Porto Alegre: Vozes, 1978.

_____. Na Amazônia um messias de índios e brancos. Traços para uma antropologia do messianismo. RJ: Vozes, 1989.

Paladino M. Estudar e experimentar na cidade: Trajetórias sociais, escolarização e experiência urbana entre “Jovens” indígenas ticuna, Amazonas. RJ, 2006 [Doutorado em Antropologia Social] – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional, UFRJ.

Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB). Programa – Introdução e Diretrizes Básicas. Diário Oficial da União, Seção I, de 6 de julho de 1988, 12.508-10.

Pereira NOM, Florido AC, Fernandes MZ. População Residente em Terras Indígenas: características básicas censitárias 1991 e 2000. Trabalho apresentado no XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais. Ouro Preto, MG, 4-8/11/2002.

PETI, MAGÜTA. Dossiê Tikuna. PETI: RJ, 1988a.

_____. Terra Magüta: a luta pela demarcação das terras tikunas do Alto Solimões. PETI: EDUFRJ, RJ, 1988b.

Pinheiro PI. Transcrição de entrevista dada por Pedro Inácio Pinheiro para o Projeto “Vozes do Mundo”. Entrevistadores João L, Almeida FVR. Benjamin Constant / AM, 11/08/2001.

Porro A. História Indígena do Alto e Médio Amazonas. Séculos XVI a XVIII. In, Cunha MC, organizadora. História dos Índios do Brasil. SP: Cia. das Letras, 1992.

Ramos AR. Uma crítica da desrazão indigenista. Série Antropologia 243, UNB, Brasília, 1998.

Rashomon [DVD]. Diretor Akira Kurosawa. Japão. Daiei Co. PB, 1950. 88 min.

Reis ACF. A Expansão Portuguêsa na Amazônia nos Séculos XVII e XVIII. Coleção Pedro Teixeira, SPVEA, RJ, 1959.

Reis VLL, Santos SR, Silva JAF, Vieira W. Relatório da Viagem do Alto Solimões. Convênio UFRJ / CGTT, [RJ], mar. 1989.

Ribeiro D. Os Índios e a Civilização. A Integração das Populações Indígenas no Brasil Moderno. RJ: Civilização Brasileira, 1970.

_____. Aspectos Econômicos da Dominação Lusitana na Amazônia. SPVEA, Coleção Pedro Teixeira, RJ, 1960.

Robert RJ. "La enfermedad es un negocio para las multinacionales". Entrevista com Richard J. Roberts. [acesso em 10 mai 2008]. Disponível em http://www.insurgente.org/

Rodrigues JG. Como referenciar e citar pelas normas de Vancouver. Rio de Janeiro: Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, 2007. [Série Publicações da Biblioteca; 1]. [acesso, 02 jul 2008]. Disponível em http://www.fiocruz.br/bibcb/media/comoreferenciarecitarsegundooEstiloVancouver_2008.pdf

Rodríguez AM. Lo propio y lo adquirido. Complejidades sobre la pobreza y la salud entre los pueblos indígenas de Guayana en Venezuela. in Chiappino J, Alès C, eds. 1997: 353-366

Rosental MM, Iudin PF. Diccionario Filosófico. Bogota: Ediciones Nacionales, 1997.

Rosental P-A. Fredrik Barth e a microstória. In Revel J, organizador. Jogos de escalas: a experiência da microanálise. RJ: ed. FGV, 1988: 151-172.

San Martin H. Epidemiologia da Saúde e da Enfermidade. In Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Pública. Textos de apoio: Ciências Sociais. s. l., Escola Nacional de Saúde Pública, jul 1983, p. 9-26 [PEC/ENSP, Textos de apoio: Ciências Sociais, 1].

Santos BS. Dilemas do nosso tempo: globalização, multiculturalismo e conhecimento. Entrevista com Boaventura Souza Santos. Entrevistadores Gandin LA, Hypólito AM, publicada em Currículo sem Fronteiras, v. 3, n. 2, jul-dez., 2003: 5-23.

_____. A reinvenção da emancipação social. Projeto Vozes do Mundo. Centro de Estudos Sociais da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. [acesso em 11/01/2006]. Disponível em http://www.ces.fe.uc.pt/emancipa/pt/voices/index.html.

_____. Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências. [acesso em 21/05/2007]. Disponível em http://www.ces.uc.pt/bss/documentos/sociologia_das_ausencias.pdf

Santos RV, Coimbra Jr. CEA. Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas no Brasil. In Santos RV, Coimbra Jr. CEA, Escobar AL. Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil. RJ: Abrasco., 2003: 13-47.

Schaden E. O estudo do índio Brasileiro – ontem e hoje. SP: USP, Escola de Comunicações e Artes, 1972. [Transcrito da "Revista de História", v. 5, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP, SP, 1953. p. 385-401]

_____. Aculturação e Messianismo entre índios Brasileiros. 2ª ed., USP, Escola de Comunicações e Artes, SP, 1972.

Señas: diccionario para la enseñaza de la lengua española para Brasileños. 2ª ed. SP: Martins Fontes, 2001.

Silva FCT. Brasil, em direção ao século XXI. In Linhares MY organizadora. História geral do Brasil. 6ª ed., 1ª reimp. RJ: Campus, [1996]: 335-379.

Silva JA, Dalmaso ASW. Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer. RJ: Ed. Fiocruz, 2002.

Soares MF. Da representação do tempo em Tikuna. In Rodrigues AD, Cabral ASAC, organizadores. Novos estudos sobre línguas indígenas. Brasília: ed. UNB, 2005: 153-167.

Souza, CFB. Comissão do Madeira. 1ª Parte, RJ: Typhographia Nacional, 1874.

Sproviero MB. Entropia: "Progresso" para a Destruição!. Revista de Graduação da Engenharia Química. Ano IV, n. 8, jul-dez, 2001. [acesso em 21 mai 2006]. Disponível em http://www.hottopos.com.br/regeq8/

Steiman R. A Geografia das cidades de fronteira: um estudo de caso de Tabatinga (Brasil) e Letícia (Colômbia). UFRJ, RJ, 2002. [Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Geografia].

Stotz, Eduardo N., Bornstein, Vera Joana. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. Ciência e Saúde Coletiva: Abrasco, RJ [acesso em 27 jun 07]. Disponível em http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigoint.php?idartigo156

Suárez Mutis, MC. Una propuesta de modelo en salud para los pueblos indígenas de la Amazonía. In Zárate Botía, CG, Frank Calvo, CE, editores. Imani Mundo: Estudios en la Amazonía Colombiana. Bogotá: UNAL, 2001: 173-195.

Talhari S, Guimarães AJ, Barros MLB, Alecrim W. Aspectos Clínicos e Laboratoriais da Pinta. Anais Brasileiros de Dermatologia, v. 54, 1979: 215-237.

_____, Aguiar AP, Matos TT, Spener S, Borborema CAT. Hanseníase no estado do Amazonas – Histórico e desativação do leprosário. Anais Brasileiros de Dermatologia, v.56(3), jul-set. 1981: 179-184.

Taussig M. Xamanismo, colonialismo e o homem selvagem: um estudo sobre o terror e a cura. RJ: Paz e Terra, 1993.

Teixeira CC. O Museu da FUNASA e a Saúde Indígena. Série Antropología, n. 409, UNB, Brasília, 2007.

Ticuna: A Saga de um Povo [Vídeo]. Produção Telenews Vídeo, RJ, 1993.

Todorov T. A conquista da América. A questão do outro. SP: Martins Fontes, 2003.

UFAM, editora. Os Tikuna Hoje. Amazônia em Cadernos n. 5, Jan./Dez., Museu Amazônico, Manaus, 2000.

Ullan de la Rosa FJ. Los indios ticuna del Alto Amazonas ante los procesos actuales de cambio cultural y globalización. Rev. Española de Antropología Americana, n 30, 2000: 291-336.

Universidade Federal do Rio de Janeiro. “Respeito é bom e a natureza também gosta”. Revista Pessoal. Sub-Reitoria de Pessoal e Serviços Gerais da UFRJ, RJ, nº 1, maio, 1989.

Varela J. O Estatuto do Saber Pedagógico. In Silva, Tomaz T. da, organizador. O sujeito da educação – estudos foucaultianos. Petrópolis: Vozes, 1994.

_____. Sociología de la Educación: Algunos modelos críticos. Universidad Complutense de Madrid [acesso em 03 ago 2007]. Disponível em http://www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/E/educacion_sociologia.htm

Verani CBL, Confalonieri UEC. Agentes Indígenas de Saúde. In NESPI, organizador. Saúde de Populações Indígenas. Uma Introdução para Profissionais de Saúde. NESPI / ENSP, Fiocruz, RJ, 1993: 45-51.

Viagem à Belém do Solimões [DVD]. Entrevista com paciente de cólera. Câmera: Paulo Roberto de Abreu Bruno. Aldeia Belém do Solimões, Tabatinga / AM, [jul], 1990. [Material bruto, não editado]

Vigotski LS. Pensamento e linguagem. 2. ed. SP: Martins Fontes, 1998.

Wacquant L. Corpo e Alma. Notas etnográficas de um aprendiz de boxe. RJ: Relume Dumará, 2002.

Zárate Botía CG. La formación de una frontera sin límites: los antecedentes coloniales del Trapecio Amazónico colombiano. In Zárate Botía, CG, Frank Calvo, CE, editores. Imani Mundo: Estudios en la Amazonía Colombiana. Bogota: UNAL, 2001: 229-259.

Zuluaga G. A cultura do *yagé*, um caminho de índios. In Labate BC, Araújo WS, organizadores. O uso ritual da ayauasca. Campinas, SP: Mercado das Letras, 2002: 127-143.

ANEXOS

ANEXO A – Convênio entre UFRJ e CGTT.

Universidade Federal do Rio de Janeiro

CONVÊNIO QUE ENTRE SI, CELEBRAM, DE UM LADO, A UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, E DE OUTRO, O CONSELHO GERAL DA TRIBO TICUNA.

A Universidade Federal do Rio de Janeiro, com sede e foro na cidade do Rio de Janeiro, Estado do RJ, Avenida Brigadeiro Tromponsky, s/nº, no bairro Ilha do Fundão, inscrita no CGC-MF sob o numero 33.663.683/0001-16, aqui representada pelo Reitor Horácio Cintra de Magalhães Macedo e o Conselho Geral da Tribo Ticuna, da região do Alto Solimões, Estado do Amazonas, aqui representado por seu Capitão Geral, Pedro Inácio Pinheiro, resolvem celebrar o presente convênio, sob as cláusulas e condições seguintes:

Cláusula Primeira - O objeto do presente convênio é a cclaboração para estabelecimento de estudos e ações de saúde na região do Alto Solimões, Amazonas, voltados para a população de índios Ticuna, habitantes da região.

Cláusula Segunda - A Universidade Federal do Rio de Janeiro será representada por uma equipe interdisciplinar de membros da Faculdade de Medicina e do Departamento de Antropologia' Social do Museu Nacional, Instituições da referida Universidade.

Cláusula Terceira - O Conselho Geral da Tribo Ticuna será representado pelos Capitães das aldeias visitadas pela equipe durante suas expedições.

Cláusula Quarta - Entre os desdobramentos das atividades propostas, incluem-se:

- expedição à área para avaliação epidemiológica e de saúde, com posterior elaboração de diagnóstico.
- com base no diagnóstico, elaboração de projetos de assistência a serem encaminhados às Instituições Oficiais de apoio e outras afins.
- formações de monitores de saúde Ticuna.
- estágio de alunos da Faculdade de Medicina na região.

Cláusula Quinta - A equipe interdisciplinar se compromete a atuar sempre de acordo com as lideranças da tribo Ticuna, assim como respeitar seus valores e sua cultura.

Cláusula Sexta - O presente Convênio terá uma coordenação técnico-científica, realizada por uma comissão indicada pelo Diretor da Faculdade de Medicina e pelo coordenador do PETI-Projeto Estudo das Terras Indígenas no Brasil, locado no Museu Nacional.

Cláusula Sétima - Os relatórios, estudos, programas, conexões instituicionais e cronogramas de ação emanados das atividades descritas nesse convênio deverão ser transmitidos integralmente ao C.G.T.T. e, no que convier, aprovados por este.

Cláusula Oitava - O CDPAS - Centro de Documentação e pesquisa do alto Solimões, entidade integrada por antropólogos e índios, com sede na cidade de Benjamin Constant, que servirá como grupo de apoio local às ações a serem desenvolvidas.

Cláusula Nona - O presente Convênio entrará em vigor na data da sua assinatura, por tempo indeterminado, podendo ser alterado através de Termos Aditivos, bem como rescindido por qualquer das partes, desde que notifique a outra, com antecedência mínima de trinta dias.

E por estarem justas e acordadas, assinam as Partes o presente Convênio em três vias de igual teor, na presença das testemunhas abaixo assinadas e qualificadas, que a tudo assistiram e do que dão fé.

Rio de Janeiro, 8 de janeiro de 1987.

UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO DE JANEIRO

CONSELHO GERAL
DA TRIBO TICUNA

Prof. Adolpho Paulo Rocco
Diretor da Faculdade de
Medicina/UFRJ

Profº João Pacheco de Oliveira Filho
Coordenador do Projeto Estudo sobre
Terras Indígenas no Brasil
PETI/PPGAS/Museu Nacional

ANEXO B

SAÚDE TICUNA

Convênio entre a UFRJ e o CGTT

Em busca de apoio para forçar as autoridades governamentais a tomarem providências no sentido de punirem exemplarmente o mandante o os executores do "Massacre do Capacete" e de demarcarem as áreas Évare I e II, uma comissão formada por quatro Ticuna percorreu o país, suas principais capitais, durante os meses de agosto e setembro de 1988.

No Rio de Janeiro, no dia 31 de agosto, parte da comissão foi à Universidade Federal do Rio de Janeiro; encontrando com o reitor Horácio Macedo, explicaram as razões da viagem e, principalmente, da ida à Universidade e propuseram um convênio de saúde entre o Conselho Geral das Tribos Ticuna e a UFRJ, sob a orientação do Museu Nacional.

Constantino R. Lopes (Cüpeatücü), Nino Fernandes (Metacü) e Pedro M. Gabriel (Tchimaücü) receberam de Horácio Macedo a aprovação do Convênio. Assim, a partir disso, alguns acertos teriam de ser feitos para sua realização prática.

Em setembro, na Faculdade de Medicina da UFRJ, realizou-se uma reunião entre representantes do povo Ticuna (Pedro Inácio Pinheiro, Pedro Mendes Gabriel, Reinaldo O. do Carmo), da Faculdade de Medicina (Dr. José Ananias da Silva, Dra. Vera Lucia Lopes dos Reis, Dr. Volber Vieira, Dra. Sílvia Reis dos Santos e Dr. Rodolfo Rocco - Diretor da Faculdade) e do Museu Nacional (João Pacheco de Oliveira Filho, Lucy Paixão Linhares, Paulo Roberto de Abreu Bruno e Regina Maria de Carvalho Erthal). Esta reunião definiu que o convênio teria como fase inicial a realização de um levantamento da situação de saúde do povo Ticuna através de uma viagem de uma equipe médica da Faculdade de Medicina e representantes do povo Ticuna das aldeias do Alto Solimões. Este levantamento teria o seu início previsto para o mês de janeiro de 1989.

No dia 6 de julho de 1990 três Ticuna já receberam seus diplomas de agentes de saúde, resultado do convênio entre a UFRJ e Escola Nacional de Saúde Pública, no Rio de Janeiro.

Equipe médica visita a área

No dia 8 de janeiro a equipe médica formada pelos Drs. Ananias, Walber, Vera e Sílvia, acompanhada por um assessor de imprensa da Universidade, por Pedro M. Gabriel (Tchimaücü), Nino Fernandes (Metacü), Reinaldo O. do Carmo (Mapewecü), Constantino R. Lopes (Cüpeatücü), Pedro I. Pinheiro (Ngematücü) e Paulo R. A. Bruno (estagiário do Museu Nacional) seguiu viagem, baixando o Solimões, rumo às aldeias. Saindo de Benjamin Constant, o grupo parou na aldeia Vendaval, local onde foi assinado o convênio pelo Capitão Geral do CGTT, Pedro I. Pinheiro.

No levantamento foram visitadas as aldeias Vendaval, Campo Alegre, Bairro Independente, Santa Inês, São Domingos II e I, Ribeiro, Cajari I, Água Limpa, Ourique, Sapotal (Cocama), Feijoal, São Leopoldo, Novo Porto Lima, Porto Espiritual e Santo Antônio e o trabalho se desenvolveu em forma de atendimentos individuais àquelas pessoas com enfermidades mais graves e/ou evidenciadas, e em reuniões com as lideranças locais, professores e comunidades em geral. Além disso foram recolhidas amostras de remédios do mato utilizados pelos Ticuna, para serem examinados na UFRJ, a fim de estudarem seu efeitos no organismo humano.

O interesse demonstrado pelos Ticuna foi grande, assim como a expectativa em torno dos desdobramentos do convênio. Por dois motivos principalmente: por se tratar de um convênio firmado entre os próprios índios e a UFRJ e, por outro lado, devido à forma como vem sendo tratada a questão da saúde do povo Ticuna pela Funai. Os Ticuna, quando em contato com doenças nas quais os remédios do mato não dão resultados positivos, ficam numa situação de desesperança quase que total com relação à cura.

Um quadro da saúde Ticuna

Com o levantamento, ficou claro, um quadro de doenças que, com certeza, resultou do contato dos Ticuna com não-índios.

Desinteria, diarréia, cáries dentárias, verminoses, gripes, micoses etc., são enfermidades que aumentam em incidência com a proximidade maior das aldeias com as cidades e que são tratadas com remédios do mato ou com "pastilhas" (comprimidos), ministrados sem rigor médico por agentes de saúde Ticuna ou por "aqueles que conhecem mais", que raramente são fornecidas pela Funai. No caso das cáries, soube-se com o levantamento, que o tratamento é a extração dos dentes cariados, pois essa é a única forma que os dentistas práticos Ticuna podem tratá-las em função do material que a Funai lhes fornece.

No entanto, uma observação feita pela equipe médica com relação ao quadro de doenças levantadas, revela que 90% destas são perfeitamente tratáveis sem que sejam necessárias internações em hospitais, o que demonstra a viabilidade da formação de agentes de saúde Ticuna, desde que, após a participação num bom curso de formação, tenham garantidas as condições materiais para desenvolverem seus conhecimentos. E isso, eles sabem, deverá ser conquistado.

(Paulo Roberto A. Bruno/Centro Magüta)

ELEIÇÕES

As eleições municipais de 1988

A participação dos Ticuna na política partidária ou mesmo na política eleitoral não é fato recente. Já em 1982, Modestino Domingo da Silva (Dere'ecü) da aldeia Betânia, se elegia vereador, pelo PMDB, no município de **Santo Antônio do Içá**. E, em 1986, Paulo Honorato Mendes (Meweücü) da aldeia Umariaçu, pelo PT, concorria ao Legislativo Estadual do Amazonas sem êxito. Porém, foi nas eleições municipais de 1988 que a participação dos Ticuna se fez mais forte eleitoralmente e, de certa forma, mais organizada politicamente, resultando na eleição de 8 Ticuna à vereança em 5 municípios.

Em **São Paulo de Olivença**, Quintino Emílio Marques (Bewenecü) e Ismael Adércio Custódio (We'ecü) da aldeia Campo Alegre, do PFL e Reinaldo Otaviano do Carmo (Mepave'ecü) da aldeia Vendaval, do PDC; em **Tabatinga**, José Guedes Tenazor (Macunüpüütchareecü) do PMDB e Pedro Roberto Pereira, PFL, da aldeia Belém do Solimões; em **Santo Antônio do Içá**, Modestino D. da Silva (Dere'ecü), reeleito pelo PMDB, da aldeia Betânia; em **Jutaí**, Argemiro Paiva, do PFL, da aldeia Estrela da Paz e em Amaturá, Aldair, do PMDB.

Em **Benjamim Constant** os Ticuna tiveram também marcante participação no processo eleitoral, porém sem eleger nenhum representante para a Câmara Municipal. Diferentemente do que ocorreu nos demais municípios, os candidatos Ticuna de **Benjamin Constant** que concorreram às eleições municipais se registraram num único partido, o PT. Dessa forma, eles conseguiram direcionar todos os processos e decisões que antecederam as eleições: criação do Diretório Municipal, eleição da sua Executiva Municipal e escolha dos candidatos, sempre a partir da compreensão de como as situações deveriam ser resolvidas. Escolhidos os candidatos - 13 ao todo -, restava-lhes muita dedicação para tentar eleger pelo menos 1 vereador pelo PT. Nos discursos de campanha pelas aldeias, "prometiam" dedicar-se à luta por melhores condições no tratamento da saúde do povo Ticuna, pela melhoria e fortalecimento da educação bilíngüe, assim como pelo reconhecimento de sua tradição e cultura. Diziam que a campanha teria um papel conscientizador para os Ticuna, além de demonstrar que lutavam não somente em defesa dos Ticuna, mas de todos aqueles que vivem na pobreza.

Em certa altura da campanha, a Funai, através da sua Administração Regional em Tabatinga, resolveu se envolver no processo político e "alertou" os professores bilíngües por ela contratados, que concorrer às eleições resultaria nas suas demissões. Em função disso, alguns professores desistiram de suas candidaturas, se afastando do partido e da campanha.

Feijoal, a aldeia que concentra maior número de eleitores Ticuna em **Benjamin Constant** - cerca de 200 -, era anteriormente considerada parte do município de Tabatinga; em 1988, entretanto, passa a pertencer ao município de Benjamin Constant. Criou-se, então, uma situação de indefinição para os eleitores de Feijoal. Eles solicitaram a transferência dos seus títulos eleitorais no prazo determinado pela Justiça Eleitoral, e estavam então regularmente inscritos como eleitores. Foram, no entanto, impedidos de votar pelo juiz eleitoral da Comarca de Benjamin Constant - Dr. Vencesslau de Queiroz: ele não homologou as transferência e isso fez com que os nomes dos eleitores não constassem na sessão eleitoral apta ao recolhimento de votos de Feijoal. Isto acabou impedindo que os candidatos Ticuna filiados ao PT obtivessem o coeficiente eleitoral necessário ao preenchimento de vagas no legislativo municipal de Benjamin Constant. Ou seja, o PT neste município, não obteve - por 60 votos - a legenda para eleger qualquer dos candidatos a vereador pelo Partido, apesar de dois candidatos terem obtido - considerados individualmente - soma maior de votos do que outros candidatos de outras legendas.

Os vereadores Ticuna já se preparam para tentarem incluir nos textos das "constituintes municipais" (Lei Orgânica Municipal), que terão suas discussões iniciadas em outubro de 1989, propostas que garantam condições para a preservação e reprodução do povo Ticuna. Pois, afirmam eles, acima dos diferentes partidos está o fato de serem Ticuna. **(Paulo Roberto A. Bruno e Sérgio Leitão/Centro Magüta, set/89)**

Participação dos Ticuna no 1º turno das eleições presidenciais

Os candidatos Collor de Mello e Luiz Inácio Lula da Silva obtiveram o primeiro e o segundo lugar, respectivamente, nas votações acontecidas na região do Alto Solimões. Vejamos as votações em três localidades:

Benjamin Constant:

Collor	2.182 votos
Lula	723 votos
Brizola	84 votos

Tabatinga:

Collor	3.890 votos
Lula	982 votos

São Paulo de Olivença:

Lula	1.171 votos
Collor	1.071 votos

Neste último município, o candidato da Frente Brasil Popular chegou a superar Collor de Mello pela margem de 100 votos. Nas aldeias Ticuna de Vendaval e Campo Alegre, ali localizadas, Collor só obteve 03 e 20 votos respectivamente sendo dos demais para Lula. Já no município de Atalaia do Norte onde não há presença indígena, a votação de Lula foi inexpressiva, com apenas 30 votos, perdendo para Collor com 562 votos, e Maluf com 80 votos.

(Sérgio Leitão - Peti/Centro Magüta, 30/11/89)

Figura B.1. Artigo sobre o Diagnóstico de Saúde Ticuna (CEDI, 1990, p. 257-8).

ANEXO C

Quadro III – Alunos do I Curso de Monitores de Saúde.

Nº	Agente de saúde	Sexo	População	Aldeia	Município
01	Oscar M. Z. Luciano	M	215	Paraná do Ribeiro	SPO
02	Jorge Augusto Tomás	M	1800	Campo Alegre	SPO
03	Onízio Macedo Germano	M	1300	Vendaval	SPO
04	Galdino Ramos Coelho	M	1300	Vendaval	SPO
05	Rosalina C. de Souza	F	1300	Vendaval	SPO
06	Tito Elmo	M	1300	Vendaval	SPO
07	Hildo Moçambite Martins	M	1300	Vendaval	SPO
08	Augustinho Basílio João	M	150	São Domingos II	SPO
09	João Almeida Vasquez	M	520	Santo Antônio	BC
10	Abelardo	M	150	Santa Clara	SPO
11	Izaquel Avelino Firmino	M	250	B. Independente	SPO
12	Plínio Antônio Gerônimo	M	250	B. Independente	SPO
13	Luiz Clemente Nazário	M	3500	Belém do Solimões	SPO
14	Nazareno	M	62	São Fernandes	TBT
15	Pedro Julião Ferreira	M	190	Nono Porto Lima	BC
16	Juvêncio Pereira Bastos	M	65	Nova Cidade Canaã	BC
17	Edins Antônio José	M	230	S. Domingos II	SPO
18	Nazário Luiz Roque	M	230	S. Domingos II	SPO
19	Mário	M	105	Santa Terezinha	SPO
20	Lucimar M. de Almeida	M	288	Porto Cordeirinho	BC
21	Benito Cruz Lucas Filho	M	450	São Leopoldo	BC
22	José Araújo Mendes	M	131	Ourique	TBT
23	Tertulino F. Mendes	M	131	Ourique	TBT
24	João Goulart V. Farias	M	96	Água Limpa	TBT
25	Amauri Parente Fortes	M	120	Cidade Nova	BC
26	Agenor	M	900	Feijoal	BC
27	Otásio Araújo	M	140	Porto Espiritual	BC
28	Sildo Sebastião Dorotéio	M	176	Vera Cruz	TBT
29	Ageu Bartolomeu Lito	M	180	Paranapara II	SPO
30	Arildo Joaquim Fidélis	M	175	Cajari I	SPO
31	Darci Inácio Gouveia	F	NI	Santa Inês	SPO

Fonte: Erthal et al (1989. anexos 4 e 4.2).

ANEXO D

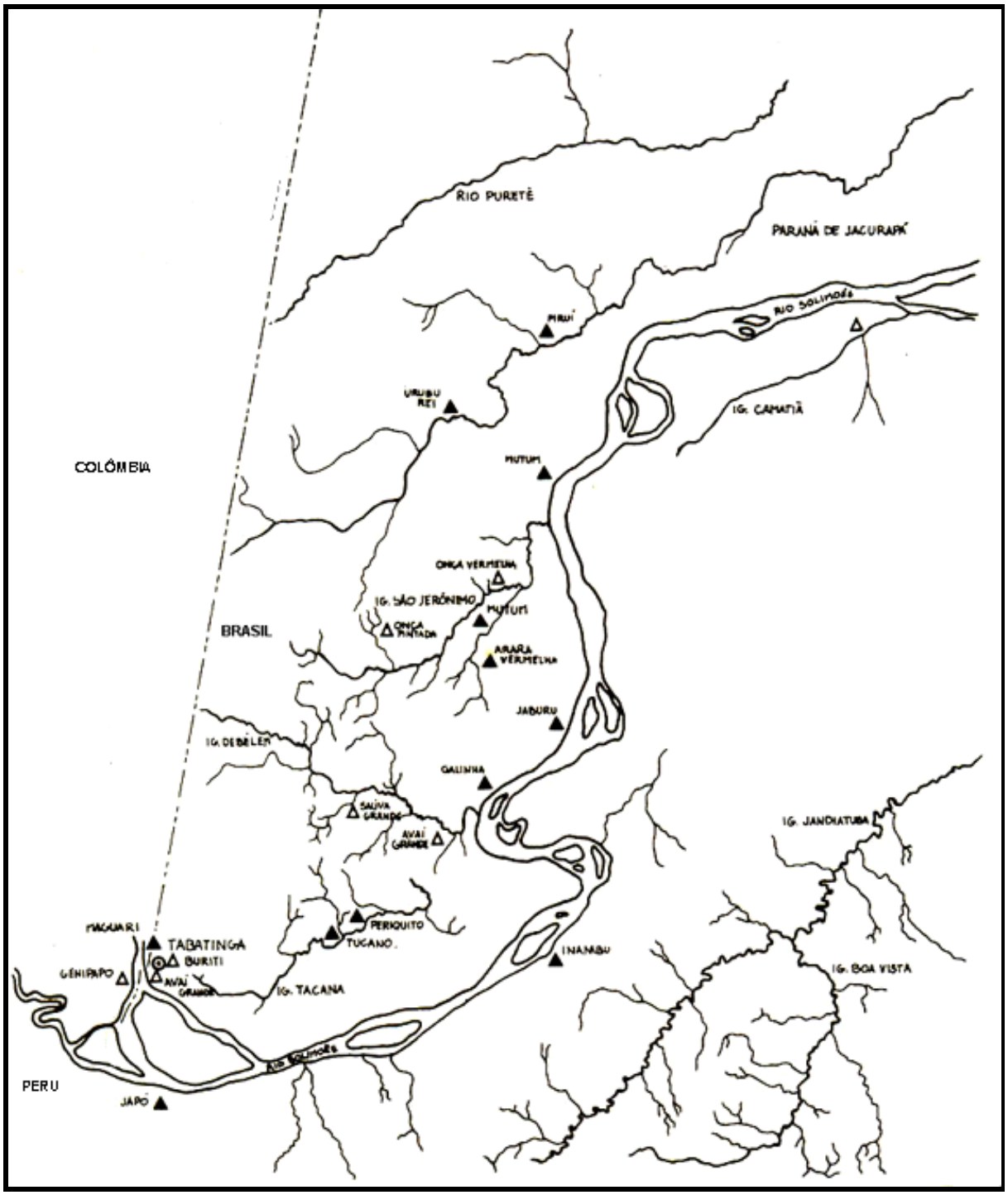


Figura D.1 – Mapa com as principais malocas clânicas tikunas (início do séc. XX) (Oliveira Filho,1988: p. 115).

ANEXO E

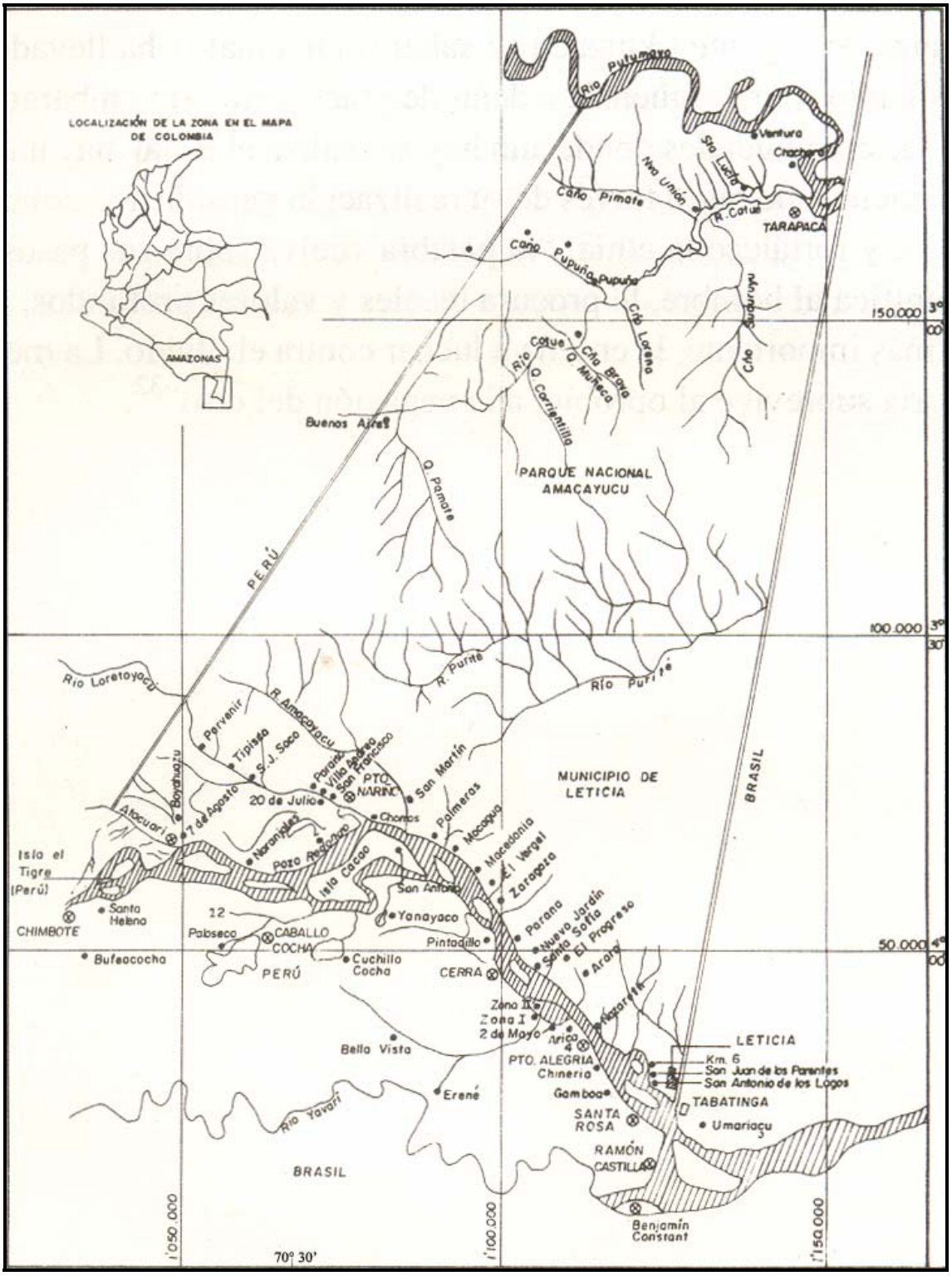


Figura E. 1 – Mapa com comunidades tikuna na Colômbia e no Peru (Camacho Gonzalez, 1996, p. xxxi)

ANEXO F

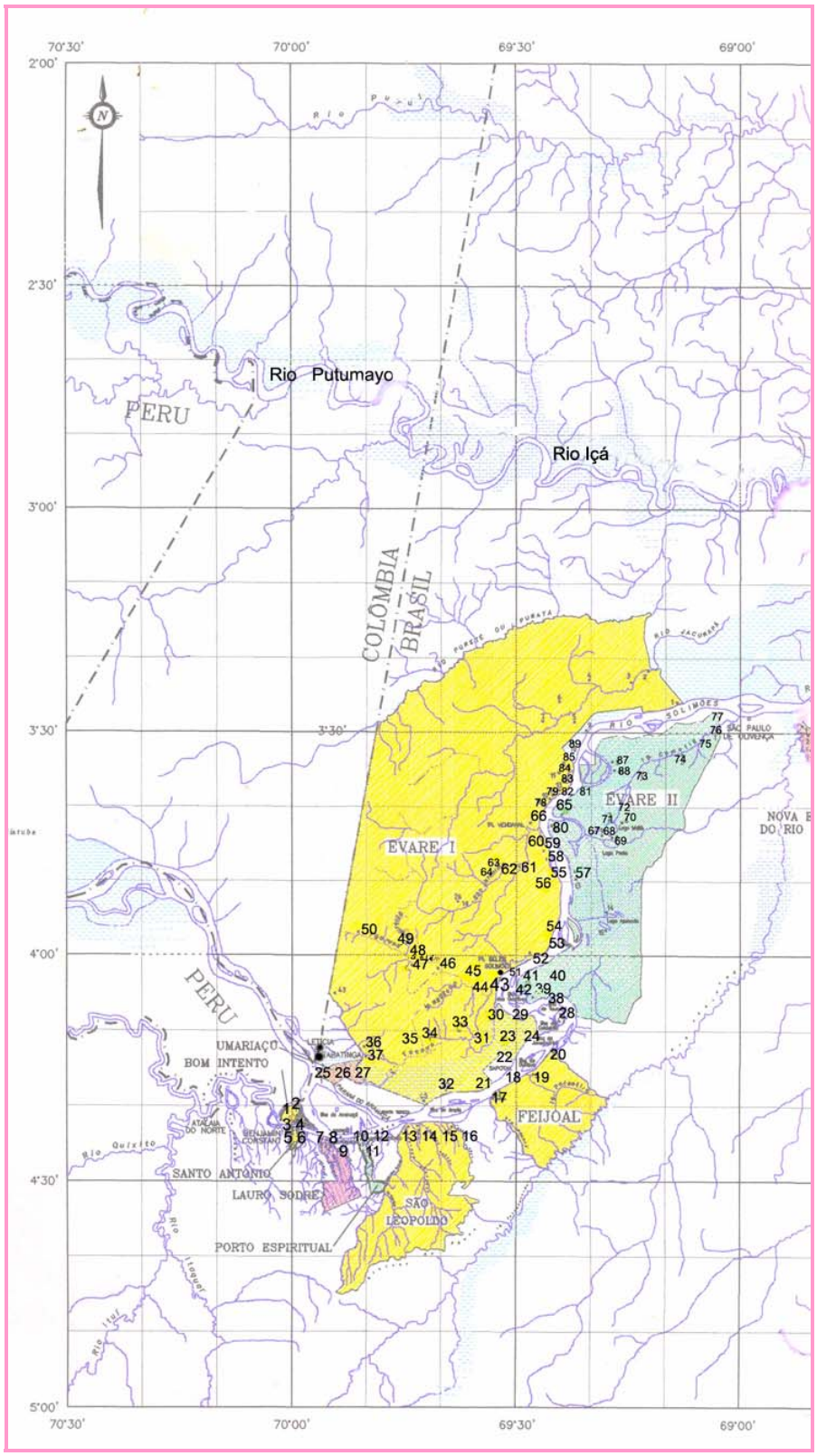
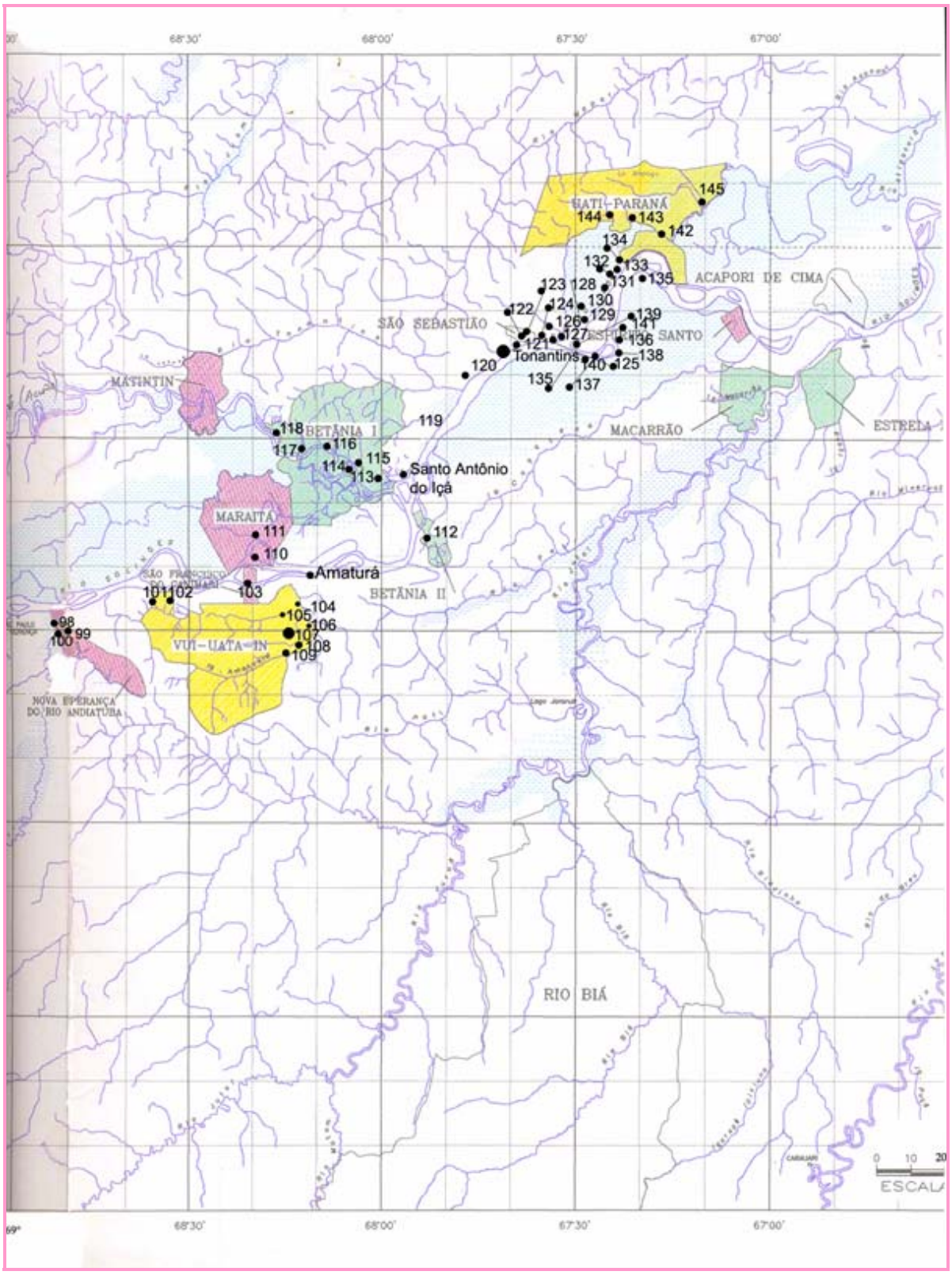


Figura F. 1 – Aldeias Tikuna no DSEI-AS (MN/CGTT, 1998, DSEIA-AS, 2004)


68°30'
68°00'
67°30'
67°00'
BATI-PARANÁ
ACAPORI DE CIMA
SÃO SEBASTIÃO
ESPÍRITO SANTO
Tonantins
MATINTIN
MACARRÃO
ESTRELA
BETÂNIA I
BETÂNIA II
Santo Antônio do Içá
MARAITÁ
Amaturá
VUI-UATA-IN
NOVA ESPERANÇA DO RIO AMATURÁ
RIO BIÁ
ESCALA

ANEXO G

Quadro IV – Aldeias com as respectivas populações (DSEI-AS, CGTT, 2004)

Nº	Aldeia	Pop	Nº	Aldeia	Pop	Nº	Aldeia	
1.	Bom Intento	172	**50.**	Novo Jutaí	60	**99.**	Montes Verdes	
2.	Novo Paraíso	72	**51.**	Barreirinha	86	**100.**	Centro Carise	
3.	Bom Jardim	684	**52.**	Palmares	240	**101.**	Umarirana	147
4.	Porto Cordeirinho	679	**53.**	Porto Bom Socorro	53	**102.**	Nova Esperança	118
5.	Bom Caminho	518	**54.**	Bananal	502	**103.**	São Fco. do Canimari	122
6.	Filadélfia	882	**55.**	Cajari I	198	**104.**	Vila Tambaqui	83
7.	São João de Veneza	136	**56.**	Cajari II	132	**105.**	Canimaru	245
8.	Lauro Sodré	103	**57.**	Chupão	39	**106.**	Bom Pastor	244
9.	Guanabara III	242	**58.**	Boa Vista	130	**107.**	Nova Itália	1018
10.	São Luís	103	**59.**	Ressurreição	83	**108.**	Santo Inácio	23
11.	Porto Espiritual	320	**60.**	Curanã	120	**109.**	Nova Galiléia	36
12.	N ova Vida	109	**61.**	Bairro Vermelho	180	**110.**	Palmeira do Norte	40
13.	São Francisco	173	**62.**	Nova Esperança	80	**111.**	Maraitá	140
14.	Novo Porto Lima	205	**63.**	Deregüne	78	**112.**	Patiá	81
15.	São Leopoldo	430	**64.**	Untcharapü	70	**113.**	Lago Grande	318
16.	Bom Pastor	67	**65.**	Ribeiro (N. Congr.)	149	**114.**	Boa Vista	31
17.	Cidade Nova	206	**66.**	Vendaval	1149	**115.**	Betânia	2345
18.	Feijoal	2700	**67.**	N. Jerusal.do Maité	71	**116.**	Japacuá	72
19.	Canaã	198	**68.**	Otawari	152	**117.**	Vista Alegre	75
20.	Porto Alegre	206	**69.**	Enepü	82	**118.**	Novo Dia	127
21.	Vista Alegre	52	**70.**	Nova Jerusalém	71	**119.**	São Gabriel	240
22.	Sapotal	354	**71.**	Monte Sinai	78	**120.**	São Fco. de Tonantins	800
23.	Ourique	163	**72.**	Santa Vitória	55	**121.**	Santa Cruz	212
24.	Jutimã	76	**73.**	Vila Baía	84	**122.**	Porto Nascimento	25
25.	Umariaçu I	1700	**74.**	N. Srª de Nazaré	130	**123.**	Bairro Alto	112
26.	Umariaçu II	3130	**75.**	Mangueira	73	**124.**	São Francisco do Muriá	67
27.	N. Ext. do Umariaçu	148	**76.**	Bom Jesus	80	**125.**	Espírito Santo	17
28.	São Fernandes	56	**77.**	N. Estrela de Natal	90	**126.**	Vera Cruz	11
29.	Sacambu I	155	**78.**	S. Domingos I	248	**127.**	São Lázaro	31
30.	Água Limpa	60	**79.**	S. Domingos II	474	**128.**	Santa Fé	76
31.	Novo Cruzador	58	**80.**	Novo Paraíso	178	**129.**	São Sebastião	100
32.	Emaú	40	**81.**	Nova Cidade	28	**130.**	Nova Jerusalém	67
33.	Monte Sinai	79	**82.**	Santa Inês	375	**131.**	Santa Rita	
34.	Nova Extrema	264	**83.**	Santa Izabel	38	**132.**	N. Sra de Aparecida	18
35.	Santa Rosa	149	**84.**	Bair. Independente	515	**133.**	Bom Pastor	11
36.	Pena Preta	48	**85.**	Campo Alegre	4786	**134.**	Prosperidade	115
37.	N. Srª Aparecida	125	**86.**	Porto Redenção	28	**135.**	São Domingos II	30
38.	Bibiano do Assacaia	59	**87.**	Paranapara I	312	**136.**	São Domingos I	245
39.	Vera Cruz	228	**88.**	Paranapara II	299	**137.**	Sítio São Francisco	18
40.	Nova Reforma Uruá	114	**89.**	Nova Vila	477	**138.**	Bom Futuro	24
41.	Novo Jericó	74	**90.**	Prosperidade	66	**139.**	Sítio São Sebastião	22
42.	Novo São José	128	**91.**	Santa Terezinha	240	**140.**	Nova União	70
43.	Belém do Solimões	4500	**92.**	Porto Velho	25	**141.**	Baixa Verde	35
44.	Nova Jordânia	72	**93.**	Torre da Missão	275	**142.**	São Pedro	139
45.	Nova Esperança	315	**94.**	Flor. Amazônica	95	**143.**	Lago Grande	186
46.	Cigana Branca	63	**95.**	Marco Redenção	120	**144.**	Cumã	
47.	São Domingos	61	**96.**	Nova Jordânia	22	**145.**	Mari-Mari	186
48.	Laguinhos		**97.**	Santa Clara	182			
49.	Piranha	114	**98.**	Nova Esperança				

Legenda: Tikuna, Cocama, Kaixana e Kanamari

ANEXO H. ESTÓRIAS E HISTÓRIA TIKUNA

H.1 – “COMO APARECEU O DIA”

Naquele tempo era sempre noite. Os galhos da samaumeira cobriam o mundo, escurecendo tudo. Os irmãos *Y'oi* e *Ipi* tentaram abrir um buraco na copa da árvore, jogando-lhe caroços de arara-tucupi, mas sem resultado. Chamaram o pica-pau, que tentou cortar o tronco com o bico, mas não conseguiu. Resolveram então tirar o machado da cutia. *Ipi* colou penas em todo o corpo e ficou deitado de boca aberta no caminho da cutia. A cutia estranhou a figura que encontrou no caminho e começou a fazer-lhe perguntas. Como *Ipi* não respondesse, ameaçou urinar na boca dele, cortar-lhe a língua, até que ele respondeu, dizendo que podia arrancá-la. Ela se aproximou e *Ipi* arrancou-lhe a paleta, a perna de trás, que era o seu machado. A cutia perseguiu *Ipi* mancando e gritou-lhe que, quando fizesse roça, não dissesse o nome dela, e que ela iria cobrar-lhe o roubo, furtando nas roças que fizesse. É o que a cutia faz até hoje. A cutia não pode mais plantar. Só cutia pequena ainda tem o machado.

De posse do machado, *Ipi* começou a cortar a árvore. Mas o corte se tornava a fechar. *Y'oi* então tentou cortar e, onde ele batia, o corte se mantinha aberto. Quando se cansou, entregou o machado a *Ipi*, que continuou a cortar, mas agora o corte não se fechava mais. Apesar de o tronco estar bem fino, a árvore não caía. Olhando para cima, viram que era uma preguiça que a segurava. O quatipuru, convidado para subir e tirar a mão da preguiça do galho, foi até a metade e desceu, com medo da altura. O quatipuru pequeno aceitou subir com formigas de fogo para jogar nos olhos da preguiça. Ele subiu e conseguiu atingir os olhos da preguiça. Deu então um pulo para trás, e caiu, machucando o rabo no machado. Por isso o quatipuruzinho tem o rabo dobrado nas Costas. A samaumeira caiu, e daí por diante se pôde ver o sol, o céu, as estrelas. Como recompensa, *Y'oi* e Ipi deram sua irmã para casar com o quatipuruzinho.

Índios Ticuna (1985)

H. 2 – *EL VENADO Y LA HISTORIA DE LOS ALIMENTOS*

"Antiguamente, no existían los alimentos, la comida de la gente eran pepas del árbol de alcanfor y otras frutas silvestres.

Yoí pensó en su gente y envió al mundo a un hombre para que diera a los tikuna toda clase de alimentos. El hombre se llamaba Iyà Iyà, tenía forma de venado, pero era persona.

Este hombre se le apareció a un muchachita y le habló:

- *Soy huérfano y quiero ser su esposo. ¿En cuál casa vive?*
- *En la última casa -, respondió la joven.*

El hombre se dirigió al sitio y habló con la madre de la muchacha, le pidió que le dejara a la hija por esposa, diciéndole que era huérfano; la mamá aceptó.

- *No, no lo quiero, es muy viejo, la piel la tiene llena de granos y es feo -, a firmó la muchacha.*

Al día siguiente, invitaron al abuelo a participar en una minga para buscar fibra de matamata, el hombre estuve de acuerdo y se fue detrás del grupo.

En el camino al hombre le dio hambre, al llegar a una quebrada que se pasaba sobre un tronco atravesado se sentó y sacó de una mochila llena de frutas un caimo, allí se le comió.

En la tarde, regresó el grupo y al pasar por el tronco de la quebrada, encontraron las cáscaras del caimo y probaron los sobrantes.

Una vez llegaron a la casa, nuevamente los familiares de la joven le aconsejaron para que viviera con el abuelo, pero la muchacha no aceptó.

Al día siguiente, salieron a trabajar, el anciano en el mismo sitio comió caña, de regreso vieron los sobrantes sobre el tronco y los comieron, la joven no quiso probar.

El anciano era el abuelo venado, llevaba casi una semana con la familia de la joven y al ver que ella no lo quería, tenía intenciones de partir a otro sitio. La gente estaba maliciando que el abuelo era quién tenía guardados los alimentos y decidieron

espiarlo, en el mismo sitio dejaron a una persona escondida para que estuviera pendiente y se fueron a buscar pepas al monte.

El abuelo llegó al sitio donde siempre comía, esta vez sólo comió piña, los demás alimentos los dejó en su mochila. El que lo estaba espiando lo observó y avisó a sus compañeros.

El grupo regresó y comieron los sobrantes de piña; de nuevo le insistieron a la muchacha para que se quedara con el abuelo, pero ella no aceptó.

Nueve días estaba el abuelo con esa familia, nuevamente lo invitaron, esta vez a pescar al día siguiente; la gente pretendía engañar al viejito y robarle la mochila con los alimentos.

El abuelo no deseaba acompañarlos porque quería irse para otro lugar. Al fin lo convencieron; lo invitaron primero a buscar mata de barbasco[190] y luego lo llevaron a la quebrada; el abuelo no descuidaba ni un momento su mochila.

Empezaron a barbasquear la quebrada; estando dentro del agua le dijeron al abuelo:

- *Saque la mochila porque se le va a mojar.*

El anciano estuvo de acuerdo y salió de la quebrada para dejar la mochila en la orilla, dio la vuelta y entró de nuevo al agua; en ese momento llegó un joven, cogió la mochila y salió corriendo; el anciano le gritaba para que no se llevara pero el joven no hizo caso, siguió rápido, sin parar.

- *Nieto… nieto, ya ganó los alimentos que hay dentro de la mochila, ahora tiene que hacer un gran chagra para cultivarlos, una vez esté buena la comida, invite a una Fiesta de Pelazón, yo iré con todos los animales, grandes y pequeños -, gritaba el abuelo".*

[190] Barbasco (Uu) – Planta cultivada de la cual se extrae por maceración un "ictio-toxico" o veneno para peces. Esta sustancia fue descubierta y ha sido utilizada por muchos grupos indígenas del nordeste amazónico en forma tradicional y controlada aplicándolo en pequeñas zonas de caños y quebradas.

H. 3 – *EL HOMBRE GÃU*

"Por un camino, cerca de una antigua maloca, donde vivía una sola familia, pasaba con frecuencia un hombre cargando un canasto, era el dueño de los alimentos; al caminar hacía bulla:

- *ti, ti, titi, ti.*
- *Gũuuuu û.*

Las personas que habitaban la maloca se preguntaban:

- *¿Qué será lo que hace bulla a cada rato?*

Un día decidieron averiguar que sucedía, entonces uno de los jóvenes más fuertes aseguró:

- *Voy a emplumar todo mi cuerpo, pata mirar quién es la persona que hace ese ruido tan extraño.*

El joven preparó los materiales para disfrazar-se, se untó el cuerpo con resina de siringa y se pegó por todas partes plumas de diferentes aves. Antes de la hora a la que acostumbraba a pasar el misterioso caminante, el joven se echó atravesado en medio del camino, gritando y golpeando la bamba[191] de un árbol para llamar la atención.

Al poco tiempo apareció en el camino, a lo lejos la extraña persona que estaban esperando; resultó ser como cualquiera de nosotros.

- *Voy a mirar donde es que suena esa bamba como si fuera tambor – murmuró el caminante.*

Siguió a paso lento, al divisar el bulto que estaba en el camino, se detuve y lo miró desde lejos detenidamente:

- *¿Qué clase de animal tan extraño es ese? – se preguntó en voz alta.*

Se acercó con desconfianza, miró por un lado y luego revisó por el otro costado:

---

191 *Bamba (Naichunu: Naí 'arbol" + chinu "aletya" + gu "lugar") – Nombre que se lê da en la región a las aletas o contrafuertes que hacen parte Del sistema radicular y de suporte de varias especies de árboles de la selva amazónica, como la ceiba o ceibo, la andiroba y el capinurí.*

- *Este es Ẽau, siguió mirando.*
- *¡Tiene dedo! –, exclamó.*
- *Tiene brazo –, siguió subiendo la mirada.*
- *Tiene hombro –, habló en voz baja el caminante, mientras seguía observándolo por la espalda.*
- *Tiene nalga -, en ese momento el joven se hecho un pedo, y el caminante agregó:*
- *¡Ah! ¡Tiene culo!*

En joven permanecía quieto tendido en el suelo, aguantaba la respiración, escuchando todo lo que aquél hombre decía, esperaba que se acercara más.

- *¿Qué hace usted aquí Ẽau? –, preguntó el dueño de los alimentos.*

El joven observó que lo que producía el ruido era algo que aquel hombre cargaba dentro del canasto y esperó la oportunidad para quitárselo. El misterioso señor se descuido, en ese momento el joven se levantó de repente, le rapó el canasto y salió corriendo a esconderse en el monte.

U…u…u…u…u…u.

- *Señor Ẽau, dentro de ese canasto llevo toda clase de alimentos, ahora usted los tiene no va a sufrir hambre, aproveche para sembrarlos, para que nunca le falte comida –, gritaba el dueño del canasto.*

El joven seguía corriendo y el señor continuaba gritando sin siquiera moverse.

U…u…u…u…u…u.

- *Los pude sembrar… aprovéchelos –, decía.*

Al día siguiente, el joven hizo una chagra y sembró toda clase de alimentos, pero la chagra era muy pequeña, porque en ese tiempo los tikuna sólo conocíamos las hachas de piedra.

El joven quedó pensando que hacer para terminar de tumbar rápido el monte y alistar la chagra. Decidió llamar a un grillo que estaba encantado, para que con su Poder le ayudara a tumbar rápido el monte y así disponer de una chagra grande y suficiente para sembrar todos los alimentos que había robado. El grillo derribaba los árboles y al caer los palos sonaban:

- *Tu, tu, tu, tu, plûn, plûn, plûn.*

Una vez que la chagra estuve lista, el joven sembró maíz, yuca, plátano, ñame, chontaduro y muchos más; los alimentos nacieron rápido, bien fuertes y bonitos.

Después de mucho tiempo, sus paisanos se dieron cuenta que el joven tenía sembrado alimentos y quisieron saber como era que él había hecho para conseguirlos, pero no les contaba nada por que era un secreto.

Un día, sua amigos lo invitaron a una Fiesta de Pelazón, le dieron masato hasta que lo embriagaron, como el joven siempre llevada el canasto para todo lado, la gente aprovechó para coger cada uno su parte; de último pasó el señor dueño del canasto, quién también había llegado a la fiesta, de nuevo lo recogió y le quitó las semillas a todos lo que se había embriagado, llevándoselas para siempre".

Camacho Gonzalez (2000, p. 47-54)

ANEXO I. MENU DE MEDICAMENTOS DO DSEI-AS.

Quadro V. Consumo mensal (CGTT, DSEI-AS, 2004)

MENU DE MEDICAMENTOS DA CAF - CONSUMO MENSAL NO DSEI/AS			QTDE
01.00	ANALGÉSICOS / ANTITÉRMICOS / ANTIINFLAMATÓRIOS / ANTI-REUMÁTICOS NÃO-ESTERÓIDES		
01.01	Ácido Acetil Salicílico 500 mg	Comprimido	10.000
01.02	Ácido Acetil Salicílico 100 mg	Comprimido	9.000
01.03	Diclofenaco Resinato 15 mg / ml, solução oral com 15 ml	Conta-Gotas	2.000
01.04	Diclofenaco Sódico 50 mg	Comprimido	10.000
01.05	Diclofenaco Sódico 75 mg, solução injetável com 3 ml	Ampola	2.000
01.06	Diidroergotamina, Mesilato de, + Cafeína + Paracetamol ou Dipirona + Metoclopramida	Comprimido	100
01.07	Dipirona 500 mg	Comprimido	7.000
01.08	Dipirona 1 g, solução injetável com 2 ml	Ampola	1.000
01.09	Dipirona 500 mg / ml, solução oral com 10 ml	Conta-Gotas	3.500
01.10	Ibuprofeno 200 mg	Comprimido	2.000
01.11	Ibuprofeno 300 mg	Comprimido	5.000
01.12	Naproxeno 125 mg / 5 ml, suspensão oral com 100 ml	Frasco	500
01.13	Naproxeno 500 mg	Comprimido	700
01.14	Paracetamol 200 mg / ml, solução oral com 15 ml	Conta-Gotas	9.000
01.15	Paracetamol 500 mg	Comprimido	10.000
01.16	Piroxicam 20 mg	Cápsula	100
01.17	Tenoxican 20 mg	Comprimido	100
01.18	Tiamina 100 mg, Cloridrato de, + Piridoxina 100 mg, Cloridrato de, + Cianocobalamina 5.000 mcg, solução injetável com 3 ml	Ampola	2.000
01.19	Tramadol 50 mg, Cloridrato de	Cápsula	100
02.00	ANESTÉSICOS		
02.01	Lidocaína a 2 %, Cloridrato de, sem vaso constritor, solução injetável com 20 ml	Frasco-Ampola	500
02.02	Lidocaína a 3 %, Cloridrato de, com vaso constritor, solução injetável com 20 ml	Frasco-Ampola	700
02.03	Prilocaína a 2 %, Cloridrato de, sem vaso constritor, solução injetável com 1,8 ml	Tubete	1.000
02.04	Prilocaína a 3 %, Cloridrato de, com vaso constritor, solução inetável com 1,8 ml	Tubete	10.000
03.00	ANTIDEPRESSIVOS / ANSIOLÍTICOS		
03.01	Amitriptilina 25 mg	Comprimido	200
03.02	Diazepam 5 mg	Comprimido	100
04 . 00	ANTIALÉRGICOS / ANTI-HISTAMÍNICOS / ANTIPRURIGINOSOS / DESSENSIBILIZANTES		
04.01	Adrenalina 1 mg, solução injetável com 1 ml	Ampola	100
04.02	Dexclorfeniramina 2 mg / 5 ml, Maleato de, solução oral com 120 ml	Frasco	1.000
04.03	Difenidramina 10 mg, Cloridrato de	Comprimido	100
04.04	Dopamina 50 mg, Cloridrato de, solução injetável com 2 ml	Ampola	100
04.05	Prometazina 25 mg, Cloridrato de	Comprimido	2.500
04.06	Prometazina 50 mg, Cloridrato de, solução injetável com 2 ml	Ampola	500
05 . 00	ANTIANAERÓBIOS		
05.01	Metronidazol 250 mg	Comprimido	5.000
05.02	Metronidazol 200 mg / 5 ml, suspensão oral com 100 ml	Frasco	4.000
05.03	Metronidazol 500 mg	Comprimido	9.000
06 . 00	ANTIANÊMICOS		
06.01	Ácido Fólico 5 mg / ml, solução oral com 30 ml	Frasco	2.000
06.02	Ácido Fólico 5 mg	Comprimido	5.000
06.03	Complexo B concentrado	Drágea	5.000
06.04	Complexo B, solução oral com 20 ml	Conta-Gotas	2.000
06.05	Sulfato Ferroso 250 mg	Drágea	7.000
06.06	Sulfato Ferroso 40 mg	Comprimido	10.000
06.07	Sulfato Ferroso + Ácido Ascórbico + Ácido Fólico	Drágea	1.000
06.08	Sulfato Ferroso 125 mg / ml, solução oral com 30 ml	Conta-Gotas	3.000

07.00	ANTIBACTERIANOS		
07.01	Amoxacilina 250 mg / 5 ml, suspensão oral com 60 ml	Frasco	5.000
07.02	Amoxacilina 500 mg	Comprimido	7.000
07.03	Ampicilina 250 mg / 5 ml, suspensão oral com 60 ml	Frasco	3.000
07.04	Ampicilina 500 mg	Comprimido	4.000
07.05	Azitromicina 500 mg	Comprimido	2.000
07.06	Cefalexina 250 mg / 5 ml, suspensão oral com 60 ml	Frasco	2.000
07.07	Cefalexina 500 mg	Comprimido	3.500
07.08	Cefalotina Sódica 1 g, solução injetável + diluente	Frasco-Ampola	100
07.09	Ciprofloxacino 500 mg, Cloridrato de	Comprimido	1.500
07.10	Cloranfenicol 125 mg / 5 ml, suspensão oral com 100 ml	Frasco	500
07.11	Cloranfenicol 250 mg	Cápsula	300
07.12	Doxiciclina 100 mg	Drágea	900
07.13	Eritromicina 250 mg / 5 ml, Estolato de, suspensão oral com 60 ml	Frasco	1.000
07.14	Eritromicina 500 mg, Estolato de	Comprimido	2.000
07.15	Gentamicina 80 mg, solução injetável com 2 ml	Ampola	600
07.16	Norfloxacino 400 mg	Comprimido	1.000
07.17	Oxacilina 500 mg	Cápsula	500
07.18	Penicilina G Benzatina 1.200.000 UI, solução injetável + diluente	Frasco-Ampola	500
07.19	Penicilina G Benzatina 600.000 UI, solução injetável + diluente	Frasco-Ampola	300
07.20	Penicilina G Procaína 300.000 UI + Penicilina G Potássica 100.000 UI, solução injetável + diluente	Frasco-Ampola	400
07.21	Penicilina V (Fenoximetilpenicilina Potássica) 500.000 UI	Comprimido	100
07.22	Sulfametoxazol 200 mg + Trimetoprima 40 mg, suspensão oral com 100 ml	Frasco	4.000
07.23	Sulfametoxazol 400 mg + Trimetoprima 80 mg	Comprimido	9.000
07.24	Tetraciclina B, creme vaginal + aplicador	Bisnaga	100
07.25	Tiafenicol 2,5 g, granulado	Envelope	100
07.26	Tiafenicol 500 mg	Cápsula	100
08.00	ANTICONVULSIVANTES		
08.01	Carbamazepina 200 mg	Comprimido	300
08.02	Fenitoína 100 mg	Comprimido	300
08.03	Fenobarbital 100 mg	Comprimido	300
09.00	ANTIDIARRÉICOS		
09.01	Furazolidona + Difenoxilato, Cloridrato de + Pectina + Alumínio e Magnésio, Silicato de, comprimido	Comprimido	800
09.02	Furazolidona + Difenoxilato, Cloridrato de + Pectina + Alumínio e Magnésio, Silicato de, suspensão oral com 60 ml	Frasco	500
09.03	Loperamida 2 mg	Comprimido	100
09.04	Sais para Reidratação Oral com 27,9 g	Envelope	10.000
10.00	ANTIESPASMÓDICOS / ANTIFISÉTICOS		
10.01	Atropina 25 mg, Sulfato de, solução injetável com 1 ml	Ampola	100
10.02	Dimeticona 75 mg / ml, solução oral com 10 ml	Conta-Gotas	500
10.03	N-Butilescopolamina 10 mg / ml, Brometo de, solução oral com 20 ml	Conta-Gotas	3.000
10.04	N-Butilescopolamina 10 mg, Brometo de	Comprimido	4.500
10.05	N-Butilescopolamina 20 mg, Brometo de, solução injetável com 1 ml	Ampola	800
11.00	ANTIGRIPAIS		
11.01	Clorfeniramina + Salicilamida + Cafeína + Ácido Ascórbico	Drágea	100
11.02	Ácido Ascórbico 100 mg / ml, solução oral com 20 ml	Conta-Gotas	2.000
11.03	Ácido Aseórbico 500 mg	Comprimido	3.000
12.00	ANTI-HELMÍNTICOS / AMEBICIDAS / GIARDICIDAS		
12.01	Albendazol 40 mg / ml, solução oral com 10 ml	Frasco	3.000
12.02	Albendazol 400 mg	Comprimido	3.000
12.03	Furazolidona 50 mg / 5 ml, suspenção oral com 70 ml	Frasco	800

12.04	Ivermectina 6 mg	Comprimido	100
12.05	Mebendazol 100 mg	Comprimido	5.000
12.06	Mebendazol 100 mg / 5 ml, suspensão oral com 30 ml	Frasco	3.000
12.07	Secnidazol 1000 mg	Comprimido	2.000
12.08	Secnidazol 30 mg / ml, suspensão oral com 15 ml	Frasco	1.500
12.09	Tiabendazol, pomada com 20 g	Bisnaga	300
12.10	Tinidazol 500 mg	Comprimido	7.000
13.00	ANTI-HEMORRÁGICOS		
13.01	Ácido Tranexâmico 250 mg	Comprimido	100
13.02	Fitomenadiona 10 mg (Vitamina K 1), solução injetável com 1 ml	Ampola	500
13.03	Metilergometrina 0,125 mg, Maleato de	Drágea	1.000
14.00	ANTIINFLAMATÓRIOS CORTICOSTERÓIDES		
14.01	Betametasona, Dipropionato 5 mg e Fosfato dissódico 2 mg de, solução injetável	Ampola	100
14.02	Dexametasona 0,5 mg / 5 ml, elixir com 120 ml	Frasco	300
14.03	Dexametasona 2 mg	Comprimido	1.000
14.04	Dexametasona 4 mg / ml, solução injetável com 2,5 ml	Ampola	800
14.05	Hidrocortisona 100 mg, Succinato de, solução injetável com 2 ml	Frasco-Ampola	100
14.06	Prednisona 20 mg	Comprimido	500
14.07	Prednisona 5 mg	Comprimido	800
15.00	ANTIMICÓTICOS		
15.01	Benzidamina, Cloridrato de, pó para banhos de acento	Envelope	100
15.02	Cetoconazol 200 mg	Comprimido	7.000
15.03	Clotrimazol 10 mg / g, creme vaginal com 60 g + aplicador	Bisnaga	100
15.04	Fluconazol 150 mg	Comprimido	1.000
15.05	Itraconazol 100 mg	Cápsula	100
15.06	Metronidazol / Nistatina / Benzalcônio, Cloretro de / Lisozima, creme vaginal + aplicador	Bisnaga	100
15.07	Metronidazol-Nistatina, creme vaginal com 50 g + aplicador	Bisnaga	1.000
15.08	Nistatina 100.000 UI / ml, suspensão oral com 50 ml	Frasco	500
15.09	Policresuleno, gel vaginal com 50 g + aplicador	Bisnaga	100
16.00	ANTIOFÍDICOS		
16.01	Soro Antibotrópico-Crotálico (Polivalente), solução injetável com 10 ml	Frasco-Ampola	100
17.00	BRONCODILATADORES / EXPECTORANTES / ANTITUSSÍGENOS / MUCOLÍTICOS		
17.01	Ambroxol 15 mg / 5 ml, xarope com 100 ml	Frasco	2.000
17.02	Ambroxol 30 mg / 5 ml, xarope com 100 ml	Frasco	1.000
17.03	Carbocisteína 50 mg / ml, solução oral com 20 ml	Conta-Gotas	800
17.04	Difenidramina + Pseudoefedrina + Dropropizina, xarope adulto com 120 ml	Frasco	700
17.05	Difenidramina + Pseudoefedrina + Dropropizina, xpe infantil com 120 ml	Frasco	900
17.06	Fenoterol 5 mg / ml, Bromidrato de, solução oral com 20 ml	Conta-Gotas	100
17.07	Iodeto de Potássio + associações, xarope expectorante com 150 ml	Frasco	800
17.08	Salbutamol 2 mg / 5 ml, xarope com 100 ml	Frasco	600
18.00	DERMATOLÓGICOS		
18.01	Ácido Tricloroacético 70%, solução tópica com 10 ml	Frasco	100
18.02	Agente Hemostático Tópico à base de Fibrina, em cartela para uso odontológico	Cartela	100
18.03	Benzila, Benzoato de, creme com 30 g	Bisnaga	2.000
18.04	Benzila, Benzoato de, sabonete com 65 g	Sabonete	1.000
18.05	Betametasona, Dipropionato de + Ácido Salicílico, pomada com 30 g	Bisnaga	800
18.06	Betametasona,Valerato de + Tolnaftato + Gentamicina, Sulfato de + Clioquinol, creme ou pomada com 20 g	Bisnaga	700
18.07	Calamina composta, loção com 100 ml	Frasco	200
18.08	Cetoconazol 2 %, creme com 30 g	Bisnaga	2.000
18.09	Cetoconazol, shampoo com 100 ml	Frasco	500

18.10	Dexametasona + Neomicina, pomada com 15 g	Bisnaga	1.500
18.11	Fibrinolisina + Desoxirribonuclease + Cloranfenicol, unguento 10 g	Bisnaga	100
18.12	Genciana 1 %, Violeta de, solução tópica com 30 ml	Frasco	400
18.13	Iodo + Ácido Salicílico + Ácido Benzóico, solução tópica com 60 ml	Frasco	800
18.14	Metila, Salicilato de + associações, gel com 20 g	Bisnaga	200
18.15	Miconazol, creme com 30 g	Bisnaga	1.000
18.16	Neomicina + Bacitracina, pomada com 15 g	Bisnaga	900
18.17	Nitrofurazona, pomada com 20 g	Bisnaga	300
18.18	Pasta Antibiótica tópica para alvéolo, uso odontologico	Bisnaga	100
18.19	Pasta D'água Mentolada e/ou Canforada, pote com 120 g	Pote	200
18.20	Podofilotoxina, gotas com 15 ml (Podofilina)	Frasco	200
18.21	Potássio 100 mg, Permanganato de	Comprimido	1.500
18.22	Prata, Sulfadiazina de, creme com 50 g	Bisnaga	300
18.23	Prometazina, Cloridrato de, creme com 20 g	Bisnaga	1.500
18.24	Rifamicina SV Sódica, spray com 20 g	Frasco	60
19.00	ANTIVIRÓTICOS		
19.01	Aciclovir 200 mg	Comprimido	500
19.02	Aciclovir 5 %, creme com 10 g	Bisnaga	200
20.00	GASTROPROTETORES, ANTICINETÓTICOS, ANTIEMÉTICOS		
20.01	Alumínio, Hidróxido de, suspensão oral com 150 ml	Frasco	1.000
20.02	Cimetidina 200 mg	Comprimido	2.000
20.03	Dimenidrinato + Piridoxina, Cloridrato de	Comprimido	500
20.04	Dimenidrinato + Piridoxina, Cloridrato de, solução oral	Conta-Gotas	300
20.05	Dimenidrinato +Piridoxina, Cloridrato de, solução injetável	Ampola	100
20.06	Metoclopramida 10 mg, Cloridrato de	Comprimido	1.500
20.07	Metoclopramida 10 mg, Cloridrato de, solução injetável com 2 ml	Ampola	300
20.08	Metoclopramida 4 mg / ml, Cloridrato de, solução oral com 10 ml (pediátrico)	Conta-Gotas	500
20.09	Omeprazol 20 mg	Comprimido	3.000
20.10	Ranitidina 150 mg, Cloridrato de	Comprimido	1.500
21.00	VASODILATADOR CEREBRAL		
21.01	Cinarizina 25 mg	Comprimido	700
21.02	Cinarizina 75 mg	Comprimido	500
22.00	HORMÔNIOS		
22.01	Ciproterona, Acetato de + Etinilestradiol ou Estradiol, Valerato de	Comprimido	100
22.02	Finasterida 5 mg	Comprimido	200
22.03	Medroxiprogesterona 5 mg, Acetato de	Comprimido	100
23.00	INFUSÃO, DILUIÇÃO		
23.01	Água Destilada Estéril, solução injetável com 5 ml	Ampola	300
23.02	Cloreto de Sódio 0,9 % solução nasal com 20 ml	Frasco	200
23.03	Solução Aquosa de Cloreto de Sódio (NaCl) 0,9 %, solução injetável com 500 ml	Frasco	500
23.04	Solução Aquosa de Glicose 5 %, solução injetável com 500 ml	Frasco	300
23.05	Solução Aquosa de Ringer com Lactato, solução injetável com 500 ml	Frasco	300
24.00	LAXANTES, ENEMAS		
24.01	Glicerina, supositório infantil	Supositório	100
24.02	Óleo Mineral, solução oral com 100 ml	Frasco	100
25.00	OFTÁLMICOS		
25.01	Cromoglicato Dissódico 4 %, colírio com 5 ml	Conta-Gotas	400
25.02	Cloranfenicol 0,5 %, colírio com 5 ml	Conta-Gotas	400
25.03	Dexametasona + Neomicina + Polimixina B, colírio com 5 ml	Conta-Gotas	500
25.04	Gentamicina, Sulfato de, colírio com 3 ml	Conta-Gotas	500
25.05	Prata 10 %, Vitelinato de, colírio com 5 ml	Conta-Gotas	100

25.06	Tetracielina, pomada oftálmica com 5 g	Bisnaga	200
26.00	OTOLÓGICOS		
26.01	Fluocinolona + Polimixina B + Neomicina + Lidocaína, solução otológica com 5 ml	Conta-Gotas	300
26.02	Nitrofurazona + Polimixina B + Neomicina + Fludrocortisona + Lidocaína, solução otológica com 8 ml	Conta-Gotas	300
27.00	OREXÍGENOS		
27.01	Buelisina 25 mg + Tiamina 5 mg + Riboflavina 3 mg + Piridoxina 3 mg + Nicotinamida 5 mg	Comprimido	500
27.02	Buelisina 5 mg + Tiamina 1,5 mg + Riboflavina 0,5 mg + Piridoxina 0,5 mg + Nicotinamida 2.5 mg, solução oral com 100 ml	Frasco	300
27.03	Ciproeptadina, Cloridrato de + Complexo B + Vitamina C, solução oral	Frasco	300
28.00	VITAMINAS		
28.01	Vitamina A 50.000 UI	Drágea	500
28.02	Vitamina A + D3, solução oral com 20 ml	Frasco	500
28.03	Vitamina B12 + Fumarato Ferroso 330 mg + Ác. Ascórbico + Ácido Fólico	Cápsula	600

ANEXO J. ASI E AISAN CONTRATADOS PELO CGTT EM 2004.

Quadro VI – ASI e AISAN contratados no Pólo base Filadélfia

Nº	Nome	Função	Etnia	Comunidade
01	Almerinda Julio Pereira	ASI	Tikuna	Filadélfia
02	Esmeraldo Fernandes Bastos	ASI	Tikuna	Filadélfia
03	Lucimara Almeida Vasques	ASI	Tikuna	Filadélfia
04	Pedro José Agostinho	ASI	Tikuna	Filadélfia
05	Valcinei da Silva Pinto	ASI	Tikuna	Filadélfia
06	Gelson Moçambite Mariano	ASI	Tikuna	Porto Cordeirinho
07	Lucimar Moçambite de Almeida	ASI	Tikuna	Porto Cordeirinho
08	Odila Mendes Gabriel	ASI	Tikuna	Porto Cordeirinho
09	Angélica Limão de Souza	ASI	Tikuna	Bom Caminho
10	Manoel Ferreira de Souza	ASI	Tikuna	Bom Caminho
11	Agenor Otaviano Guilherme	ASI	Tikuna	Bom Jardim
12	Izelina Otaviano Guilherme	ASI	Tikuna	Bom Jardim
13	Martinho Cândido Dique	ASI	Tikuna	Novo Paraíso
14	Manoel Leandro Bittencourt	ASI	Tikuna	Bom Intento
15	Rômulo Leandro Lomas	ASI	Tikuna	São João de Veneza
16	Maria Nila Lima Campos	ASI	Tikuna	Lauro Sodré
17	Eládio Fernandes da Silva	ASI	Tikuna	Guanabara III
18	Deodorico Sangama	ASI	Tikuna	São Luiz
19	Osmar Leandro Fortes	ASI	Tikuna	Porto Espiritual
20	Alberto Severino Gabriel	ASI	Tikuna	Nova Vida

Quadro VII – ASI e AISAN contratados no Pólo base Feijoal

Nº	Nome	Função	Etnia	Comunidade
01	Carlito Parente Fernandes	ASI	Tikuna	Feijoal
02	Ernesto João Fernandes	ASI	Tikuna	Feijoal
03	João Filomeno Almeida	ASI	Tikuna	Feijoal
04	Cláudio Mariano Fernandes	ASI	Tikuna	Feijoal
05	Juraldina Amaral Pereira	ASI	Cokama	Feijoal
06	Ezenaldo Aprício Félix	ASI	Tikuna	Feijoal
07	Sildomar Félix de Almeida	ASI	Tikuna	Feijoal
08	Raimundo Ângelo Roberto	ASI	Tikuna	Feijoal
09	Durany Otaviano Martins	AISAN	Tikuna	Feijoal
10	Rumildo Belizário Aiambo	AISAN	Tikuna	Feijoal
11	Lucinei Haiden Pereira	AISAN	Tikuna	Feijoal
12	Benito Cruz Lucas Filho	ASI	Tikuna	São Leopoldo
13	Valdir Manduca Ramos	ASI	Tikuna	São Leopoldo
14	Maria Edini Cordeiro de Souza	ASI	Cokama	Sapotal
15	Valdomiro Guerra Samias	ASI	Cokama	Sapotal
16	Manoel Peres Franco	ASI	Tikuna	Jutimã
17	Laura Ramos Gabriel	ASI	Tikuna	Urique
18	Laurindo Mendes Gabriel	ASI	Tikuna	Urique
19	Juvêncio Pereira Bastos	ASI	Tikuna	Canaã
20	Irene Cordeiro Costa	ASI	Kanamari	Vista Alegre
21	German Cruz Lucas	ASI	Tikuna	Novo Porto Lima
22	Claudio Mariano Fernandes	ASI	Tikuna	Bom Pastor
23	Amauri Parente Forte	ASI	Tikuna	Cidade Nova
24	José Anacleto Firmino	ASI	Tikuna	São Francisco

Quadro VIII– ASI e AISAN contratados no Pólo base Umariaçu I

Nº	Nome	Função	Etnia	Comunidade
01	**Abdon Batista Vasques**	**ASI**	**Tikuna**	**Umariaçu I**
02	**Clotilde Honorato Vasques**	**ASI**	**Tikuna**	**Umariaçu I**
03	**Francisco Honorato Mendes**	**ASI**	**Tikuna**	**Umariaçu I**
04	**Humberto Nilo Moraes Boná**	**ASI**	**Tikuna**	**Umariaçu I**
05	**Viviane Mendes Nogueira**	**ASI**	**Cokama**	**Umariaçu I**
06	**Adelino José Ramos Lopes**	**AISAN**	**Tikuna**	**Umariaçu I**
07	**Abel Afonso do Carmo**	**AISAN**	**Tikuna**	**Umariaçu I**

Quadro IX – ASI e AISAN contratados no Pólo base Umariaçu II

Nº	Nome	Função	Etnia	Comunidade
01	**Eliza Santana da Silva**	**ASI**	**Tikuna**	**Umariaçu II**
02	**Elizabeth Guaina Araújo**	**ASI**	**Tikuna**	**Umariaçu II**
03	**Ezequiel Pinto Araújo**	**ASI**	**Tikuna**	**Umariaçu II**
04	**Manoel Almeida dos Santos**	**ASI**	**Tikuna**	**Umariaçu II**
05	**Marilda Gomes Fernandes**	**ASI**	**Cokama**	**Umariaçu II**
06	**Maurício Farias Bruno**	**ASI**	**Tikuna**	**Umariaçu II**
07	**Plínio Carmem Barros**	**ASI**	**Tikuna**	**Umariaçu II**
08	**Virgínia Witancort Pereira**	**ASI**	**Tikuna**	**Umariaçu II**
09	**Rockson Fortes Mendes**	**ASI**	**Tikuna**	**Umariaçu II**
10	**José Rubens Araújo**	**ASI**	**Tikuna**	**Umariaçu II**
11	**Isaias dos Santos Carneiro**	**ASI**	**Tikuna**	**Umariaçu II**
12	**Oscar Ângelo Guilherme**	**AISAN**	**Tikuna**	**Umariaçu II**

Quadro X – ASI e AISAN contratados no Pólo base Belém do Solimões

Nº	Nome	Função	Etnia	Comunidade
01	Adelina Fidélis Ramos	ASI	Tikuna	Belém do Solimões
02	Alfredo Ramos Manoel	ASI	Tikuna	Belém do Solimões
03	Aluysio Pinheiro Alípio	ASI	Tikuna	Belém do Solimões
04	Bibi Guedes Ramos	ASI	Tikuna	Monte Sinai
05	Deuzimar Guedes da Silva	ASI	Cokama	Bananal
06	Edeusa Chagas Gilberto	ASI	Tikuna	Belém do Solimões
07	Élson Ercílio Gaspar	ASI	Tikuna	Novo Cruzador
08	Ermelinda Dique Fabá	ASI	Tikuna	Nova Jordânia
09	Ernesto Veado Ramos	ASI	Tikuna	Piranha
10	Francisco da Silva Ramires	ASI	Tikuna	Belém do Solimões
11	Francisco Martins Dique	ASI	Tikuna	Nova Extrema
12	Gerson Thomas Albino	ASI	Tikuna	Novo Jutaí
13	Henrique Gaspar Lobato	ASI	Tikuna	Pena Preta
14	Hilson Santiago Marcos	ASI	Tikuna	Assacaia
15	João Batista Mendes	ASI	Tikuna	Novo Jericó
16	João Goulart Venâncio Farias	ASI	Tikuna	Água Limpa
17	João Natividade Paulo	ASI	Tikuna	São Domingos
18	Jonas Dique da Silva	ASI	Tikuna	Belém do Solimões
19	José Nacildo Marcos	ASI	Tikuna	Nova Reforma – Uruá
20	José Pereira Cruz	ASI	Tikuna	São Fernandes
21	Luiz Clemente Nazário	ASI	Tikuna	Belém do Solimões
22	Manoel Pedrosa Ribeiro	AISAN	Tikuna	Novo São José
23	Manoel Ribeiro Almeida	ASI	Tikuna	Novo São José
24	Manoel Rodrigues Marcos	ASI	Tikuna	Nova Esperança I
25	Maria Nogueira Cordeiro	ASI	Cokama	Sacambu II
26	Maria Perpétua Macedo Moçambite	ASI	Cokama	Barreirinha
27	Narcisa Parente Tauana	ASI	Tikuna	Palmares
28	Nazaré Guedes Fabá	ASI	Cokama	Bananal
29	Ortêncio Pedrosa Tauana	AISAN	Tikuna	Belém do Solimões
30	Osvaldo Guedes do Carmo	ASI	Tikuna	Belém do Solimões
31	Reginaldo Porfírio Tomas	AISAN	Cokama	Belém do Solimões
32	Rosana Guedes Ramos	ASI	Tikuna	Belém do Solimões
33	Salvador Saldanha Bernaldo	ASI	Tikuna	Santa Rosa
34	Sildo Sebastião Dorotério	ASI	Tikuna	Vera Cruz

35	**Tchepe Marcos Santiago**	**ASI**	**Tikuna**	**Nova Esperança**
36	**Timóteo Fidelis Ramos**	**ASI**	**Tikuna**	**Porto Jericó**
37	**Valdemício Ancelmo Lizardo**	**ASI**	**Tikuna**	**Nossa Sra. Aparecida**
38	**Waldemar da Silva**	**ASI**	**Tikuna**	**Belém do Solimões**

Quadro XI – ASI e AISAN contratados no Pólo base Vendaval

Nº	Nome	Função	Etnia	Comunidade
01	**Ricardo Fanário**	**ASI**	**Tikuna**	**Novo Ressurreição**
02	**Angelita Juvelino Rabelo**	**ASI**	**Tikuna**	**Novo Paraíso**
03	**Alfredo Juvelino Silva**	**ASI**	**Tikuna**	**Cajari II**
04	**Augustinho Basílio João**	**ASI**	**Tikuna**	**São Domingos II**
05	**Cândido Luiz**	**ASI**	**Tikuna**	**Barro Vermelho**
06	**Carmem Arapasso Pinheiro**	**ASI**	**Tikuna**	**Enepü**
07	**Euclides Mariano Lopes**	**ASI**	**Tikuna**	**Otawari**
08	**Ilton Abraão**	**ASI**	**Tikuna**	**Deregüne**
09	**João Luciano Mariano**	**ASI**	**Cokama**	**Ribeiro**
10	**José Cristóvão Ribeiro**	**ASI**	**Tikuna**	**Cajari I**
11	**Lacimar Juvito Thomas**	**ASI**	**Tikuna**	**Ribeiro**
12	**Laurentino Gaspar Bezerra**	**ASI**	**Tikuna**	**Vendaval**
13	**Oscar Juvito Albertino Francisco**	**ASI**	**Tikuna**	**Curanã**
14	**Oscar Mariano Zacarias Luciano**	**ASI**	**Tikuna**	**Novo Jerusalém do Maité I**
15	**Rosalina Calistro de Souza**	**ASI**	**Tikuna**	**Vendaval**
16	**Salustio Marcos Rosindo**	**ASI**	**Tikuna**	**Untcharapü**
17	**Sebastião Geraldo Luciano**	**ASI**	**Tikuna**	**Novo Jerusalém do Maité II**
18	**Tito Elmo**	**ASI**	**Tikuna**	**Vendaval**
19	**Arlene do Caro Norato**	**ASI**	**Tikuna**	**Chupão**
20	**Ezaquiel Gaspar Bezerra**	**AISAN**	**Tikuna**	**Vendaval**
21	**Genésio Demétrio Arapasso**	**AISAN**	**Tikuna**	**Vendaval**

Quadro XII – ASI e AISAN contratados no Pólo base Campo Alegre

Nº	Nome	Função	Etnia	Comunidade
01	Ageu Bartolomeu Lito	ASI	Tikuna	Paranapara I
02	Arildo Joaquim Fidélis	ASI	Tikuna	Nova Vila
03	Arlindo Anacito Guimarães	ASI	Tikuna	Paranapara I
04	Armando Antônio Guedes	ASI	Tikuna	Santa Inês
05	Auxiliadora Augusto Tomás	ASI	Tikuna	Campo Alegre
06	Claudecir Germando Estolando	ASI	Tikuna	Santa Izabel
07	Darcy Inácio Gouveia	ASI	Tikuna	Santa Inês
08	Diflores Batalha Marcos	ASI	Tikuna	Santa Inês
09	Edins Antônio José	ASI	Cokama	São Domingos II
10	Elisa Pedrosa Mariano	ASI	Tikuna	Campo Alegre
11	Izaquel Avelino Firmino	ASI	Tikuna	Bairro Independente
12	João Lourival Gaudêncio	ASI	Tikuna	Campo Alegre
13	Josué Gaudêncio Martins	ASI	Tikuna	Nova Cidade
14	Lucas Albertino Emílio	ASI	Tikuna	Campo Alegre
15	Midoni Mariano Thomas	ASI	Tikuna	Campo Alegre
16	Nazário Luiz Rock	AISAN	Tikuna	São Domingos II
17	Nedson Pinto Cruz	ASI	Tikuna	Campo Alegre
18	Noé Sebastião Guedes	ASI	Tikuna	Campo Alegre
19	Obadias Romão Ramires	ASI	Tikuna	Campo Alegre
20	Onízio Macedo Germano	ASI	Tikuna	Campo Alegre
21	Plínio Antônio Jerônimo	ASI	Tikuna	Bairro Independente
22	Plínio Manimiano Fidélis	ASI	Tikuna	Novo Prosperidade
23	Rosemir Joaquim Fidélis	ASI	Tikuna	Nova Vila
24	Rosinho Manuel Jerônimo	ASI	Cokama	Campo Alegre

Quadro XIII – ASI e AISAN contratados no Pólo base São Paulo de Olivença

Nº	Nome	Função	Etnia	Comunidade
01	Abelardo Salvador Gomes	ASI	Tikuna	Santa Clara
02	Ademir Tomás	ASI	Tikuna	Porto Lutador
03	Adriel Marcelino Bilitão	ASI	Tikuna	Decuãpü
04	Aguinelo Pereira Marcelino	ASI	Tikuna	Santa Terezinha – Jacurapá
05	Amélia Batalha Bilitão	ASI	Tikuna	Santa Vitória
06	Bibiano da Silva Miguel	ASI	Tikuna	Floresta Amazônica
07	Danilo da Silva Macário	ASI	Tikuna	Torre da Missão
08	Elias Moraes dos Santos	ASI	Cokama	João Joaquim/Colônia/Sede
09	Elisa Gomes Albino	AISAN	Tikuna	Nova Jordânia
10	Erito Olímpio da Silva	ASI	Tikuna	Floresta Amazônica
11	Evaldo Bartolomeu da Silva	AISAN	Tikuna	Vila Bahia – Camatiã
12	Izaías Marcos Rosindo	ASI	Tikuna	S.Domingos/Intérprete/Hosp.
13	Jeremias Xisto Hilário	ASI	Tikuna	Marco da Redenção
14	João Geraldo Macário	ASI	Tikuna	Porto Velho – Jacurapá
15	Júlio Bernardo da Silva	ASI	Tikuna	N. Sra. De Nazaré – Camatiã
16	Manoel Junior Arcanjo	ASI	Cokama	Santa Daria – Sede
17	Manoel Nélson Arthur Guedes	ASI	Tikuna	Vila Mangueira – Camatiã
18	Márcio Bonifácio Coelho	ASI	Tikuna	Monte Sinais – Camatiã
19	Mário Trindade Macário	ASI	Tikuna	Santa Terezinha – Jacurapá
20	Paulo Onofre Gomes	ASI	Tikuna	N. Estrela de Natal/Camatiã
21	Rafael Gabriel Luciano	ASI	Tikuna	Monte Verde – Jandiatuba
22	Silas Marcos Olortequi	ASI	Tikuna	Sede – Hospital / Intérprete
23	Sildo Sebastião da Silva	ASI	Tikuna	N. Esperança – Jandiatuba
24	Valdenes Geraldo da Silva	ASI	Tikuna	N. Sra. De Nazaré – Camatiã
25	Valorino Félix Gustavo	ASI	Tikuna	Decuãpü

Quadro XIV – ASI e AISAN contratados no Pólo base Nova Itália

Nº	Nome	Função	Etnia	Comunidade
01	Delourdes Faustino Maurício	ASI	Tikuna	Nova Itália
02	Domingos Maurício Lucas	ASI	Tikuna	Nova Itália
03	Edson Batalha Faustino	ASI	Tikuna	Nova Itália
04	Manoel Gomes da Silva	ASI	Tikuna	Nova Itália
15	Noginel Gomes da Silva	AISAN	Tikuna	Nova Itália
06	Gino da Silva	AISAN	Tikuna	Nova Itália
07	Ademir Saldanha Mario	ASI	Tikuna	Canimaru
08	Alcídio Cazario Francisco	ASI	Tikuna	Palmeira do Norte
09	Angelina Sebastião Carvalho	ASI	Tikuna	Bom Pastor
10	Claudina Araújo Mendes	ASI	Tikuna	Hospital Municipal
11	Erasmo Inácio da Costa	ASI	Tikuna	Umarirana
12	Euclides dos Santos	ASI	Tikuna	São Francisco do Canimari
13	José Roberto dos Santos	ASI	Tikuna	Maraitá
14	Manoel Saúde João	ASI	Tikuna	Nova Galiléia
15	Élson dos Santos	ASI	Tikuna	Nova Esperança
16	Waldir Olávio	ASI	Tikuna	Tambaqui

Quadro XV – ASI e AISAN contratados no Pólo base Betânia

Nº	Nome	Função	Etnia	Comunidade
01	Antonina Maurício	ASI	Tikuna	Betânia
02	Cecílio Fernandes de Araújo	ASI	Tikuna	Novo Dia – Matintin
03	Edson Rosindo Inácio	ASI	Tikuna	Betânia
04	Erâncio Pereira	ASI	Tikuna	Patiá
05	Jessé Flores	ASI	Tikuna	Betânia
06	Lindalva Jumbato Jesuíno	ASI	Tikuna	Betânia
07	Mauro Miranda Fabá	ASI	Tikuna	Betânia
08	Mirian Jesuíno Flores	ASI	Tikuna	Betânia
09	Moisés Nogueira Eleutério	ASI	Tikuna	Vista Alegre – Matintin
10	Paulo Salvador	ASI	Tikuna	Betânia
11	Raimundo Francisco Guilherme	ASI	Tikuna	Boa Vista – Lago Grande
12	Rosa da Silva	ASI	Tikuna	Betânia

13	**Sidney Manduca Ovídio**	**AISAN**	**Tikuna**	**Betânia**
14	**Timóteo Marcos Ramos**	**ASI**	**Tikuna**	**Monte das Oliveiras/Japacuá**
15	**Valdo Albino Crispim**	**AISAN**	**Tikuna**	**Betânia**
16	**Zuila Silva Sales**	**ASI**	**Tikuna**	**Betânia**

Quadro XVI – ASI e AISAN contratados no Pólo base Tonantins

Nº	Nome	Função	Etnia	Comunidade
01	**Boaventura de Carvalho Melo**	**ASI**	**Kaixana**	**São Sebastião**
02	**Diogo Curica Gomes**	**ASI**		**Santa Fé**
03	**Gentil Julio**	**ASI**	**Tikuna**	**Mari-Mari**
04	**Izaque Braz dos Reis**	**ASI**	**Cokama**	**São Domingos I**
05	**Jeovane Oliveira dos Santos**	**ASI**		**Bairro Alto**
06	**Jorge Felix Gomes**	**ASI**	**Tikuna**	**Cumã**
07	**José de Castro**	**ASI**	**Cokama**	**Nova Jerusalém**
08	**José de Oliveira**	**ASI**	**Cokama**	**Lago Grande Airuá**
09	**José dos Santos**	**ASI**	**Cokama**	**Santa Cruz**
10	**Libermal Manuiama**	**ASI**	**Cokama**	**Nova União**
11	**Maria de Fátima Nogueira Rabelo**	**ASI**	**Tikuna**	**São Pedro**
12	**Marilson da Silva Carvalho**	**ASI**	**Cokama**	**São Francisco do Muriá**
13	**Melquezedeque Medeiros Arcanjo**	**ASI**	**Cokama**	**Prosperidade**
14	**Renato Jacinto da Silva**	**ASI**	**Tikuna**	**Mari-Mari**
15	**Talita Ijuma Andrade**	**ASI**	**Cokama**	**Sítio São Sebastião**
16	**Verinha da Rocha Tapullima**	**ASI**	**Cokama**	**São Lázaro**

Quadro XVII – ASI contratados na CASAI

Nº	Nome	Função	Etnia	Comunidade
01	**Eliofelia Fortes Joaquim**	**ASI**	**Tikuna**	**CASAI**
02	**Evaristo Ramos Pereira**	**ASI**	**Tikuna**	**CASAI**
03	**Gilberto Honorato Lopes**	**ASI**	**Tikuna**	**CASAI**

Fonte: Setor de Pessoal, Convênio 095/02 – CGTT-FUNASA (2004).

ANEXO L

trabalho de campo

O retrato de uma aldeia

Belém de Solimões é exemplo da tendência de crescimento populacional da comunidade indígena, demonstrada por um perfil predominantemente jovem. A metade da população tem menos de 15 anos. Os velhos, acima dos 55 anos, representam 5,6% da população. Outro indicador é que cerca de 18% são mulheres em idade reprodutiva.

A tribo dos índios Ticuna é uma das maiores do Brasil. A comunidade de Belém de Solimões, localizada na beira esquerda do Rio Solimões, próximo a fronteira da Colombia e do Peru, concentra o maior contigente populacional dos Ticuna. Hoje, são 2.831 habitantes, segundo levantamento realizado pela equipe do Distrito Sanitário.

Esta comunidade teve início nos anos 70, quando vários Ticuna foram atraídos a viver nos arredores de um engenho de açucar que se instalou na região. A migração indígena para as proximidades de cidades de pequeno e médio porte deve-se a busca por melhores condições de vida.

O Bispo do Alto Solimões, Dom Alcimar Guimarães, revela que a realidade dos Ticuna é muito diferente de quando viviam na floresta recolhendo o seu sustento com a caça e a pesca. "Os Ticuna têm uma população de mais de 4 mil estudantes, que necessitam de alimentação quando retornam da escola. É absolutamente necessário se enfrentar a realidade dos índios viverem em grupos maiores, com todas as consequências derivadas dos problemas urbanos", alertou.

Na comunidade existem 448 casas, feitas de madeira com teto de zinco ou cobertas com palha. A água consumida é basicamente do igarapé (89,7%) e somente 3% a fervem para beber e 6,7% cloram a água para consumo. Mais de 80% da população consome água sem tratamento algum. As condições de saneamento básico ambiental são extremamente precárias, sendo o lixo deixado ao céu aberto em 74% das casas. Não existe um sistema de esgoto, mas em 65% das casas existem fossa séptica. A presença de ratos e baratas é comum na maioria das casas.

Esta comunidade retrata os problemas a serem enfrentados, em escala cada vez maior, pelas comunidades indígenas. Em Belém de Solimões, morreram 38 pessoas em 1999, sendo que 44% foram crianças com menos de 1 ano de idade. A principal causa de morte foi a diarréia. A taxa de mortalidade infantil foi de 104,8 por 1000 nascidos vivos, quase três vezes a média do Brasil. As crianças de 1 a 4 anos foram o segundo grupo a apresentarem o maior índice de óbitos, representando 19.4%. ■

Figura L. 1 – Belém do Solimões em matéria jornalística (CNS, 2000, p. 22).

ANEXO M. ARQUITETURA E HISTÓRIA

Figura M.1 – Maloca tikuna no alto de um igarapé [Belém ou São Jerônimo] em 1930 (Telenews Service, 1993).

Figura M.2 – Casa tikuna na aldeia Bom Caminho, localizada próximo à cidade de Benjamin Constant (Schünemann, 2004).

Figura M. 3 – Construção tikuna adaptada aos padrões arquitetônicos regionais (Schunemann, 2004).

ANEXO N – ARQUITETURA DA EDUCAÇÃO

Figura N. 1 – Interior de sala de aula em Belém do Solimões, em fotografia tirada sem auxílio de *flash.* Nota-se a inexistência de janelas (Bruno, 2003).

Figura N. 2 – Do lado de fora da escola meninos tikuna brincam, simulando lutas marciais (Bruno, 2004).

Figura N. 3 – Escola de ensino médio, em fase de acabamento, na aldeia Belém do Solimões (Bruno, 2004)

ANEXO O

JORNAL A CRITICA, 07/03/06

sim & não

simnao@acritica.com.br

Ticunas vão retaliar o PMDB

O PMDB herdou a direção da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), no Amazonas, mas pode vir a ficar sem alguns dos votos dos ticunas, índios que habitam a região do Alto Solimões. O Conselho Geral da Tribo Ticuna (CGTT) alega que, mesmo tendo prestado conta dos recursos decorrentes de convênio com a Funasa, vem sendo objeto de uma sistemática desmoralização promovida por funcionários desde 2005. Sobretudo depois que o órgão passou para as mãos do PMDB. Por isso o CGTT tomou duas medidas em assembléia: criar uma entidade representativa dos trabalhadores indígenas na saúde e boicotar candidaturas do PMDB nas eleições de outubro.

Contas O coordenador da Funasa/AM, Francisco José da Costa Aires, disse que o CGTT ainda não prestou contas da parcela de R$ 900 mil repassados em setembro de 2005. Quanto ao fato de os índios virem a boicotar candidaturas do PMDB, Aires argumentou que é uma opção justa e legal deles.

Sede Diante do embate com a direção da Funasa, o CGTT postou alguns de seus membros na sede do órgão federal, em Tabatinga. Afinal, além do aspecto moral, está em jogo a segunda parcela do convênio para assistência à saúde indígena no valor de R$ 1 milhão.

p. C2 - CIDADES

TABATINGA

Índios ocupam Funasa

Desde a manhã da última sexta-feira, cerca de 180 índios ticunas, caixanas, cocamas e cambebas ocupam a sede da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) na cidade de Tabatinga, Estado do Amazonas, em protesto contra a sistemática política de desestabilização da gestão do Conselho Geral da Tribo Ticuna (CGTT) à frente do Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Solimões (DSEI-AS). Há seis meses sem receber salários, em função da falta de repasses para o convênio entre CGTT e Funasa, os funcionários contratados pela organização indígena são a maioria no grupo que mantêm a ocupação durante esses três dias. A Funasa se defende dizendo que falta o CGTT prestar conta da 5ª parcela do convênio.

APÊNDICE

Bom Jardim 11/10/05

O paciente Assis S. Mariano foi internado 1º no hospital de Constant lá os médico falou que ele ia para Guardição de Tabatinga ele chegou 15:40 h/m, o mínimo foi internado pelo 4 médico 1 enfermeira, aí os médico que ele não tem jeito, ele tem direito de caminhar para hopital de capital manaus de qualquer forma porque aqui não tem médico para ele no Guardição de Tabatinga, se ele (foi) era exercito tinha viajado na mesma hora, como ele é ticuna tem de alguenta a paciência da funaza. O médico falou que o rapaz é indígena a família tem de cobra a funaza porque a funaza trabalha com indígena, se for mais breve possível, a Dona Odúlia Ciambo Sangama o mãe do paciente Assis S. Mariano foi cobra a fusana a passagem para o mesmo dia, mais o Leandro não se encontrava na seder da funaza, aí Dona Odúlia a mãe do paciente Assis ficou esperando a paciência do Leandro quando ele chegou aí a senhora entregou caminhamento da passagem de vôo aí ele disse ia da jeito de comprar a passagem então ele perguntou se pacientes era ticuna ele mandou lá na sede da funai para tira a declaração se ele é ticuna, aí ainda que ia pagar a passagem de vôo a mãe do paciente Assis esperou a resposta

da funaza que foi dia de segunda-feira 19 de setembro nada tinha resultado, na terça-feira também nada do resposta da passagem para viaja, cada dia que passa o paciente estava mais pior, ai médico ficou preocupado e chamou a mãe do Assis para cobra a fusana que hora que vôo vai chegar a mãe do paciente foi cobra moralmente a passagem só que ela foi com o senhor Lucinar, ai Lucinar disse que não tinha resposta de vôo, respondeu para ela ter paciência, só que a mãe não tinha mais a paciência, ela reclamou que o meu filho está pior, tava somente esperando o vôo, só que o vôo demorou por que não tinha comprado a passagem, o Lucinar falou que ele [illegible] a passag. do paciente. O rapaz cada momento mais pior. A senhora Odília falou com raiva que ela não ia mais e ela falou que meu filho faliceses ela ia leva a funaza no precesso por não comprou a passagem logo. Ate que ele consegiu a passagem achando ruim que ele comprou e ele falou que era muito caro a passagem, assim foi a morte do meu filho. O paciente no dia seguinte não alguentou mais, cupaldo a (fusana) funaza

Julia Aiambo Sangama
Alcide Mariano

Livros Grátis

(http://www.livrosgratis.com.br)

Milhares de Livros para Download:

Baixar livros de Administração
Baixar livros de Agronomia
Baixar livros de Arquitetura
Baixar livros de Artes
Baixar livros de Astronomia
Baixar livros de Biologia Geral
Baixar livros de Ciência da Computação
Baixar livros de Ciência da Informação
Baixar livros de Ciência Política
Baixar livros de Ciências da Saúde
Baixar livros de Comunicação
Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE
Baixar livros de Defesa civil
Baixar livros de Direito
Baixar livros de Direitos humanos
Baixar livros de Economia
Baixar livros de Economia Doméstica
Baixar livros de Educação
Baixar livros de Educação - Trânsito
Baixar livros de Educação Física
Baixar livros de Engenharia Aeroespacial
Baixar livros de Farmácia
Baixar livros de Filosofia
Baixar livros de Física
Baixar livros de Geociências
Baixar livros de Geografia
Baixar livros de História
Baixar livros de Línguas

Baixar livros de Literatura
Baixar livros de Literatura de Cordel
Baixar livros de Literatura Infantil
Baixar livros de Matemática
Baixar livros de Medicina
Baixar livros de Medicina Veterinária
Baixar livros de Meio Ambiente
Baixar livros de Meteorologia
Baixar Monografias e TCC
Baixar livros Multidisciplinar
Baixar livros de Música
Baixar livros de Psicologia
Baixar livros de Química
Baixar livros de Saúde Coletiva
Baixar livros de Serviço Social
Baixar livros de Sociologia
Baixar livros de Teologia
Baixar livros de Trabalho
Baixar livros de Turismo