FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA

Núcleo de Ciências Exatas e da Terra

Programa de Mestrado em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente

ATUAÇÃO DOS AGENTES INDÍGENAS DE SAÚDE PAITER SURUÍ: Possibilidades de Ações Terapêuticas no Contexto do Distrito Sanitário Especial Indígena Vilhena

RICARDO DA SILVA RODRIGUES

Porto Velho (RO)

2013

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA

Núcleo de Ciências e Tecnologia

Programa de Mestrado em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente

ATUAÇÃO DOS AGENTES INDÍGENAS DE SAÚDE PAITER SURUÍ:

Possibilidades de Ações Terapêuticas no Contexto do Distrito Sanitário Especial Indígena Vilhena

RICARDO DA SILVA RODRIGUES

Orientador: Prof. Dr. Ari Miguel Teixeira Ott

Dissertação de Mestrado apresentada junto ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente, Área de Concentração em Políticas Públicas, para obtenção do Título de Mestre em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente.

Porto Velho (RO)

2013

FICHA CATALOGRÁFICA

FICHA CATALOGRÁFICA

Biblioteca Central Prof.º Roberto Duarte Pires

R696a

Rodrigues, Ricardo.

Atuação dos agentes indígenas de saúde Paiter Suruí: possibilidades de ações terapêuticas no contexto do distrito sanitário especial indígena Vilhena/ Ricardo Rodrigues, 2013. 121f.

Orientador: Ari Miguel Teixeira Ott.

Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional e Meio ambiente) - Fundação Universidade Federal de Rondônia. Núcleo de Ciências e Tecnologia Programa de Mestrado em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente, Porto Velho, 2013.

1. Agente Indígena de Saúde – AIS. 2. Paiter Suruí. 3. Saúde Indígena. I. Fundação Universidade Federal de Rondônia. II. Titulo.

CDU: 614(=1-82)(811.1)

Bibliotecária Responsável: Eliane Gemaque Gomes Barros CRB 11/549

RICARDO DA SILVA RODRIGUES

"Atuação dos Agentes Indígenas de Saúde Paiter Suruí: Possibilidades de Ações Terapêuticas no Contexto do Distrito Sanitário Especial Indígena Vilhena".

Comissão Examinadora

Dr. Ari Miguel Teixeira Ott
Orientador
Fundação Universidade Federal de Rondônia

Dr. Felipe Ferreira Vander Velden
Membro
Universidade Federal de São Carlos

Dra. Lucia Rejane Gomes da Silva
Membro
Fundação Universidade Federal de Rondônia

Dra. Ana Lúcia Escobar
Suplente
Fundação Universidade Federal de Rondônia

Porto Velho, 6 de Dezembro de 2013.

Resultado: _____

Dedico aos meus pais, Gualdina e Nildon, que me ofertaram valores e educação necessários as minhas tomadas de decisões.

A G R A D E C I M E N T O S

Agradeço primeiramente a meu orientador, Dr. Ari Miguel Teixeira Ott, que aceitou orientar esta dissertação, revelando-se também um excelente amigo; bem como a Banca de Qualificação e defesa composta pelos Doutores Adnilson Almeida, Lúcia Rejane e Felipe Velden.

A minha amiga e co-orientadora, Dra. Jacinta Castelo Branco Correia, pela dedicação na segunda correção do texto, e pela parceria acadêmica, em nossas conversas sobre questões teóricas que revelaram seus conhecimentos e paciência nos nossos confrontos intelectuais, quase diários.

A minha família: a minha Mãe Gualdina e ao meu Pai Nildon, pelos valores que me transmitiram e cuidados que têm tido comigo; aos meus irmãos Renato Rodrigues e Raquel Rodrigues pelo companheirismo; aos meus sobrinhos Sarah, Cauã e Julia, por me ajudarem a compreender cada vez mais as relações afetivas em seus aprendizados de mundo.

A minha família por escolha, aqui representada por Samuel Cruz, que acreditou em meu potencial e pela amizade incondicional que me concedeu ao longo de uma década.

A Mariana Cruz, pelos anos de companheirismo e cumplicidade afetiva e intelectual, sem os quais não teria conseguido obter os resultados deste trabalho.

A minha família de Porto Velho, local este que virou minha casa, traduzida nas pessoas de Leonardo Cruz e Ivanete Bandeira, por tudo que têm feito para que minha vida em Rondônia pudesse ser a melhor possível.

A Ivaneide Bandeira, por me haver acolhido quando aqui cheguei, tendo sido seguida pelo Sr. Aldenor Bandeira e Moemia: obrigado!

As Minhas amigas e companheiras de trabalho e estudo, que têm deixado minha vida mais divertida; em especial, Caroline Corsino e Larayne Gomes, por aguentarem minhas reclamações e frustrações.

Aos meus amigos Paiter: Rubéns Suruí que teve paciência de ser tradutor contribuindo para materialização deste trabalho; Rodrigo Suruí, pela disponibilidade e hospitalidade e a Amauri Suruí. A todos os Paiter que tive o prazer de conhecer e conviver nas Aldeias Lapetanha e Lobó, por terem ajudado na construção desta dissertação de forma direta ou indireta.

Ao líder maior do povo Paiter Labiway Esaga Almir Suruí, por permitir minha entrada na área indígena Sete de Setembro, pela hospedagem e por seu interesse em explicar o mundo o Suruí para os que o desconhecem.

Agradeço a ONG KANINDÉ por sempre me deixar utilizar os materiais que tem disponível.

Agradeço aos meus amigos da UFPa, que compuseram minha trajetória acadêmica, em especial ao Dr. Samuel Sá, Drª Wilma Leitão, Drª Carmem Rodrigues, Drª Eneida Assis e a Antropóloga Alexandra Borba.

Aos amigos e colegas do PGDRA, pela amizade e companheirismo.

Aos amigos e colegas de trabalho da DPU pelo coleguismo, por sempre respeitarem minhas ausências em alguns momentos, necessários para a construção desta dissertação.

Por fim agradeço ao povo brasileiro por financiar meus estudos, e ao povo Suruí Paiter por ter-me concedido o *corpus*, para escrever esta dissertação que, espero, de alguma forma, possa ser utilizada por alguma das sociedades que ajudaram a criar este documento.

RESUMO

Esta dissertação apresenta os resultados de um estudo sobre a atuação dos Agentes Indígenas de Saúde – AIS, especificamente os da etnia Paiter Suruí, que trabalham no Distrito Sanitário Especial Indígena – DSEI/Vilhena 32. Para tanto foram utilizadas três técnicas metodológicas de pesquisas: bibliográfica, documental e de campo, a fim de ser obtida uma visão panorâmica da realidade estudada, para serem localizados os problemas da atuação dos profissionais estudados, a partir de uma visão histórica, sociológica e antropológica. Os resultados alcançados indicaram: a importância dos eventos no pós-contato, que estruturaram a sociedade Paiter Suruí até o presente; e o respeito e o uso de terapias tradicionais pelos AIS, realizado de forma concomitante à utilização das terapias biomédicas, de acordo com o agravo á saúde; ou de forma excludente, uma ou outra terapia, pois existem tratamentos que são para restabelecimento da saúde pelas vias tradicionais e outros para os quais só existe a opção biomédica. A conclusão da pesquisa apontou o AIS como um agente intercultural que consegue antecipar mudanças sócio culturais na área da saúde, por ser ele uma ponte cultural e administrativa entre os Paiter Suruí e a face biomédica da sociedade não indígena.

Palavras-Chaves: Agente Indígena de Saúde - AIS, Paiter Suruí, Saúde Indígena

ABSTRACT

This work is intended for presenting study results of the activities of Indian Health Agents (in Portuguese, Agentes Indígenas de Saúde - AIS) especially those from Suruí ethnicity who work at the Indian Special Health District – DSEI/Vilhena 32. Therefore, three research methodology techniques were held: literature, document, and field in order to obtain an overview scenario of the reality studied and point out some activity issues by these professionals from a historical, sociological and anthropological standpoint. The results indicated the importance of events in the after contact, which have structured the Suruí society to the present, and the respect and use of traditional therapy the AIS agents apply in alignment with the use of biomedical therapy and according to the worsening of the health condition; or exclusively, either therapies, since there are treatments for health recovering by traditional ways and some other types for which only the biomedical option is possible. The research concluded that AIS is an intercultural agent able to anticipate socio-cultural changes in the health area for they are a cultural and management bridge connecting the Suruí to the biomedical face of the non-native society.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 1

JUSTIFICATIVA 3

PROBLEMA DE PESQUISA 5

OBJETIVOS 5

METODOLOGIA DA PESQUISA 6

REFERENCIAL TEÓRICO 8

CAPITULO I 13

A QUESTÃO INDÍGENA NA LEGISLAÇÃO E NA POLÍTICA BRASILEIRA: UMA VISÃO PANORÂMICA

CAPITULO II 23

O DESENVOLVIMENTO DE UM MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDIGENAS NO BRASIL

CAPITULO III 32

UM QUADRO DA QUESTÃO INDÍGENA NO ESTADO DE RONDONIA

3.1 TERRAS INDIGENAS EM RONDÔNIA 32

3.2 OS DISTRTOS SANITÁRIOS ESPECIAIS INDIGENAS EM RONDÔNIA 36

3.3. ESTATÍSTICAS DE MORBIDADE HOSPITALAR INDÍGENA EM CACOAL-RO – DATASUS 40

CAPÍTULO IV 50

OS PAITER SURUÍ: LOCALIZAÇÃO, DEMOGRAFIA, HISTÓRIA E ORGANIZAÇÃO SOCIAL

4.1. LOCALIZAÇÃO E EXTENSÃO TERRITORIAL DA TERRA INDÍGENA SETE DE SETEMBRO PAITEREY GARAH 50

4.2. DEMOGRAFIA, FAIXA ETÁRIA E GÊNERO, NA TERRA INDÍGENA SETE DE SETEMBRO 53

4.3. RECURSOS NATURAIS NA TERRA INDÍGENA SETE DE SETEMBRO 55

4.4. EVENTOS, HISTÓRIA E ESTRUTURA PAITER 57

4.5. ORGANIZAÇÃO SOCIAL 63

CAPITULO V 69

O AGENTE INDÍGENA DE SAÚDE PAITER: ENTRE CONHECIMENTOS TRADICIONAIS E BIOMÉDICOS

5.1. A ALDEIA LAPETANHA 69

5.2. TRABALHO, ECONOMIA E ALIMENTAÇÃO **78**
5.3. AS TERAPÊUTICAS PAITEREY **84**
5.4. O AGENTE INDÍGENA DE SAÚDE PAITER **98**
CONSIDERAÇÕES FINAIS **109**
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA **116**

LISTA DE SIGLAS

Nome	Sigla
Agente Indígena de Saúde	AIS
Agentes Comunitários de Saúde	ACS
Agentes de Saúde	AS
Amazonas	AM
Casa de Saúde Indígena	CASAI
Comissão Intersetorial de Saúde	CIS
Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas	CNSPI
Constituição Federal	CF
Distrito Sanitário Especial Indígena	DSEI
Equipe Multidisciplinar em Saúde	EMS
Equipes Volantes de Saúde	EVA
Fundação Nacional do Índio	FUNAI
Fundação Nacional de Saúde	FUNASA
Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais	SPILTN
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística	IBGE
Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária	INCRA
Lei de Diretrizes e bases	LDB
Mato Grosso	MT
Ministério da Educação e Desporto	MEC
Ministério da Saúde	MS
Organizações Não Governamentais	ONG
Política Nacional de Atenção a Saúde Indígena	PNASI
Proteção Ambiental Cacoalense	PACA
Rondônia	RO
Secretária Especial de Saúde Indígena	SESAI
Secretaria Estadual de Educação	SEDUC
Serviço de Proteção ao Índio	SPI
Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas	SUSA
Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas	SUSA
Síndrome da Imunodeficiência Adquirida	AIDS
Sistema de Processamento de Dados do SUS	DATASUS

Sistema Único de Saúde	SUS
Subsistema de Atenção à Saúde Indígena	SIASI
Terras Indígenas	TI
Zoneamento Econômico e Ecológico de Rondônia	ZEE-RO

LISTA DE FIGURAS Pag

Figura I Distritos Sanitários Especiais Indígenas 29
Figura II Organização do DSEI e Modelo Assistencial 30
Figura III DSEI Vilhena 37
Figura IV Área Indígena Sete de Setembro 52
Figura V Representação da tatuagem facial dos Paiter 55
Figura VI Etno-Mapa Paiter Suruí 66
Figura VII Organização social intraétnica e interétnica Paiterey 67
Figura VIII Localização da aldeia Lapetanha 69
Figura IX Croqui da Aldeia Lapetanha e representação da arquitetura moderna Paiter 77
Figura X Fluxograma da Economia Paiter 81
Figura XI Círculo de atividades anuais Paiter Suruí (1989) 83

Foto I Marcos da FUNAI e do INCRA 59
Foto II Casa Tipo 1 71
Foto III Casa Tipo 2 71
Foto IV Casa Tipo 3 71
Foto V Maloca Tradicional e rabo de Jacú 72
Foto VI Eletrificação Aldeia Lapetanha 73
Foto VII Abastecimento de água na Aldeia Lapetanha 74
Foto VIII Ponto coletivo de coleta de água 74
Foto IX Escola de ensino fundamental aldeia Lapetanha 75
Foto X Viveiro de mudas 76
Foto XI Posto de saúde da aldeia Lapetanha 76
Foto XII Igreja Paiter 77
Foto XIII Plantações Paiter de Banana 79
Foto XIV Plantações Paiter Café 79
Foto XV Plantações Paiter Milho 80
Foto XVI árvore de *Aberipé* 87
Foto XVII *Gapixi* 93
Foto XVIII Planta que Descongestiona as vias nasais 94
Foto XIX *Oikotapoa* 94
Foto XX *Sobaeiyexab* 95
Foto XXI *Rain* 96
Foto XXII Festejo em homenagem ao Sr. Morimop 100
Foto XXIII Controle de Receituários Aldeia Lobó 101
Foto XXIV Posto de Saúde em Área e Farmácia 102
Foto XXV Farmácia do Posto de Saúde Aldeia Lobó 103

Gráfico I Morbidade Hospitalar Indígena, a partir dos principais agravos a saúde. Cacoal-RO 42
Gráfico II Morbidade Hospitalar Indígena Geral 43
Gráfico III Morbidade Hospitalar Indígena – Algumas doenças infecciosas e parasitárias 45
Gráfico IV Morbidade Hospitalar Indígena – Doenças do Aparelho Respiratório 46
Gráfico V Morbidade Hospitalar Gravidez parto e puerpério 48
Gráfico VI Terra Indígena Sete de Setembro Pessoas Declaradas Indígenas. 53
Gráfico VII Terra Indígena Sete de Setembro Faixa Etária 54
Gráfico VIII Demografia Suruí por Aldeia 70
Gráfico IX: Tipos de domicílios Terra Indígena Sete de Setembro 72
Gráfico X: domicílios particulares permanentes localizados na Terra 73
Gráfico XI Pessoas que falavam de Tupi Mondé no Domicílio. Terra Indígena Sete de Setembro, por existência de energia elétrica 85

Mapa I Terras Indígenas em Rondônia 33
Mapa II. Situação Fundiária Indígena no Brasil. 34
Mapa III hidrografia da T.I Sete de Setembro 56
Mapa IV Distribuição Espacial das Aldeias na Terra Indígena Sete de Setembro 62

Quadro I Polo Base Dsei Vilhena 37
Quadro II Usuários SasiSUS no DSEI Vilhena 38

INTRODUÇÃO

Esta dissertação analisa os resultados de um estudo sobre saúde indígena, especificamente sobre a atuação dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) Paiter Suruí, que atuam na Terra Indígena Sete de Setembro, no interior do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) 32, localizado em áreas dos Estados do Mato Grosso e Rondônia, com sede no município Vilhena.

A importância de estudar a atuação dos AIS como um agente intercultural é por ele se constituir em uma presença do Estado, na área indígena, ao distribuir terapias biomédicas e serviços em saúde. Além disto, ele é reconhecido como intermediador entre os conhecimentos das terapias tradicionais e os da sociedade não indígena.

Apesar dessa importância, foi possível observar a falta de informações no mundo acadêmico sobre o estudo que se propunha, quando da busca de reunir dados sobre populações indígenas e seu acesso a um direito humano vital: os serviços de saúde; seus meios e instrumentos utilizados, sendo um deles, o referido agente, objeto de estudo deste trabalho.

Por esta razão, foram necessários estudos complementares para contextualizar a existência dos referidos Agentes de Saúde (AS), a partir de estudos bibliográficos e documentais, a fim de se demonstrar a origem e a história de sua formação, pois sem a visão macro em que este profissional se originou, não seria possível compreender os resultados obtidos sobre sua prática atual.

No primeiro capítulo, então, é feita uma retrospectiva histórica, de forma panorâmica, para localização do tema, pois apesar de serem povos constitutivos do Brasil, pouco é sabido ou difundido a seu respeito.

A seguir, no segundo capítulo, as informações reportadas anteriormente são utilizadas para compreender a construção da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASI) instituída em 2002, vigente até os dias atuais. Tais ações foram estruturadas a partir daquelas iniciadas desde a década de cinquenta do século passado.

Esta abordagem foi necessária para fundamentar a política de saúde indígena no país, possibilitando uma visão de como ela foi estruturada para, em seguida, ser possível demonstrar a utilização dos AIS como instrumento de alcance local de tais políticas.

O terceiro capítulo está baseado em dados estatísticos oficias para caracterizar a questão indígena no Estado de Rondônia, sob o ponto de vista demográfico, especialmente nos dois DSEI, cuja extensão territorial pertence a Rondônia em quase toda sua totalidade e onde está localizado o estudo de caso.

Igualmente foram quantificados os usuários do Sub-Sistema de Atenção a Saúde Indígena (SIASI) utilizando categorias tais como etnia e demografia. A partir disto foi feita a caracterização

da estrutura física de atenção à saúde dada a população indígena estudada, referente aos Distritos Sanitários citados.

Os principais agravos à saúde indígena foram estudados na medida em que resultaram em internações hospitalares, pois somente nestes casos é que se transformam em estatística. Tais dados foram obtidos através da base de dados DATASUS nos anos de 2009 a 2011 no Município de Cacoal, em Rondônia.

O quarto capítulo é uma revisão bibliográfica sobre a etnia Paiter Suruí, utilizando como categoria de análise, as noções de *história*, *evento* e *estrutura social* para conhecimento dos principais eventos relacionados a este povo desde seu contato com a sociedade não indígena, e as transformações socioculturais que se desenvolveram, a partir desse evento, a fim de compreender os fatos geradores do agente intercultural estudado.

O quinto e último capítulo é resultado de um estudo de caso, a partir de trabalho de campo, sobre o uso de terapias tradicionais e biomédicas feitas pelos Paiter, onde também é feita a descrição da atuação de dois AIS, como casos que exemplificam, com sua prática, a função de agente mediador intercultural.

JUSTIFICATIVA

Atualmente os grupos indígenas do Brasil vivem em terras que são verdadeiras ilhas cercadas por *Regionais* (RAMOS, 1986). Suas relações fora das Terras Indígenas – TI com o universo não indígena são muitas vezes orientadas pelas formas culturais dos referidos "não indígenas", inclusive com a predominância do uso da Língua Portuguesa.

A fim de que as urgências dos indígenas pudessem ter atenção, o AIS foi pensado, como um agente intercultural e, desta forma, teria vários papéis não registrados formalmente, sendo talvez, o mais importante deles, tem sido o de constituir-se em ponte entre seu mundo étnico e a cultura "não indígenas".

Ocorre que, para os indígenas dominarem os códigos da sociedade não indígena e assim se tornarem agentes interculturais, necessitariam estar capacitados ou terem quem assim o estivesse para representá-los nas intermediações.

Desta forma, teriam como transitar por mundos culturais diferentes, em condições de dialogar possibilidades de convívio fundamental, até mesmo para sua própria sobrevivência física e cultural.

A pesquisa, cujos dados orientam esta dissertação, foi realizada a partir do estudo de caso, sobre os AIS, visto que estes podem ajudar na construção das interpretações sobre contatos interétnicos entre a sociedade não indígena e a sociedade Paiter Suruí, no que tange a compreensão da formação de um agente intercultural específico.

Compreendendo estas relações sociais a partir da interação social (GEERTZ, 1978) no ambiente da formação, ou seja, a capacitação de indígena em AIS são espaços nos quais horizontes culturais diferentes se cruzam, mas muitas vezes não se comunicam, ou seja, não se conformam em interseções.

Deste modo, a relevância desta dissertação pauta-se na ampliação das informações sobre a importância e a formação de AIS Paiter Suruí, bem como a aplicação dos conhecimentos destes agentes nas ações públicas em favor da saúde indígena.

Do ponto de vista do desenvolvimento social, esta dissertação traz informações que, ampliam os conhecimentos sobre a capacitação de recursos humanos para a saúde indígena e o desafio de formar profissionais capazes de transitar entre os modos tradicionais e biomédicos na promoção da saúde indígena.

Pelo prisma teórico, esta dissertação contribui com vários campos do conhecimento científico, mais especificamente, com o campo da antropologia. Isto porque registra informações

sobre gestão da saúde indígena, no que tange aos pontos mais sensíveis sobre este tema: contato interétnico, diversidade sociocultural e comunicabilidade entre diferentes modos terápicos.

PROBLEMA DE PESQUISA

Quais as possibilidades de ações terapêuticas dos agentes indígenas de saúde Paiter Suruí no contexto do Distrito Sanitário Especial Indígena 32 Vilhena-MT/RO?

OBJETIVOS

GERAL

Realizar um estudo sobre a atuação dos agentes indígenas de saúde Paiter Suruí que atuam na Terra Indígena Sete de Setembro no interior do Distrito Sanitário Especial Indígena 32 Vilhena-MT/RO.

ESPECÍFICOS

Analisar historicamente a construção da política pública de atenção à saúde dos povos indígenas no Brasil.

Identificar a trajetória de formação para se tornar um agente indígena de saúde Paiter Suruí.

Conhecer as possibilidades terapêuticas que os Paiter Suruí utilizam no processo de saúde/doença.

METODOLOGIA DA PESQUISA

A orientação teórica da pesquisa que deu sustentação a esta dissertação foi influenciada por contribuições de três áreas da ciência: antropologia, história e sociologia. A coleta de dados foi realizada em três etapas: a bibliográfica, a documental e a de campo.

A análise de dados foi pautada nas perspectivas: uma que compreende as políticas de saúde indígena como fato social, ou seja, independente da vontade individual, logo todos os indivíduos tem que seguir os valores desse modo de ser, formando o coletivo, geral em uma dada extensão territorial, isto tange sobre o alcance espacial que um determinado valor coletivo tem sobre os indivíduos e coercitiva, pois os indivíduos que não comungam dos mesmos valores dentro do espaço delimitado sofrem punições simbólicas ou/e físicas do grupo (DURKHEIM, 1971).

Devido à situação de contato e da percepção de que as políticas de saúde para povos indígenas se revelam como uma necessidade imposta de maneira externa e coercitiva aos indivíduos e povos indígenas, sendo geral e independente, pois para que os grupos e indivíduos indígenas possam conviver com a sociedade brasileira, se faz necessário saber manejar alguns conhecimentos que o sistema de saúde ocidental pode proporcionar a estes grupos.

Mas, em razão do choque cultural entre dois mundos diferentes em interação não harmoniosa, as noções de saúde como fato social, se aproximam da noção de fricção interétnica (CARDOSO DE OLIVEIRA, 1996). Pois se alicerça na concorrência e dominação de um sistema cultural sobre o outro e isto gera atritos entre estes sistemas simbólicos, que podem se reestruturar a partir do contato, e a introdução de novos eventos na estrutura cultural presente (SAHLINS, 2003).

Outra perspectiva teórica é a de entender as falas de nossos interlocutores como interpretações de *sua* cultura ou da cultura do *outro*, que será interpretado pelo pesquisador (GEERTZ, 1978) que contará também com o procedimento metodológico de análise de dados estatísticos oficiais, no sentido de mensurar as falas dos interlocutores, dados estatísticos e teorias, gerando uma compreensão composta de múltiplas vozes.

A pesquisa foi realizando em três etapas: exploratória, descritiva e analítica. Na primeira etapa foi utilizada pesquisa bibliográfica, pois se pautou no levantamento de material escrito sobre o tema, enfatizando a questão indígena ao longo da História do Brasil, em especial as situações históricas de contato do grupo Paiter Suruí no Estado de Rondônia.

De forma específica, foi realizada pesquisa bibliográfica sobre os agravos à saúde deste povo, que resultaram do contato com a sociedade não indígena e, posteriormente, seguida de pesquisa documental para recolha e análise de dados estatísticos sobre os usuários do Subsistema de Saúde Indígena e dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, que fazem parte de Rondônia, em especial para a etnia Paiter Suruí.

Para isto foram utilizados ainda dados do Sistema de informações da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), e base de dados DADATASUS, com preferência aos dados do município de Cacoal, Estado de Rondônia, onde se localiza a maior parte da Terra Indígena Sete de Setembro.

Realizou-se ainda trabalho de campo, no período de 23 dezembro de 2012 a 04 de janeiro de 2013, tendo como técnicas de pesquisa: caderno de campo, observação participante, entrevistas semi-estruturadas utilizando equipamentos de gravação de voz (aparelho de MP3) com personagens que constroem a política de saúde indígena, ou seja, usuários do subsistema de atenção à saúde indígena e os AIS, pois eram os únicos que se encontravam em área durante a pesquisa, outros profissionais da Equipe Multidisciplinar de Saúde (EMS) estavam ausentes durante o tempo pesquisado. Também foi preparado um relatório fotográfico que mostra as etapas e situações da pesquisa, no corpo da dissertação.

REFERENCIAL TEÓRICO

Os dados obtidos na pesquisa que sustenta este trabalho serão interpretados a partir da compreensão de três das abordagens de pesquisa sobre saúde indígena: uma que trata dos temas como as prevalências de doenças entre grupos indígenas no Brasil (BASTA; ORELLANA, & ARANTES, 2012); a que trata da formação de recursos humanos para atuar na área de saúde indígena especialmente o AIS (ROCHA, 2007, NOVO, 2010, PONTES, STAUFFER & GARNELO, 2012) e, uma terceira, que trata de forma transversal a primeira abordagem, trabalhando concepções indígenas sobre saúde e doença (JUNQUEIRA & PAGLIARO, 2009; PEREZ GIL, 2007; WELCH & COIMBRA JR, 2011).

Nas abordagens referidas acima, a que trata da saúde indígena pela via da epidemiologia é a que possui mais trabalhos, como por exemplo, sobre os Paiter Suruí que foram assolados por epidemias de tuberculose e sarampo nas décadas de 1970 a 1980, sofrendo uma redução em mais de 80% de sua população (FUNAI, 1996), chamando assim, especial atenção dos pesquisadores (COIMBRA JR, 1984; COIMBRA JR & SANTOS 1991; FERRARI, 1995; BASTA, 2004, 2005).

Apesar da existência de tais estudos, não há uma organização elaborada do perfil epidemiológico destes grupos (BASTA; ORELLANA, E ARANTES, 2012), existindo apenas pesquisas isoladas que, quando reunidas, formam uma imagem não muito real de casos epidemiológicos entre populações indígenas no Brasil.

Isto ocorre, entre outras razões, pelo fato de não haver neste país, uma estratégia para atender uma população de 817 mil indígenas, mesmo não sendo este um número expressivo ante o total nacional, visto se constituir em menos de um por cento desse total.

O índice populacional geral indígena poderia se constituir em dificuldade maior ou menor ao se tratar do problema da saúde, mas não seria este o problema se tivesse havido historicamente um cuidado em criar uma política nessa direção baseada na importância histórica das etnias indígenas, e não apenas no fato do perigo epidemiológico representado por elas.

Não fosse o agravante de tal população estar distribuída em mais de 210 etnias espalhadas por todo o Brasil (IBGE, 2012) ainda haveria outra dificuldade a ser reivindicada pela política nacional como desculpa ao descaso: para cada etnia, tem-se um idioma e uma cultura.

A comunicação passou a ser então mais que uma necessidade: passou a ser desculpa exequível sempre apresentada, quando se coloca lado a lado, cada dificuldade apresentada para a implementação de políticas públicas e a busca de intermediadores entre os indígenas e a sociedade do entorno passou a ser imprescindível. É nesse contexto que nascem figuras de intermediação com os AIS.

Profissionais encarregados desta intermediação, para a área da saúde, os AIS, foram sendo cada vez mais necessários, na medida em que, não só o entorno fazia entrar nas aldeias as doenças, mas a aldeia devolvia, através do contato, as próprias enfermidades adquiridas.

Estas doenças adquiridas muitas vezes já estavam controladas ou tidas como praticamente superadas na sociedade indígena, mas o risco de reincidência pela via do contato sensibilizou o poder público e fez com que as políticas, ainda que timidamente, pudessem estar visíveis na história dos cuidados com a saúde indígena, nas chamadas áreas remotas.

No âmbito das prevalências das doenças, é possível constatar que as populações indígenas no Brasil ainda têm, como maiores agravos a seu estado de saúde, as doenças parasitárias e as doenças respiratórias que, somadas, correspondem a 26,5% dos agravos à saúde (BASTA; ORELLANA & ARANTES, 2012).

Porém percebe-se também que está ocorrendo uma mudança no perfil das doenças nos povos indígenas no Brasil, que agora inclui doenças no aparelho circulatório e doenças degenerativas além daquelas doenças sexualmente transmissíveis (DST), devido ao contato com a sociedade não indígena e a interiorização das DST e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), as populações indígenas passaram a ficar em zona de risco (BRASIL, 2000).

Estudos indicam que esta, transição epidemiológica, estão associadas as mudanças na dieta e na forma de obter alimentos, pois de modo geral os povos indígenas passaram a consumir maiores quantidades de produtos industrializados devido às trocas e ao comércio com a sociedade não indígena o que acarretou em menos esforço físico na obtenção de alimentos mais calóricos (BASTA, ORELLANA & ARANTES, 2012).

Nos casos citados, não se vê a presença de AIS ou agentes similares intermediando soluções. É importante registrar que os estudos não geram políticas públicas emergenciais com a necessária eficiência para coibir tais manifestações nefastas do contato intercultural, nas quais a previsão da existência de um agente poderia ser de fundamental importância.

Inclusive para isto, a própria formação do AIS já deveria ser objeto de estudo, como solução, em condições de igualdade, aos estudos sobre os problemas de saúde. Isto porque a própria necessidade de formação desse profissional, demandaria reflexão acadêmica e análise cuidadosa de como deveria ser sua capacitação para o importante trabalho que desempenha.

Além destes tipos de temas mais vinculados, cada qual de uma forma, a uma situação extrema, seja pela quantidade de vítimas, caso da tuberculose; seja pela qualidade da causa mortis, caso do suicídio, apenas duas etnografias que resultaram em dissertações de mestrado, apontaram que a escolaridade dos AIS não é a única variável envolvida no processo de formação de um AIS.

Foi o que constatou Rocha (2007) no estudo sobre os agentes indígenas de saúde no Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Negro e Novo (2010) no Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Xingu.

Rocha (2007) constatou que no Alto Rio Negro os AIS que atuavam em área podiam ser divididos em duas categorias uma dos antigos que se transformaram em AIS antes da política de distritalização da saúde indígena, estes atuavam na prevenção e promoção da saúde indígena de forma voluntária ou não.

Neste percurso profissional estes AIS aprenderam conhecimentos biomédicos e detinham uma escolarização mais baixa que os novos AIS, porém apresentando maior prática na área da saúde.

A formação tanto dos novos quantos dos antigos AIS se deram em curso de curta duração e foram ofertados de forma descontinuada por Universidades, Organizações Não Governamentais (ONG) e pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA).

Os novos AIS são os que iniciaram o trabalho no pós-distritalização da saúde indígena, ou seja, após a II Conferência Nacional de Saúde do Índio em 1993, quando dividiu-se, o espaço brasileiro ocupado por povos indígenas em Distritos Sanitários Especiais (DSEI), que são unidades administrativas com base territorial e geridos a princípio pela FUNASA.

Além da diferença no nível de escolaridade, também houve diferenciação na forma de trabalhar: os novos AIS, ao contrário dos seus antecessores, não mais aplicavam injetáveis e não prescreviam medicações, passando a ter uma função de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) como previsto pela Organização Mundial de Saúde (LANGDON et al, 2006), atuando na prevenção através da educação, pois estes profissionais sempre estiveram mais próximos dos usuários do sistema de saúde e isto possibilitou um maior diálogo entre suas práticas de saúde e as consideradas como sendo as “ocidentais”.

Após 1993, os AIS passam a ter função educativa informando a população de sua área de atuação sobre alguns procedimentos para evitar enfermidades e também produzem relatórios sobre a existência de pessoas doentes na sua área de atuação bem como quais agravos à saúde ali existem.

Deste modo, o novo AIS passou a ser um elemento estratégico para educação em saúde e relator das doenças e possíveis casos de epidemias em suas áreas de atuação para que a Equipe Multidisciplinar em Saúde (EMS) pudesse tomar as decisões de como atuar.

Novo (2010), ao proceder seu estudo sobre o DSEI Alto Xingu, também constata que a escolarização não é o único fator para a formação dos AIS neste DSEI. Seu processo literalmente de seleção envolve redes de relações pessoais, prestígio com a liderança e escolaridade, pois neste contexto os AIS são visto mais como distribuidores de bens e serviços.

Verificou-se que no caso do Alto Xingu os AIS são elementos importantes para articulação entre os serviços de saúde e a comunidade, porém os AIS não atuam intensivamente na prevenção ou na promoção da saúde indígena, pois os próprios indígenas no contexto Alto Xiguano procuram os profissionais de saúde como médicos, enfermeiros e auxiliar de enfermagem para tratar das doenças que desconhecem, por entenderem que estes profissionais possuem maiores conhecimentos.

Procuram pajés e curandeiros para tratar das doenças do espírito por tradicionalmente serem eles conhecedores destas terapêuticas. Os AIS no contexto Alto Xinguano têm duas funções básicas: de distribuidores de produtos como remédios e de prestadores de serviços como tradutores das línguas faladas no Alto-Xingu para o português.

Langdon et al (2006) examina os resultados de pesquisa sobre os AIS – membros integrantes da EMS, nas Terras Indígenas Xapecó e Laklãnõ em Santa Catarina DSEI Litoral Sul, cujo papel é definido na atenção básica de saúde como mediador entre os saberes e práticas de atenção à saúde tradicionais e biomédicos.

Os autores verificam que há poucos cursos de capacitação, bem como uma provável inadequação daqueles oferecidos pela FUNASA. Encontraram vários AIS de ambas Terras Indígenas realizando cursos de auxiliar de enfermagem por esforço próprio ou terminando o Ensino Médio com intenções de realizar tal curso. A iniciativa dos AIS em buscar sua profissionalização fora das TI mostra por si a necessidade do investimento na sua formação.

Assim, dependendo do sistema cultural que o AIS adotar, em contexto de possibilidades terapêuticas (PEREZ GIL, 2007), para interpretar as relações de saúde e doença ele escolherá as terapêuticas necessárias ao tratamento do enfermo. Rocha (2007) demonstra no caso do DSEI Alto Rio Negro com a etnia Baniwa que os AIS estão dentro de uma estrutura burocrática no interior da EMS em uma posição hierárquica inferior, sendo assim, mais passivos de obedecerem aos critérios biomédicos de tratamento de saúde e doença.

Novo (2010), no caso Alto Xinguano constata que os AIS conhecem as terapêuticas tradicionais e biomédicas e escolhem qual usar dependendo do caso a ser tratado. Também encaminharam os pacientes para os especialistas das áreas tradicionais como os pajés, e para os especialistas das áreas biomédicas como os enfermeiros.

Deste modo a atuação do AIS está condicionada ao conhecimento que ele detém sobre o tratamentos de saúde e o contexto da execução do trabalho, pois nos dois casos, a posição hierárquica em que o AIS se encontra, somada à lógica biomédica dominante no interior da EMS, forçam o AIS a adotar as formas terapêuticas biomédicas como um fato social (DURKHEIM, 1971).

CAPITULO I

A QUESTÃO INDÍGENA NA LEGISLAÇÃO E NA POLÍTICA BRASILEIRA: UMA VISÃO PANORÂMICA

As abordagens da questão indígena devem ser vistas a partir das transformações jurídicas ocorridas ao longo destes mais de 500 anos de colonização europeia na América, pois demonstram como os grupos indígenas foram pensados, embora deva-se considerar as legislações apenas como modos ideais de pensar e não como os únicos e verdadeiros (PERRONE-MOISÉS, 2002).

Entre os séculos XVI e XVIII, os povos indígenas foram pensados como um elemento a ser salvo do ponto de vista religioso, político e social, ou seja, os indígenas tinham alma. Deveriam e podiam ser salvos.

Assim sendo, a religião era a porta de entrada ideológica para a conquista de almas e territórios que se traduziam em riquezas para o reino conquistador. O indígena passa a ser alvo de um processo civilizatório que implicaria a sua conversão ao modo de vida do europeu. Para isto as ordens religiosas tiveram fundamental participação na aplicação dessa legislação (PERRONE-MOISÉS, 2002).

Eram os religiosos quem poderiam realizar, da melhor maneira, a salvação dos indígenas através dos aldeamentos, espaços onde poderiam ser aglutinados para serem instruídos na cultura do europeu.

Os aldeamentos também serviam como fonte de produção econômica pelo trabalho dos indígenas e como forma de proteção de ataques de outros grupos hostis ou de outros povos europeus. Do ponto de vista jurídico, os indígenas aldeados eram amigos, tinham o *direito* de viver *em liberdade* e eram reconhecidos como *donos* (sic!) da terra (PERRONE-MOISÉS, 2002).

Em oposição aos grupos indígenas aldeados, existiam aqueles que resistiam à conquista europeia. Estes eram vistos como hostis e perigosos. Para eles a legislação previa a *guerra justa*, a fim de concretizar os ideais de ocupação do espaço colonial. Aqueles capturados em tais guerras poderiam ser escravizados legalmente.

Assim como os cativos resgatados, ou seja, indígenas que estavam em poder dos grupos hostis e foram salvos, esta categoria, em retribuição, tinha que prestar serviço compulsório ao seu "salvador" (PERRONE-MOISÉS, 2002).

Durante o período colonial, a legislação aplicada aos indígenas do Brasil pendeu, ora para justificar sua escravidão, ora para legislar sobre seus direitos básicos, em especial, sobre sua liberdade.

Isto se devia ao fato de existirem no Brasil diversos grupos étnicos que reagiam à colonização e ao colonizador, assim como outros personagens da época que, de formas diferentes, também estavam interessados no processo de colonização (PERRONE-MOISÉS, 2002).

Cabe lembrar que a fonte de proteção e produção dos religiosos eram os grupos de aldeados e, para os colonizadores ou moradores, interessava retirar dos religiosos o monopólio do uso da força de trabalho indígena, assim, as guerras indígenas lhes interessavam para a captura desses braços para a produção (PERRONE-MOISÉS, 2002).

Estes dois grupos, religiosos e moradores, acaloraram e influenciaram a construção da legislação, sobre que tratamento deveria ser dado aos povos indígenas no Brasil: ora eles (os indígenas) eram vistos e encarados juridicamente como aqueles que possuíam a liberdade e precisavam ser salvos pelos descimentos e aldeamentos dando proteção e alimentos para os conquistadores; ora eles eram vistos como hostis, selvagens, perigosos que deviam ser escravizados legalmente para concretizar a colonização e o desenvolvimento do território colonial.

No século XIX, com as idéias científicas positivistas e a transferência da Corte Portuguesa para a então colônia -o Brasil - este passa a ser o centro do poder e da intelectualidade portuguesa, mudando seu status para “Reino Unido”. Neste contexto, os grupos indígenas passam a ser objeto de pesquisas científicas (CARNEIRO DA CUNHA, 2002).

Estas pesquisas de cunho evolucionista tinham por intuito descobrir, nos grupos indígenas, a infância da humanidade, pois estes representavam o estágio inicial da evolução das sociedades, como um elo perdido da humanidade que a ciência poderia estudar para descobrir as leis de sua evolução (SCHWARCZ, 2001).

Assim, as primeiras visões sobre os indígenas no Brasil, no século XIX, eram de seres humanos que estavam atrasados no tempo e testemunhavam apenas o passado distante dos civilizados. As noções sobre raça também concorriam com os evolucionistas no campo da ciência do século XIX para explicar as diferenças entre os seres humanos (SCHWARCZ, 2001).

No século XIX, o Brasil experimentou pelo menos três momentos políticos: primeiro é sede da coroa portuguesa; depois passa a ser um império independente e, por fim, se torna uma república. Nestes três momentos históricos, os grupos indígenas vão ter diretos e deveres diferentes nas legislações.

No primeiro momento do século XIX, a legislação continua a mesma da política Pombalina, em que são considerados donos da terra que habitam, mas tinham que ser reduzidos aos aldeamentos no intuito de criar uma *sociedade civilizada*. Os indígenas deveriam ser bem tratados e ter sua autonomia preservada (CARNEIRO DA CUNHA, 2002).

No período de 1845, o Império prevê, em sua legislação, os indígenas como órfãos, onde um juiz responderia por eles. Assim, esses povos perderam, juridicamente, a autonomia de reivindicar seus direitos. Segundo Carneiro da Cunha (2002), antes desse período, alguns indígenas reivindicavam seus direitos e, em alguns casos, até tinham êxito.

Coincidência ou não, após 1845 não se viu mais casos em defesa dos grupos indígenas (CARNEIRO DA CUNHA, 2002). Anterior a este formato de lei que tutela os grupos indígenas no Brasil, o governo imperial cria a lei de terras do Brasil, que prevê como devolutas as terras de indígenas que foram exterminados em guerras e aquelas terras das quais foram retirados para formar os aldeamentos.

Assim, há as transformações de antigas terras ocupadas pelos indígenas em terras devolutas, cobiçadas por uma sociedade que estava em pleno processo de marchar para o interior através das frentes de expansão agrícola. Retirar o indígena de forma legal destas referidas frentes tornou-se fator básico da economia e da política agrária do Brasil (CARNEIRO DA CUNHA, 2002).

Para os aldeados, a lei das terras também previa: se eles vivessem misturados aos não indígenas de uma forma que não se pudesse mais distingui-los - culturalmente nem fisicamente - ou seja, quando estivesse assimilado à sociedade nacional, o Império mandaria incorporar as terras de antigas aldeias aos próprios não indígenas (CARNEIRO DA CUNHA, 2002).

Desta forma, o espólio das terras dos indígenas no século XIX estava previsto na sua base legal e obedecia ao seguinte ritual: a) redução dos indígenas em aldeamentos e distribuição de suas terras desocupadas para os regionais (não indígenas) e; b) estímulo ao convívio dos não indígenas com os indígenas por anos nos aldeamentos e depois legislar sobre sua assimilação na sociedade nacional, passando suas terras para os não indígenas. Obedecendo a estes processos jurídicos e políticos, os indígenas eram espoliados de suas terras na forma da lei (CARNEIRO DA CUNHA, 2002).

Com o fim do Império, em 1889, se inicia o período republicano, sob uma lógica positivista, com a transformação do país em uma República laica. Nela os diferentes grupos indígenas poderiam ser incorporados à sociedade nacional, como pequenos agricultores e, posteriormente, como população rural, além de ocuparem os sertões e as fronteiras com os países vizinhos (LIMA, 2002).

Com esta crença de que os indígenas se transformariam em um brasileiro “civilizado” nos moldes europeus, a produzirem alimentos para o progresso da nação além de defensores das fronteiras nacionais, ao ocupá-las. Houve assim uma nova importância para os indígenas que

passaram a ter uma tríplice função: ocupar, produzir e – por que não - defender o território nacional (RIBEIRO, 1982; LIMA, 2002).

Com uma nova visão sobre as populações indígenas, o governo republicano monopoliza para si a questão da proteção e assistência aos indígenas, primeiramente através do Serviço Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais (SPILTN), e posteriormente se torna o Serviço de Proteção ao Índio-SPI (LIMA, 2002),

Criado em 1910, tendo o Marechal Rondon como um dos seus grandes idealizadores, o SPI, durante sua existência, esteve ligado a vários ministérios do Governo Federal, transitando entre Ministérios tais como os que se preocupavam com temas diversos tais como: a agricultura, segurança nacional ou integração regional (LIMA, 2002).

O SPI tinha uma metodologia para abordar e lidar com os povos indígenas, consistindo em três momentos ou três postos: a) posto de atração, vigilância e pacificação, que tinha a função de atraí-los de modo a despertar neles o desejo de compartilhar o progresso que a sociedade nacional atingiu; b) posto de assistência, nacionalização e educação, que eram implantados em locais de grupos indígenas pacificados, sendo estes fixados no espaço de forma sedentária para a produção de gêneros alimentícios (LIMA, 2002).

Nestes postos também tinha que ser ofertada educação para nacionalizar os indígenas, assim como para repassar técnicas agrícolas e; c) o posto indígena de fronteira, responsável pela atração de grupos indígenas próximos dos limites das fronteiras internacionais (LIMA, 2002).

Para melhor administrar o espaço no qual os grupos estavam distribuídos, o governo criou um dispositivo técnico-administrativo chamado *Território Indígena*. Neste território estão localizados determinados grupos que possuem os postos indígenas correspondentes a seu grau de integração na sociedade nacional (LIMA, 2002).

Com o SPI é que se cria o Parque Nacional do Xingu, um território capaz de abarcar diversas populações indígenas sob sua tutela, criando-se a perspectiva de que era possível ter um território indígena demarcado fisicamente para a proteção desses povos, da fauna e da flora, ou seja, uma estufa de conservação sócio-ambiental (LIMA, 2002) e, por que não dizer também, humana.

Além disso, com esta nova perspectiva político-administrativa, se insere a noção de Terra Indígena, na qual o indígena poderia viver protegido da sociedade não indígena. O SPI também cria uma seção de Estudos importante para produção de conhecimento etnológico no Brasil (LIMA, 2002).

O SPI encerra suas atividades em 1967, em razão de denúncias de genocídio, mas deixa um legado de experiências e teorias de como lidar com os grupos indígenas no Brasil. A instituição

herdeira das experiências e teorias do SPI é a então criada Fundação Nacional do Índio (FUNAI), que passa a ter a tutela legal dos grupos indígenas no Brasil.

Os militares controlaram o país em 1964 e, em consonância, controlaram a política indigenista, que passou por quatro fases: a primeira fase, com o SPI, de 1964 a novembro de 1967, foi a etapa de expurgo dos quadros mais políticos e antropológicos do órgão (GOMES, 1991).

A segunda fase começa com a criação da FUNAI, em 5 de dezembro de 1967; mais produtiva, conseguiu demarcar diversas áreas indígenas, criou o Estatuto do Índio (que previa a demarcação de todas as áreas indígenas em um prazo de cinco anos) e promoveu a profissionalização dos agentes indigenistas.

A terceira fase coincide com os cinco primeiros anos do governo Figueiredo (1979 a 1984) e é o tempo dos coronéis. Com pouco tempo de duração para cada um dos quatro coronéis e dois civis que presidiram a FUNAI, esta foi a época da desmoralização administrativa do órgão (GOMES, 1991).

Poucas terras foram demarcadas, parou-se de fazer cursos de indigenismo e foi iniciado um período de corrupção pessoal e desleixo pela causa indígena. Por fim, os índios começaram a exigir participação no órgão (GOMES, 1991).

Neste período, a FUNAI perdeu sua autonomia no processo de reconhecimento das terras indígenas e foi alvo fácil para o chamado “grupão”, constituído pelos Ministérios da Reforma Agrária, Interior, Agricultura e pelo Conselho de Segurança Nacional, que passaram a julgar a validade ou não de demarcar áreas indígenas (GOMES, 1991; OLIVEIRA FILHO, 1999).

A quarta fase começou em junho de 1984, quando os indígenas da etnia Txukarramãe ou Kayapó-Metuktire conseguem evitar o desmembramento do Parque Indígena do Xingu pelo seqüestro de vários funcionários da FUNAI (GOMES, 1991).

Assim o Estado cria e mantem um órgão que oficialmente representa os interesses indígenas na União, mas que não consegue, de forma satisfatória, cumprir suas atribuições legais (GOMES, 1991), até o presente, devido os diversos interesses políticos e econômicos que orbitam em torno das Terras Indígenas, aliado a um preconceito étnico sobre esta população no Brasil.

Uma parte da história indígena no Brasil tem sido decidida fora das áreas de contato interétnico (CARDOSO DE OLIVEIRA, 1996), ou seja, fora dos espaços de contatos entre indígenas e não indígenas, e correspondem ao centro de poder político: Portugal, na época da colônia; Rio de Janeiro (capital do Brasil à época) durante o Império, na primeira Republica e na ditadura de 1930-1945; Brasília (nova capital do Brasil), construída no Governo Republicano de 1950 e sede ditadura militar de 1964-1984 e na chamada Nova República até os dias atuais.

Nesta nova fase democrática, que se inicia em 1988 com a promulgação da Constituição Federal (CF) do Brasil, a questão indígena depende tanto da capacidade de mobilização dos próprios grupos indígenas quanto dos cidadãos brasileiros que nunca viram um indígena (GOMES, 1991), a fim de haver uma manutenção do equilíbrio político.

Então, se a concretização de uma democracia no Brasil necessita da mobilização da sociedade em geral para impedir a concentração de poder político, para os indígenas uma democracia é de extrema importância, por mais que seus problemas e representantes estejam longe fisicamente de onde se processam as tomadas de decisões políticas. Segundo Mércio Gomes:

> Os índios são obviamente os mais interessados em que o país tenha uma política indigenista humanista e democrática [...] Majoritária, essa sociedade civil é urbana ou urbanocêntrica (*sociedade brasileira*), compartilhando dos conhecimentos gerais da modernidade e das maneiras de identificação social e pessoal próprias [...] O povo em geral compreendeu [...] que a incipiente e frágil democracia brasileira só existiria se fosse extensiva a todas as minorias, especialmente um que tem em si atributos irrefutáveis de direitos originários. A partir de 1978 começaram a ser criadas associações e comissões de apoio à causa indígena [...] Ninguém tem duvida, hoje em dia, de que, sem a garantia do seu território, não há sobrevivência para o índios. Mas ninguém tem certeza de que só basta esta garantia. [...] O movimento indígena propriamente dito, que também surgiu no bojo dos acontecimentos que geraram o movimento indigenista, é o herdeiro legitimo da consciência atual. Já produziu alguns efeitos importantes, dos quais o mais visível foi, sem duvida, a eleição do deputado federal Mario Juruna. A criação da União Indígena (UNI) é também um marco desse movimento. (GOMES, 1991. P. 135, 198, 200, 203, 204, 205,e 206)

A organização política de grupos de interesses é fundamental, para uma sociedade fazer a manutenção da democracia. Na questão indígena podemos ilustrar a situação de evolução quantitativa das organizações indígenas registradas em cartório, ao longo de 12 anos, a partir de dados de Ricardo Carlos (1995).

Os grupos indígenas iniciam suas formas de representação política nos termos ocidentais em 1982 e suas experiências em contruções de organizações de representação política evoluem nos anos que se aproximam da proclamação da Constituição Federal.

Nos anos após a Constituinte, se verifica o máximo de organizações de representação política com registro em cartório e, nos anos que seguem, há pouca variação até 1993-1994, quando o número de organizações indígenas com registro em cartório cai. (RICARDO, 1995).

Convém registrar que a maior parte destas organizações se concentra no Estado do Amazonas (50%), Mato Grosso (12,5%), Rondônia (5,5%), Acre (4,16%), Tocantins (4,16%), Roraima (4,16%), Bahia (4,16%), Rio Grande do Sul (4,16%), Amapá e Pará ambos com 2,77%) (RICARDO, 1995).

Regionalmente, os Estados que compõem a região da chamada “Amazônia Brasileira” possuem a maior quantidade de organizações indígenas e também a maior população indígena, sendo que as organizações aparecem no cenário político desde 1982; no nordeste do Brasil, apenas em 1992; na região sul, segundo Ricardo (1995), não tem data de fundação.

Ao se estudar organizações de representação política indígenas com registro em cartório é necessário também se estudar as organizações de apoio aos povos indígenas que também ajudam a construir o movimento indígena no Brasil.

As organizações de apoio a esses povos surgem antes das organizações indígenas, devido a esta forma de organização política ser típica do ocidente e não das populações indígenas do Brasil.

Assim, temos em 1969 a primeira organização de apoio aos povos indigenas, chegando em 1979 ao seu pico e descrescendo no ano seguinte, e variando nos outros anos (RICARDO, 1995).

Esta queda e variação coincide com os anos de inauguração das organizações indigenas. Uma explicação deve-se pela auto-representação dos povos indígenas. Das 27 organizações de apoio aos povos indígenas, 11 se localizam na região amazônica, 10 na região centro-oeste, 10 na região Sudeste, 06 na região nodeste e 05 na região sul (RICARDO, 1995).

Desta forma, podemos constatar que as organizações de apoio aos povos indígenas estão distribuidas em todas as regiões. Estes dois grupos de atores políticos, indígenas e organizações indigenistas, têm lutado pela democratização do Brasil e pelos interesses, quanto aos direitos e acesso às politicas públicas para as minorias étnicas no Brasil.

Esta pequena digressão histórica se fez necessária para ser possível compreender como os indígenas eram, foram e são vistos hoje pela política e pelo direito brasileiro, suas metamorfoses jurídicas e aplicações políticas, mas principalmente, para compreender as formas como foram e são as relações sociais da população brasileira e das populações indígenas, próximas ou distantes das áreas indígenas, como sendo os elementos básicos construtores do presente e do futuro desses povos e da própria sociedade nacional.

A partir das formas como os indígenas foram enquadrados no direito brasileiro foram-lhes atribuídas políticas de relações sociais nas quais o Estado (Coroa portuguesa, Império brasileiro, Repúblicas, Ditaduras Militares) estimulou ou inibiu a ação de grupos ou de indivíduos não indígenas a se relacionarem com os povos indígenas.

No período de democracia que o país está passando, os mais de 210 grupos indígenas (IBGE, 2012) que vivem no território brasileiro tiveram seus direitos à diferença reconhecidos na Constituição Federal, no artigo 231 (BRASIL, 2005), que dispõe sobre o direito de terem suas terras demarcadas, principal ação da política indigenista desde a criação do Estatuto do Índio, em 1973 (GOMES, 1991).

Demarcar as TI é uma necessidade real para sobrevivência física e cultural dos povos indígenas, mas não é a única (RIBEIRO, 1982; RAMOS, 1986; GOMES, 1991). A gestão das terras indígenas pelas próprias etnias se desenha como uma necessidade para o fim da tutela real do Estado sobre os indígenas e um exercício de cidadania e democracia para a sociedade brasileira.

Por isso, as políticas públicas para as populações indígenas, especialmente as voltadas à saúde indígena e a educação escolar indígena, por exemplo, precisam ser bilíngues, respeitando os processos próprios de ensino e aprendizagem de cada etnia, como indica a C.F de 1988 em seu artigo 210 (BRASIL, 2005).

Desta forma é importante enfatizar que a Política Nacional de Atenção a Saúde Indígena (PNASI) de 2002, e as Diretrizes para uma política nacional de educação escolar indígena de 1993, se constituem hoje nos dispositivos legais possíveis para criar espaços de diálogo interétnico (CARDOSO DE OLIVEIRA, 2000) entre os interesses indígenas e a sociedade envolvente.

Mas também é preciso uma vista às críticas feitas às políticas públicas que reconhecem a diferença étnica por exemplo: Dias e Alonso (COLLER, 2003), argumentam que a educação escolar indígena, apenas parece voltada para a tolerância e o respeito, porém visaria, na verdade, a encobrir os profundos conflitos e as estruturas de poder existentes na sociedade mais ampla na qual as sociedades indígenas estão inseridas.

Antes das diferenças culturais o que existe é desigualdade de poder. A posição crítica defendida por estes autores quando denunciam que esses projetos de educação escolar intercultural não atingem realmente a meta da inclusão ativa da população indígena no cenário político e econômico é valida, porém as relações políticas entre as etnias e a sociedade envolvente não podem ser vistas de uma forma determinista.

Estes novos espaços, como a escola indígena, ao serem bem utilizados, podem ser recebidos como vitórias. É o caso analisado por Weigel (2000) no Alto Rio Negro com o povo Baniwa, na qual a escola é apropriada pelos Baniwa como reduto de resistência cultural e política através do ensino da cultura ocidental e da própria cultura.

Assim é possível pensar e acreditar que a escola possa ser este exemplo de espaço de diálogo interétnico, no qual a educação formal é o capital cultural que as populações indígenas necessitam para dialogar com os códigos, valores e língua dos não indígenas.

Fato igual não poderá ocorrer em escola que, por suas características, tenha selecionado majoritariamente conhecimentos ocidentais em seu currículo escolar, fazendo o sistema de ensino brasileiro se mostrar hegemônico e desproporcional na produção e reprodução de bens simbólicos (BOURDIEU, 1996).

No que tange às formas de apropriação dos conhecimentos sobre saúde e doença, a partir de estudos sobre saúde indígena (COIMBRA JR, SANTOS & OTT, 1991), se constata que os mesmos estão se apropriando dos conhecimentos e práticas ocidentais de forma majoritária o que se assemelha as críticas de Diaz e Alonso, das novas formas de colonizar as diferenças culturais pelas políticas públicas que encobrem as diferenças políticas e econômicas.

Em outra perspectiva, tais estudos realizados pelos autores podem demonstrar que tais doenças tratadas por meio ocidentais não eram tradicionais destes povos indígenas tais como: a tuberculose e o sarampo.

Segundo o estudo de Novo, (2010) os indígenas do Alto Xingu, por exemplo, tratam suas doenças tradicionais com terapêuticas do seu repertório étnico, dispensando muitas vezes os conhecimentos e medicamentos ocidentais, é muito provável que exista um silenciamento (SOUSA SANTOS, 1996) dos conhecimentos e terapias dos povos indígenas no Brasil.

Então um primeiro passo já foi dado que é a garantia jurídica dos conhecimentos étnicos sobre saúde e doença dos mais de 210 povos que habitam o território brasileiro, porém a garantia jurídica expressa na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas ainda não se concretizará devido à necessidade de recursos humanos para realizar tal fim.

CAPITULO II

O DESENVOLVIMENTO DE UM MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDIGENAS NO BRASIL

A atenção à saúde dos povos indígenas no Brasil é algo recente, assim como praticamente todo o modelo de atenção à saúde da população brasileira. Para compreender como se dá a execução de uma política, é preciso ter claro seus antecedentes, assim como o entorno que a produziu.

Para isto, neste capítulo, o resultado de estudo bibliográfico realizado contextualiza o produto da pesquisa documental feita sobre as quatro Conferências Nacionais de Saúde Indígena.

A importância de tais Conferências é o fato de ter produzido impacto significativo na Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena, tendo por base a Lei nº 9.836 de 23/09/1999, que ficou conhecida como Lei Arouca (BRASIL,1999).

Apesar de se considerar que este é um avanço significativo, este torna-se minúsculo se considerada a dívida histórica de ausência do Estado face a tais povos, em especial no quesito atenção à saúde indígena.

Este descaso remonta aos tempos da colonização, como visto no capitulo anterior, em especial porque, muitos destes problemas, foram oriundos do próprio contato com a sociedade do entorno.

Só nos anos cinquenta, especificamente em 1952, surgiram as primeiras tentativas promovidas pelo Estado brasileiro, através de um plano para a defesa dos indígenas contra a tuberculose, elaborado pelo médico e sanitarista Noel Nutels (SANTOS et al, 2008).

As ações foram realizadas por meio do Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), pois os indígenas estavam dentro da chamada *noção de áreas remotas:* estavam fora do alcance dos meios habitualmente utilizados para imunização, mas necessitavam receber vacina para erradicação de algumas doenças.

Estas ações sanitárias eram esporádicas e se concentravam em doenças especificas como a tuberculose (BRASIL, 2002), pois não era uma política de saúde consistente e sistêmica a essa parcela da população. Na verdade envolvia a população do país e, se atingia os povos indígenas, era muito mais pela preocupação de que, ao serem contaminados, pudessem novamente contaminar a sociedade do entorno.

Desta forma, de 1950 até 1966, foram estas as ações de saúde pública promovidas pelo Estado. Só em 1967, com a criação da FUNAI, as questões da saúde passaram a ser de

responsabilidade desta autarquia, que criou as Equipes Volantes de Saúde (EVS), para cuidar das ações específicas.

Ainda assim, a forma de atuação das equipes era de assistencialismo médico, com aplicação de vacinas e supervisão do trabalho do pessoal de saúde local, geralmente auxiliares ou atendentes de enfermagem (BRASIL, 2002).

Com o passar do tempo, os profissionais das EVS se fixavam nos centros urbanos, nas sedes das administrações regionais, e a sua presença nas aldeias se tornava cada vez mais rarefeita. Os servidores menos qualificados ficavam lotados em postos indígenas, executando ações assistenciais curativas e emergenciais sem qualquer acompanhamento.

Era frequente que funcionários, sem qualificação alguma na área da saúde, prestassem atendimentos de primeiros socorros ou até de maior complexidade, devido à situação de isolamento no campo (BRASIL, 2002).

O modo de atenção médico assistencialista e sem planejamento prestado pela FUNAI foi um dos fatores que motivou diversas críticas, sobre a forma de prestação de serviços em saúde implementada por essa Fundação. Tais críticas ganharam força quando os indígenas se uniram ao movimento social da reforma sanitária da saúde pública no Brasil e transformando tais críticas em reivindicações resultando em visibilidade política.

Deste modo, a atenção à saúde dos indígenas no Brasil passou por diferentes momentos históricos de ausência e emergência de ações de saúde pública, até se desenvolver, em 2002, a PNASI.

Este processo foi desenvolvido através de grupos políticos de indígenas e não indígenas desde a década de 1980, quando se inicia as discussões para implementação do Sistema Único de Saúde no Brasil, no interior da chamada reforma sanitária (SANTOS et al, 2008).

Alguns grupos reivindicavam uma política de saúde diferenciada expressa pelas quatro Conferências Nacionais de Proteção à Saúde do Índio que ocorreram em 1986, 1993, 2001 e 2007.

A primeira Conferencia Nacional de Proteção à Saúde do Índio ocorrida em 1986 abordou a seguinte discussão:

> Assegurar o respeito e o reconhecimento das formas diferenciadas das nações indígenas no cuidado com a saúde; ao nível local, os serviços devem fundamentar-se na estratégia da atenção primária à saúde, respeitando as especificidades etnoculturais das nações envolvidas. (...) estímulo à formação de pessoal em saúde, nas próprias comunidades envolvidas, dos diversos níveis (agentes de saúde, auxiliares de enfermagem, enfermeiros, etc.) garantia de vagas para pessoas indígenas em Universidades Públicas brasileiras, nos cursos de formação de saúde, à semelhança dos convênios de cooperação internacional já em prática. (I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, 1986).

A primeira CNPSI aplicou a noção de saúde da OMS, para a saúde indígena, ressaltando o aspecto da diferenciação cultural. Assim, não se entende saúde como ausência de doença, mas um

bem estar físico, mental e social. Desse modo, a nova política de saúde, em construção para os povos indígenas, passou a ter que garantir estes tipos de bem estar.

Em 1993 os debates foram além com as seguintes abordagens:

> A II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (II CNSPI). (...) teve como objetivo a definição das diretrizes da Política Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, em conformidade com o processo de consolidação do Sistema único de Saúde e incorporação no mesmo de um sub-sistema diferenciado de saúde para os povos indígenas. (...) que deve, obrigatoriamente, levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura indígena. (...) O modelo de atenção à saúde indígena deve se pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando a assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras e integração institucional (...) O modelo assistencial para atenção à saúde indígena tem como base o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI). O Distrito Sanitário Especial Indígena deve ser caracterizado por: Base territorial definida por critérios étnicos, geográficos, epidemiológicos e de acesso aos serviços; (...) O treinamento básico e reciclagem para profissionais de saúde em áreas indígenas deverão compreender conhecimentos de lingüística, cultura e técnicos específicos de atenção à saúde de cada etnia. (...).

Na segunda Conferência de Atenção a Saúde dos povos indígenas, o documento expressa que um elemento estratégico para manutenção e materialização da política de atenção à saúde, a esta parcela da população brasileira, é a legitimação legal da categoria profissional de AIS, que poderia articular os dois sistemas de atenção à saúde, o biomédico e o tradicional de acordo com a etnia.

> Reconhecendo a importância e a necessidade dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS), (...) Que o Ministério da Saúde (MS) reconheça a categoria profissional de Agente Indígena de Saúde, regularizando-a e inserindo-a no sub-sistema diferenciado de atenção à saúde do índio. O AIS deve ser um profissional bem capacitado nas questões técnicas e deve cuidar da promoção social da comunidade, tendo consciência de sua responsabilidade no lidar com a vida humana e servindo como elemento de reforço e autonomia dos povos indígenas. Devem ser contemplados níveis diferenciados de competência para os AIS adequados às capacidades e interesses individuais, bem como aos diferentes graus de contato das comunidades. A formação deve ser um processo de complexidade crescente, com reciclagem e supervisão permanentes, realizado nas comunidades e que contemple as abordagens das medicinas tradicionais, ocidental e outras formas de tratamento. (...) A indicação, seleção e avaliação do desempenho dos AIS devem ser feitas pela comunidade indígena segundo seus próprios critérios, conforme a realidade local, associados aos dos NISI e/ou DSEI. Dispensa-se aos AIS a obrigatoriedade da escolaridade formal (...). A formação dos AIS deve contemplar conteúdo e metodologia definidos pelos NISI e/ou DSEI de acordo com o perfil epidemiológico, organização sociocultural da comunidade e a sua medicina tradicional, privilegiando atividades de promoção à saúde, preventivas e curativas. (...) Respeitar a medicina tradicional na sua totalidade, na figura do pajé, outros especialistas, e todas as suas práticas. Assegurar aos povos indígenas o direito intelectual sobre suas práticas e conhecimentos médicos (II Conferência Nacional De Saúde Para Os Povos Indígenas, 1993).

Os resultados da II Conferência Nacional de Saúde para Os Povos Indígenas de 1993 foram materializados nas primeiras experiências de um subsistema de saúde indígena, posteriormente oficializado, e que, atualmente funciona em conformidade com o Sistema Único de Saúde SUS. Sua gestão foi compartilhada e disputada pelos Ministérios da Saúde e da Justiça.

Em fevereiro de 1991, o Decreto Presidencial nº 23 transferiu para o Ministério da Saúde a responsabilidade pela coordenação das ações destinadas aos povos indígenas, mas somente em 19

de maio de 1994, o Decreto Presidencial n° 1.141/94 constituiu uma Comissão Intersetorial de Saúde - CIS, com a participação de vários Ministérios relacionados com a questão indígena, sob a coordenação da FUNAI.

Com isto o Governo Federal retomou, de certa forma, a gestão da saúde indígena para o Ministério da Justiça, através de ações da FUNAI. Com o Ministério da Saúde ficou a responsabilidade das ações voltadas à prevenção e recuperação da saúde dos indígenas através da FUNASA. Esta tinha como atribuição as ações de imunização, saneamento, formação de recursos humanos e controle de endemias.

A FUNASA, a partir daí, escolheu, como estratégia de atuação, a terceirização de seus serviços, não sendo mais importante a formação de quadros e nem o fomento a uma carreira na instituição de pessoal especializado. O pessoal terceirizado passou a ser contratado de forma emergencial sem que houvesse, posteriormente, iniciativa para contratação permanente.

A disputa entre instituições quanto à gestão da saúde indígena só foi superada em 1999, com a aprovação da chamada Lei Arouca (BRASIL, 1999) que estabeleceu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SIASI). O Ministério da Saúde passou a ter a função de executar as políticas de saúde para as populações indígenas, através da FUNASA (SANTOS et al, 2008).

A conferência de 2001 foi uma prévia do que seria a PNASI, abordando os seguintes temas:

> 1. Cada povo indígena tem suas próprias concepções, valores e formas próprias de vivenciar a saúde e a doença. As ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde devem considerar esses aspectos, ressaltando os contextos e o impacto da relação de contato interétnico vivida por cada povo. 2. As ações de saúde destinadas aos povos indígenas devem priorizar a promoção à saúde e a prevenção das doenças. 3. A saúde indígena está diretamente relacionada à garantia da demarcação, desintrusão e vigilância permanente das terras indígenas. 4. O incremento demográfico dos povos indígenas, aliado às transformações decorrentes de um contínuo processo de redução territorial e degradação ambiental, exige a formulação e a execução de uma política de segurança alimentar, desenvolvimento sustentável e recuperação do meio ambiente nas áreas indígenas. 5. O acesso a uma educação que contribua para a formação de uma consciência crítica(...). 6. A proteção do patrimônio cultural e dos processos de aproveitamento da diversidade biológica é condição para a afirmação da identidade étnica (...). 7. A implantação de medidas e ações voltadas para o combate à discriminação e ao preconceito em relação aos povos indígenas, (...) e, especialmente entre os profissionais de saúde,(...). 8. As organizações indígenas têm um papel extremamente importante no processo de melhoria das condições de vida e de saúde, (...). 9. O fortalecimento do controle social e a sua abrangência intersetorial sobre as diversas formas de relação que afetam os povos indígenas é fundamental para a implantação de uma política de atenção integral aos povos indígenas. (III Conferência Nacional De Saúde Para Os Povos Indígenas, 2001).”

Após estas três conferências foram delineadas formas de gestão e implementação para a política de saúde indígena, abordando questões como: diferenciação cultural através da medicina e de especialistas tradicionais; proteção das terras indígenas e do meio ambiente; e formação de

recursos humanos como o AIS. Assim, a materialização destas discussões foram concretizadas na PNASI de 2002:

> O propósito desta política é garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura (BRASIL, 2002).

A IV Conferência Nacional de Saúde Para os Povos Indígenas de 2007 foi uma possibilidade nova, pois foi a primeira Conferência após a implementação da PNASI. Por esta razão teve um tom de avaliação e crítica à política que estava sendo implementada com os seguintes eixos temáticos:

> O tema central da 4ª CNSI: *"Distrito Sanitário Especial Indígena: território de produção de saúde, proteção da vida e valorização das tradições"* e teve cinco eixos temáticos: I. Direito à Saúde; II. Controle Social e Gestão Participativa; III. Desafios Indígenas Atuais; IV. Trabalhadores indígenas e não indígenas em saúde; V. Segurança Alimentar, Nutricional e Desenvolvimento Sustentável. (IV Conferência Nacional De Saúde Para Os Povos Indígenas, 2006).

Em 2010 ocorreu a transferência da gestão da saúde indígena da FUNASA, para a recém-criada Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), através do decreto presidencial nº 7.336 de 19 de outubro de 2010 (BRASIL, 2010), para esta implementar a PNASI que, até o presente momento, vem mantendo as mesmas práticas de gestão à saúde indígena da FUNASA, fundamentada na terceirização de serviços.

Santos et al. (2008), ao analisar as ações de saúde dirigidas pelo Estado brasileiro às populações indígenas constata que:

> Fica evidente que não havia uma política de saúde indígena no país. As iniciativas planejadas e levadas a cabo pelo órgão indigenista eram isoladas, correndo em paralelo à saúde pública da população brasileira em geral. Em outras palavras, não havia integração entre os serviços e, na maioria das vezes, os programas nacionais coordenados por setores do Ministério da Saúde não estendiam o atendimento aos indígenas, já que a Funai centralizava todas as iniciativas no campo da saúde dos povos indígenas (SANTOS et al. 2008, p. 44).

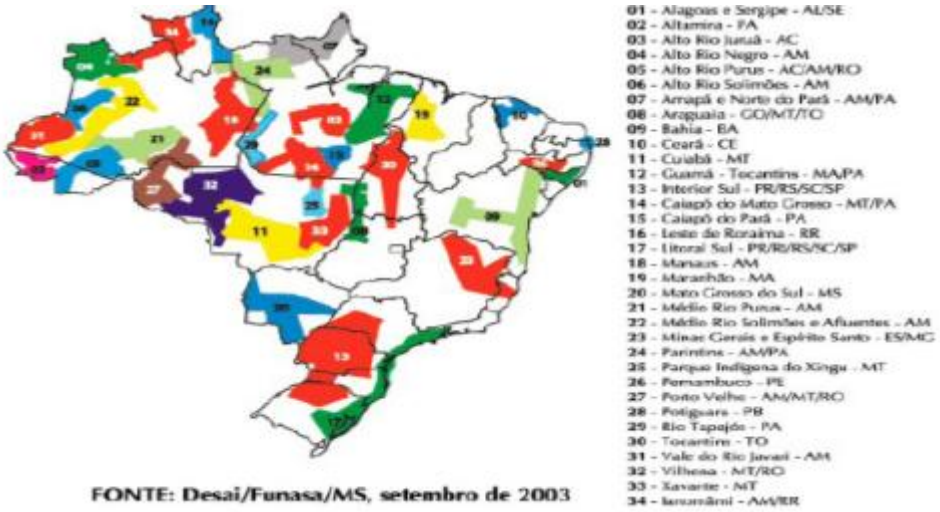
Em mais de uma década executando as ações voltadas para a atenção à saúde dos indígenas no Brasil, um dos avanços que o Ministério da Saúde conseguiu obter foi a inserção dos povos indígenas nas ações gerais de atenção à saúde para a população brasileira.

Mas talvez esteja, na forma de inserção geral, a maior crítica ao modo com que o Ministério da Saúde esteja cuidando da saúde indígena, por não levar em conta uma prerrogativa legal: a garantia das especificidades sócio culturais destes povos na atenção à saúde, como mostra os resultados de pesquisa de Rocha (2007) e Novo (2010).

Esta retrospectiva básica do estudo histórico da saúde indígena no Brasil constatou que foi através da organização social de grupos indígenas e não indígenas, e ainda, com a realização das Conferências de Saúde que foi possível conseguir influenciar o Estado a criar uma Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

Isto fez com que fosse organizado um modelo de atenção à saúde na forma de distritalização dos territórios de saúde indígenas que conta com 34 DSEI, como mostra a figura I, complementada pela atenção diferenciada para a promoção da saúde dessa parcela da população brasileira.

Figura I Distritos Sanitários Especiais Indígenas

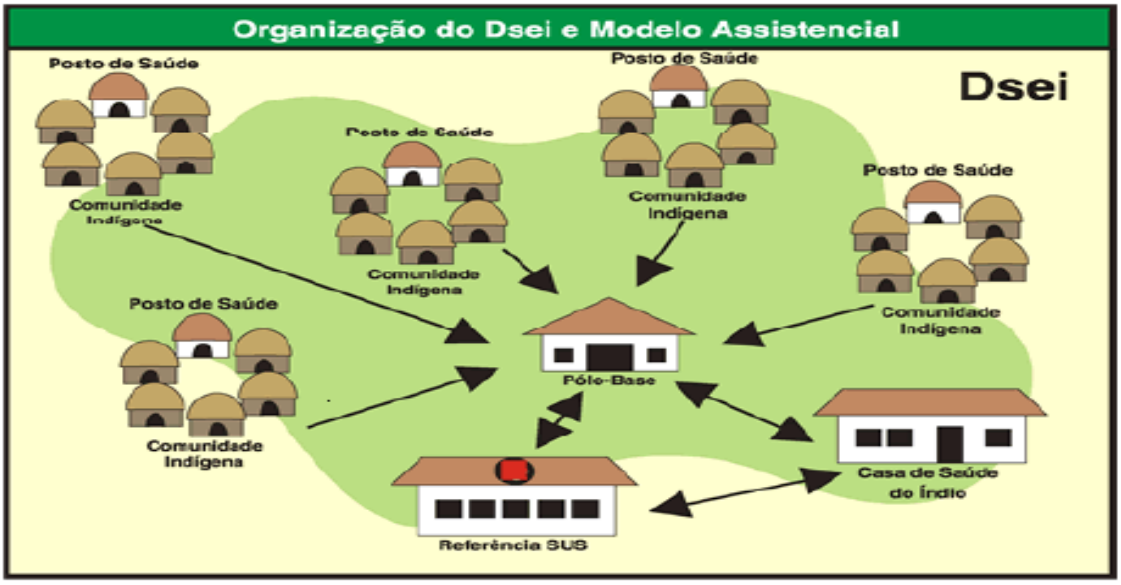


FONTE: Desai/Funasa/MS, setembro de 2003

Porém alguns trabalhos sobre a temática de saúde indígena revelam que a atenção diferenciada à saúde indígena no Brasil é compreendida e efetivada de forma destoante com a PNASI, como indica Rocha (2007), em seu estudo sobre o DSEI Alto Rio Negro no Estado do Amazonas. Trabalhando junto com o povo Baniwa, este autor verificou que ocorre um silenciamento (SOUSA SANTOS, 1996) das diversidades culturais nos modos de tratar da saúde dos indígenas.

Então o que ocorre é uma implantação de atenção à saúde de emergência e assistencialista nas aldeias com uma organização que conta com o agente indígena de saúde que está na atenção primária à saúde junto com os polos bases nas aldeias. Se o agravo a saúde for de cuidados mais complexos passa para as unidades de média e alta complexidade que se localizam nas cidades sedes e nas capitais onde os indígenas contam com Casa de Saúde Indígena (CASAI). A figura II representa o modelo de assistência à saúde indígena.

Figura II Organização do DSEI e Modelo Assistencial



Fonte: FUNASA, 2011.

Na organização dos serviços de atenção à saúde desses povos podemos dizer que ocorreram avanços através das lutas de alguns grupos indígenas e não indígenas para a implantação da PNASI como outra forma de atender a saúde desses povos, entretanto, na forma qualitativa de atendimentos, ainda há obstáculos, como por exemplo, administrar a saúde indígena de forma a respeitar as suas especificidades culturais de saúde e doença de cada povo, como é garantido pela C.F. de 1988 e pela PNASI (BRASIL, 2002).

Por isso é necessário compreender como os diversos povos indígenas no Brasil entendem as relações de saúde e doença como um passo importante para exercício do direito de suas diversidades culturais.

A partir daí, é importante localizar o ator social que compreende melhor as relações locais de saúde e doença dentro da estrutura de funcionamento da saúde indígena. Este ator tem sido o AIS que, segundo a PNASI, funciona como mediador entre estes dois modos culturais, pois pode articular as terapêuticas tradicionais e as biomédicas, por estar em uma posição de interseção.

Assim o AIS pode ser um administrador da saúde indígena com possibilidades reais de realizar, em conjunto com a equipe multidisciplinar, a promoção à saúde em contextos de baixa complexidade sendo, portanto, um sujeito protagonista nesta política.

Sua participação como articulador poderá garantir, para as futuras gerações, o patrimônio cultural dos conhecimentos tradicionais de cuidado com a saúde e doença de seu mundo étnico, sem ter que abdicar dos modos de compreender e cuidar de sua saúde pelas técnicas e métodos biomédicos que, em alguns casos, são necessários, principalmente nas doenças introduzidas pela sociedade não indígena.

No próximo capítulo será feito um estudo das principais causas de morbidade hospitalar no município de Cacoal-Rondônia, para que possamos identificar quais agravos à saúde levam os indígenas a se internar neste município.

CAPITULO III

UM QUADRO DA QUESTÃO INDÍGENA NO ESTADO DE RONDONIA

3.1 TERRAS INDIGENAS EM RONDÔNIA

Neste capítulo são abordadas as características estatísticas da questão indígena em Rondônia, para que sejam vistas as dimensões territorial, demográfica e sociocultural existente. Além disto, será tratada a quantificação dos indígenas enquanto usuários do SUS a partir de duas fontes de dados: a da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) e a do banco de dados DATASUS, para o município de Cacoal.

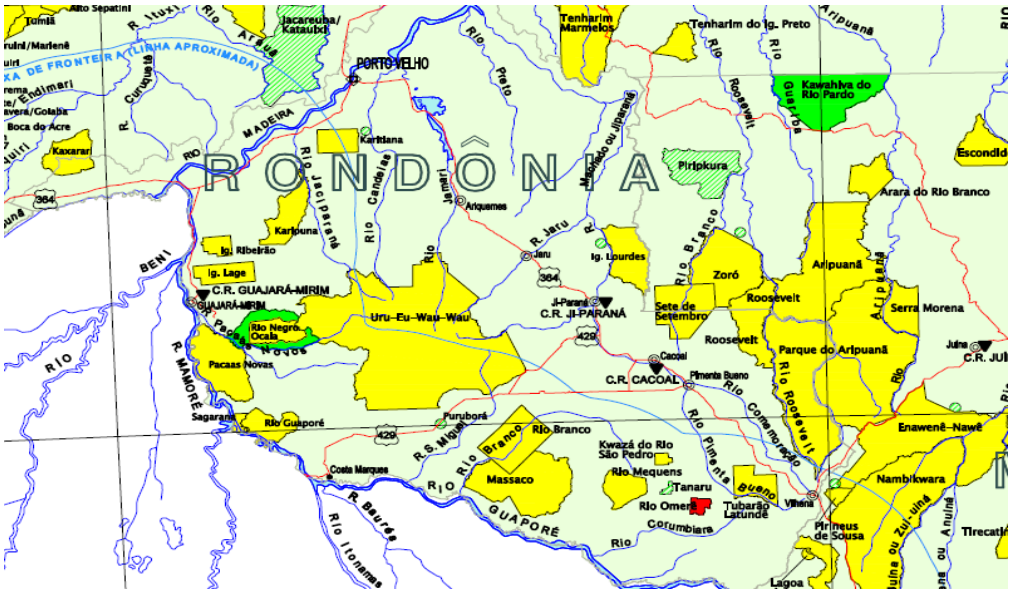
Estes dados quantitativos são importantes porque o trabalho dos Agentes Indígenas de Saúde será melhor dimensionado e valorizado em seu impacto, se for dada uma pequena mostra do grande problema enfrentado por eles ao servirem como uma verdadeira ponte intercultural entre os indígenas e a sociedade não indígena.

Atualmente no Brasil existem mais de 210 povos indígenas, de diferentes línguas e culturas. Deste montante, a maioria se encontra na Amazônia brasileira onde as Terras Indígenas somam 21% deste território e 96% do total das TI no Brasil (ISA, 2010).

No Estado de Rondônia, há uma população indígena de 12.015 pessoas, correspondendo a 1,5% dos indígenas do país e 0,8% da população do Estado (IBGE, 2012). Esta população encontra-se distribuída em 21 áreas indígenas (FUNAI, 2010).

As terras indígenas representam 17% do território de Rondônia (SEPLAN-RO, 2012), com diferentes situações jurídicas de demarcação, sendo que, em alguns casos, estas áreas transcendem os limites Estaduais, como mostra o mapa da situação fundiária das TI. (FUNAI, 2010).

Mapa I Terras Indígenas em Rondônia



Fonte: FUNAI 2011

Segundo dados do Instituto Sócio Ambiental (ISA), no ano de 2011, nessas diferentes áreas indígenas no Estado de Rondônia habitam 26 povos indígenas com diferentes línguas, culturas e demografia.

Rondônia, possui 26 grupos indígenas falantes de línguas de 11 famílias lingüísticas diferentes, e duas línguas desconhecidas. A demografia varia, havendo desde etnias que contém 2.721pessoas, como os Wari, até aquelas que possuem 5 indivíduos como é caso dos Akuntsu.

Também existem povos com grande demografia distribuídos em mais de um Estado da Federação, caso dos Nambikwára que contam com 1.950 indivíduos espalhados em Mato Grosso e Rondônia (SOCIOAMBIENTAL, 2012).

Constatamos que as terras indígenas no Brasil se concentram na Amazônia. Um dos fatores está relacionado ao modo de conquista que foi implementado pelos europeus no processo histórico de ocupação colonial iniciado por todo o litoral (GOMES, 1999).

Em um primeiro momento, as relações desses colonizadores no litoral eram com os Tupi, com base em relações de escambo. Posteriormente foram implementadas as frentes agrícolas permanentes de colonização.

Estas exigiam a expulsão ou redução das populações indígenas através de guerras ou aldeamentos para a instalação do europeu com a consequente submissão e escravização dos indígenas por parte dos conquistadores que ocupavam suas terras (PERONE-MOISÉS, 2002).

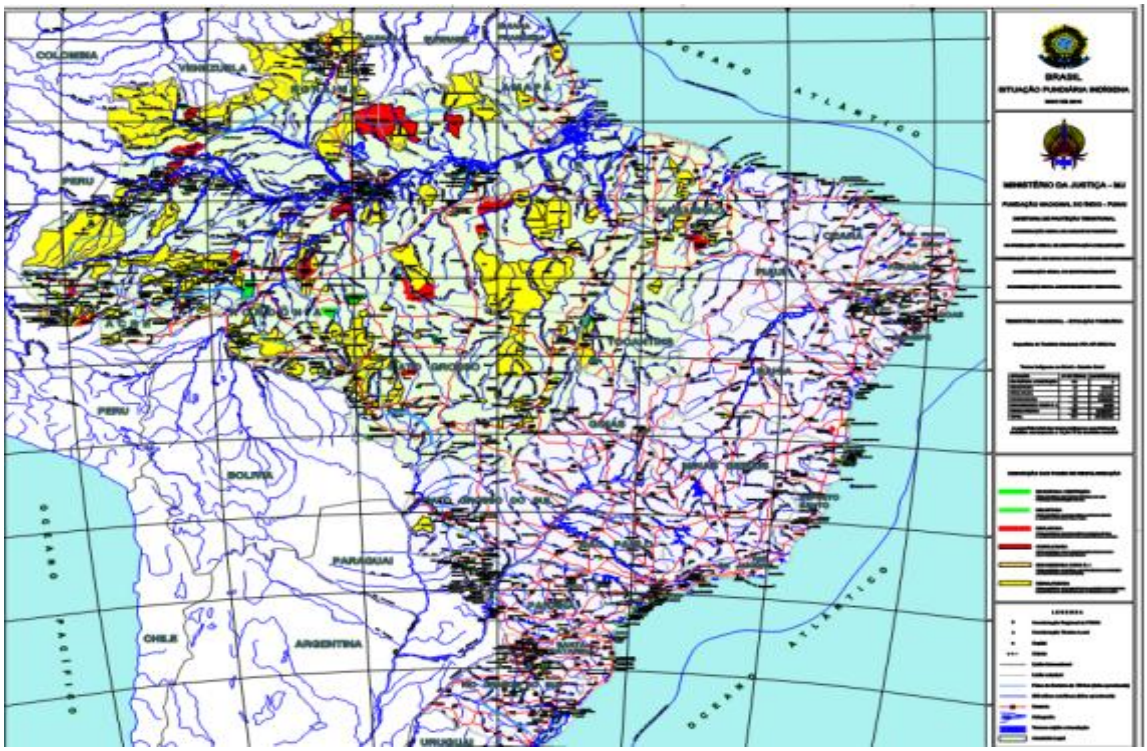
As guerras e as doenças dizimavam os povos indígenas. Como estratégia de resistência, os povos do litoral empenharam-se em sucessivas migrações para o interior do território sul americano (FERNANDES, 1976).

Um mapa produzido por Curt Nimuendaju em 1944 ilustra as dinâmicas das rotas migratórias que as populações indígenas fizeram no século XIX e início do XX, que tendiam a ser de Sul para Norte e do litoral para o interior do território brasileiro (NIMUENDAJU, 1987).

O mapa das terras indígenas do tempo presente, elaborado pela FUNAI, também mostra como está à situação fundiária de forma estática da distribuição das TI no Brasil que se concentram na região Norte.

Devido esta ainda representar uma fronteira que historicamente a coroa portuguesa não conseguiu penetrar e ocupar com populações transplantadas e nem, posteriormente, a sociedade brasileira o conseguiu, ficando esta região sendo alvo de diversas frentes de expansão da sociedade nacional financiadas pelo Estado desde os anos de 1960 (CARDOSO DE OLIVEIRA, 1996; VELHO, 1979) com a justificativa do vazio demográfico.

Mapa II. Situação Fundiária Indígena no Brasil.



Fonte: FUNAI 2010.

As relações sociais que marcam o contato entre os povos indígenas, que são de diversas etnias, e os conquistadores, são da tentativa de dominação destes sobre aqueles na tentativa de assimilação dos ditos conquistados à sociedade não indígena (RIBEIRO, 1982).

Além da assimilação, o que foi possível observar em cinco séculos de colonização foi praticamente o extermínio físico e cultural. Entretanto, apesar da violência, ainda assim muitos resistiram, refugiando-se nas direções Oeste e Norte, devido as frentes de expansão da sociedade não indígena. Mas alguns grupos do litoral resistiram e confinam em terras de pequenas dimensões (OLIVEIRA FILHO, 1998).

Como foram apresentadas, as relações entre povos indígenas e a sociedade não indígena não foi nos idos tempos da colonização nem tem sido atualmente, relações amistosas, pelo menos não nas zonas de contato interétnico (CARDOSO DE OLIVEIRA, 1996).

Os grupos indígenas e a sociedade nacional brasileira chegam, no fim do século XX e início do XXI, tentando resolver essa pendência histórica de como elaborar um modo de convívio entre as diversas sociedades indígenas e a sociedade brasileira, principalmente a partir de 1988 (GOMES, 1991).

É nesse contexto histórico da redemocratização do país, no qual esses povos participam através de suas organizações e também das organizações indigenista de apoio e defesa à causa (GOMES, 1991; OLIVEIRA, 1999), que as políticas públicas para povos indígenas, pelos fins da década de 1980 e início de 1990, são inseridas como uma forma de construir espaços de diplomacia interétnica entre indígenas e não indígenas.

Amparados legalmente pelo artigo 231 da Constituição Federal do Brasil de 1988, que reconhece as especificidades das culturas e seus modos de organização social (BRASIL, 2005), foi possível uma nova postura do Estado democrático e o esboço de uma preocupação com a saúde e a educação indígena, que não poderiam mais ter um estilo assimilacionista (BRASIL, 1991) como em épocas passadas.

A própria educação escolar sofre mudanças a partir daí. Como prevê as Diretrizes para Política Nacional de Educação Escolar Indígena de 1993, essa modalidade deve ser pautada em uma educação na língua materna e respeitando os processos próprios de aprendizagem das etnias, como indica o artigo 210 da C.F. 1988 (BRASIL, 2005).

O efeito do artigo 231 da Constituição de 1988 não se limitou à educação. Também se fez sentir no que tange a saúde indígena, a partir da PNASI de 2002, que reconhece as especificidades dessas culturas do Brasil e seus modos próprios de identificar aspectos de saúde e doença.

3.2 OS DISTRTOS SANITÁRIOS ESPECIAIS INDIGENAS EM RONDÔNIA

O atual modelo de organização dos serviços de saúde para as áreas indígenas está pautado na concepção de Distritos Sanitários, que nasceu como foi exposto no capitulo II, no âmbito das Conferências Nacionais de Saúde, no fim da década de 1980 e início da década de 1990, no bojo do movimento da Reforma Sanitária.

Porém, somente na II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, ocorrida em 1993, este modelo foi referendado pelo movimento indígena e por profissionais de saúde que atuam com estas populações (ATHIAS & MACHADO, 2001).

Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas DSEI foram criados em 1999 em consonância com o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena – SasiSUS. Os DSEI são o modelo de organização de serviços orientado para atuar em um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado em 34 territórios (Figura I).

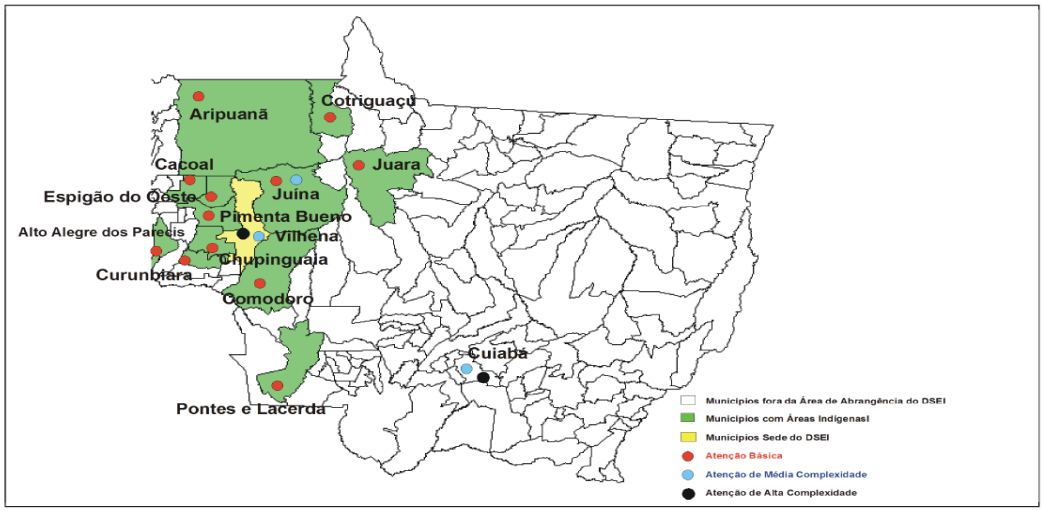
Contemplando um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência à saúde, com controle social (SESAI-MS, 2012).

No Estado de Rondônia existem dois DSEI, o 27 Porto Velho AM/MT/RO e o 32 Vilhena MT/RO, que transcendem os limites estaduais.

O DSEI Porto Velho está localizado no interior do Estado de Rondônia, abrange a capital Porto Velho. Atende as comunidades do Noroeste de Rondônia, parte do Amazonas e do Mato Grosso. No Distrito, é feito o atendimento de 10.827 indígenas.

O DSEI Vilhena está localizado no interior do estado de Rondônia (figura III), além de atender parte do Mato Grosso. O Distrito faz fronteira com a Bolívia. A população pertencente ao DSEI está distribuída em **277** aldeias, em 1.833 famílias, pertencentes a 16 etnias (SESAI, 2012)**.**

Figura III DSEI Vilhena.



Fonte: SESAI-MS, 2012.

Segundo dados do DSEI Vilhena, no ano de 2012, este atendeu 6.810 usuários pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena – SasiSUS de 32 etnias diferentes, através de sua rede atenção básica que conta com seis polos base distribuídos nos Estados de Rondônia e Mato Grosso

(quadro I) e quatro CASAI nos municípios de Aripuanã-MT, Cacoal-RO, Juína-MT e Vilhena-RO (SESAI, 2012).

Quadro I Polo Base Dsei Vilhena

DSEI	UF	Polo Base	Quant. Famílias
VILHENA	MT	ARIPUANÃ	238
VILHENA	MT	CACOAL	17
VILHENA	MT	JUÍNA	333
VILHENA	MT	VILHENA	430
VILHENA	RO	CACOAL	600
VILHENA	RO	VILHENA	136

Fonte: SESAI-MS, 2012.

Os maiores usuários foram os indígenas da etnia Nambikwara que correspondem a 1798 dos usuários, seguidos pela etnia Cinta Larga com 1551 dos usuários, em seguida vem os Rikbaktsa que correspondem a 1312 usuários do SasiSUS DSEI Vilhena, quadro (II).

Quadro II Usuários SasiSUS no DSEI Vilhena

Etnia	Quantidade de pessoas por etnia	Total de aldeias	% do total de aldeias
AIKANA	230	10	3,61
AIKANÃ-KWASÁ	23	3	1,08
AJURU	2	1	0,36
AKUMTSU	5	1	0,36
APURINÃ	58	5	1,81
ARARA	212	10	3,61
CANOE	3	1	0,36
CINTA LARGA	1551	46	16,61
FULNI-Ô	4	1	0,36
GAVIÃO	2	2	0,72
GUARANI	1	1	0,36
HALANTESU	1	1	0,36
KARAJÁ	4	1	0,36
KARITIANA	5	2	0,72
KASSUPÁ	3	1	0,36
KITHÃULU	1	1	0,36
KWAZA	4	2	0,72
MACURAP	15	2	0,72
MAMAINDÊ	3	1	0,36

MEQUEM	9	5	1,81
NAMBIKWARA	1798	52	18,77
NÃO INDÍGENA	178	42	15,16
PARECI	51	3	1,08
PARINTINTIN	7	1	0,36
RIKBAKTSA	1312	36	13
SABANÊ	21	1	0,36
SAKIRABIAR	77	5	1,81
SURUÍ	1161	32	11,55
TERENA	60	5	1,81
TICUNA	1	1	0,36
TUBARÃO	1	1	0,36
TUXA	7	1	0,36

Fonte: SESAI-MS, 2012.

Pelo quadro acima, constata-se que existe uma grande diversidade de etnias que utilizam o SasiSUS no DSEI Vilhena, inclusive usuários não indígenas. É possível observar também diferenças quantitativas por etnias, como os Nambikwara, com 1.798 assistidos pelo SasiSUS DSEI Vilhena, enquanto apenas dois indígenas da etnia Gavião e um da etnia Ticuna utilizou o serviço.

Isto mostra que existem etnias que utilizam mais os serviços do SasiSUS DSEI Vilhena, seja por diferenças demográficas e/ou logísticas, como os municípios Comodoro com uma população de 1.413 indígenas, em contraste com Corumbiara, que possui uma população indígena de apenas oito (SESAI-MS, 2012).

Também há etnias que não pertencem ao DSEI mencionado, mas utilizaram os serviços deste Distrito como é o caso da etnia Ticuna, que pode indicar a mobilidade dessa população por diferentes terras indígenas.

A caracterização estatística dos serviços ofertados, conforme dados acima, demonstra as diferenças:

- demográficas, entre grupos indígenas;
- logísticas, para o acesso aos serviços;
- e étnicas, pois devido à diversidade, cada grupo possui suas formas próprias de interpretar e tratar os assuntos relacionados à saúde e doença.

Por isso os trabalhos em saúde indígena precisam também conhecer as terapêuticas da cultura local, para que esta possa ser utilizada como forma de atenção primária à saúde, dentro do próprio SasiSUS, evitando a homogeneização dos conhecimentos biomédicos.

Para isto é preciso estimular uma forma mais eficaz de acesso à rede pública de saúde através dos AIS, pois muitas vezes eles se constituem a referência de atenção primária nas próprias

aldeias. O AIS assim, instrui os usuários do SasiSUS a fazer terapêuticas tradicionais ou biomédicas, ou encaminhar estes aos especialistas de acordo com o caso.

Mas, para isto, é necessário que o sistema de saúde pública brasileiro, primeiramente conheça e reconheça as terapêuticas tradicionais e as inclua na sua capacitação como requisito de formação para AIS.

3.3. ESTATÍSTICAS DE MORBIDADE HOSPITALAR INDÍGENA EM CACOAL-RO – DATASUS

Até o momento, as discussões estão em torno das seguintes preocupações: a) número de usuários do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena; b) a existência de diversas etnias; e c) as condições logísticas de acesso à rede de saúde pública.

Apesar disto, ainda não foi promovido o estudo de quais agravos à saúde dos indígenas do campo de estudo sofrem. Então neste subcapítulo, será feita uma aproximação do que é necessário para a compreensão dos agravos à saúde indígena.

É possível, obter uma aproximação panorâmica do perfil epidemiológico das populações indígenas no Brasil se, por exemplo, for tomada a estatística das causas de morte das doenças a seguir enumeradas:

- Doenças infecciosas parasitárias (Cap. X = 12,3%) tais como: tuberculose, malária, hepatites virais;
- Infecções respiratórias agudas, doenças diarreicas e parasitismo intestinal (Cap. I = 10,2%);
- Doenças crônicas não transmissíveis e doenças e agravos relacionados ao estado nutricional (Cap. IV = 10,8%), (BASTA; ORELLANA & ARANTES, 2012).

Os estudos indicam, além destas, outras causas de morte e doenças que são aquelas classificadas nas seguintes categorias:

- causas mal definidas (Cap. XVIII = 23,8%)
- causas externas de morbidade e de mortalidade (Cap. XX = 16,8%), em geral podem ser relacionadas com o alcoolismo nas aldeias, como corolário desta causa, há um aumento de lesões e mortes decorrentes de agressões corporais;

- Outros fatores, mesmo que irrelevantes estatisticamente, também causam morbidade e mortalidade, como aquelas frutos de acidentes de trabalho ou de problemas com veículos automotores (BASTA; ORELLANA & ARANTES, 2012).

Além dos já referidos problemas epidemiológicos terem chamado a atenção dos cientistas, da mesma forma alguns estudos têm sido provocados por razões pouco comuns no meio indígena, como é o caso do suicídio.

Em alguns povos, tem sido recorrente, em situações de contato mais intensivo, como uma das mais importantes causa mortis derivadas de condições sociais (BASTA; ORELLANA & ARANTES, 2012).

Um exemplo disto é o desenvolvimento de cidades como motivador do intenso *convívio* entre indígenas e não indígenas, visto que, neste caso, já não se pode falar de *contato* no sentido estrito da palavra.

Através da base de dados - DATASUS - é possível identificar o perfil de morbidade indígena em razão de internações, o que indica causas de agravo à saúde dos povos indígenas, de acordo com o município e etnias que se localizam no entorno do mesmo.

O objeto do estudo de caso deste trabalho está localizado em Cacoal. Por esta razão foram utilizados os dados disponíveis no DATASUS, refere-se ao período de 2009 – 2011, sobre as principais causas de internações hospitalares, a fim de compilar as causas de morbidade hospitalar indígenas no período e local estudados.

No referido município é onde se encontra a maior parte da Terra Indígena Sete de Setembro da etnia Suruí Paiter que, segundo dados do DSEI Vilhena, corresponde a 1.161 usuários do SasiSUS (quadro II).

A partir da análise desse material é possível constatar as causas de morbidade que levaram às internações hospitalares de indígenas neste município. Deste cenário, coincide com aquele descrito por Basta et al (2004), o que diz respeito a tuberculose como a causa da maior parte das internações hospitalares dos Paiter Suruí, neste município.

Como nos estudos apresentados de forma panorâmica, as prevalências de internações hospitalares, em indígenas no município de Cacoal, se dão por causas como algumas doenças infecciosas, parasitárias e doenças do aparelho respiratório que, juntas no ano de 2009, corresponderam a 28% das internações hospitalares indígenas em Cacoal.

Internações hospitalares por gravidez, parto e puerpério foi um motivo que chamou atenção, pois não aparecem na bibliografia como uma morbidade entre populações indígenas, mas

no ano de 2009 em Cacoal-RO foi a principal motivação para internações hospitalar para população indígena, (Gráfico I)[1].

O ano de 2010 registrou um total de 345 casos de internação hospitalar indígena, o que indica uma redução na ordem de 16% em relação ao ano de 2009. Seguindo a tendência nacional de agravos à saúde indígena, as principais causas de internações foram: as doenças infecciosas, parasitárias (16%) e doenças do aparelho respiratório (41%) que, juntas, somam 57% das causas de morbidade que levaram populações indígenas a se internar em hospitais em Cacoal, Rondônia (Gráfico I).

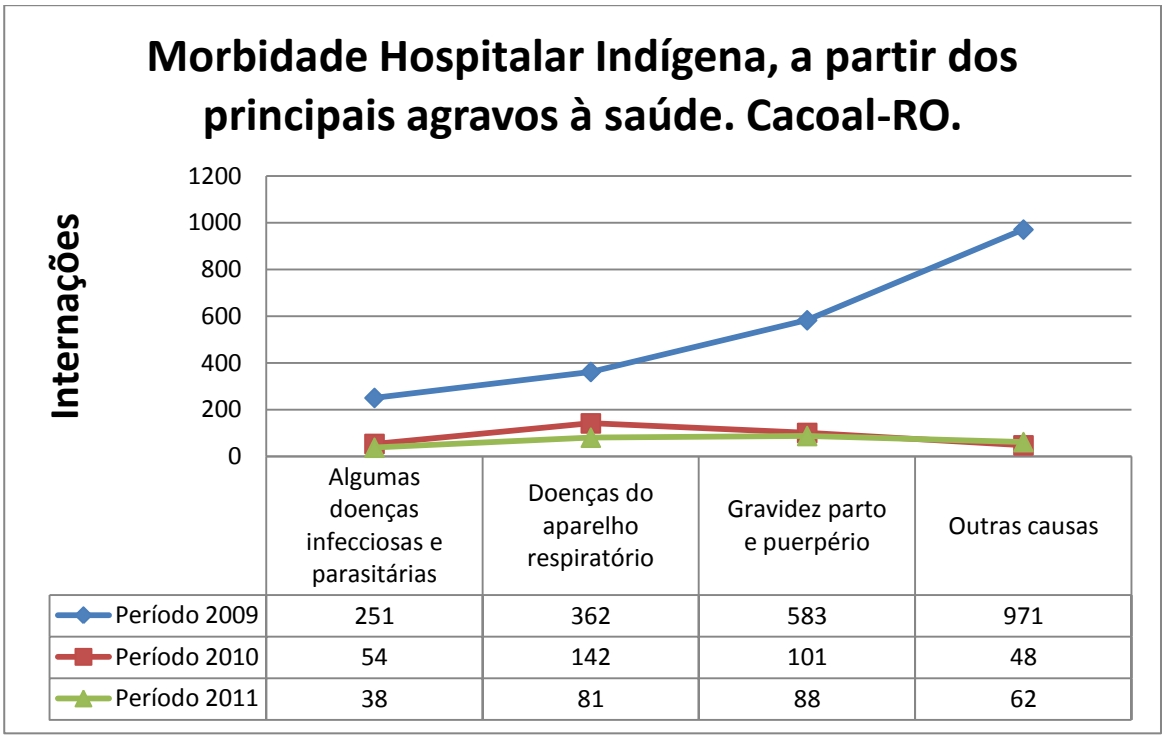
Internações hospitalares indígenas devido a gravidez, parto e puerpério apresentaram alta frequência, para o ano de 2010, registrando 29% das internações. Outras causas correspondem a 14%, como mostra o Gráfico I.

No ano de 2011, como nos outros anos analisados, as doenças mais frequentes foram as doenças infecciosas e parasitárias com 38 casos, além destas, sobressaíram-se as doenças do aparelho respiratório, com 81 casos que, somadas, corresponderam a 44% da morbidade hospitalar indígena em Cacoal-RO.

As internações devido a gravidez, parto e puerpério foram a principal motivação de morbidade hospitalar que, em números absolutos, equivale a 88 casos, no ano de 2011, no município estudado, conforme o Gráfico I.

Gráfico I Morbidade Hospitalar Indígena, a partir dos principais agravos a saúde. Cacoal-RO.

[1] Internações por gravidez, parto e puerpério, não são necessariamente morbidades, porém ao serem geradas as estatísticas, estas constam como enfermidade.



	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	Doenças do aparelho respiratório	Gravidez parto e puerpério	Outras causas
Período 2009	251	362	583	971
Período 2010	54	142	101	48
Período 2011	38	81	88	62

Fonte: DATASUS, 2012.

Dos três anos que se constituem no período utilizado para o estudo que dá base ao presente trabalho, o ano de 2009 foi o que teve maior número de morbidade hospitalar indígena com um total de 2.167 internações, com um pico no mês de agosto do referido ano, mas uma queda significativa no mês de setembro como mostra o gráfico II, motivado provavelmente por problemas burocráticos nas notificações, pois este ano difere quantitativamente, dos dois outros anos.

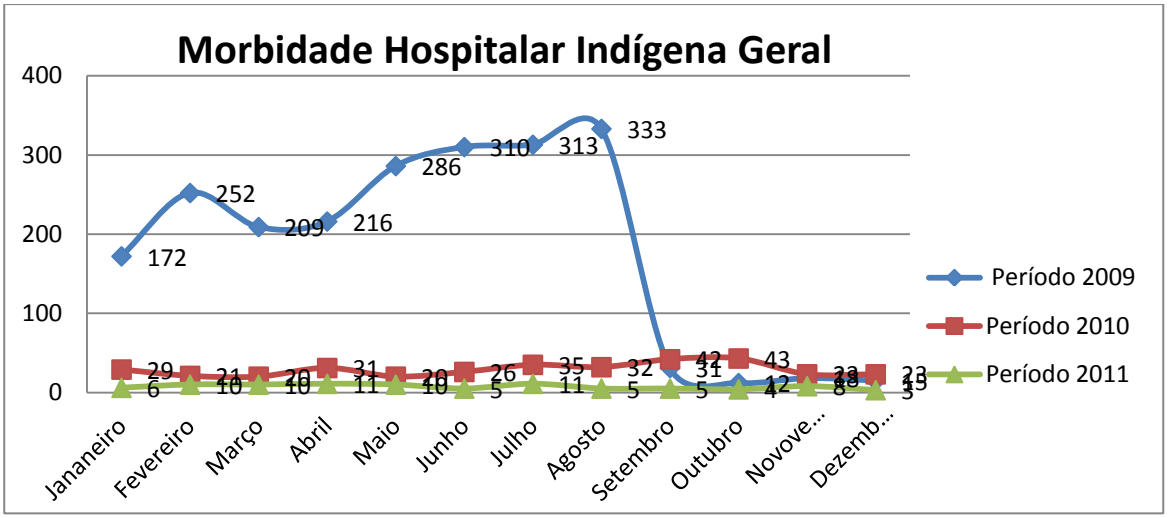
O ano de 2010 inicia com o número de 29 internações hospitalares indígenas no mês de janeiro, sofrendo queda nos dois meses seguintes com uma elevação em abril, seguida de uma queda, e posteriormente uma nova elevação no mês de julho.

Esta situação se prolonga até o mês de outubro quando atinge o valor máximo nesse ano, de 43 casos de internação hospitalar. Nos dois últimos meses se observa um decréscimo na incidência de internações que corresponde à cifra de 23 casos, fechando o ano de 2010 (Gráfico II).

A tendência geral de morbidade hospitalar indígena, para o ano de 2011, inicia com 24 casos, tendo uma queda no mês seguinte e sofrendo uma elevação nos dois meses seguintes atingindo no mês de abril sua primeira crista que corresponde a 31 casos.

Nos meses seguintes, no entanto, ocorre uma queda nesse quantitativo, chegando a 18 casos no mês de julho. Nos dois meses subsequentes, as internações passaram a crescer novamente, atingindo o seu maior número de morbidade hospitalar neste ano, que foi de 32 casos no mês de setembro, decaindo nos meses seguintes, chegando ao menor número no mês de dezembro que foram de 12 casos (Gráfico II).

Gráfico II Morbidade Hospitalar Indígena Geral



Fonte: DATASUS, 2012

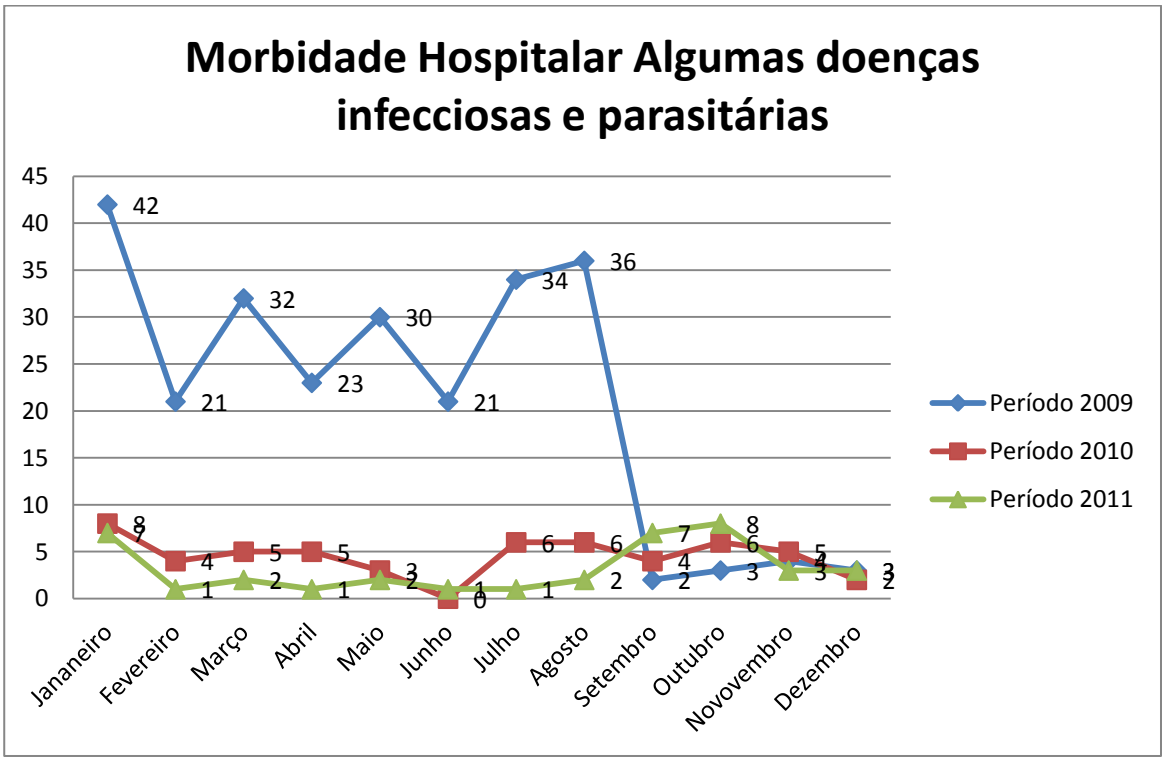
As doenças infecciosas, parasitárias e as do aparelho respiratório que juntas correspondem 28% das internações, seguem ritmos diferentes durante o ano como causas de internações. As doenças infecciosas e parasitarias iniciam o ano de 2009 no seu ápice, com 42 casos, e se mantêm até o mês de junho, com variações em 21 e 32 casos de internações. No mês de julho e agosto crescem até chegarem 36 casos de internações, decrescem no mês de setembro e ficam variando de 02 dois a 04 quatro casos de internações nos meses seguintes do ano de 2009 (Gráfico III). Possivelmente, as altas cifras, para o ano de 2009, estão relacionadas aos mesmos problemas de notificações.

Em 2010, a morbidade hospitalar indígena devido algumas doenças infecciosas e parasitária teve a maior incidência no mês de janeiro com 08 oito casos, tendo havido queda nos meses seguintes, chegando ao ponto de não haver registro em junho.

Entretanto, em julho volta a ocorrer casos de internações hospitalares motivadas por doenças infecciosas e parasitárias contando com 06 seis casos neste mês e variando de 06 seis a 02 dois casos nos meses seguintes, como mostra o gráfico III.

As doenças infecciosas e parasitárias, no ano de 2011, apresentaram a menor incidência com média de 3,1 casos mês, e demonstraram o seguinte comportamento: a) iniciam o ano com 07 sete casos; b) sofrem uma queda para 01 um caso no mês de Fevereiro; c) ficam variando entre 01 um e 02 dois casos até o mês de setembro e outubro que atingem as marcas de 07 sete e 08 oito casos respectivos; d) encerram o ano com 03 três casos para cada mês seguinte, conforme Gráfico III.

Gráfico III Morbidade Hospitalar Indígena – Algumas doenças infecciosas e parasitárias



Fonte: DATASUS, 2012

Já as doenças do aparelho respiratório vão apresentar outra dinâmica durante o ano de 2009: iniciam o ano com uma alta incidência, evoluem quantitativamente, atingindo o número de 65 casos de internações no mês de março, mas decrescem nos meses seguintes.

Nos meses de julho e agosto, atingem uma nova crista de 52 casos de internações. Nos meses seguintes experimentam decréscimos consideráveis caindo para 17 casos em setembro e se mantém constante até o fim do ano com 04 quatro casos de internações (Gráfico IV).

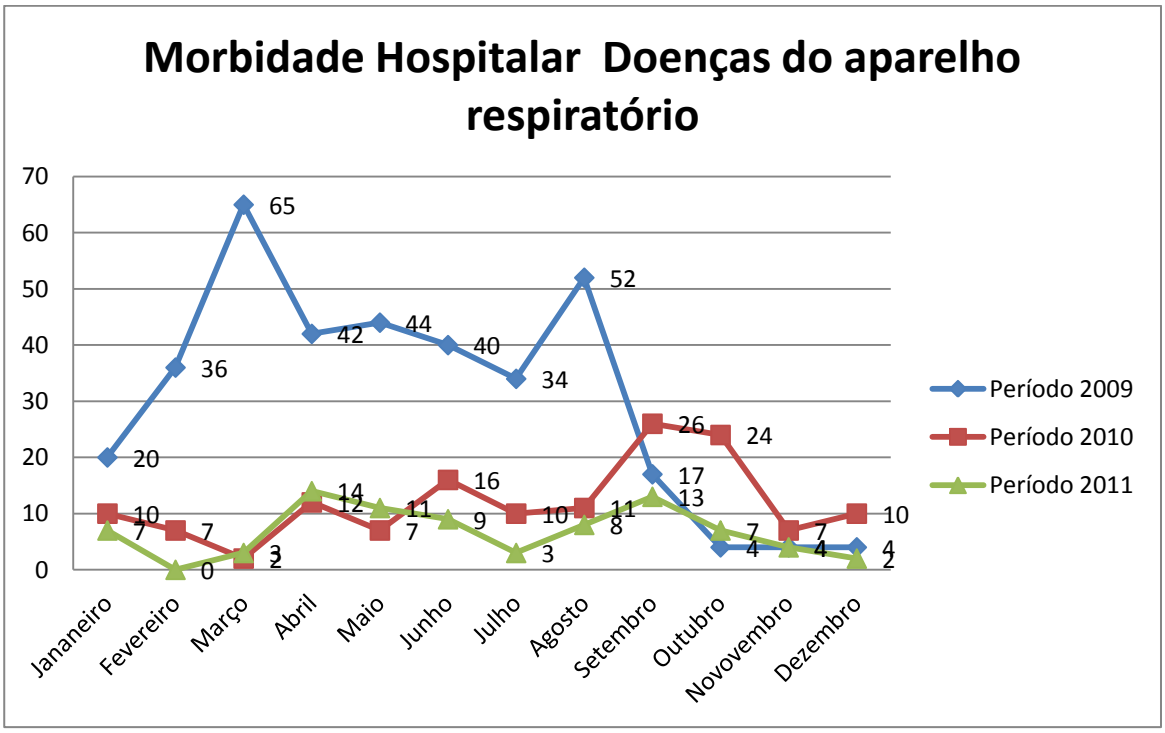
No ano de 2010, as internações hospitalares indígenas, devido doenças do aparelho respiratório, foram a principal morbidade que levaram indígenas a se hospitalizarem em Cacoal-RO. A trajetória dessa enfermidade apresentou a seguinte dinâmica: no mês de janeiro ocorreu a hospitalização de 10 dez indígenas, decrescendo nos dois meses seguintes, atingindo uma cifra de 02 dois casos no mês de março.

No mês seguinte sofre uma elevação e posteriormente apresenta uma queda, e nos meses de setembro e outubro observa-se a crista das internações hospitalares que correspondem a 26 e 24 casos respectivamente. Nos próximos meses do ano as hospitalizações decaem para 07 sete e 10 dez, conforme Gráfico IV.

A morbidade hospitalar indígena devido às doenças do aparelho respiratório, no ano de 201; apresentaram menor incidência. Segundo o recorte temporal da pesquisa a média foi de 6,75 internações ao mês e apresentou o seguinte comportamento: iniciou o ano com 07 sete casos, sofrendo queda no mês seguinte, chegando a não haver casos em fevereiro.

Nos dois meses seguintes, houve um ápice de 14 casos no mês de abril, decaindo nos mês seguintes, obtendo o número de 03 três casos em julho. Sofre novamente evolução nos meses seguintes, chegando a 13 casos em setembro, decaindo nos meses que seguem, fechando o ano com 02 dois casos em dezembro.

Gráfico IV Morbidade Hospitalar Indígena – Doenças do Aparelho Respiratório



Fonte: DATASUS, 2012

As internações hospitalares ocorridas por gravidez, parto e puerpério foram a principal causa de hospitalizações no ano de 2009, correspondendo ao número absoluto de 583 casos. Sua

incidência é mais frequente nos meses de janeiro a agosto variando de 46 casos no mês de fevereiro a 92 casos em junho, quando chegou ao pico de suas ocorrências. No mês de setembro houve uma redução significativa no número de ocorrências, pois se chegou à cifra de 03 três casos, sendo que, nos meses seguintes, variou de 03três a 07 sete casos (Gráfico V).

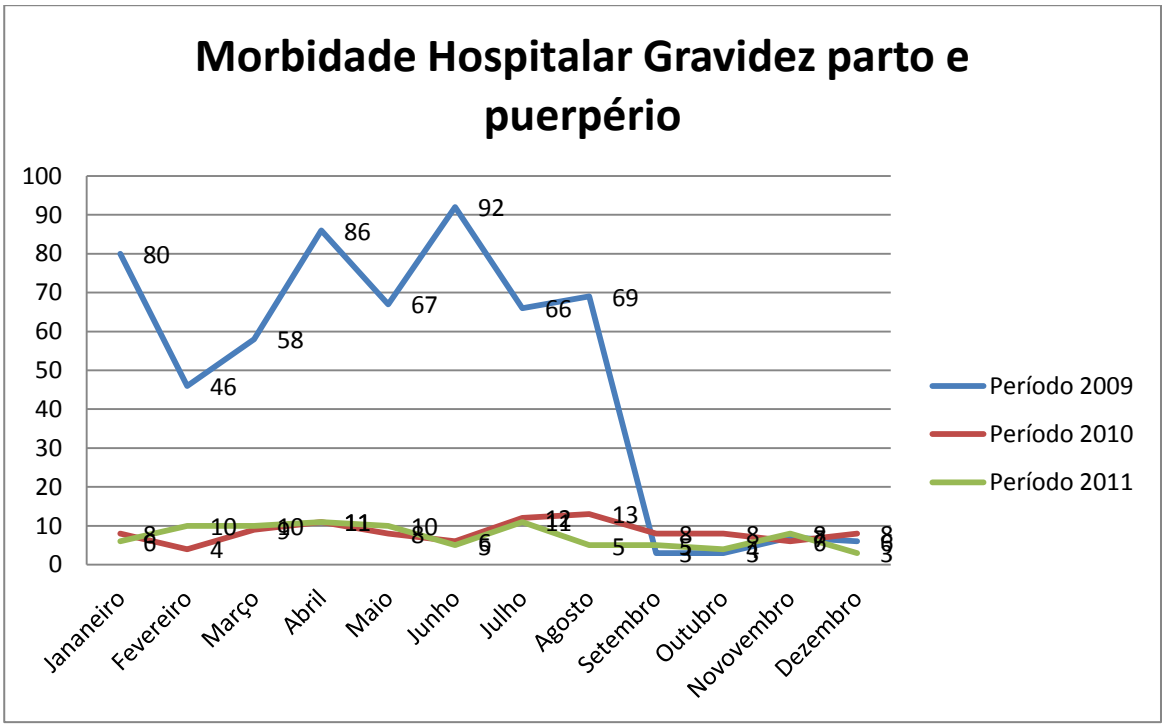
A morbidade hospitalar indígena devido à gravidez com seus eventos correlatos, tais como parto e puerpério, foi a segunda maior causa de internações no município de Cacoal-RO, no ano de 2010, variando de 04 quatro casos no mês de fevereiro a 13 no mês de agosto. As internações motivadas por este agravo à saúde ficaram na média de 8,4 casos ao ano, como mostra o Gráfico V.

A morbidade hospitalar indígena foi a menor no ano de 2011, em razão de gravidez, parto e puerpério, se comparada aos dois anos anteriores, porém foi a maior motivação de internações, neste ano.

A este respeito, o referido ano inicia com 06 seis casos, havendo aumento nos três meses seguintes, atingindo em abril a marca de 11 casos. Em seguida decai nos dois meses subsequentes, chegando a junho com 05 cinco casos, quando é verificado no mês posterior, criando uma crista de 11 casos no mês de julho.

Posteriormente há uma queda por três meses consecutivos atingindo o número de 04 quatro casos em outubro, quando é constatada uma elevação no mês seguinte. O ano é encerrado com seu menor número de casos em dezembro de 2012, conforme gráfico V, abaixo.

Gráfico V Morbidade Hospitalar Gravidez parto e puerpério



Fonte: DATA SUS, 2012.

A partir dos dados apresentados, verificou-se que as principais causas de internação hospitalar indígena em Cacoal-RO foram às relacionadas às seguintes classes de morbidades: gravidez, parto e puerpério; doenças do aparelho respiratório; e doenças infecciosas e parasitarias.

Também foi possível constatar que ocorreu uma diminuição da morbidade hospitalar indígena ao longo dos anos estudados. Tal fato foi possível verificar tanto nos números de casos gerais, como nos casos específicos estudados, referentes aos agravos à saúde.

Através dos dados do DATASUS apresentados até aqui, foi possível identificar quais são as principais causas dos problemas de saúde que levam os indígenas dos arredores de Cacoal-RO a serem hospitalizados e assim quais doenças serão enfrentadas pelo trabalho dos AIS, por serem eles um vínculo do sistema de saúde público com a comunidade indígena.

Estes dados indicam a quantidade e a diversidade do desafio desse profissional nem sempre valorizado visto que tais dados do DATASUS são como a ponta de um iceberg, pois revelam apenas os agravos à saúde que tiveram necessidade de hospitalização.

Os demais casos não registrados não deixam claro como são resolvidos estes ou outros casos de doenças dentro da área indígena, tampouco por qual terapêutica os enfermos passaram, bem como qual possa ter sido a função do AIS em tal tratamento e dos outros especialistas em saúde, sejam eles indígenas ou não indígenas.

Isto porque a hospitalização por si demonstra apenas uma ação terapêutica de média ou de alta complexidade dentro dos padrões biomédicos de atenção à saúde e também uma ação rotineira

de uso reconhecido pela comunidade indígena como algo já incorporado em sua cosmovisão, produto de uma comunicação interétnica.

CAPÍTULO IV

OS PAITER SURUÍ: LOCALIZAÇÃO, DEMOGRAFIA, HISTÓRIA E ORGANIZAÇÃO SOCIAL.

Neste capítulo, a localização sócio-histórica e geográfica da população indígena estudada complementa os dados anteriores no sentido de contextualizar a sociedade Paiter e a importância dos AIS no que se refere a saúde dessa população.

Se nos capítulos anteriores foi feita uma retrospectiva panorâmica do ponto de vista histórico e político, no presente capítulo se esboça o cenário específico dos Paiterey porque, sem tais informações precedentes, somadas a esta específica, a análise do trabalho realizado pelos AIS, corre o risco de ser visto tão somente como um serviço a mais prestado pelo Estado.

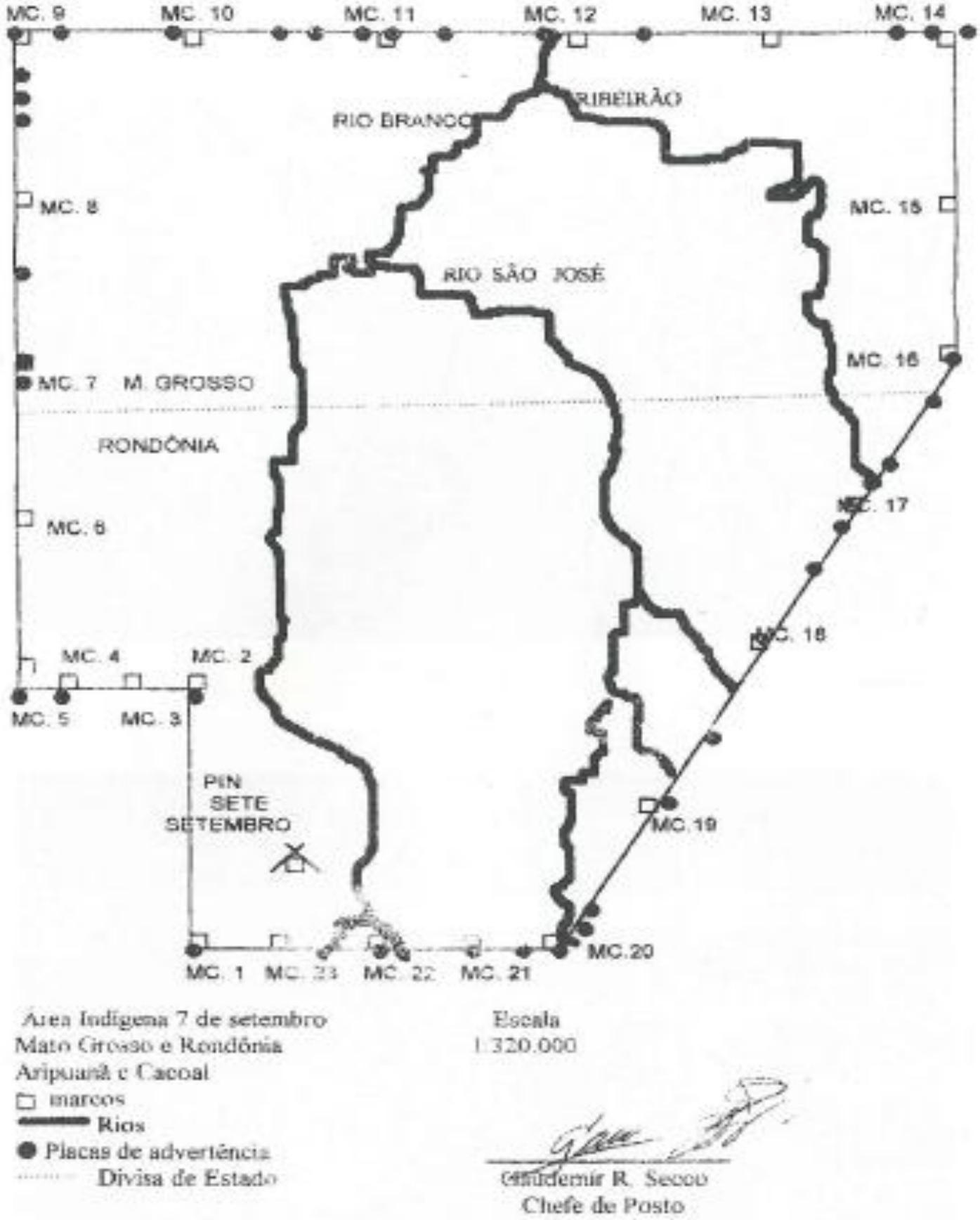
4.1. LOCALIZAÇÃO E EXTENSÃO TERRITORIAL DA TERRA INDÍGENA SETE DE SETEMBRO PAITEREY GARAH

A TI Sete de Setembro é o atual território dos Paiter Suruí em Rondônia, tendo sido demarcada e homologada pelo Decreto 88.867 de 17 de outubro de 1983 (FUNAI, 1996), localizada na região Sudeste do Estado, nos municípios de Cacoal e Espigão do Oeste, mas abrange áreas do Noroeste do Estado de Mato Grosso, no Município de Rondolândia.

A área dessa TI possui as seguintes delimitações: NORTE – O perímetro demarcado desenvolve-se a partir do marco 09 (nove) de coordenadas geográficas 10º45'03',9" S e 61º25'47,7" Wgr.; daí, segue por uma linha reta de azimute 88º27'45,2" com uma distância de 54.908,82m, até o Marco 14 (quatorze) de coordenadas geográficas 10º44'16,0" S e 60º55'41,4" Wgr. LESTE - Do Marco 14 (quatorze) segue por uma linha reta de azimute 178º44'50,4" com distância de 24.007,68m, até o Marco 16 (dezesseis) de coordenadas geográficas 10º57'16,9" S e 60º55'23,4" Wgr.; daí segue por uma linha reta de azimute 217º16'33,0" e uma distância de 40.711,33m, até o Marco 20 (vinte) de coordenadas geográficas 11º14'51,6" S e 61º08'55,1" Wgr. SUL - Do Marco 20 (vinte) segue por uma linha reta de azimute 269º32'55,5", com uma distância de 18.017,15m, até o Marco 01 (um) de coordenadas geográficas 11º14"56,2" S e 61º18'49,0" Wgr.; daí segue por uma linha reta de azimute 359º51"11,8", com uma distância de 15.005,61m, até o Marco 02 (dois) de coordenadas geográficas 11º06'47,'9" S e 61º18'50,2", Wgr.; daí segue por uma linha reta de azimute 269º47"12,1"com uma distância de 12.060,15m, até o Marco 5 (cinco) de coordenadas geográficas 11º06'49,2" S e 61º25'27,6" Wgr. OESTE - Do Marco 5 (cinco) segue por uma linha

reta de azimute 359º04'59,0" com uma distância de 40.110,29m, até o Marco 09 (nove) ponto inicial da presente descrição perimétrica (FUNAI, 1996), como mostra a figura a seguir.

Figura IV Área Indígena Sete de Setembro

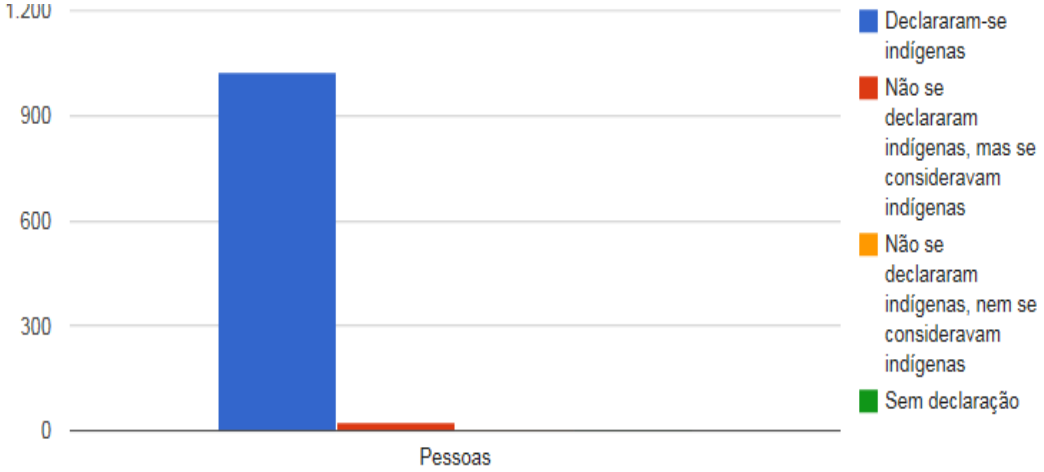


Fonte:FUNAI,1966.

4.2. DEMOGRAFIA, FAIXA ETÁRIA E GÊNERO, NA TERRA INDÍGENA SETE DE SETEMBRO

Segundo dados do IBGE, para o ano de 2012, a população da Terra Indígena Sete de Setembro é de aproximadamente 1.100 indígenas autodeclarados e de aproximadamente 100 pessoas que se consideram indígenas, porém não se autodeclaram, como pode se visto no Gráfico IV:

Gráfico VI Terra Indígena Sete de Setembro Pessoas Declaradas Indígenas.



Fonte: IBGE, 2012.

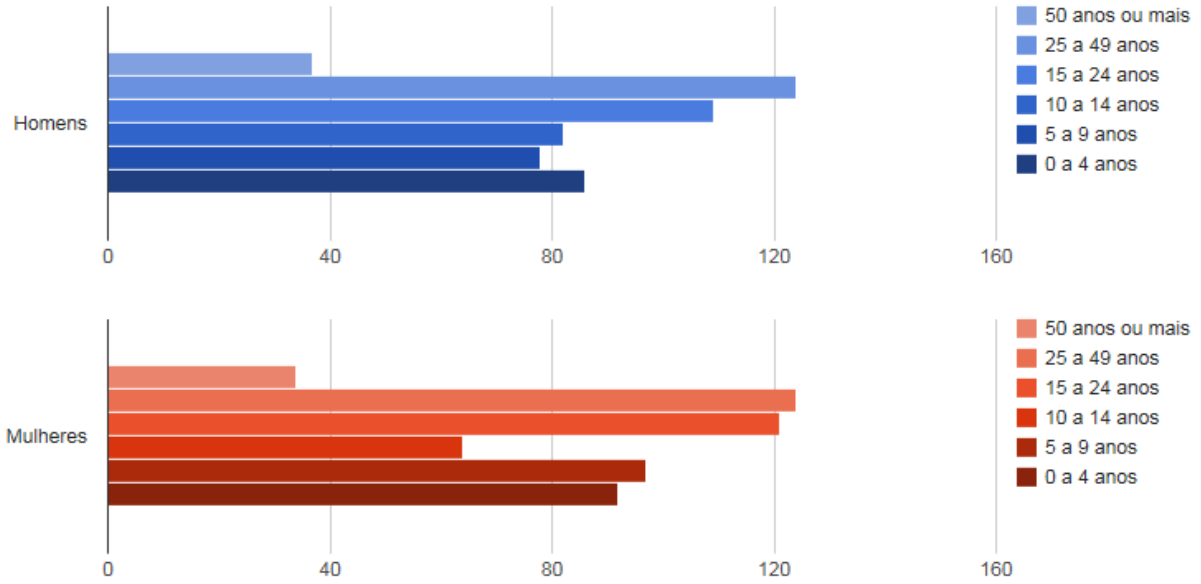
Isto pode estar associado ao frequente casamento entre homens Paiter com mulheres brancas. Os Suruí são povos patrilocais. Isto significa que, após o casamento, as mulheres é que vão morar nas aldeias dos maridos e assim, passam a ser consideradas indígenas Paiter, mesmo não tendo uma linhagem de descendência igual a do esposo.

No interior da terra indígena Sete de Setembro é irrelevante a diferença populacional entre mulheres (50.8%), e homens (49.2%).

Esta pequena porcentagem a favor das mulheres pode estar relacionada ao fato de que, geralmente, são as pessoas do sexo masculino que saem da aldeia para estudar e trabalhar.

O povo residente na Terra Indígena Sete de Setembro é uma população jovem, com faixa etária entre 10 e 24 anos de idade, sem diferenciação significativa para homens e mulheres, como está representado nos Gráficos VII.

Gráfico VII Terra Indígena Sete de Setembro Faixa Etária.



Fonte: IBGE, 2012.

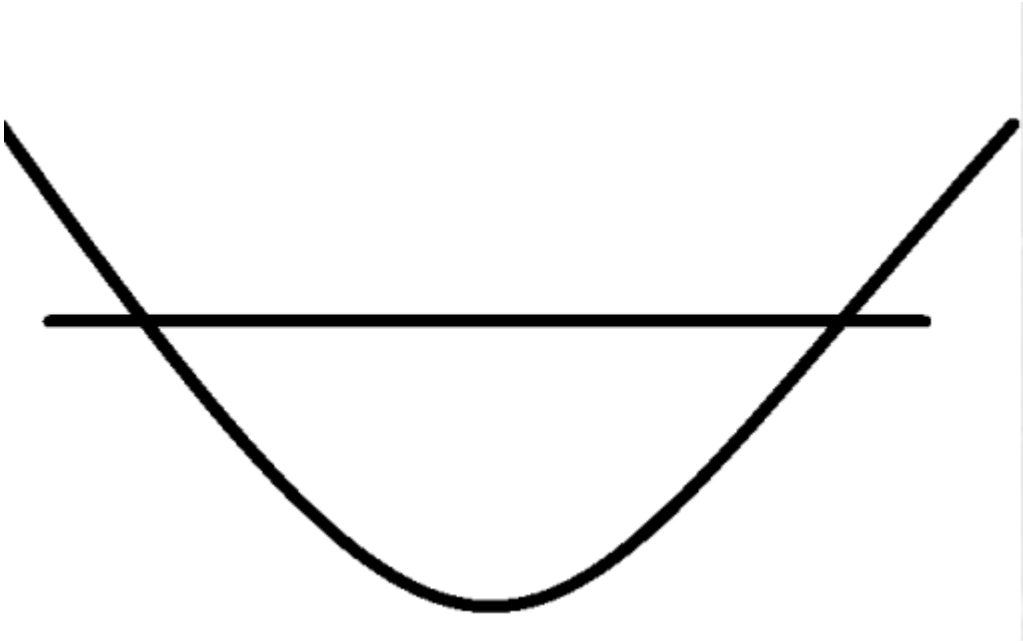
É quase impossível de ser calculado, com exatidão, do ponto de vista ocidental, a idade exata da população com faixa etária acima de 40 anos, uma vez que o contato com o povo Paiter se deu há 43 anos. Assim, foram feitos cálculos especulativos sobre a idade de pessoas nascidas antes do contato.

Uma técnica utilizada para se aproximar da idade foi fazer a verificação de tatuagens faciais, que demonstram registros de *ritos de passagens*, como a que se constitui um traço reto de orelha a orelha, contornando o nariz; e um traço em forma de U que obedece a linha do rosto, como pode ser visto na Figura VI.

Isto era uma forma com que os Paiter Suruí marcavam a passagem de etapas da vida de acordo com o tempo vivido pelo indivíduo. Este costume está em desuso pelas novas gerações, onde não se constata mais as tatuagens faciais.

A contagem de tempo vital é feita atualmente pela carteira de identidade emitida por órgãos oficiais tais como: Secretarias de Segurança Pública e em alguns casos a FUNAI.

Figura V Representação da tatuagem facial dos Paiter

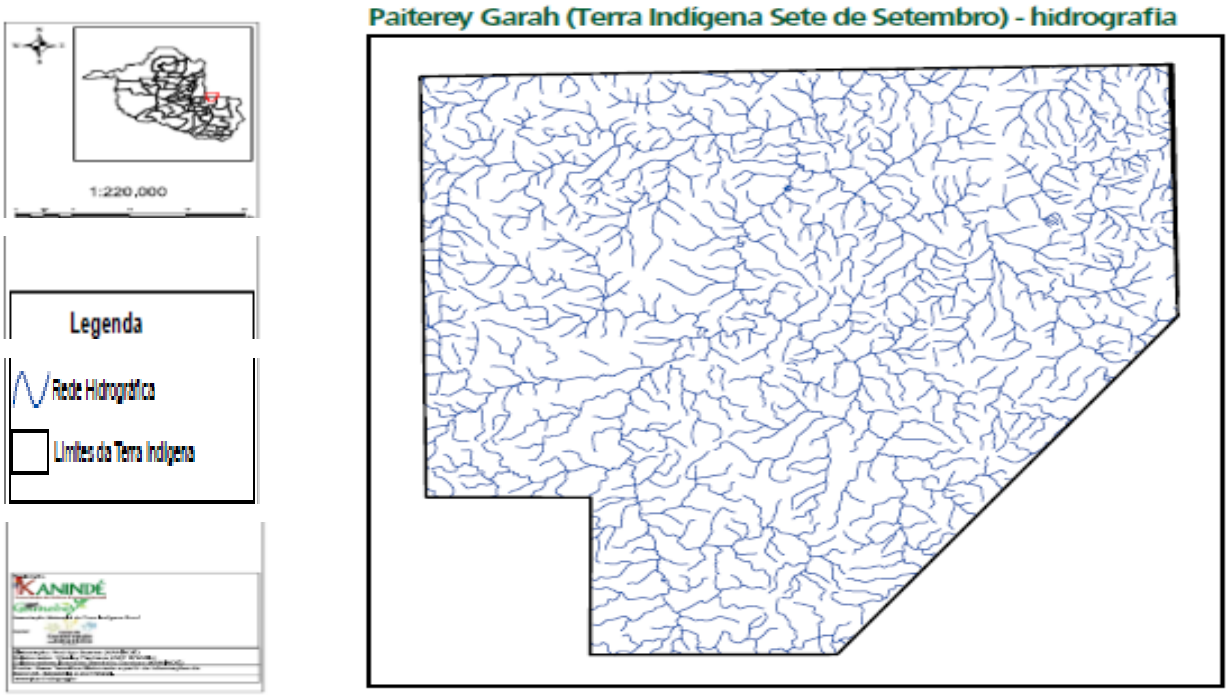


4.3. RECURSOS NATURAIS NA TERRA INDÍGENA SETE DE SETEMBRO

Segundo os dados do etnozoneamento da Terra Indígena Sete de Setembro realizado pela Associação de Defesa Etno-Ambiental (KANINDÉ), existem três tipos de cobertura florestal na TI supracitada, que são: floresta tropical aberta, a mais extensa, floresta tropical densa e área de tensão ecológica, menos extensa (CARDOZO, 2011)**.**

Dessa área é possível para os Paiterey retirar recursos para consumo próprio, ou para obtenção de moeda através da troca com a sociedade envolvente, bem como material de construção, adornos e outros elementos que compõem a vida material e imaterial deste grupo.

Mapa III hidrografia da T.I Sete de Setembro



Fonte: CARDOZO, 2011.

Os recursos aquáticos estão distribuídos nos rios e igarapés que estão dentro da TI (Mapa III). As principais bacias hidrográficas são o Rio Branco, São José e Ribeirão. Todos nascem fora dos limites da Terra Indígena Sete de Setembro.

Segundo dados do Etnozonemanto da ONG KANINDÉ (CARDOZO, 2011) os recursos de fauna registrados, indicam 150 espécies de aves. Destas, 14 são endêmicas (que vivem em um só lugar da Amazônia), sendo duas restritas no interflúvio Madeira-Tapajós (*Pyrrhura perlata, Lepodothrix nattereri*) (CARDOZO, 2011).

Para ictiofauna encontra-se a identificação de um total de 265 espécimes de peixes, distribuídos em 14 famílias e 33 espécies coletadas, sendo 63% da ordem Characiformes, 28% Siluriformes, 7% Perciformes e 2% Gymnotiformes.

Os levantamentos registraram também 26 espécies de anfíbios e 41 espécies de répteis. As famílias mais abundantes foram *Dipsadidae* com 59%, *Gymnophthalmidae* com 25% e *Hylidae* com 42% da amostragem. Em se tratando da Ordem, *Squamata* se mostrou mais abundante com 57% da amostra (CARDOZO, 2011).

Foram registradas 47 espécies de mamíferos, três espécies listadas como em perigo de extinção, sendo elas: Macaco barrigudo - *Lagothrix cana*; Cuxiú - *Chiropotes albinasus;* Ariranha - *Pteronura brasiliensis.*

De acordo com Cardozo (2011), foram identificadas quatro espécies de fauna listadas como vulneráveis: Anta (*Tapirus terrestres)*, Tatu canastra (*Priodontes maximus)*; Gato pequeno (*Leopardus tigrinus)*; Onça parda (*Puma concolor)*. Seis espécies foram listadas como quase ameaçadas: Onça pintada (*Panthera)*; Tamanduá bandeira (*Myrmecophaga tridactyla)*; Porco do mato queixada (*Tayassu pecari)*; Cachorro do mato vinagre (*Speothos venaticus)*; Gato maracajá (*Leopardus wiedii)*; Jaguatirica (*Leopardus pardalis)*.

É neste cenário, composto por estes elementos naturais da fauna e da flora que os Paiterey desenvolveram suas literaturas (mitos), na qual os Suruí e as árvores, têm uma ligação cosmológica, como na narrativa sobre a castanheira, que liga a terra ao céu; ou na fauna que ilustra sentimentos humanos em um gavião, que testa a coragem e a fidelidade dos Paiterey (MINDLIN, 1996).

Sua economia é baseada na produção agrícola de milho e cará, como fontes de carbohidratos e, posteriormente, com o contato, houve a introdução da cultura do café, (fonte de moeda para trocar por produtos, os quais os Paiter não produzem), a coleta do mel e frutas (fontes de energia e vitaminas), larvas, caça e pesca (fontes proteicas) (COIMBRA, JR, 1984; COIMBRA JR e SANTOS; 1991).

Estas atividades produtivas estavam organizadas em dois grupos:

a) os do mato: caçadores coletores, que vêm com as caças e outros presentes; e

b) os da roça: agricultores, que recebem os que chegam.

Com isso, os Paiter criaram uma cultura capaz de produzir uma *ciência* que conhece, classifica e ordena as plantas, animais, solo e os períodos de chuvas (inverno amazônico) e os períodos de estiagem (verão amazônico) para a realização das atividades produtivas, antes e pós-contato com a sociedade nacional.

4.4. EVENTOS, HISTÓRIA E ESTRUTURA PAITER

Nesta parte do trabalho será abordada a história do contato entre os Paiter Suruí e a sociedade nacional e é composto por levantamento bibliográfico para possibilitar a identificação dos eventos (SHALINS, 2003) que levaram a sociedade Suruí a se estruturar social, cultural, econômica e politicamente no presente.

Os Paiterey, através de suas histórias, são uma das fontes que relatam os primeiros contatos que seus antepassados tiveram com os não indígenas, pois seus parentes ancestrais, que saíram das proximidades de Cuiabá para onde hoje é Rondônia, no final do século XIX, contam sobre os primeiros contatos com os não indígenas, através da história de Waiói.

Este era um indígena que conviveu com os não indígenas no início do século XX. Ao retornar à comunidade, Waiói contou que os não indígenas tinham hora certa para comer, cozinhavam arroz e feijão, possuíam panelas, facões e armas de fogo (BAVARESCO, 2011)

Já a sociedade nacional tem relatos dos Suruí desde a primeira década de 1900, oriundas das expedições de Marechal Rondon, para construção das linhas telegráficas; e dos seringueiros que trabalhavam na região (BAVARESCO, 2011; LEANDRO, 2011).

As linhas telegráficas tinham a intenção de integrar o território brasileiro pela via da comunicação. Neste período histórico não foi realizado o contato oficial com os Suruí, tendo havido apenas contatos esporádicos entre estes e não indígenas.

No período desenvolvimentista do estado brasileiro, nas décadas de 1960 a 1980, os Suruí estavam literalmente *no meio do caminho*, que o desenvolvimento brasileiro estava traçando e construindo, com os ideais de integração nacional, com uma nova base de interligação regional, não alicerçado apenas na integração nacional pela comunicação.

Neste período de crescimento econômico era necessária uma ligação pelo potencial econômico que a região amazônica representava ao país, e as estradas de rodagens foram escolhidas como o modo ideal para ligar e escoar o que se produziria nesta parte do país.

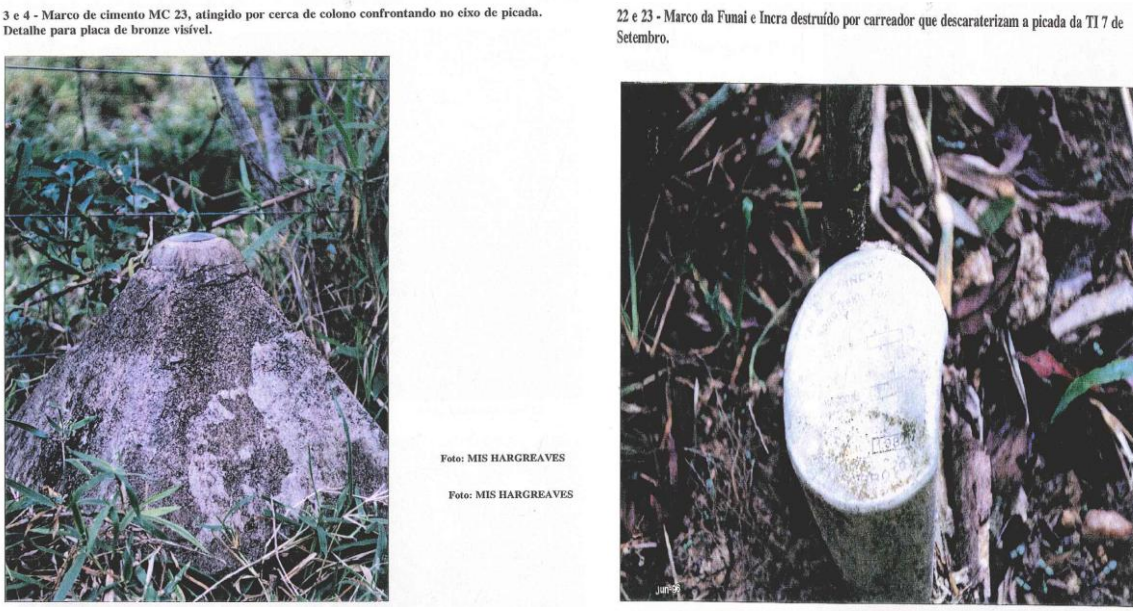
Deste modo, o planejamento de uma rodovia, alhures dos Paiter Suruí, bem como a sua materialização via construção da BR 364, que liga Cuiabá a Porto Velho, foi um dos eventos históricos que alteraram radicalmente a estrutura social da etnia, pois com o contato oficial em 1969, passa a ter intensa relação com uma sociedade que tem valores culturais, organização social, econômica e tecnológica radicalmente diferentes.

Cronologicamente, os eventos que acarretaram as transformações socioculturais aceleradas a partir de 1969 foram: a abertura e pavimentação da BR 364 e a migração dirigida na década de 1970, através do Programa de Colonização do Noroeste do Brasil (POLONOROESTE).

O que inseriu milhares de pessoas das regiões Sul e Sudeste do Brasil nas proximidades ou mesmo dentro do território dos Paiter, ocasionando surtos de epidemias de tuberculose e sarampo, além de conflitos entre indígenas e não indígenas foi a *migração dirigida* conduzida pelo Estado brasileiro ao Noroeste do país.

Os Paiter Suruí tiveram como primeira consequência disto as perdas territoriais, pois o Estado, através do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA), assentou colonos em território indígena, como mostra a foto (I), feitas pelo relatório de reavivamento da FUNAI de 1966, além de invasões espontâneas de colonos nas referidas áreas.

Foto I Marcos da FUNAI e do INCRA



Fonte: FUNAI, 1996.

As perdas territoriais se aliaram a diminuição demográfica dos Paiter Suruí. Segundo dados de Jean Chiappino, a população Paiter Suruí estaria constituída em torno de 800 pessoas e, após o contato sofreu uma redução da ordem de aproximadamente 80% (GAMEBEY & KANINDÉ, 2008) que, segundo o povo Paiter, na verdade foi de 95%:

> (...) discorda desta afirmação e diz terem sido 5 mil o número de pessoas encontradas durante o primeiro contato. Dois anos depois este número foi reduzido a 250 pessoas. Grande parte das mortes se deve a uma epidemia de sarampo, contraída por uma visita amigável a um acampamento de colonos (GAMEBEY & KANINDÉ, 2008).

Os Suruí empenharam-se em deslocamentos no sentido Leste da BR 364, para áreas de fronteira entre os Estados de Rondônia e Mato Grosso, no intuído de se proteger das doenças e agressões que os colonos estavam a trazer para o grupo.

Se a década de 1970 foi o período do contato, das perdas territoriais e demográficas dos Paiter Suruí, a década seguinte foi o momento em que conseguiram reaver parte de seu território, através de lutas jurídicas de demarcação da TI, que se iniciaram em 1976.

Outra conquista foi a expulsão dos invasores definitivamente em de 17 de outubro 1983, quando houve a homologação da Terra Indígena Sete de Setembro (FUNAI, 1996), assegurando sua delimitação física, o que lhes proporcionou minimamente segurança jurídica para sua proteção.

O Estado brasileiro entendeu a delimitação oficial descrita acima como o território Paiter Suruí, porém os Paiterey divergem da delimitação supracitada e entendem que seu território abranja

outras áreas como o distrito de Riozinho, que se localiza na porção urbana de Cacoal (CARDOZO, 2011).

A posse da terra foi apenas um evento que, somado à imersão do povo Paiter Suruí na sociedade não indígena, fez com que passasse a conviver com valores distintos do seu, e a ser submetido ao desejo de adquirir hábitos, produtos e valores que este último lhe impunha.

Entretanto, de forma geral, o acesso aos bens da modernidade ocidental tem sido intermediado por algum tipo de moeda que traduz o potencial de mercadoria dos referidos bens, cujo valor monetário, social ou histórico, tem sido compreendido de diferentes formas pela sociedade indígena em geral e, logicamente, por esta que está sendo estudada.

Após a delimitação da TI, na década de oitenta, antigas fazendas ficaram sob a posse dos Paiterey. Nestas já existiam culturas agrícolas como café e banana e, através da comercialização dessas mercadorias, os indígenas obtinham o que necessitavam da sociedade não indígena (COIMBRA JR & SANTOS 1991).

Outra forma de obtenção de moeda foi com a venda de madeira de lei, por certo mais predatória, porém com maiores rendimentos. Este ciclo econômico de madeira se manteve com intensidade por parte dos Paiterey durante a década de noventa prolongando-se em menor atividade até o presente (CARDOZO, 2011).

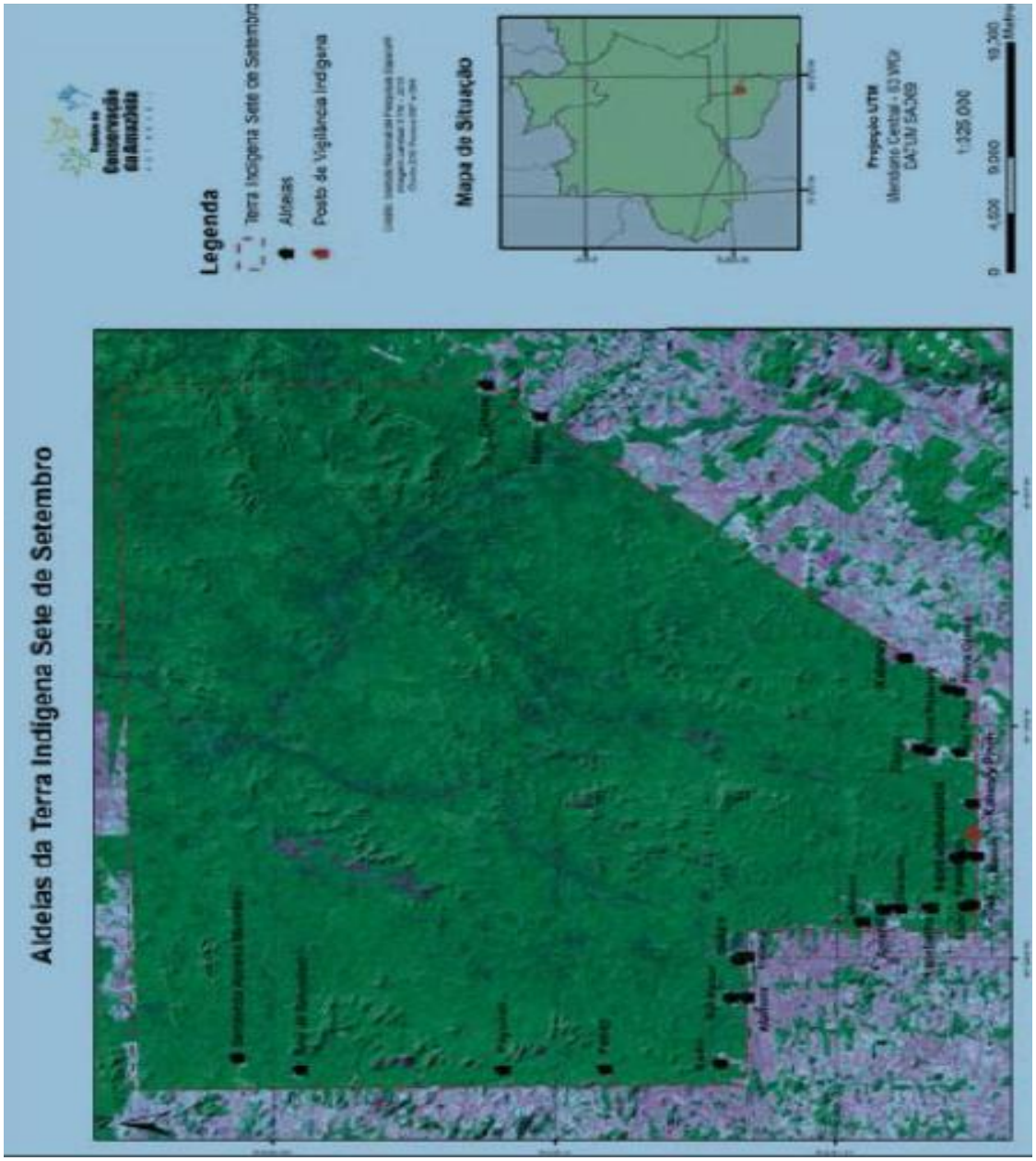
As décadas de oitenta e noventa são o período de estabilização das relações sociais entre Paiter Suruí e sociedade não indígena. Foi o momento de absorção de um novo idioma, visto que passaram a utilizar e dominar a língua portuguesa; e de transformações simbólicas, pelos entendimentos que os Paiterey passaram a ter sobre os códigos que regiam a sociedade não indígena.

Isto se deu em consequência das necessidades de trocas daquilo que interessava à sociedade indígena pelo que era de interesse da sociedade não indígena. Assim, produtos agrícolas, artesanato e principalmente madeira transformaram-se em mercadoria. Esta intensificação nas trocas econômicas e simbólicas alterou profundamente a estrutura social da sociedade Paiter Suruí.

Uma forma visível de detectar estas mudanças tem sido possível de ser vista no padrão de ocupação do território. Os indígenas passaram a ocupar as fronteiras da TI (Mapa IV) nas antigas sedes das fazendas, a partir de famílias nucleares, para proteger a entrada de invasores no seu território.

Com auxílio da FUNAI, estes se retiraram das grandes malocas tradicionalmente constituídas por famílias extensas no interior da mata e fizeram tal deslocamento para as fronteiras referidas, preventivamente, a fim de evitar mais perdas de área por invasores não indígenas.

Mapa IV Distribuição Espacial das Aldeias na Terra Indígena Sete de Setembro.



Fonte: BAVARESCO, 2011.

Com isto, os indígenas passam a trabalhar não só para sua subsistência, nas áreas agrícolas deixadas pelos colonos, como também para aquisição de mercadorias com produtos agrícolas comerciais tais como café e banana.

De forma estratégica, se mantêm mais próximo da sociedade não indígena, para dar continuidade ao intercâmbio de bens materiais e simbólicos e também para receber assistência do Estado, principalmente devido a seus problemas de saúde ocasionados pelo contato (GAMEBEY & KANINDÉ, 2008).

A estrutura da cultura tradicional Paiter Suruí não se desfez por completo, na verdade apenas se reestruturou, integrando elementos novos advindos do mundo ocidental moderno, a partir do contato de 1969.

Isto porque a referida estrutura cultural dos Paiter Suruí é propicia para o intercâmbio e assim viabilizou a comunicação entre a ciência ocidental moderna e sua estrutura cultural tradicional.

Um exemplo disto é o empenho dessa etnia, na defesa do meio ambiente reunindo conhecimentos científicos de ecologia, transferidos a eles pela sociedade não indígena, e a sua própria tradição no manejo e geração de uma taxionomia também própria, das espécies da flora e da fauna, presentes na TI Sete de Setembro, gerando um conhecimento científico multicultural, a partir deste intercâmbio (CARDOZO, 2011).

Os Paiter Suruí vivem este diálogo na esfera ambiental, o que poderá contribuir para uma comunicação entre os conhecimentos tradicionais e ocidentais na área de outros cuidados, em especial no que tange aspectos de saúde e doença.

4.5. ORGANIZAÇÃO SOCIAL

A partir da revisão da literatura sobre os aspectos sócio-culturais dos Paiterey, eleita sob o critério da acessibilidade, foi realizado um estudo da organização social dessa etnia.

Segundo esta bibliografia, o povo indígena Suruí se autodenomina Paiter**,** “Gente de Verdade”. Os Paiterey são falantes da língua de tronco Tupi da família Mondé (CABRAL, A. S. A. et al, 2012) com uma organização social baseada em um coletivo dividido em quatro clãs, que são a base do sistema de parentesco, da organização política, econômica e do sistema de matrimônio.

Os quatro clãs são: Gameb (marimbondos pretos), Gabgir ou Gamir (marimbondos amarelos), Makor (taboca, uma espécie de bambu amazônico) e Kaban (mirindiba, uma fruta regional) (CARDOZO, 2011).

Sua organização social preconiza a exogamia clânica patrilinear e patrilocal, no qual o casamento é permitido somente com os membros de outro clã.

São poligâmicos, sendo que especialmente os chefes e lideranças podem casar com mais de uma mulher. Mantêm como regra preferencial o casamento avuncular, ou seja, casamento com o tio materno (CARDOZO, 2011).

Os estudos da antropóloga Betty Mindlin, (1996) nas décadas de oitenta e noventa, no período após o contato de 1969, revelam como interlocutores Paiter Suruí que se tornaram *pessoas*, antes do contato com a sociedade não indígena pensavam o mundo e a si mesmos.

A integração homem-natureza, e a forma de divisão do trabalho existente, dividia os clãs sazonalmente entre a mata e a roça. Isto fez com que, a depender da estação, um clã fosse responsável por um tipo de trabalho, dando oportunidade a todos de exercerem aquela atividade (roça ou mata).

O imaginário desse Povo permaneceu, apesar do contato, com os heróis míticos que transitavam entre a floresta e os Paiterey e a os pajés que podiam mediar relações entre o plano espiritual e o terreno.

Os quatro clãs, constinuem as partes que, uma vez juntas, formam o Paiter, através do ritual da criação do mundo, na festa do Mapimai (MINDLIN, 1996; CARDOZO, 2013). Pesquisadores, como foi o caso de Mindlin, tiveram acesso á informação sobre este ritual através da memória de alguns Paiterey que possuíam esta estrutura cultural em suas mentes.

Coimbra Jr & Santos (1991), nos fins dos anos oitenta vê a organização dos Paiterey, não pelo prisma da memória, mas pelo prisma da organização social desse povo, a partir de como estavam se organizando para obter recursos alimentícios. Percebeu este autor, por exemplo, a introdução de novas culturas agrícolas, um novo modelo de organização do espaço e o consumo de produtos industrializados.

Em estudos de ecologia humana, constata-se uma forma de manejo que os Suruí têm em adquirir larvas das espécies de coleópteros, denominada pelos Paiterey como “Kadeg”, e são encontradas parasitando nas amêndoas do coco de babaçu, estas larvas são fontes proteicas e de lipídeos (COIMBRA JR, 1984).

O mesmo autor compreendeu com seus estudos que os hábitos alimentares tradicionais dos Paiterey eram vistos pela sociedade não indígena como primitivos. Com o contato com a sociedade não indígena, e a aquisição de valores ocidentais aliada a repulsa do não indígena por estes hábitos, influenciaria o povo a abandonar suas tradições culinárias (COIMBRA JR, 1984).

Coimbra Jr e Santos (1991) e Bastos (2005) também percebem a mudança nos valores Paiterey em contato com a sociedade não indígena sobre os recursos naturais. Isto porque estes

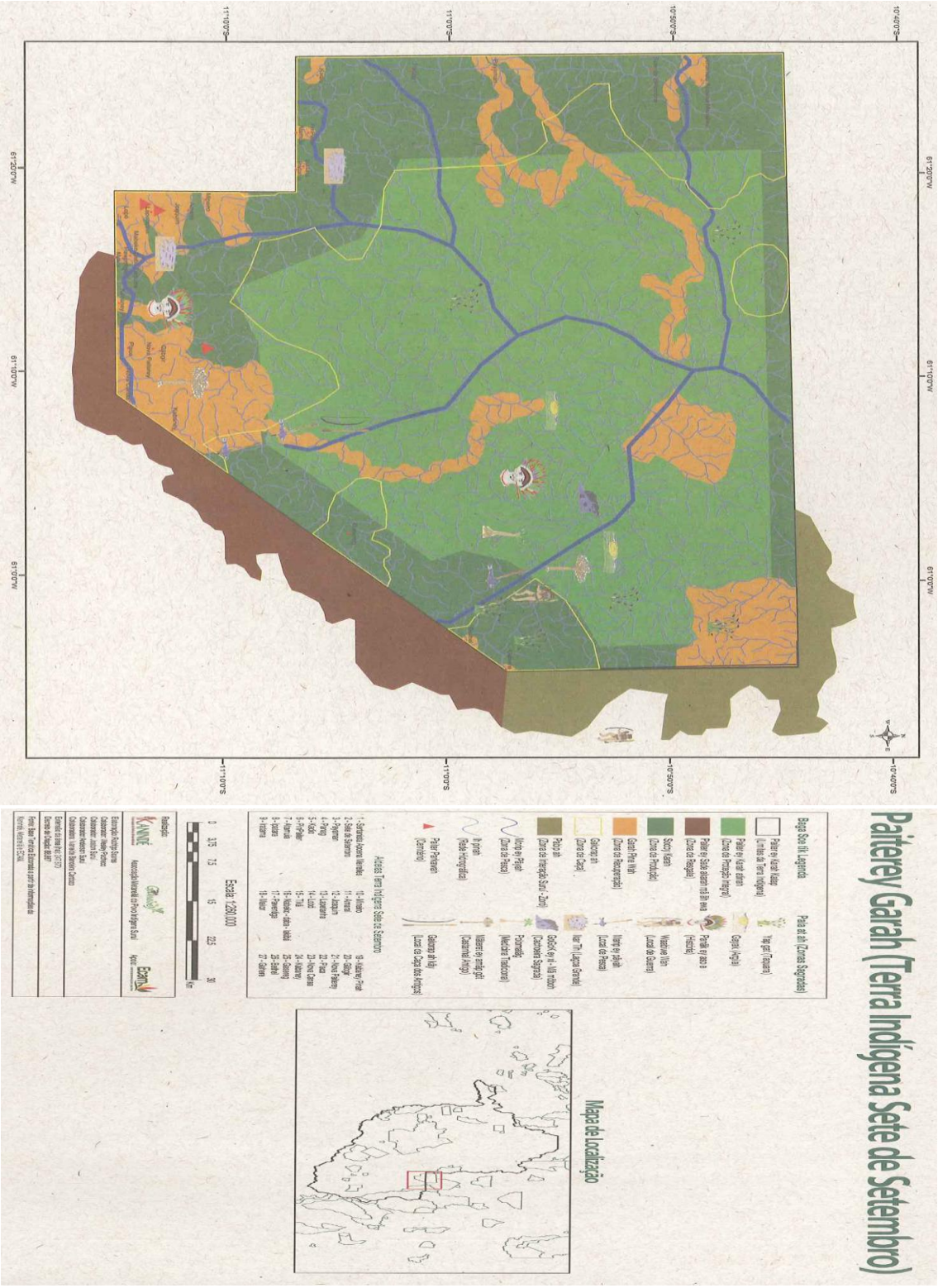
passam a utilizar a floresta, especialmente os recursos madeireiros, para obter recursos econômicos monetários, tendo como consequência a diminuição da floresta e das fontes de caça (proteína), o aumento da dependência aos produtos industrializados e a alteração do modo de organização do trabalho.

Segundo Cardozo (2011) a ONG KANINDÉ, em pesquisas no período de 1995 a 2012, revela outra dinâmica da organização social dos Paiterey. Esta nova dinâmica, além de resgatar a memória, os sentidos tradicionais dos recursos naturais se alia ao discurso ambientalista global como uma nova forma de obter moeda.

Esta forma que engloba a visão indígena à visão não indígena sobre os mesmos recursos naturais tem feito com que os indígenas possam investir naquilo que mais sabem fazer: conservação ambiental e ganhar capital com isto. Um exemplo disto é a venda de carbono contratada sob o compromisso de manutenção de atividades que mantenham a floresta em pé mediante plano de manejo conservacionista.

O trabalho de etnozoneamento feito pela KANINDÉ (CARDOZO, 2011) mostra como os Paiterey estão organizando o uso dos recursos naturais e onde eles podem trabalhar para produção agrícola, preservar, caçar e pescar e reflorestar, como mostra a figura XIV.

Figura VI Etno-Mapa Paiter Suruí



Fonte: CARDOZO, 2011.

A figura do Etno-mapa, produzida pelos Paiter Suruí em conjunto com a KANINDÉ (CARDOZO, 2011), através de tecnologias ocidentais, foi uma forma de marcar o território Paiterey Garah, de acordo com os valores econômicos e culturais que cada zona representa para esta etnia.

Assim torna-se visível a organização social deste povo como algo dinâmico, pois nela sempre é possível se adquirir ou abandonar sentidos que dão direções para novas formas de produção e de uso de recursos naturais.

Apesar das transformações sociais, os Paiterey permaneceram tendo a família como sua unidade básica, organizada através de casamentos entre clãs diferentes. Mas a forma de organização política interétnica dos Paiterey em 2013, passa a se fundamentar em um parlamento compostos pelos quatro clãs com a seguinte estrutura (CARDOZO, 2011).

Figura VII Organização social intraétnica e interétnica Paiterey

Fonte, CARDOZO, 2011.

Com esta organização social intraétnica (clãs) e interétnica (parlamento), os Paiterey negociam valores simbólicos, matrimoniais, econômicos e políticos, com suas metades clânicas e com a sociedade não indígena em escala nacional e até mesmo global, agora que estão inseridos na comercialização de carbono, como pode ser visto pelo noticiário de circulação nacional:

> Os índios paiter-suruí, que participam do projeto Carbono Florestal Suruí, em Rondônia, realizaram no início de setembro a primeira venda de créditos de carbono indígenas com certificação internacional já feita no país. (...) A companhia brasileira de cosméticos Natura anunciou a compra de créditos que equivalem à emissão de 120 mil toneladas de carbono, para compensar suas liberações de poluentes por meio do processo industrial. O dinheiro da negociação será investido na preservação da floresta amazônica (G1, 2013).

Este povo tem adquirido novos valores, como a pratica da economia de mercado mas, ao mesmo tempo, e paradoxalmente, justo ela tem resgatado valores tradicionais, como o uso da floresta como fonte de histórias imemoriais e a novidade é a preocupações com o meio ambiente, pois este é a fonte de suas narrativas.

A reinvenção da organização política que estruturou um parlamento interétnico, mesclando o modo não indígena de organização política, com a estrutura indígena com base nas suas metades clânicas só foi possível pela flexibilidade cultural pré-existente àquelas práticas trazidas pelos não indígenas e adotadas pelos Paiterey.

A partir disto, por suas características e condições étnicas de adaptabilidade e transformação social ante novas condições de existência, preservando traços que lhe são essenciais os Paiterey são uma fonte importante para estudos antropológicos, sociológicos e políticos, de possibilidades de intercâmbio intraétnico e interétnico.

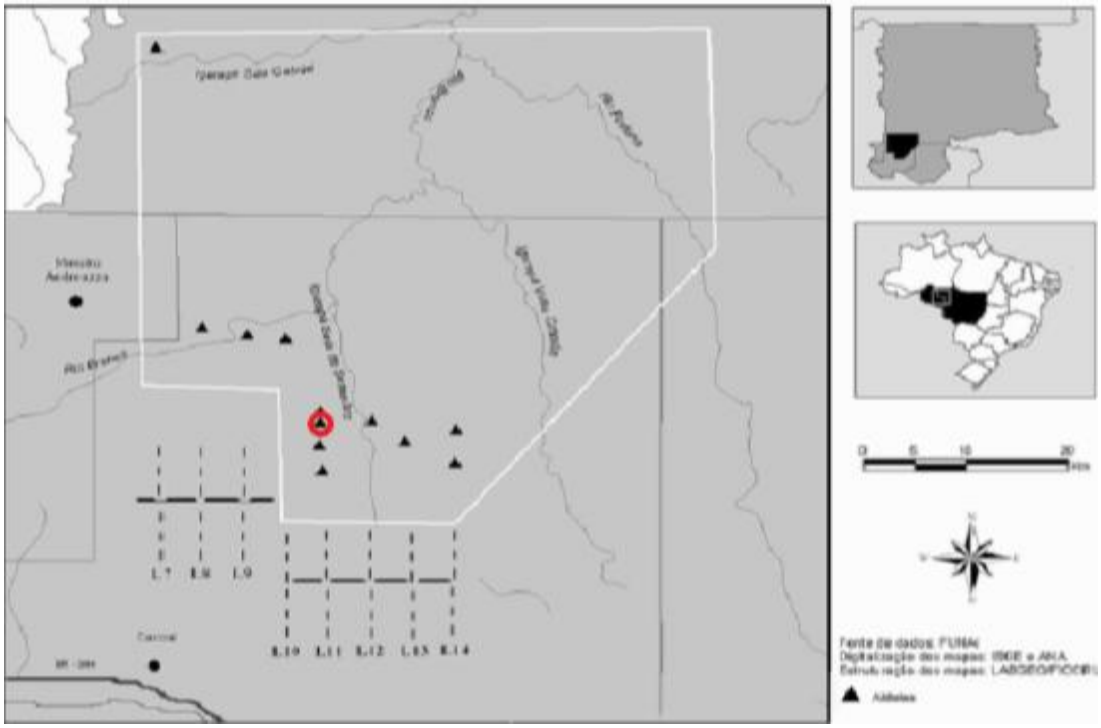
CAPITULO V

O AGENTE INDÍGENA DE SAÚDE PAITER: ENTRE CONHECIMENTOS TRADICIONAIS E BIOMÉDICOS

5.1. A ALDEIA LAPETANHA

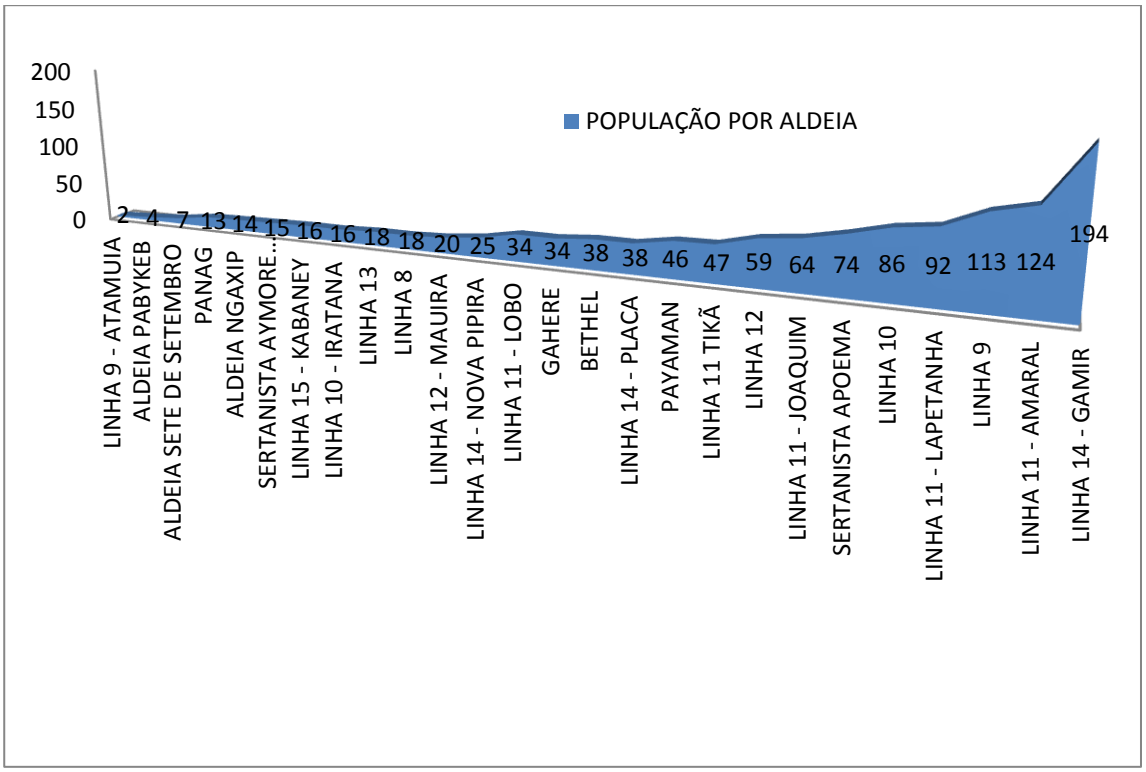
A Aldeia Lapetanha se localiza na linha 11 (Figura IX), tem a quarta maior população no interior da Terra Indígena Sete de Setembro com um total de 92 Paiterey, como pode ser vista no gráfico VIII.

Figura VIII Localização da aldeia Lapetanha



Fonte: TAVARES, 2010.

Gráfico VIII Demografia Suruí por Aldeia



Fonte: SESAI, 2012.

A Aldeia Lapetanha possui 17 casas, com vários padrões de construção descritos a seguir de acordo com sua utilização:

- tipo 01: piso de alvenaria e paredes de madeira com telhas – serve para moradia;
- tipo 2: piso e paredes de alvenaria coberta com telha – serve para moradia;
- tipo 3 piso de madeira suspenso, estilo palafita e paredes de madeira coberta com telha, – serve para moradia.
- Tipo 4: duas malocas tradicionais madeira, palha e fibras – serve para moradia.
- Tipo 5: extensão da moradia chamada *rabo de jacu* estrutura de madeira e palha, sem paredes, utilizada para dormir pelo período da tarde. Este espaço também é utilizado para assar carne.

Foto II Casa Tipo 1

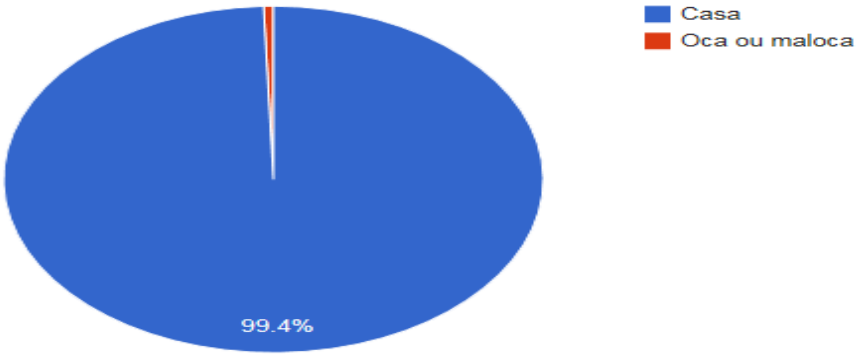
Foto III Casa Tipo 2

Foto IV Casa Tipo 3

Foto V Maloca Tradicional e rabo de Jacú.

Foi possível constatar que os Suruí estão tendo uma preferência em residir em casas e as ocas ou malocas passaram a ser uma forma de habitação secundária, conforme pode ser visto pelo gráfico elaborado pelo IBGE.

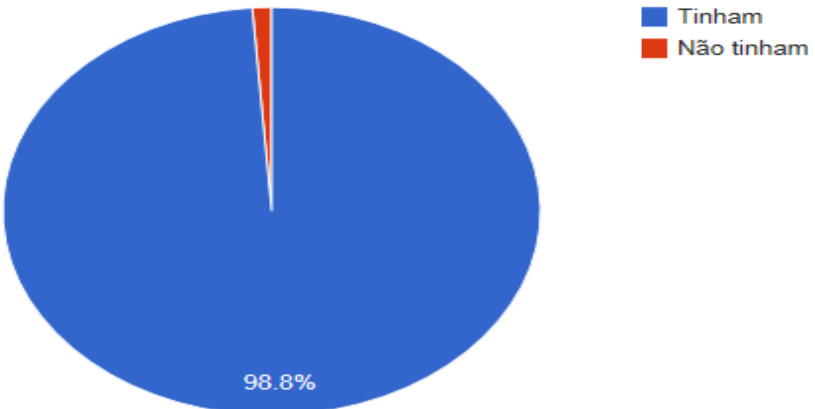
Gráfico IX: Tipos de domicílios Terra Indígena Sete de Setembro.



Fonte: IBGE, 2012.

Todas as casas na Aldeia Lapetanha possuem energia elétrica há pelo menos cinco anos. O gráfico elaborado pelo IBGE para toda a Terra Indígena Sete de Setembro corrobora com esta informação. O abastecimento de água é capitado de um olho d'água que fica dentro da aldeia a água é retirada por uma bomba d'água que enche as caixas que ficam no centro da aldeia, distribuindo, através do encanamento por sistema de pressão hidrostática para as casas.

Gráfico X Domicílios particulares permanentes localizados na Terra Indígena Sete de Setembro, por existência de energia elétrica



Fonte: IBGE, 2012.

Foto VI Eletrificação Aldeia Lapetanha

Foto VII Abastecimento de água na Aldeia Lapetanha

Também existem banheiros e pontos de coleta de água coletivos, onde pode ser feita a lavagem de roupa e louça.

Foto VIII Ponto coletivo de coleta de água

Como estrutura social, foi possível constatar a existência de estruturas sociais para atendimento a serviços básicos e necessidades de caráter sociais ou religiosos tais como:

- Uma escola fundamental com as séries do primeiro ao nono ano;
- Um posto de saúde que está abandonado, por isto os medicamentos, receitas médicas e controle dos pacientes da Aldeia Lapetanha ficam na casa do AIS;
- Um viveiro de plantas para o reflorestamento;
- Uma igreja evangélica onde os indígenas se congregam e um campo de futebol para os jogos entre os clãs.

Foto IX Escola de ensino fundamental aldeia Lapetanha

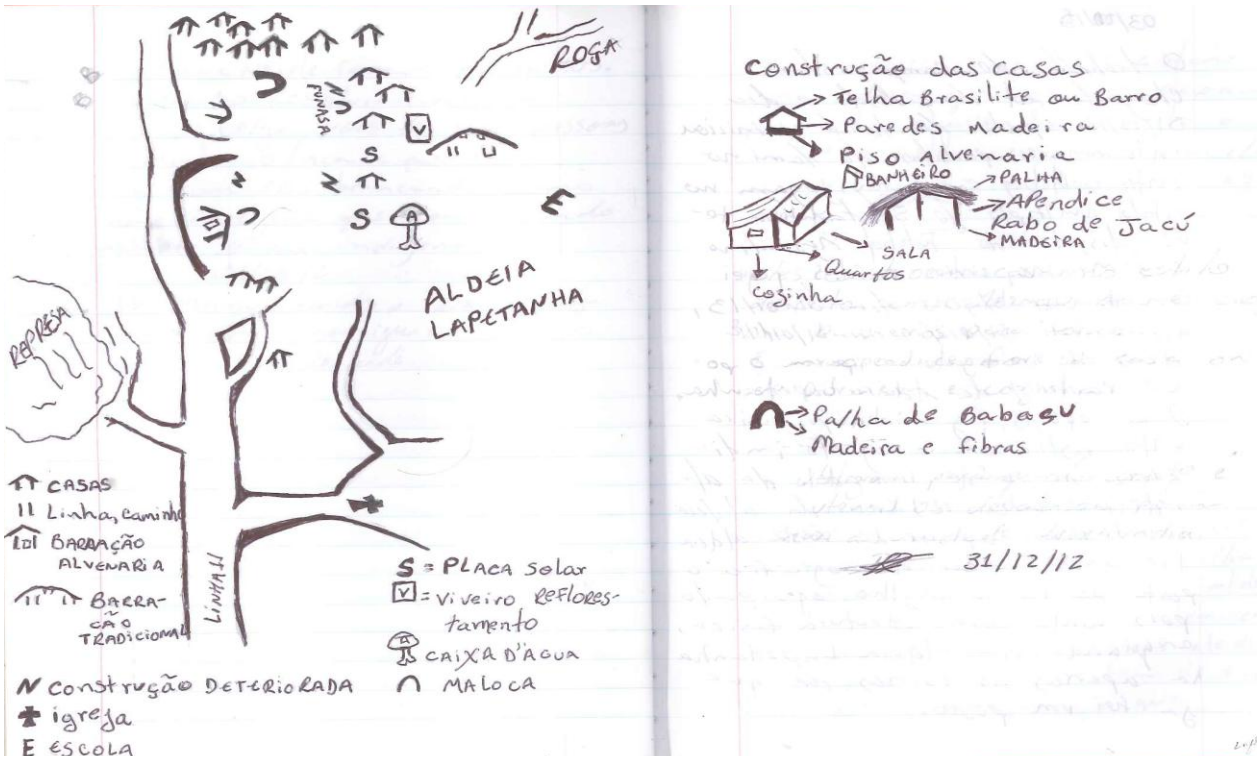
Foto X Viveiro de mudas.

Foto XI Posto de saúde da aldeia Lapetanha

Foto XII Igreja Paiter

No croqui abaixo é possível visualizar a distribuição espacial das construções na Aldeia Lapetanha e constatar que as roças estão separadas e distantes do espaço residencial, havendo caminhos para tráfego entre os dois espaços.

Figura IX Croqui da Aldeia Lapetanha e representação da arquitetura moderna Paiter.



5.2. TRABALHO, ECONOMIA E ALIMENTAÇÃO

Com o intuito de levantar informações sobre saúde, doença e terapias tradicionais ou biomédicas para a pesquisa, foram obtidas informações sobre trabalho e economia entre os Paiter Suruí *in loco*, por 13 dias.

O período de estudo de campo coincidiu com o armazenamento da Castanha do Brasil *(Bertholletia excelsa)*, embora houvesse ainda muitas famílias na coleta do fruto que, naquele ano, 2012, rendeu dez mil reais para a aldeia.

Estas constatações iniciais são corroboradas ao estudar os Paiter Suruí, com base nas orientações de MALINOWSKI (1976), pois é possível identificar ali uma atividade econômica agrícola de subsistência paralela a outra, para fins comerciais, embora baseada no trabalho familiar extrativista perene, limitada aos meses de dezembro a fevereiro.

No caso da castanha, melhor observada pelo pesquisador, o transporte é feito em sacas transportadas em caminhonetes dos próprios indígenas até a cidade de Cacoal onde são vendidas. A transação comercial é feita por um líder indígena com uma indústria do Mato Grosso.

A castanha, neste período, é um produto que lhes geram importante fonte de rendimentos, nesta fase do ano, havendo outros produtos com a mesma finalidade que os sustentam em outros momentos, tais como: banana, café e milho.

Além disto, pode-se constatar que, na Aldeia Lapetanha, a produção agrícola é para fins comerciais apesar de realizada apenas pela família, com ocasionais contratações, de indígenas ou de não indígenas, em períodos sazonais, que podem ser pagos em dinheiro ou em permuta de trabalho.

As chamadas culturas brancas comerciais anuais são praticadas de acordo com o regime de chuvas que, no mês de outubro, está iniciando; e nos meses de março, abril e maio há uma transição para o chamado "verão amazônico" que implica diminuição dos índices pluviométricos.

Tais culturas foram identificadas como as que seguem:

- A cultura da banana (foto XIII) que tem manejo o ano inteiro com entressafra nos meses de junho e julho.
- a cultura do café (Foto XIV) que tem plantio iniciando em dezembro com a colheita feita em maio;
- a cultura do milho (foto XV) que tem plantio em dezembro e a colheita é em março.

Foto XIII Plantações Paiter de Banana

Foto XIV Plantações Paiter Café

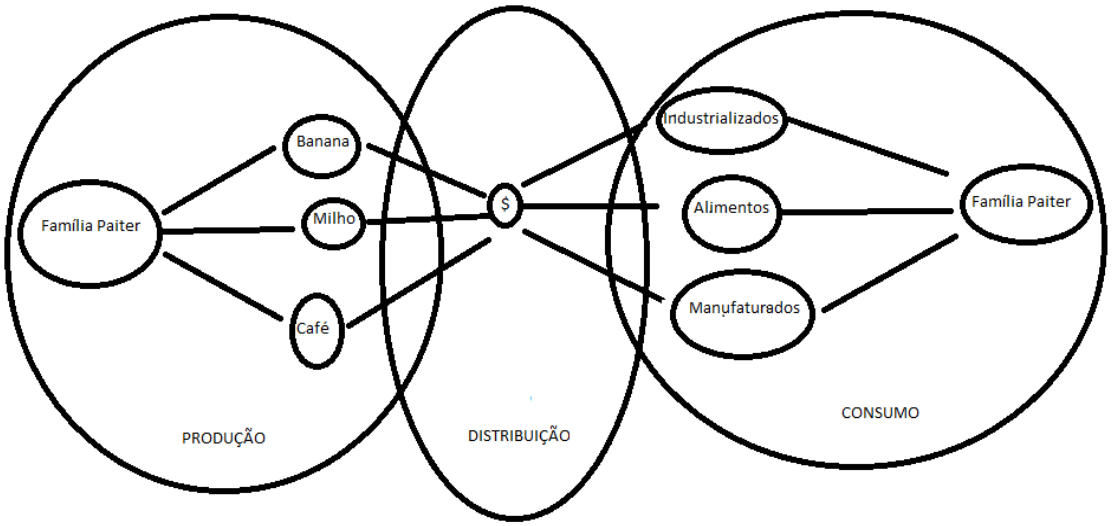
Foto XV Plantações Paiter Milho

Estas atividades agrícolas são importantes para os Paiter Suruí, pois são delas que eles conseguem produtos para o mercado a fim de terem condições de comprar o que não produzem, tais como produtos industrializados e manufaturados como mostra o fluxograma (Figura XI).

As notas de campo possibilitaram a construção de um fluxograma, composto em três partes: produção familiar Paiter de gêneros agrícolas; distribuição e venda dos produtos agrícolas por dinheiro (equivalentes geral); sendo que a venda ocorre dentro da TI, pois os caminhões dos não indígenas se deslocam até a aldeia e compram as caixas de bananas, as sacas de café e milho.

Em contrapartida o consumo se dá nos mercados de Cacoal, onde adquirem alimentos, roupas, ferramentas, combustíveis, eletrodomésticos e materiais de construção.

Figura X Fluxograma da Economia Paiter



Com a descrição de um caso de campo percebe-se como se dá o consumo na Aldeia Lapetanha na festa de natal, conforme descrito por um informante, quanto a compras, por exemplo, feitas para a festa de natal que, apesar de ser comemoração não indígena, foi uma das incorporações culturais feitas em função do contato e, ao que pareceu, já consolidada pela repetição anual de iniciativa dos próprios indígenas.

O momento que saem para compras é na manhã do dia 24. Saem tanto homens quanto mulheres (os chefes de família, as mães com crianças de colo e/ou filhos mais velhos, preferencialmente, quando não pode ir a família toda), para as compras referentes à Ceia da meia

noite de 24 para 25, conforme tradição cristã. Eles saem da aldeia de carro próprio ou de ônibus de linha.

Como são vinte e sete aldeias, este momento permite o encontro das famílias na cidade de Cacoal. Nestes encontros eles se cumprimentam e apresentam seus filhos que, por ventura, os parentes das demais aldeias não conheçam. Os indígenas passam longas horas em supermercados e lojas de confecções consumindo.

Quando chega a noite de Natal à moda Suruí, há a presença do Líder maior do povo Paiter Almir Suruí, que traz a carne de boi e frango e orienta os parentes a fazer o fogo e assar a carne, trazendo também refrigerantes e cerveja.

Os indígenas passam a noite comendo, bebendo e contando histórias. Além disto há brincadeiras entre as crianças, com trocas de chocolate ao estilo amigo oculto, mas o presente é o mesmo: todos dão e recebem chocolates. No final, passam suas caixas de chocolate para que todos os presentes possam ganhar um bombom de cada participante. Assim todos comem da mesma iguaria.

Constata-se assim que as famílias precisam dedicar cada vez mais, maior parte do seu tempo às atividades agrícolas de mercado, ou seja, a produção daqueles produtos que têm maior possibilidade de serem realizados como mercadoria (MARX, 1985) fora da aldeia, pois é através destas trocas monetárias que eles obtêm moeda, possibilitando o estilo de consumo, como o relatado, para uma noite de natal.

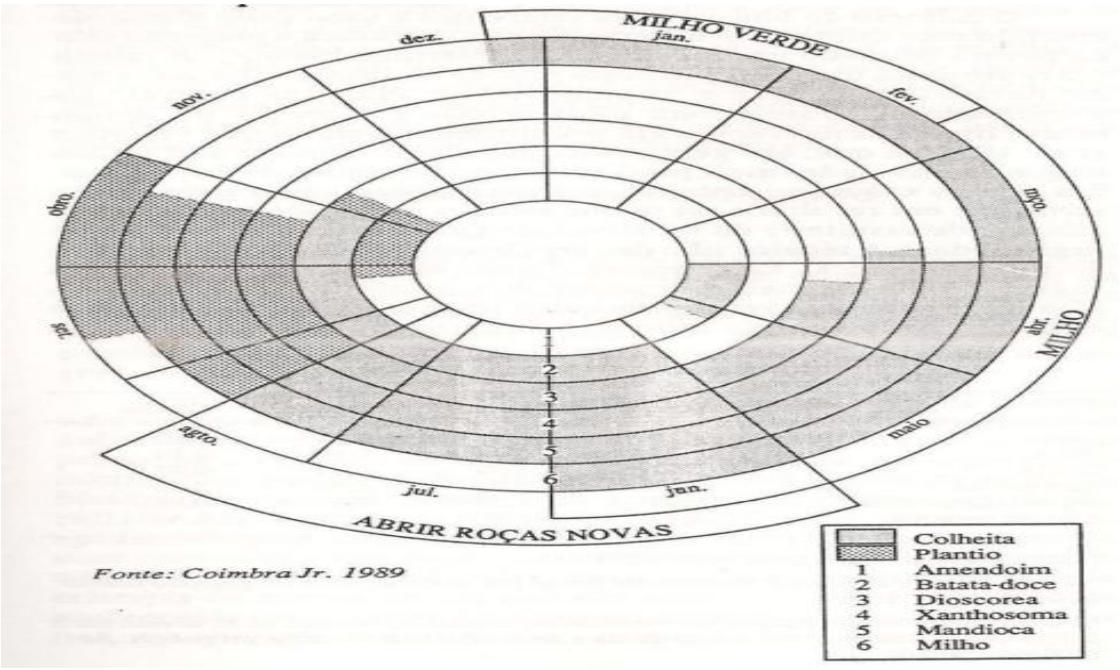
Assim, para produzir para o mercado, e poder custear estas novas necessidades oriundas do contato, observou-se o seguinte ritmo de trabalho: um homem pode sair de manhã às sete horas, para limpar seu roçado seja de banana, milho ou café; acompanhado de outro homem, seja ele, filho, sobrinho ou irmão, sendo que, em tal roçado, ele se dedica a desenvolver as atividades de tratos culturais de tais produtos. Isto redunda principalmente em observar suas plantas, capinar e verificar quando pode ser feita a colheita.

No caso da banana, também faz a retirada de algumas mudas para ser plantada em outras áreas. Para isto ele dedica, aproximadamente, umas quatro horas retornando para sua casa às 11 horas da manhã.

No período da tarde, pode fazer esta mesma rotina se necessário. Utiliza ferramentas como enxada e facão para fazer a limpeza do roçado. Desloca-se a pé ou de motocicleta, sendo importante observar que uma moto pode carregar mais de uma pessoa e ainda as ferramentas de trabalho.

O professor Coimbra Jr (*apud* MORAN, 1990) fez um calendário agrícola dos Paiter Suruí no ano de 1989, no qual constavam mais culturas agrícolas, do que as encontradas na Aldeia Lapetanha por este autor, como se pode constatar na Figura XII.

Figura XI Círculo de atividades anuais Paiter Suruí (1989).



Fonte: COIMBRA Jr. Apud Morán, 1990.

Como se dedicam mais às atividades agrícolas de mercado, ficam com o tempo mais reduzido para realizarem agriculturas tradicionais como o amendoim, o milho para chicha, batata doce ou mesmo o cará, como está expresso na figura do professor Coimbra Jr.

Tais atividades, agora tidas apenas como bens de consumo, foram prioritárias até o contato. Em seguida passaram a paritárias, na década de 1980; sendo que, no presente, estas culturas agrícolas por não terem mercado, são cultivadas apenas para consumo interno.

Seja para seu próprio consumo, seja em função das já referidas novas necessidades, os indígenas utilizam a maior parte de seu tempo às atividades de roçado, destinando seus esforços à produção de mercado que é a que lhes toma mais tempo.

Atividades como a caça e a pesca, para aquisição de proteína, vêm sofrendo limitações pela falta de tempo disponível para que os Paiter Suruí se dediquem a elas, bem como em razão da confinação destes numa pequena área, como é a Terra Indígena Sete de Setembro.

Assim, a aquisição de proteína se dá através da compra de frangos congelados, carne bovina, enlatados e peixes em supermercados, também se fazendo presente através de pequenas atividades de caça e pesca.

Convém ressaltar que a referência à caça foi feita por informantes, mas não foi vista *in loco* pelo pesquisador. Durante o trabalho de campo não se constatou nenhuma aquisição de proteína através da pratica de caça, apesar de ainda existir a cultura da caça e animais para serem abatidos.

Os Paitér Suruí também obtêm proteína através do manejo da palmeira do babaçu, que consiste na derrubada da mesma, transformada em um excelente ponto de habitação e reprodução para larvas, chamadas pelos Paiter de *Kadég*, uma fonte de proteína e lipídios (COIMBRA JR, 1984).

Os carboidratos são obtidos através da compra de arroz, macarrão, açúcar e refrigerantes e também de seus roçados onde plantam a raiz do cará e a batata doce, embora a base da alimentação seja arroz e carne.

As progressivas transformações no estilo de vida dos Paiter, após o contato, fez com que alguns estudos verificassem a existência de novas doenças, tradicionalmente sem registro tais como: hipertensão arterial e obesidade (TAVARES, 2010). No trabalho de campo foi possível constatar casos de hipertensão arterial na aldeia Lapetanha e Lobó.

Isto se deu em razão do aumento das atividades de trabalho nos roçados especializados de banana, milho e café, aliado a uma alimentação com maior participação de açúcar, gorduras e sódio.

5.3. AS TERAPÊUTICAS PAITEREY

Como já exposto, a Aldeia Lapetanha utiliza alguns benefícios da tecnologia não indígena moderna e foram bastante alterados em relação aos de uso tradicional, como foi possível ver nas fotos mostradas, tais como: eletrificação, água encanada, aparelhos eletrônicos, eletrodomésticos, arquitetura e materiais de construção civil.

Os meios de transporte prioritariamente não indígena os têm feito cada vez mais dependentes das motocicletas movidas a combustíveis fósseis, assim como a alimentação, que também sofreu mudanças.

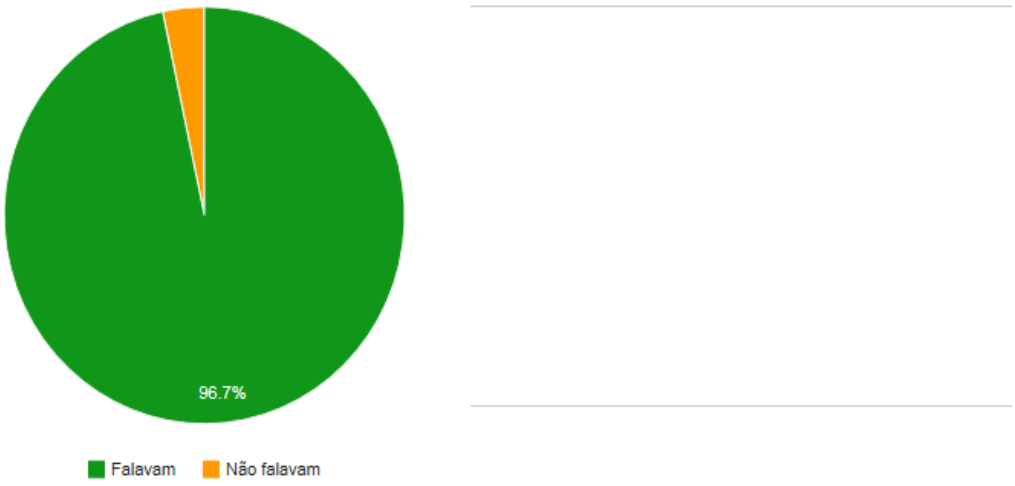
Desta forma, a introdução e manutenção destes bens de consumo duráveis e não duráveis, tem feito com que os Paiter dediquem cada vez mais tempo e esforço a uma economia de mercado.

Hipoteticamente pode-se pensar que, devido a esta integração à economia de mercado, não praticam hábitos tradicionais, mas isto é só uma aparência, provocada pelo primeiro impacto visual.

Ao pesquisar aspectos culturais voltados à saúde, este pesquisador encontrou uma população indígena imersa em uma economia de mercado, e a imediata conjectura de que, nessa Aldeia, não se praticaria mais nenhuma técnica tradicional de cura. Pois a facilidade de acesso à cidade, com as farmácias e medicamentos biomédicos, pouco a pouco proporcionariam um abandono das terapias tradicionais ou um esquecimento das mesmas.

Mas o que a pesquisa constatou foi a existência de um povo bilíngue, que fala tanto Tupi Mondé entre seus pares, como Português quando necessário, como pode ser visto no Gráfico X, com quase 97% das pessoas, que vivem na T.I Sete de Setembro, sendo falantes da língua materna.

Gráfico XI Pessoas que falavam de Tupi Mondé no Domicílio. Terra Indígena Sete de Setembro.



Fonte: IBGE 2012.

Com o levantamento de dados de pesquisa, foi possível constatar que a primeira hipótese, ou conjectura imediata, estava parcialmente equivocada. Realmente eles têm acesso aos medicamentos biomédicos, das farmácias ocidentais, mas praticam, quando necessário, suas técnicas tradicionais.

Esta particularidade foi observada por este pesquisador em ida a cidade de Cacoal, em companhia de três indígenas, dos quais um foi Pajé, porém renunciou a tal status por haver sido convertido ao cristianismo evangélico.

Convém ressaltar que este indígena havia ido a cidade para receber sua aposentadoria como trabalhador rural. Nesta ida a cidade, além de problemas bancários, foram realizadas ligações telefônicas, utilização de internet, para solução de problemas que o mundo virtual criou e já os alcançou.

Na volta para a Aldeia Perpera, solicitou a este pesquisador para que parasse em uma farmácia, pois o referido "ex-Pajé", estava com seus olhos muito irritados e queria comprar um remédio para cessar a irritação.

Como ele pedisse um remédio que só pode ser vendido com prescrição médica, o farmacêutico não vendeu, ele voltou para o carro e, ao ser perguntado se estava o olho incomodando muito, respondeu afirmativamente, ressaltando que, na aldeia, ele saberia o que fazer.

Como ele já havia exercido a função de Pajé, este pesquisador pediu para que lhe mostrasse alguns remédios tradicionais, o que foi prometido para mais tarde. Após o almoço, novamente ele pediu para o pesquisador esperar. Quando resolveu sair, após uma caminhada de cerca de 20 minutos pela linha 11, foi encontrada uma árvore de *"Aberipé"* (língua local).

Ele tinha levado um facão, pediu para que fosse retirado um pedaço da casca da árvore. O corte na árvore foi feito e retirada uma lasca da casca que foi entregue a ele.

Logo pegou uma pedra, depois colocou a casca de *Aberipé* em cima de um afloramento rochoso e bateu na casca da árvore até triturá-la. Apanhou os farelos com os dedos, cuspiu nos farelos, friccionou com a saliva e depois passou sobre os olhos. Ao fazer isto disse que tal procedimento iria fazer parar de coçar seus olhos. Disse que a árvore também é boa para inflamação. Assim este pesquisador constatou a primeira tratamento típico indígena.

Foto XVI árvore de *Aberipé*

Na empreitada de fazer o levantamento de terapias tradicionais Paiter Suruí, foi constatado que dentro da estrutura social deste povo, o cuidado com os filhos é uma função feminina, principalmente da mãe e avó. Assim, foi realizada uma entrevista gravada com a senhora Mapidikim de 42 anos de idade, pertencente ao clã Kaban, mãe de Rubens.

Mapidikim teve mais de treze filhos cuidou deles nos períodos de adoecimento. A entrevista contou com a tradução de Rubens, o qual fez a tradução simultânea, já que sua mãe não fala Português de forma fluente e nem o pesquisador é falante de Tupi Mondé.

A senhora Mapidikim em entrevista relatou que apenas três de seus filhos tiveram doenças graves, que os deixaram muito fracos, tendo sido a diarreia uma delas. Ela cuidou deles com remédios tradicionais, tais como a raiz de Arinhag, cujo preparo consiste na raspagem da raiz, e mistura com água quente e toma-se em forma de chá.

Com esta mesma terapia, a senhora Mapidikim cuidou de seus três filhos que tiveram diarreias graves. Ela disse que aprendeu estas técnicas de cura com sua sogra. Relatou ainda que seus filhos tiveram tosse, febre e gripe, mas não foi nada grave. Ficaram bons sem tratamento.

Mapidikim resgatou em sua memória mais dois casos de enfermidade na família, mas estes ela teve que recorrer às terapêuticas ocidentais. Um foi recente com uma de suas filhas mais novas, que teve “uma gripe estranha”, uma inflamação de garganta que não conseguia curar com os procedimentos tradicionais ou domésticos de atenção a saúde, sendo necessário levar para a CASAI em Cacoal.

Outro caso que a senhora Mapidikim teve que recorrer às terapias biomédicas foi mais antigo, e ocorreu com uma filha pequena, quando começou a andar, e foi acometida por uma doença que paralisou suas pernas. Ela não conseguia urinar nem defecar, fazendo com que levasse a criança para o hospital. Este tratamento durou um ano, período em que ela e a criança moraram na CASAI de Cacoal.

Porém, os procedimentos para manter a saúde não se resumem apenas ao tratamento de doenças graves, que levam à hospitalização na cidade ou casos extremos de fraqueza por diarreia.

No repertório das terapias tradicionais também são utilizadas técnicas, a partir de tratamentos precoces, como é o caso do uso da raiz do Pagalei que, ao se notar os primeiros sintomas visíveis de desnutrição que são fraqueza, emagrecimento e anemia (que é o amarelamento da cor da pele), ou as primeiras tosses, já se faz o uso dessa raiz, para restabelecer a saúde da pessoa.

Em entrevista também foram explicadas técnicas preventivas para não se adoecer com o consumo de alguns alimentos em momentos específicos da vida. Para a etnia, o peixe é um alimento *muito reimoso*, que faz mal, principalmente no período de resguardo por nascimento de filho, tanto para o homem quanto para a mulher.

Assim, se for comer peixe pequeno, em caso de ter filho recém-nascido, é recomendado tomar antes o *Yenyei paga***;** ou se for peixe grande, em caso de ter filho recém-nascido, tomar antes de comer, o *Moribyei sabereb*, para não adoecer, por causa da quebra do tabu alimentar.

Por fim, quando indagada sobre as formas de cuidado com ferimentos, ela respondeu que consistia na utilização da raiz *Gueroxakubeipaga*, remédio tradicional para machucado. Seu uso é feito da seguinte forma: raspa a casca da raiz, retira-se o líquido (seiva) e joga-se em cima do machucado. Funciona como cicatrizante.

A partir desta entrevista, foram identificadas ainda terapias de cura para diarreias, simples ou agudas, com o uso de remédios tradicionais para prevenção de agravos à saúde; sejam eles com base em tratamentos precoces, dados pelos sintomas do corpo ou por tabu alimentares, em tempos de resguardo por natalidade. Constatou-se ainda que quando as técnicas tradicionais não dão resposta suficiente é necessário a hospitalização.

Através do estudo de caso, identificou-se a vigência em campo do que Lévi Strauss (1989) chamou de *ciência do concreto*, ou seja, experimentações aplicadas pela própria comunidade, com resultados, na atenção primaria à saúde da etnia, repetidas por gerações, comprovando a eficácia empírica.

Nos relatos de cura de diarreia, anemia, tosse e nos cuidados com ferimentos, também foi possível constatar uma *ciência do concreto* e na utilização do *Yenyei paga* e do *Moribyei Sabereb*,

verifica-se uma *ciência do concreto* aliada a uma *eficácia simbólica* (LÉVI-STRAUSS, 1978), no tabu alimentar pós-natal.

Mapidikim informa ainda em entrevista que estas raízes, ervas, cipós e cascas estão disponíveis na mata, que ela que sai para apanhar. Aprendeu a identificar na floresta estes elementos terapêuticos com sua sogra, que também a ensinou os modos de preparo.

Diferente de outras etnias, como os Guaraní do DSEI Litoral Sul, os Paiter Suruí conservam parte de seu sistema florestal endêmico vivo. Os Guaranis, convém ressaltar, já não praticam suas terapias tradicionais por falta de recursos naturais, ou seja, não há mais floresta nativa na aldeia (DIEHL & GRASSI, 2010). Assim, investir na manutenção do sistema florestal nativo é perpetuar o patrimônio genético, cultural e o etnoconhecimento das etnias.

Tanto é assim que a entrevistada referida anteriormente, ao ser perguntada se seus filhos sabiam fazer remédios tradicionais, respondeu que só três, os mais velhos, os que já têm filhos, é que sabiam fazer uso do tratamento utilizado por ela. Com isto é possível verificar outro risco da perda do patrimônio cultural, pela não transmissão destes conhecimentos para as futuras gerações.

Outro exemplo foi possível obter no dia 27 de dezembro de 2012, quando, após uma longa conversa com o filho mais velho do Cacique Mopiri, Celso Suruí, este pesquisador imaginava que Celso, por ter estudado na cidade e ser Agente Indígena de Saneamento, não detinha conhecimento de medicina tradicional.

Para espanto deste pesquisador, ele conhecia remédios básicos, tais como aqueles para diarreia e outros para dor de garganta, agregando ainda que aprendeu a localizar os medicamentos em andanças pela mata com seu pai e, depois que teve filho, foi quando passou a utilizar os conhecimentos de medicina tradicional.

A partir desta declaração foi possível verificar que a paternidade criou uma necessidade para utilização dos conhecimentos tradicionais, afinal, na maioria das culturas, ter filho é ser responsável sobre a vida de outro ser, e isto muda as relações e a forma como os conhecimentos adquiridos serão utilizados. Neste caso específico, foi importante observar que a opção foi feita pela cura tradicional.

Sobre a perda e aquisição de patrimônio cultural, o caso de Perpera Suruí se faz interessante para compreender como o contato entre sociedades diferentes gera fricções interéticas (CARDOSO DE OLIVEIRA, 1996), ou seja, sistemas de pensamentos concorrentes que podem levar ao abandono de algumas práticas em detrimento do uso de outras.

Neste processo de concorrência de sistemas de pensamentos, outras variáveis podem estar incluídas, tais como imposição das novas ideias por violência física ou simbólica ganhos

econômicos ou prestígio social. Estas variáveis podem ajudar na substituição de valores e práticas introduzidas.

Uma análise do caso estudado para esta dissertação, traz uma evidência deste processo, quando se analisa o ocorrido no dia 27 de dezembro de 2012, no que se refere à compreensão sobre perda e aquisição de patrimônio cultural. Neste dia, muito foi dito sobre o Senhor Perpera, que foi Pajé da Aldeia, cunhado do Senhor Mopiri, que através de técnicas de pajelança curou vários dos seus filhos na década de oitenta.

Porém, Perpera e Mopiri, no presente, são evangélicos, e não praticantes da pajelança, comprometendo o repasse desse conhecimento às gerações vindouras. Em testemunho na igreja, Perpera, diz que os espíritos lhe perguntaram:

– "Você nos quer para curar os outros?"; e ele respondeu:

–"Não, porque agora tenho um Deus maior".

Não há registro de reconstruções históricas dos processos de conversão dos Paiter ao cristianismo, e não era objetivo da pesquisa que orientou esta dissertação realizar este tipo de pesquisa, mas foi possível compreender que os Suruí acreditam ainda em espíritos e em pajelança, a depender dos espaços sociais ou geográficos em que estejam, por exemplo, isto pode ser constatado nas narrativas feitas nas e sobre as matas.

O espaço simbólico conquistado pela teologia cristã foi o de ofertar uma nova explicação para os fenômenos já conhecidos por eles, fazendo com que os indígenas colocassem seus espíritos em um outro plano (na mata, nos rios, entre outros), mas sem se desfazer deles, tomando o deus cristão como o espírito maior do que aqueles utilizados na pajelança.

A partir da conversão ao cristianismo de tipo evangélico, eles passaram a fazer pedidos a Cristo diretamente (encarnando este a figura de Deus) sem intermediação de ninguém. Ensinaram a eles que este Deus seria o seu Salvador. Mas ao não abandonarem seus espíritos, agora postos em segundo plano, estruturaram um sincretismo religioso que os fez garantir a essência do que sempre foram: Paiterey.

Um desses sincretismos foi a aquisição das práticas cristãs de *cura mágica*, que consiste em pedidos, ou seja, orações para Deus, a fim de se reestabelecer a situação de saúde do enfermo e a saída do mal que está sobre aquele corpo. Ao fazerem isto, pode parecer terem silenciado a prática da pajelança.

Não há como saber que pedidos o Pajé fazia no processo de cura e que técnicas eram utilizadas, sejam elas verbalizações (orações ou cantos) ou consumo de recursos naturais tais como: defumação por charutos, banhos com ervas, raízes, cipós. Em Cardozo, (2013), é referida uma técnica de pajelança que se utilizam pedras.

Por esta razão, não se consegue localizar, com facilidade, as pessoas que detém estes conhecimentos. Outra situação identificada é o fato de haver pessoas que também não querem mais usar este saber, como no caso de Perpera.

Isto acarreta um não repasse de parte de um etnoconhecimento, para as futuras gerações, o que cria um risco de perda do patrimônio cultural, se ainda não foi perdido, restando apenas uma lembrança da pajelança.

A função do Pajé dentro da sociedade Suruí, foi encontrada como semelhante àquela descrita por Lévi-Srauss (1978) em seu texto "O Feiticeiro e sua Magia", no qual o feiticeiro precisa que o público creia em seus poderes mágicos, para que a própria magia possa se tornar realidade.

Mas o processo de conversão dos Paiter ao cristianismo fez com que o Pajé, ou seja, *o feiticeiro* perdesse seu poder, outrora conferido a ele por seus fiéis; os crentes, em sua *magia*, que fizeram a cura acontecer.

Os antigos fiéis do Pajé conferiram à teologia cristã, *poder mágico*, vez que agora eram os novos detentores de *poder cósmico*. No caso estudado, um Pajé Suruí se converteu à nova doutrina, virando um simples fiel.

A partir desta nova ordem, surge assim, um novo *feiticeiro*: o Pastor Evangélico; com uma nova magia: a teologia cristã. Fazendo a mágica da cura por outras vias: a via dos pedidos ao *Deus Cristão.*

Deste modo, um novo patrimônio cultural, baseado nestas novas relações foi elaborado pelos Paiter: a teologia cristã praticada pela etnia e pelos missionários. Este novo patrimônio cultural já conta com parte da Bíblia traduzida para o Mondé: O Novo Testamento e o Livro do gêneses.

Este grande parêntese no tema principal desta dissertação, se fez necessário para exemplificar uma forma de perda e aquisição de patrimônio cultural que, no caso, por se referir a saúde era de interesse registrar aqui.

Seguindo o estudo sobre as terapias utilizadas para conseguir reestabelecer a situação de saúde do corpo, uma das formas como os Paiter repassam este patrimônio cultural é através do ensino "*in loco"*, ou seja, na mata, onde as novas gerações aprendem os procedimentos dos mais velhos vendo, ouvindo e fazendo junto com eles, a depender da oportunidade que aparece, a partir de necessidades sentidas pelos indivíduos ou pela família, mas sem qualquer planejamento a priori.

Foi possível verificar que este modo de transmissão de conhecimento através da prática vinculada a uma necessidade real, e não a um planejamento prévio, é uma forma eficaz de aquisição de conhecimento tradicional para as gerações mais jovens. Caso observado como descrito a seguir:

Dia 28 de dezembro de 2012, pela manhã havia um grupo de homens Suruí reunidos no pátio da aldeia. Eles estavam tomando café com batata doce e ofereceram seu banquete, a este pesquisador, que aceitou o convite.

Na oportunidade, Renato Suruí, convidou este pesquisador para ver sua roça, na qual planta milho, banana e café. No caminho da roça, ele mostra o maquinário que descaroça o café, adquirido no tempo do Plano Agropecuário e Florestal de Rondônia (PLANAFLORO) na década oitenta e noventa, com o objetivo de agregar valor à produção de café Paiter, fez este pesquisador observar consequência de um outro tipo de contato: uma tentativa estatal de gerar desenvolvimento econômico, ao agregar valor ao produto.

Renato, sabendo do interesse da pesquisa por plantas medicinais, iniciou uma aula, à moda da Pedagogia Suruí, a partir de uma andança pela mata, entre roçados, floresta e trilhas, mostrando algumas plantas medicinais e suas formas de preparo pelos Paiter.

Primeiramente foi apresentada a este pesquisador, uma planta chamada na língua Paiter de *Gapixi*, usada em caso de ferrada de *Tucandira* (um tipo de formiga). Seu uso consiste em raspar o "pé" (caule) da planta e colocar sobre a ferrada da *Tucandira*, a substância que o caule da planta libera sobre a pele afetada diminuindo a dor e a irritação epidérmica.

Foto XVII *Gapixi*

A segunda planta que Renato mostrou tem sido utilizada para descongestionar as vias nasais. Seu uso consiste em retirar uma folha verde da planta, amassar a folha com as mãos, colocar as mãos sobre o nariz com a folha dentro das mãos e respirar fundo. Com isto as vias nasais vão ficando liberadas. Infelizmente Renato não lembrava o nome dessa planta.

Foto XVIII Planta que Descongestiona as vias nasais

Depois Renato mostrou um cipó, *Oikotapoa*, que é utilizado para diminuir a barriga e que é utilizado também para diarreia. Pelo nome e pela descrição é o mesmo que a Sr. Mapidikim utilizou para o tratamento de seus filhos quando eles tiveram diarreia. Seu uso consiste na retirada da seiva do cipó.

Foto XIX *Oikotapoa*

Também existem plantas, segundo a cultura Paiter, com poder de influenciar a escolha do sexo dos filhos, tal como o *Sobaeiyexab*, uma planta que ajuda a nascer filho homem. Seu uso consiste em colocar a folha do *Sobaeiyexab* na cueca. Isto fará com que, após as relações sexuais, os óvulos fecundados sejam do sexo masculino.

Foto XX *Sobaeiyexab*

Na andança pela mata, Renato falou de uma planta que faz a barriga diminuir, porém não foi possível localizar a mesma. Ela se chama *Cejum* e se toma colocando-a em infusão. Pelas outras explicações da dona Mapidikim, o *Cejum* deve ser outro vermicida, por isso faz a barriga diminuir.

Depois de algumas horas andando pela roça de Renato e pela mata ele apresentou um tipo de anestésico, o *Rain*, seu uso consiste em arrancar o pecíolo (talo) das folhas e começar a mastigá-las, funcionando como um anestésico bucal, servindo para aliviar dores de dente e de cabeça.

Foto XXI *Rain*

Interessante é que Renato Suruí não é um especialista em assuntos de mato, pois é professor e passou parte de sua vida estudando na cidade. Seu conhecimento sobre remédios do mato é oriundo de sua interação com seu pai, que o ensinou a identificar e classificar na mata as ervas, árvores, cipós e raízes.

Isto demonstra que há um conhecimento de medicina tradicional difundido entre os Suruí que estão na aldeia e a transmissão deste conhecimento depende das relações sociais entre os Paiter e deles com a floresta para serem produzidos, reproduzidos e repassados às futuras gerações.

Foram recolhidos alguns relatos, que apesar de não dizerem os nomes das plantas, nem das técnicas utilizadas no processo de cura são excelentes pontos de início de próximas pesquisas sobre etnociência ou etnomedicina para futuros pesquisadores nestes temas.

O Cacique Mopiri relatou que sua mulher sofreu muito de dor (reumatismo) e ele a tratou com remédio *do mato*. Informou ainda que ele e seu pai pegavam as plantas e passavam nela, sendo que, algumas ervas ela ingeria. Acredita ele que, devido a isto, hoje sua esposa está curada.

Relatou que quebrou o braço por duas vezes e tratou também com remédio *do mato*, fazendo uso da técnica de imobilização do braço com a utilização "de terra", provavelmente algum tipo de argila.

O relato de uma não indígena de nascença, Ivaneide Bandeira Cradozo, esposa de Almir Suruí, conta que se submeteu a um tratamento de fertilidade, para poder engravidar e quem aplicou o mesmo foi sua sogra.

O importante de tudo isso é saber que permanece uma memória, práticas e fitoterápicos vivos, que podem ser utilizados a qualquer momento, bastando que para isto exista um sentido para ser reproduzido para as próximas gerações.

As parteiras são um personagem importante no processo de cura e saúde, ou seja, a volta ao estado físico e mental de "normalidade" quando há "doença". Elas são as que reestabelecem a paciente ao estado de "normalidade", quando ajudam a criança a nascer.

No decorrer da pesquisa, através de entrevistas semi-estruturadas e conversas, foi possível verificar que todos os filhos de Mopiri nasceram na aldeia, com o auxílio de sua mãe na função de parteira, mas seu último filho, Kenedy, de quatro anos, nasceu no hospital vindo a desviar do padrão tradicional de pré-parto, parto e pós- parto.

O Cacique Mopiri relatou que, para o nascimento tradicional, o homem fazia uma maloca, para onde a mulher se deslocava e permanecia até ganhar a criança, depois ficando lá com o recém-nascido, em estado de isolamento, pois na cultura Suruí recém-nascidos são perigosos para outras crianças e para os adultos.

Segundo as estatísticas apresentadas no capítulo três, gravidez, parto e puerpério é uma das principais causas de internação hospitalar para indígenas no município de Cacoal.

Pelos dados apresentados anteriormente, foi possível observar que a existência de parteira e a de parturiente que decide ter o filho na aldeia, está em concorrência com o modelo ocidental de acompanhamento pré-natal e pós-natal hospitalar, devido ao acesso dessa população aos hospitais.

Seguindo a indicação do relatado na pesquisa de PEREZ GIL (2007), o acesso à rede de saúde muda os percursos terapêuticos. A referida pesquisadora concluiu isto ao estudar dois grupos indígenas de proximidade cultural, mas com a política oficial de assistência à saúde diferentes, como é o caso dos Yaminawa (Departamento do Ucayali,Peru) e os Yawanawa (Acre, Brasil), verificando que o acesso a rede de saúde provoca alterações nos *habitus* terapêuticos destas etnias. Assim provavelmente esteja ocorrendo o mesmo, no caso Paiter Suruí

5.4. O AGENTE INDÍGENA DE SAÚDE PAITER

A partir da pesquisa que deu origem a esta dissertação, foi possível identificar algumas terapias tradicionais Paiter Suruí, constatando-se que, a etnia em questão, possui uma medicina tradicional, mas ainda há a dúvida se estes procedimentos terapêuticos, agregados ao biomédico, estão ou não sendo utilizados como prevê a PNASI de 2002.

> A formação e a capacitação de indígenas como agentes de saúde é uma estratégia que visa favorecer a apropriação, pelos povos indígenas, 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 (BRASIL, 2012. Pag. 15)

Para compreender, como a síntese cultural originada do contato, fez surgir a referida política, foi preciso empreender um estudo sobre o AIS, por ser ele o único representante existente de forma fixa em área, como elo entre a medicina tradicional e a biomédica.

Segundo dados da SESAI, em sua escala de trabalho, o povo Paiter Suruí conta, para o ano de 2012, com 20 AIS distribuídos em 26 aldeias na Terra Indígena Sete de Setembro.

A categoria de AIS deriva da categoria de Agente de Saúde (AS). Esta última remontava há três décadas, impulsada pela Organização Mundial de Saúde das Nações Unidas em muitas partes do mundo, quando finalmente se desenvolveu, oficialmente, no Brasil, na década de noventa, segundo seguinte definição:

> O papel do agente de saúde (AS), seja ele indígena ou não, deve ser localizada no movimento global iniciado há mais de três décadas e que é expresso na *Declaração de Alma-Ata* da Organização Mundial da Saúde, que objetiva o acesso universal aos cuidados primários de saúde integral, ou seja, a promoção, prevenção, cura e reabilitação a um custo acessível e a garantia de respeito, reconhecimento e colaboração entre os representantes das práticas tradicionais e os da biomedicina. Recomenda que a medicina tradicional seja promovida, desenvolvida e integrada onde quer que seja possível com a medicina científica moderna. Para atingir suas metas de atenção integral a custo acessível, estabelece estratégias preventivas descentralizadas e com base na comunidade, citando os recursos de agentes comunitários de saúde (ACS), grupos comunitários de saúde, curandeiros tradicionais e líderes comunitários. O AS é conceituado como um membro da comunidade específica, cuja tarefa é melhorar a saúde, aconselhando as pessoas sobre as estratégias de prevenção e cuidados de saúde e também prestando serviços de primeiros socorros. No Brasil, os AS, designados como ACS, foram reconhecidos como profissionais da saúde em 2002 por meio da *Lei n. 10.507/2002* 3 Segundo essa Lei, a profissão de ACS caracteriza-se pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas. Na saúde indígena, a inclusão do AIS na atenção primária iniciou via universidades e organizações não governamentais (ONG) a partir da década de 1980 (...). A grande maioria dessas experiências envolveu formação e capacitação de índios em atividades de atenção básica, freqüentemente em

> situações em que não havia outros profissionais, ou para atender surtos de doenças epidêmicas (LANGDON et al, 2006. P. 2637 e 2638).

O surgimento dos AIS Paiter Suruí não fugiu da regra citada acima. Eles foram capacitados para contribuir para o controle dos surtos de tuberculose e sarampo, ocorridos no pós contato, contando com apoio da ONG Proteção Ambiental Cacoalense (PACA) para sua formação.

Assim, esta parte da pesquisa foi fundamentada em duas entrevistas com os AIS das Aldeias Lobó e Lapetanha. Com o intuito de compreender como eles se transformaram nesses agentes e como utilizam conhecimentos biomédicos e tradicionais até o presente, tendo ambos como possibilidades terapêuticas.

Os AIS entrevistados fazem parte da Equipe Multidisciplinar em Saúde (EMS), que é composta de médico, enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem. No ano de 2012 a EMS visitaram duas vezes as aldeias que participaram desta pesquisa, no modelo de Equipe Volante de Saúde (EVS), para realizar atendimentos e consultas médicas.

O trabalho da EMS depende, em parte, da atuação do AIS, para geração de informações e uma futura ação da EMS, seja em área com as visitas, planejadas a partir dos relatórios dos AIS, seja para prestar atendimento médico, ou ainda nos hospitais com a espera de demanda prevista pelos mesmos relatórios.

O primeiro interlocutor foi o AIS da Aldeia Lobó, que este pesquisador conheceu dia 29 de dezembro de 2012. Na ocasião havia uma homenagem póstuma ao Senhor Marimop (Foto, XXII), figura ilustre da Aldeia Lapetanha. Havia um fogo cavado no chão com muitos frangos assando para a festa e vários refrigerantes.

Foto XXII Festejo em homenagem ao Sr. Morimop.

Na ocasião houve conversas com diversas pessoas da etnia e foi possível conhecer o AIS da Aldeia Lobó (Pamadeli), entrevistado dia 30 de dezembro de 2012, dia marcado por ele. Este pesquisador deslocou-se a pé por aproximadamente 01 Km da Aldeia Lapetanha até a Aldeia Lobó, área de atuação do AIS Pamadeli.

Ele iniciou a entrevista explicando como começou o trabalho de AIS na Terra Indígena Sete de Setembro, a partir do trabalho com a ONG PACA, que capacitou 15 AIS Suruí em 1982, para atuarem em toda a TI, mas apenas 12 AIS seguiram como Agentes.

Os cursos se baseavam na aprendizagem de técnicas básicas tais como: aplicação de injetáveis, verificação de temperatura com termômetro, identificação de doenças, aferir pressão arterial e administração de medicamentos.

Como AIS tinham a obrigação de aprender e praticar tudo isto, pois como profissionais de saúde em área, só haviam eles. Recorda que os AIS aplicavam injetáveis (vacina) e contavam apenas com a supervisão de um profissional. Lembrou que em 1993, ocorreu um surto de tuberculose em sua Aldeia e até ele foi acometido pela doença.

Segundo Pamadeli, na década de 1990, a FUNASA toma conta da saúde indígena, e não fez mais capacitações, porém misturou AIS capacitados com os não capacitados. Constata-se no discurso de Pamadeli a mesma cisão encontrada por Rocha (2007), entre os AIS pré-distritalização e os AIS pós-distritalização da saúde indígena.

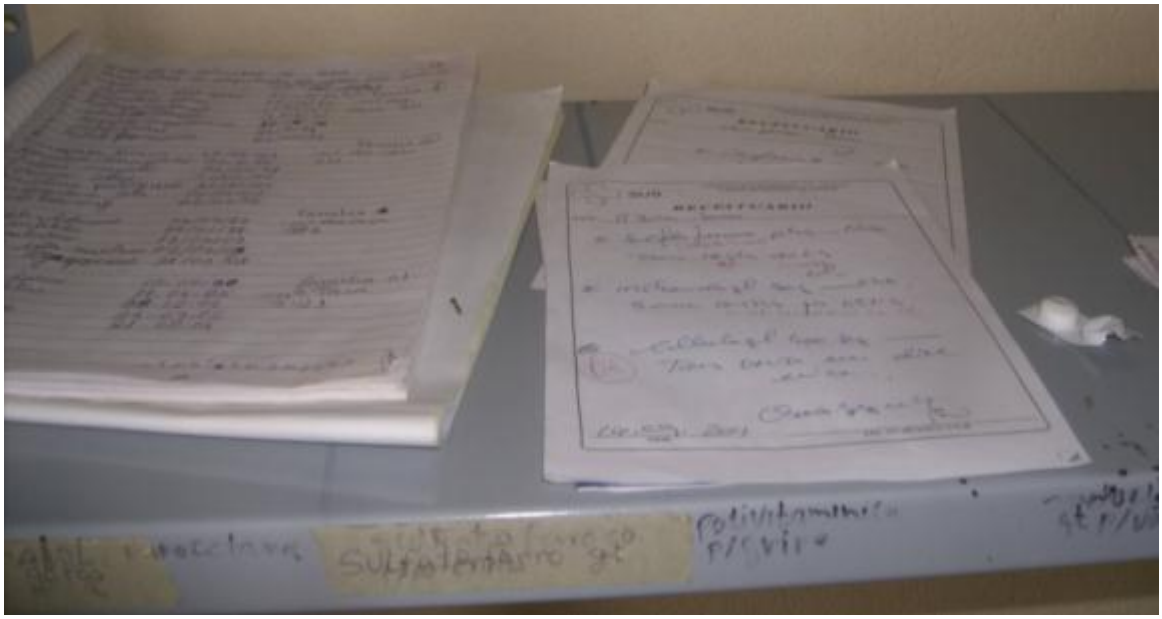
No período de pós-distritalização da saúde indígena com a gestão da FUNASA, hoje SESAI, o trabalho do AIS passa a ser o de geração de informações, tais como: pesagem e acompanhamento de casos de desnutrição, gravidez, constatação de doenças e acompanhamento e administração de medicamento.

Conforme relata Pamadeli, no ano de 2012, houve em sua aldeia cinco casos de tuberculose, todos na mesma casa, e os medicamentos foram administrados por ele que também fez as pesagens dos pacientes.

A importância desta pesagem é pelo fato de ser o peso do paciente o indicador tomado pela SESAI para o envio dos medicamentos. A partir do relatório feito pelo AIS da situação encontrada, a SESAI envia um receituário e medicamentos para serem ministrados por ele (Foto XXIII).

Em casos de desnutrição o AIS envia relatório para a CASAI, informando peso e idade da pessoa, constatando-se desnutrição, a SESAI fornece cesta básica e polivitamínico para serem entregues à pessoa doente.

Foto XXIII Controle de Receituários Aldeia Lobó



Não existem condições logísticas de transporte entre a SESAI e o AIS, assim o agente depende de ônibus coletivo, para sair da aldeia, ir à cidade entregar os relatórios e realizar os pedidos de medicamentos. Se houver casos que necessite de remédios em sua aldeia, o mesmo AIS leva os medicamentos para os pacientes.

Para se comunicar com a rede de saúde, o AIS faz uso de seu telefone celular particular, fora da aldeia, pois é onde há sinal de satélite. Com isto pode solicitar o envio de um carro para

transportar pacientes. Relata que antes fazia uso do rádio, para chamar transporte em caso de atendimento à saúde.

O posto de saúde da aldeia não possui muitos medicamentos nem aparato técnico e de infraestrutura para receber casos de maior complexidade, até porque, dentro da lógica do SUS, não é essa a função do Posto. Fazer distribuição de remédios e cuidados especializados é de responsabilidade da Rede de Média e Alta Complexidade.

Os medicamentos disponíveis no posto de saúde em área (Fotos XXIV e XXV) são: pomada para coceira, materiais para curativos, soro oral, vitamina, hidróxido de alumínio, remédio para dor de cabeça (aspirina, paracetamol), xarope e AAS infantil. Há também medicamento para verminose, que é ministrado obrigatoriamente, de seis em seis meses, pelo AIS, como medida preventiva, por ser um dos principais agravos à saúde indígena.

Foto XXIV Posto de Saúde em Área.

Foto XXV Farmácia do Posto de Saúde, Aldeia Lobó

Na Aldeia Lobó existem dois casos de pessoas que sofrem de hipertensão, sendo ambos da mesma família, mãe e filho respectivamente. O AIS recebe os medicamentos para administrar aos dois pacientes, porém eles não fazem uso desta terapia, relatam que tem muitos efeitos colaterais. Portanto, tomam um chá que, segundo relato, diminui a pressão arterial. A preparação é realizada pelo marido da paciente.

O acompanhamento de pacientes grávidas também é feito pelo AIS, pois ele faz a intermediação entre os serviços em saúde do Estado e a aldeia, preparando a ficha da paciente no qual constam dados de peso e idade. Com isto encaminha a ficha para a CASAI e posteriormente é marcado quando será feito seu pré-natal.

Uma vez feito isso, se sabe, por aproximação, qual a data provável que a mulher vai entrar em trabalho de parto, gerando uma data para que a gestante seja apanhada na aldeia e levada para a maternidade em que será realizado seu parto.

Pamadeli diz que isso nem sempre funciona. Lembrou-se de um caso que uma criança estava nascendo "errada" e solicitou por telefone um carro da FUNASA, que não veio, e por sorte, naquele momento, tinha um carro da Secretaria Estadual de Educação (SEDUC) na aldeia, que levou a paciente para o Hospital de Cacoal.

Lembra-se de duas crianças, que nasceram na aldeia, tendo ele ajudado no parto. Lamenta que o sistema de agendamento, para o carro da SESAI, a fim de buscar as mulheres grávidas, às vezes falha, e quando ocorre esta ou qualquer outra falha de logística, a comunidade cobra do AIS. Relata que tem nascido muito mais crianças Suruí no hospital que na aldeia e, por fim, diz que na aldeia Lobó não existem parteiras.

Este AIS, como educador em saúde teve uma pequena iniciativa de propor uma palestra sobre a Síndrome da Imuno Deficiência Humana (HIV), para os jovens. Na ocasião distribuiu preservativos masculinos, por está preocupado com a ida dos indígenas para a cidade, onde podem

adquirir infecção por diversas DST, como o HIV, apesar de ainda não ter ocorrido nenhum caso desta última enfermidade entre essa etnia.

Para completar o estudo de caso, ainda faltava conhecer a atuação do AIS da Aldeia Lapetanha e, no itinerário da pesquisa, foi possível constatar que a festa de fim de ano típica da sociedade não indígena, já faz parte do calendário da etnia em estudo, pois eles comemoram este dia.

Sendo uma data propícia para visitar os parentes de outras aldeias. Os homens aproveitam o tempo livre, em razão dos festejos, para jogar dominó, no estilo múltiplo de 5, havendo nesta aldeia disputas, principalmente entre os clãs Gamebey e Kabaney.

O ano novo iniciou com muita chuva, o que dificultam a entrada e saída da área indígena, devido à estrada está em péssimas condições de tráfego em razão das chuvas, que as deixam lisa e com muitos buracos, cavados pelas águas.

Em manhãs chuvosas como estas, os Paiter não saem muito de suas casas, mas foi justamente em um dia de chuva que o AIS da Aldeia Lapetanha, Raimundo Suruí procurou este pesquisador para dar sua entrevista. A aplicação do questionário semi estruturado foi feita sobre a proteção do barracão tradicional da aldeia e ao som da leve garoa matinal.

Raimundo inicia sua fala dizendo que começou a trabalhar como AIS em 1992, quando foi convidado a participar de um curso de formação. Seu trabalho como AIS foi primeiramente na CASAI no distrito de Riozinho. Por quatro anos ficou acompanhando os indígenas internados nos hospitais, para poder fazer a tradução, das línguas locais para o português.

Nesse percurso acompanhou indígenas das etnias: Paiter Suruí, Cinta Larga, Zoró e Kwaza. Convém referir que as três primeiras etnias têm seu tronco linguístico próximo, pois fazem parte da família linguística Tupi-Mondé.

Depois trabalhou por três anos na Aldeia Amaral, fazendo visitas domiciliares e orientação em saúde, explicando a importância de não deixar a casa suja, procedimentos quanto ao tratamento com a água (necessário filtrar), destino do lixo que não pode ficar no terreiro e limpeza pessoal. Além disso, este AIS orienta na questão da alimentação, principalmente sobre o alto consumo de refrigerantes em razão do mal que isto faz à saúde.

Outra função do AIS, descrita pelo entrevistado, é a de um prestador de serviços em saúde polivalente, pois ele lê as receitas médicas, ministra os medicamentos aos pacientes e distribui remédios. Estes variam, mas em geral são de uso para enfermidades mais comuns: xarope, hidróxido de alumínio, pomada para micose, remédio para verme; paracetamol, diclofenaco e AAS.

O AIS ressalta que não ministra os remédios por qualquer sintoma, espera que este se manifeste de forma concreta a fim de ter segurança, para tomar as medidas necessárias. Caso

semelhante encontrado por Novo (2010), em seu trabalho no DSEI Alto Xingu, pois o AIS funciona como um distribuidor de serviços e bens em saúde.

Confirmando o que a literatura existente reporta, em 2012, a doença que mais exigiu o trabalho deste AIS foi a tuberculose, com quatro casos registrados, dentre estes um adulto e três idosos foram acometidos pela doença. O AIS fez o acompanhamento desses casos, pelo período de seis meses.

Como este AIS consegue ler as receitas dos médicos, com isso sabe os horários e a quantidade de remédio a ser ministrada. Tais remédios estão disponíveis na CASAI de Cacoal, ainda que ali faltem alguns medicamentos, embora para tuberculose e hipertensão existam programas próprios de controle, dificilmente há problemas de ausência de medicamentos para estes agravos.

Na Aldeia Lapetanha foram registrados dois casos de hipertensão, em duas mulheres, sendo que as mesmas fazem uso de remédio biomédico. No início do tratamento era o AIS quem acompanhava as pacientes, administrava o medicamento a partir da receita.

Atualmente é o filho de uma paciente que acompanha e ministra os medicamentos da mesma, sob a observação frequente do AIS. A outra paciente tem uma nora, não indígena, quem faz o acompanhamento da medicação.

Na Aldeia Lapetanha há apenas uma estrutura que poderia servir de Posto de Saúde, mas está deteriorada e não cumpre sua função. Por esta razão, Raimundo não tem um lugar apropriado para guardar os medicamentos, documentos administrativos e aparelhos que possa vir a usar, porém este AIS mantém parte de seu material de trabalho, em um quarto de uma casa que o Cacique da aldeia lhe cedeu. O AIS da Aldeia Lapetanha enfrenta o mesmo problema de logística, transporte e comunicação que o AIS da aldeia Lobó.

Em caso de gravidez, o AIS da Aldeia Lapetanha faz o mesmo procedimento que o outro AIS da Aldeia Lobó: marca pré-natal para a mulher, vai até o hospital. Os médicos fazem uma aproximação do dia do nascimento da criança, então a paciente sai da aldeia e fica na CASAI aguardando o dia do seu parto, quando dá entrada na maternidade. Raimundo relata que desde que está trabalhando ali não nasceram crianças na Aldeia Lapetanha.

A entrevista com este AIS conduz para a construção da noção de possibilidades terapêuticas (PEREZ GIL, 2007), pois Raimundo como profissional em saúde e Paiter dispõe dentro de seu repertório intercultural de saúde de dois modelos de atenção à saúde, o biomédico e o seu modelo étnico.

Do modelo étnico relatou naquele momento cinco remédios, e que faz uso dos mesmos. Deste modo o informante utiliza:

a) Murraia, uma planta que descongestiona as vias nasais;

b) Praxamecura, no caso de gripe, modo de preparo, retira-se as folhas e a raiz raspa a casca e inala a substância liberada pela planta,

c) Um cipó que cura diarreia e funciona como vermicida;

d) Pangalei, no caso de anemia;

e) Oraia, casca de uma árvore, que em caso de febre passa no corpo.

Raimundo relata que todos os Paiterey conhecem esses remédios, e que os mais velhos fazem uso das duas terapias, a biomédica e a tradicional, mas que os mais jovens usam mais remédio de farmácia.

Os mais jovens estão perdendo o acesso dos conhecimentos sobre os remédios do *mato* e recebendo mais informações e acesso aos remédios de farmácia. Porém uma vez conhecedores de uma ou mais terapias, fazem uso delas de forma concomitante como os mais velhos.

Na configuração social de atenção à saúde o AIS funcionam como um agente intercultural, no sentido de articular e antecipar mudanças socioculturais (WAGLEY, 1977; SÁ, 1979; RODRIGUES, 2010) tais como: informações e conhecimentos sobre doença, cura e saúde ao seu povo e à comunidade médica com quem trabalha.

Em razão de estar na interseção entre uma parte do conjunto dos conhecimentos biomédicos e em uma parte do conjunto dos conhecimentos tradicionais de sua etnia transformando-os em um interlocutor entre duas culturas, um verdadeiro agente de comunicação social interétnico.

Então ficam os AIS entre duas formas de ações terapêuticas: a tradicional como no caso do tabu de resguardo alimentar; e a biomédica como nos casos de tuberculose e sarampo, pois já se sabe a qual terapia recorrer, a cada caso.

Para algumas doenças como a tuberculose a terapia biomédica se faz necessária como um fato social, para outras doenças existe uma terceira via que é o uso das duas terapias de forma concomitante.

Constata-se isso para o controle da hipertensão que, mesmo sendo uma doença emergente, já proporcionou uma resposta terapêutica à doença dentro do repertório cultural da etnia. Deste modo, existem pelo menos duas possibilidades terapêuticas, para hipertensão: a biomédica e a de remédio do *mato.*

Com base nestas descrições é possível identificar três formas de relações sociais na atenção à saúde:

a) *de fato social interétnico*, quando não há comunicabilidade entre modos terapêuticos diferentes, e a terapia importada de outra sociedade é predominante no tratamento da enfermidade, exemplo: tuberculose e sarampo, no caso estudado;

b) *fato social intraétnico*, quando se tem apenas as terapias do repertório cultural local, como os tabus alimentares pós-natalidade na etnia Paiter Suruí.

c) de *possibilidades terapêuticas*, quando existem dois modos terapêuticos a serem escolhidos e usados de forma concomitante, caso do tratamento para anemia, hipertensão e verminose na sociedade Paiter Suruí.

A importância do AIS pode ser constatada, como mediador cultural, quando se pode dimensionar o impacto causado pelo encontro de dois mundos, pois as interações sociais de grupos diferentes não são harmoniosas, mas sim, próximas da noção de fricção interétnica (CARDOSO DE OLIVEIRA, 1996).

Tal relação se alicerça na concorrência e dominação de um sistema cultural sobre o outro e isto gera atritos entre estes sistemas simbólicos (GEERTZ, 1978), que dão sentido às ações sociais (WEBER, 2002) dos indivíduos dentro de suas fronteiras étnicas (BARTH, 2000).

É neste tempo, estabelecimento constante das relações sociais entre culturas diferentes, e neste espaço, fronteira étnica diferenciação cultural, que o agente intercultural funciona como um "catalisador" dos novos eventos que estão a chegar, pois os reinterpreta dentro de sua estrutura étnica e reproduz para seus pares, com um novo sentido, de maior probabilidade de ser entendido e praticado em sua estrutura cosmológica local.

Exemplo disto são as pesquisas de Novo (2010), sobre as concepções a respeito, do útero pelos povos indígenas do DSEI Alto Xingu, ou em Welch & Coimbra jr (2011) ao estudarem as noções de tuberculose entre a etnia Xavante e Garnelo et al, (2001) ao pesquisar as noções do vírus da AIDS no DSEI Alto Rio Negro.

Em todos estes estudos os AIS dos referidos DSEI foram os intermediadores culturais entre as noções biomédicas de saúde, doença e corpo e as concepções locais, potencializando a probabilidade de comunicação e transformações socioculturais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A política de atenção à saúde aos povos indígenas no Brasil não foi uma dádiva institucional nem um reconhecimento à dívida histórica quanto aos direitos destes povos. Através deste estudo, foi demonstrado como este reconhecimento ocorreu a partir das diversas transformações nas relações entre os povos indígenas e os não indígenas, bem como o quanto isto repercutiu no status jurídico destes povos ao longo da História do Brasil.

Como consequência positiva dessa relação entre indígenas e não indígenas, especificamente no caso da atenção a saúde, a concessão feita a estes povos sob a forma de uma política específica para eles, resultou de pressão do movimento social da Reforma Sanitária, liderado por não indígenas, na década de oitenta.

Tal política foi formalizada a partir 2002. Neste momento histórico de luta pelo acesso aos serviços de saúde, resultou, para os indígenas, em uma conquista a mais, pois ao se aliarem aos movimentos sociais não indígenas, aprenderam a utilizar, para si, as formas de pressão do mundo não indígena que, até então, eram usadas em prol de populações carentes da mesma falta de atenção do Estado.

Apesar do acréscimo de uma variável importante para os povos indígenas, no caso, a atenção à saúde de forma diferenciada, foi justamente o tema da universalização desse direito básico para todos, que possibilitou uma prática interétnica dentro de uma nova lógica: os indígenas, ao serem atendidos pelo Estado, naquele momento formaram parte de um mesmo grupo político, aliados àquela parcela tida como marginalizada socialmente.

A implementação dessa política de atenção à saúde, ocorreu apenas em 2002, e teve, como ainda tem, que superar muitos desafios, como os decorrentes da diversidade cultural existente entre os próprios povos indígenas assim como entre estes e os não indígenas.

Isto dificultou a execução de ações institucionais, seja pela falta do conhecimento e reconhecimento das culturas indígenas, seja em face da necessidade de contornar os problemas logísticos e de recursos humanos nas áreas em questão.

Os dados estatísticos expostos sobre o DSEI-32, localizado em Rondônia e Mato Grosso, demonstraram como é presente, na prática, o desafio da diversidade cultural, linguística e demográfica, associados ao de infraestrutura para o acesso à rede de saúde, com os quais esta política pública tem que lidar para atender aos compromissos gerados pelas demandas expostas em 2002.

Quanto a isto, após os estudos realizados, foi corroborado que, quanto maior a proximidade física, cultural e linguística à rede de atenção a saúde, maior tem sido o uso deste serviço pela comunidade indígena sendo que o contrário, também ocorre em sentido diretamente proporcional.

As conclusões sobre o caso estudado demonstraram ainda que este seguiu a tendência nacional quanto às causas de agravo à saúde indígena. Especificamente, a estatística revelou que os principais agravos de morbidade hospitalar em Cacoal foram doenças respiratórias e parasitárias, gravidez, parto e puerpério.

As estatísticas de gravidez, parto e puerpério estão relacionadas à forma como os serviços de saúde estão sendo executados e intermediados pelos AIS, que realizam os seguintes procedimentos: agendamento de pré-natal, acompanhamentos e transporte da paciente para o hospital, gerando estatísticas de internações hospitalares e alterações nos *habitus* terapêuticos tradicionais. Estes últimos por causa do acesso à rede de saúde.

Este é apenas um dos exemplos da atuação dos AIS, conforme o estudo realizado, este agente intercultural possui importante função na execução da política de saúde nos procedimentos de atenção à gravidez, parto e puerpério, sendo esta a forma com que se faz visível, o trabalho destes profissionais.

Esta evidência apareceu através da pesquisa realizada, quando foi possível registrar a consequência da perda de um ritual tradicional Paiter Suruí, a partir da narração feita pelo Cacique Mopiri, que consistia na construção da *maloquinha* e do isolamento da mulher na mesma para o trabalho de parto. Outra evidência constatada foi a ausência da figura da parteira, em desuso, como consequência do acesso à rede de saúde intermediada pelo trabalho do AIS.

Embora os dados recolhidos tenham deixado a impressão fatalista de que as técnicas tradicionais de atenção à saúde da mulher tenham sido substituídas pelas terapias não indígenas, convém registrar que os procedimentos terapêuticos voltados a essa questão é apenas um dado importante, pois o parto é só um evento no processo de gestação.

Não foi possível registrar, por exemplo, que técnicas e terapias estas mulheres utilizam durante todo o processo gestacional e no pós-parto, para reestabelecer sua situação de saúde física e mental. Entretanto o estudo da história Paiter Suruí, a partir principalmente de 1969, possibilita compreender como estes e outros eventos advindos do contato com a sociedade não indígena, passaram a compor a estrutura cultural da etnia.

Com isto foi possível registrar uma fricção interétnica na tentativa de dominação das práticas de um povo pelas de outro, produzindo uma síntese intercultural, uma reelaboração de um *novo jeito* indígena de ser.

A festa de natal foi outro episódio de resultado da síntese intercultural, descrita como sendo um natal *"à moda Suruí"*. Esta foi uma coleta fortuita deste pesquisador, pois não estava prevista a sua participação direta neste evento para o alcance do objetivo principal deste trabalho.

Entretanto, foi justo este pequeno caso que serviu de demonstração fática de uma prática cultural não indígena reestruturada de forma peculiar, demonstrando que é possível falar em agregação de saberes e práticas interétnicas dentro dos limites culturais dado por cada etnia para sua reelaboração e aceitação final da nova aquisição.

Mesmo o "consumismo" característico da época natalina, que poderia ser interpretado como outra aquisição dos não indígenas nessa época do ano, uma vez mais é reelaborado e, longe de demonstrar a desigualdade social, que se faz presente nesta época aos não indígenas, traduz para eles, na verdade, o seu contrário, a igualdade, com a manutenção dos seus traços culturais originais.

A estrutura da festa e das brincadeiras induz a isto, diferente das festas não indígenas, que transformam o Natal em um grande comércio. Estes traços podem ser vistos nos mecanismos produtores da igualdade da concessão e aquisição de presentes, em particular; ou, em sentido macro, na própria estrutura da festa que, para além da religiosidade, se transforma em mais um momento de socialização e de encontro entre comunidades e parentes. Outra vez a reestruturação de uma prática protege os limites culturais Paiter Suruí.

Estas diversas consequências que experiências de contato vêm acarretando, conforme observado por este pesquisador, confirmam as referências de outros autores já citados nesta dissertação.

Não por acaso elas trazem a reelaboração de uma estrutura cultural, em permanente recomposição, para que a permanência da referida essência da cultura Paiter seja possível de ser mantida, nos contatos com a cultura não indígena, como uma demonstração da existência de um limite de negociação para contatos interétnicos, seja a nível local, nacional e internacional.

Maior exemplo dessa nova postura cultural da etnia – a negociação interétnica, sob limites étnicos - é a venda de carbono. Outras peculiaridades de menor visibilidade também mostram esta estrutura composta da coexistência de duas matrizes culturais.

Como foi visto no estudo do capítulo V, mesmo sem haver nos cursos de formação para AIS procedimentos de atenção à saúde tradicional, pela própria origem étnica destes profissionais, estes conhecem e têm respeito por seus procedimentos, inclusive às vezes os utilizam, mas deixam claro que sua função na aldeia é de orientação e distribuição de terapias não indígenas, funcionando como agentes interculturais com ênfase na transmissão de informações.

Com isto, antecipam transformações socioculturais inexoráveis que vêm do mundo não indígena, sobretudo por ser daí de onde vêm, por exemplo, doenças sem condições de cura pela terapia tradicional.

Verificou-se que, nos casos dos cuidados com tuberculose, um conhecimento e terapia novos tiveram que entrar no universo cultural Paiter e esta introdução e manutenção têm sido exercida pelo AIS, expressando seu potencial como agente intercultural.

Este pesquisador registrou que, ao lado deste profissional, há uma situação grave de quase ausência de profissionais de saúde em área indígena, contrastando com a existência rotineira de doenças introduzidas, tais como: tuberculose, sarampo; além da emergência de outras como: obesidade, hipertensão, que não existiam no repertório de cuidados à saúde local.

Nestes casos, a intervenção biomédica, através das EMS, também foi registrada como de extrema importância, para a não ocorrência de casos de morte e epidemias como as narradas nos anos de 1970 a 1990.

Outro registro sobre AIS foi o fato de que também pode funcionar como agente intercultural no interior das EMS, pois uma vez conhecedor das terapias tradicionais de seu povo, poderá antecipar para as EMS o respeito ao conhecimento tradicional e sua eficácia no tratamento de alguns agravos a saúde, funcionando como um "amansador de branco" conforme dito popular.

O estudo aponta o AIS como um agente intercultural e, para sua atuação na prevenção e promoção da saúde indígena, estes têm que servir como um elo entre diferentes mundos culturais. Para isso são necessários três momentos:

a) formação cultural, ou seja, sua socialização étnica, que lhe é ofertada durante toda sua vida na comunidade a qual pertence;

b) formação escolar para o domínio da língua portuguesa escrita e falada para poder se comunicar com o corpo administrativo do Estado e

c) formação em saúde, que se resume aos cursos de capacitação para lhe instruir no trabalho em saúde, estas três etapas compõem sua formação para o trabalho como AIS.

Identificou-se que os dois AIS têm papel fundamental no acompanhamento de saúde das aldeias, pois a partir da geração de informações, há uma ação minimamente planejada para a assistência à saúde, o que possibilita a comunicação entre a comunidade e os serviços em saúde ofertados pelo Estado.

Assim este profissional funciona como uma ponte administrativa e cultural entre os serviços em saúde do Estado e sua comunidade étnica. Verificou-se que o contexto de trabalho dos AIS como representante do Estado pode ser descrito pelo seguinte quadro: falhas logísticas,

imprevistos e, apesar disto, a existência de geração e transmissão de informações e educação em saúde.

Com isto foi possível observar ser necessária uma melhor capacitação intercultural dos AIS, em razão desta função de geradores de informações em saúde imprescindível para uma eficiente gestão da saúde indígena.

Foi identificado ainda por esta pesquisa, que um agente intercultural é um elemento sociológico, hipoteticamente existente em todas as sociedades, que não estejam isoladas como recursos humanos por excelência que ajudam a promover a introdução de novas características culturais, principalmente em sua sociedade.

Os agentes interculturais podem ser de diversas categorias, ou seja, pertencentes a diversas esferas sociais, pois existem pessoas que funcionam como agente intercultural: na política, outros nos fatores econômicos, uns nos aspectos que tangem à educação.

No caso estudado, verificou-se a existência de um agente intercultural que faz a antecipação das mudanças sócios culturais, nas práticas sobre saúde. Por isso o AIS se constitui como agente intercultural que pode criar este diálogo no ramo da saúde entre a sociedade não indígena e a etnia a qual ele pertence, na esfera de relação de seu trabalho com a EMS e entre seu povo.

Por isto a identificação dos agentes interculturais é importante para as políticas públicas de desenvolvimento ou de etnodesenvolvimento, pois são pessoas essenciais na promoção de mudanças socioculturais induzidas.

Podem funcionar tanto para resistência sociocultural, ou seja, quando um membro da comunidade é instruído em outra cultura, quanto conseguem estabelecer uma comunidade argumentativa, onde a cultura do *outro* é utilizada para autodefesa, caso da compreensão e utilização do direito por alguns povos indígenas no Brasil.

O agente intercultural poderá funcionar para colonização sociocultural, ou seja, quando um membro da comunidade é capacitado em outra cultura, e a comunidade que o instruiu, utiliza-se desse agente como difusor unilateral das concepções da cultura do *outro*, como é o caso das missões religiosas, quando se utilizam de indivíduos de uma etnia para evangelizar sua própria comunidade, criando uma ponte intercultural entre as cosmologias, para difusão da nova cultura.

As qualidades dos agentes interculturais que vão manejar os eventos na estrutura cultural pré-existente, não serão exatamente de um colonizador de ideias ou ainda um articulador de diferentes fontes de saberes para uma resistência sócio cultural. É mais provável que sejam profissionais de ideologia híbrida e, em determinados momentos, uma característica se sobressaia.

Os Paiter Suruí estão em contato, de forma permanente, com a sociedade não indígena há 44 anos, e passaram por uma série de mudanças socioculturais, como foi apresentado no capítulo IV, no que tange às relações de política ambiental e economia.

Obtiveram um protagonismo político em defesa do meio ambiente, no qual apareceu um agente intercultural, Almir Suruí, que gerou a aliança entre dois ideais de povos distintos: o discurso ambientalista não indígena e o modelo tradicional de uso da floresta pelos Paiter, gerando uma possibilidade de conciliação entre as partes.

O contato com a sociedade não indígena introduziu novas lógicas e práticas na cultura, na economia, na religião, na organização política, na saúde e, deste modo, emergiram novos problemas e possíveis soluções.

O protagonismo e/ou a participação coadjuvante de alguns agentes interculturais está sendo vista como uma forma de solucionar os problemas acarretados pelo contato, que gerou desigualdades estruturais.

As soluções que os agentes interculturais estão promovendo são tentativas de estabelecer um diálogo entre a sociedade não indígena e os povos indígenas, mas nem sempre se efetivam, como no caso dos AIS.

Isto pode ser observado pelas seguintes razões: domínio das práticas e das lógicas biomédicas na efetivação da PNASI, devido à superioridade numérica de profissionais não indígenas que executam tal política; e baixo poder dos povos indígenas em influenciar os modos de operacionalizar as práticas de execução da PNASI, por mais que existam meios, como o controle social, de cada DSEI.

Nos espaços de influência do controle social é possível propor a inclusão dos conhecimentos tradicionais sobre plantas e terapias nos cursos de formação de AIS e de ambientalização dos profissionais não indígenas, constituindo-se como uma forma de demonstrar respeito e valorização aos conhecimentos locais.

Poderiam ser incluídos como formadores nos cursos de capacitações para AIS: as mulheres, que detém estes conhecimentos; pajés e ex-pajés e alguns “velhos” que possuem a memória destas técnicas de cuidado com a saúde e cura do corpo e/ou da alma.

Deste modo, os povos indígenas estão em um cenário social, onde há possibilidade de influenciar e não apenas ser influenciado pelo que vem de fora. Um importante espaço, para isto ocorrer são os conselhos que operam a PNASI em cada DSEI, embora ainda esteja por ser criada a metodologia deste diálogo e sua execução.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

ATHIAS, Renato & MACHADO, Marina A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. In: **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, mar-abr, 2001.

BARTH, Fredrik. Os grupos étnicos e suas fronteiras. In: **O Guru, o iniciador e outras variações antropológicas**. Contra capa, Rio de Janeiro, 2000.

BASTA, Paulo Et al. Aspectos epidemiológico da tuberculose na população indígena Suruí, Amazônia, Brasil. IN: **Revista Brasileira de Medicina Tropical**, jul-ago, 2004.

BASTA, Paulo. **A Tuberculose Entre o Povo Indígena Suruí de Rondônia, Amazônia, Brasil**. Fundação Oswaldo Cruz. Tese de Doutorado, Programa De Pós-Graduação da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2005

BASTA, Paulo; ORELLANA, Jesem; ARANTES, Rui. Perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil: notas sobre agravos selecionados. In: **Saúde Indígena: uma introdução ao tema.** Luiza Garnelo; Ana Lúcia Pontes (Org.). - Brasília: MEC-SECADI, 2012.

BAVARESCO, Andréia. **Pamine: o renascer da floresta: reflorestamento da terra indígena Paiterey Karah (TI Sete de Setembro) pelo povo Paiter Suruí**. Brasília: Supernova design, 2011.

BOURDIEU, Pierre. **A economia dos bens simbólicos. In: Razões Praticas: Sobre a Teoria da Ação.** Campinas, SP: Papirus, 1996.

BRASIL. Mistério da Educação e do Desporto/ Secretaria de Educação Fundamental. **Diretrizes para Política Nacional de Educação Escolar Indígena.** Brasília: MEC/SEF/DEF, 1991.

BRASIL. Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999.

BRASIL. **Povos indígenas e a prevenção à dts, hiv e aids: manual de diretrizes técnicas/Coordenação Nacional de DST e Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil. **Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Brasília: Ministério da, 2002.

BRASIL. Constituição (1988). Artigos 210 e 231. In**: Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília Senado Federal, 2005.

BRASIL. Decreto nº 7.336, de 19 de outubro de 2010.

CABRAL, A. S. A. et al. Explorando manifestações de simbolismo sonoro em duas línguas Tupí, Suruí Paitér e Nhandéwa Txiripá. **Revista Brasileira de Linguística Antropológica**, v. 1, p. 119-130, 2012.

CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto. A Noção de Fricção Interétnica. In: **O Índio e o Mundo dos Brancos**. Unicamp, São Paulo, 1996.

CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto. **Ação indigenista, etnicidade e o diálogo interétnico. Estudos Avançados** 14 (40), 2000.

CARDOZO, Ivaneide. **Etnozoneamento Paiterey Garah: terra indígena Sete de Setembro**. Organizadora: Ivaneide Bandeira Cardozo. Kanindé - Associação de Defesa Etnoambiental, Porto Velho, RO: 2011.

CARDOZO, Ivaneide. "**Iway E Metare: A Marca Do Território Paiter Suruí**". Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Rondônia. Porto Velho, 2013.

CARNEIRO da CUNHA, Manuela. Política indigenista no século XIX. In: **História dos Índios no Brasil**. Manuela Carneiro da Cunha (org). São Paulo: Companhia das Letras, FAPESP, 2002.

COIMBRA JR, Carlos. Estudos de Ecologia Humana Entre os Suruí do Parque Indígena Apurinã, Rondônia. 1. O uso de Larvas Coleópteros (Bruchidae e Curculionidae) na Alimentação. **Revista Brasileira de Zoologia**. Vol. 31. São Paulo, 1984.

COIMBRA JR, Carlos, SANTOS, Ricardo. Avaliação do estado nutricional num Contexto de Mudanças Sócio-Econômicas: O grupo indígena Suruí do Estado de Rondônia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro Out/Dez. 1991.

COIMBRA JR, Carlos, SANTOS, Ricardo; OTT, Ari. Estudos epidemiológicos entre grupos indígenas de Rondônia. III Parasitoses intestinais nas populações dos vale dos rios Guaporé e Momoré. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. Out/Dez. 1991.

COLLER, C. Interculturalidade e educação escolar indígena: um breve histórico. In: **Cadernos de educação escolar indígena**. V. 2. N, 2003 Barras do Bugre-MT.

DIEHL, E. E.; GRASSI, F. Uso de medicamentos em uma aldeia Guaraní do litoral de Santa Catarina, Brasil. Cadernos de Saúde Pública (ENSP. Impresso), v. 26, p. 1549-1560, 2010.

DURKHEIM, E. Cap. I:- Que é fato social? In: As regras do método sociológico. São Paulo, Companhia Editora Nacional. 1971.

FERNANDES, Florestan. Cap. II. Antecedentes indígenas: organização social das tribos Tupis. In: **História Geral da Civilização Brasileira**. Tomo I. A época colonial. Vol. 1º. DIFEL. São Paulo-Rio de Janeiro, 1976.

FERRARI, José. **A saúde dos índios: Um desafio sem endereço os Karitiana de Rondonia.** (Dissertação de Mestrado) São Paulo 1995.

FUNAI. **Relatório técnico de recebimento dos serviços de aviventação dos limites das terras indígenas no estado de Rondônia. Terra indígena Sete de Setembro**, FUNAI PVH, 1996.
GAMEBEY & KANINDÉ. **Plano de Gestão Etnoambiental da Terra Indígena Sete de Setembro**. Edições Equipe de Conservação da Amazônia. Brasília, 2008.

GARNELO, Maria et al . **Controle das DST/AIS em área indígena: O mercado Simbólico do Alto Rio Negro. DST – J bras Doenças Sex Transm**. 13(2): 23-26. 2001.

GEERTZ, Clifford. Uma Descrição Densa: Por uma Teoria Interpretativa da Cultura In: **A Interpretação das Culturas**, Guanabara Koogan, 1978.

GOMES, Mercio. Cap. IV Os povos indígenas e Cap. V A posição atual dos Índios. In: **Os Índios e o Brasil: Ensaios sobre um holocausto e sobre uma nova possibilidade de convivência**. Ed: Vozes, Petrópolis, 1999.

I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, 1986.

II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE PARA OS POVOS INDÍGENAS Luziânia, 25 a 27 de outubro de 1993.

III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA RELATÓRIO FINAL Luziânia, GO, de 14 a 18 de maio de 2001.

IV Conferência Nacional de Saúde Indígena (Rio Quente, GO, 2006).

IBGE. **Os indígenas no Censo Demográfico 2010 primeiras considerações com base no quesito cor ou raça**. Rio de Janeiro, 2012.

JUNQUEIRA, Carmen & PAGLIARO, Heloisa. **O saber kamaiurá sobre a saúde do corpo. Caderno crh**, Salvador, v. 22, n. 57, p. 451-461, Set./Dez. 2009.

LANGDON, Esther; DIEHL Eliana; WIIK Flávio; DIAS-SCOPEL, Raquel. A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro. Dez, 2006.

LEANDRO, Leandro. **Ecoturismo indígena e gestão territorial, contribuições participativas da terra indígena Paiterey Karah (Sete de Setembro).** Dissertação: Mestrado em Geografia UNIR, Porto Velho-RO, 2011.

LÉVI-STRAUSS, C. Eficácia simbólica. In: **Antropologia Estrutural**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

LÉVI-STRAUSS. C. A ciência do concreto. In: **O Pensamento Selvagem. Campinas**. Ed. Papirus. 1989.

LIMA, Antônio. O governo dos índios sob a gestão do SPI. In: **História dos Índios no Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras, FAPESP, 2002.

MALINOWISK, Bronislaw. Introdução. Tema, Método e Objetivo desta pesquisa. In. **Argonautas do Pacífico Ocidental**. São Paulo. Abril Cultura coleção Pensadores, 1976.

MARX, Karl. **O Capital: Crítica da Economia Política**. Vol. II. 2 ed. São Paulo: Nova Cultural, 1985.

MINDLIN, Betty. **Vozes da origem, estórias sem escrita: narrativas dos índios Suruí de Rondônia**. São Paulo: Ática/Iamá. 1996.

MORÁN, Emilo. **A Ecologia Humana das Populações Amazônicas**. Vozes, Petrópolis, 1990.

NIMUENDAJU, Curt. **Mapa Etno-Histórico. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** Rio de Janeiro: IBGE, 1987.

NOVO, Marina Pereira. **Os Agentes Indígenas de Saúde do Alto Xingu**. Brasília: Paralelo. 2010.

OLIVEIRA FILHO. João Pacheco. Uma etnologia dos "índios misturados"? situação colonial, territorialização e fluxos culturais. In: **A viagem da volta: etnicidade, política e relaboração cultural no nordeste indígena**. João Pacheco de Oliveira (org). Rio de Janeiro: Contra-Capa (:13-42) [MANA, 4 (1)] 1998.

OLIVEIRA FILHO; João Pacheco. **Ensaios de Antropologia Histórica**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ 1999.

PEREZ GIL, Laura. Políticas de Saúde, Pluralidade TerapêButica e Identidade na Amazônia. In: São Paulo, v.16, n.2, p.48-60, 2007.

PEREZ GIL, Laura. Possibilidades de articulação entre o sistema de parto tradicionais indígenas e o sistema oficial de saúde no Alto Juruá. In. **Medicina Tradicional Indígena em Contexto, Projeto Vigisus II. FUNSA**, Brasília, 2007.

PERONE-MOISÉS, Beatriz. Índios livres e índios escravos: os princípios da legislação indigenista do período colonial (século XVI a XVIII). In: CUNHA, Manuela Carneiro da (org). **História dos Índios no Brasil.** São Paulo: Companhia das Letras, FAPESP, 2002.

PONTES, Ana Lúcia; STAUFFER, Anakeila, GARNELO, Luiza. Profissionalização indígena no campo da saúde: desafios para a formação técnica de agentes indígenas de saúde. IN: PONTES, Ana Lúcia (Org.). **Saúde Indígena: uma introdução ao tema.** - Brasília: MEC-SECADI, 2012.

RAMOS, Alcida. **Sociedades Indígenas.** São Paulo: Ática. 1986.

RIBEIRO, Darcy. Cap. VII. O Problema Indígena. In: **Os índios e a civilização: A integração das populações indígenas no Brasil moderno**. Petrópolis. Ed. Vozes 1982.

RICARDO, Carlos. "**Os Índios" e a sociodiversidade nativa contemporânea no Brasil. In: A tematica indígena na escola: novos subsídios para professores de 1º a 2º graus.** MEC/MARI/UNESCO. Brasília, 1995.

ROCHA, Esron. **Uma Etnografia das Praticas Sanitárias no Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Negro – Noroeste do Amazonas.** (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Sociedade e Cultura na Amazônia. UFAM, Manaus, 2007.

RODRIGUES, Ricardo. **Educação Escolar Indígena no Estado do Pará: Um Estudo de Trajetórias Indígenas em Busca de Escolarização Formal**. (TCC) UFPA, Belém-PA, 2010.

SÁ, Samuel. **Agentes Interculturais em Arca dos Engenhos**. Boletim Museu Goeldi Nº 20, Belém – PA. 1973.

SAHLINS, Marshall. **Ilhas de história**. Rio de Janeiro, Zahar. 2003.

SANTOS, Ricardo; Et al. Saúde dos povos indígenas e políticas públicas no Brasil. In: GIOVANELLA, L; ESCOREL, S; LOBATO, L. V.; CARVALHO, A. I.; NORONHA, J. C. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro*:* Fiocruz, 2008.

SCHWARCZ, L. K. M. **O espetáculo das raças**. 4a. edição São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

SOUSA SANTOS, Boaventura de. **Pela Mão de Alice**. Cortez, Editora. 2ª ed. São Paulo SP. 1996.

TAVARES, Felipe. **Epidemiologia da hipertensão arterial e níveis tensionais em adultos indígenas Suruí, Rondônia, Brasil**. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

VELHO, Otávio. **Capitalismo Autoritário e Campesinato**. Difusão Européia do Livro, Rio de Janeiro. Jorge Zahar, 1979.

WAGLEY, Charles. **Uma Comunidade Amazônica: estudo do homem nos trópicos**. Ed: Nacional, São Paulo, 1977.

WEBER, Max. Formas características de ação social. In: **Conceitos Básicos de Sociologia. Centauro,** São Paulo, 2002.

WEIGEL, Valéria. Escolas de brancos em malokas de índios. EDUA. Manaus, 2000.

WELCH, James R. & COIMBRA JR, Carlos E. A. **Perspectivas culturais sobre transmissão e tratamento da tuberculose entre os Xavánte de Mato Grosso, Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27(1): 190-194, jan, 2011

FONTES DA WEB.

http://www.socioambiental.org/ 2010. Acessado em 03/09/2010.

http://www.funai.gov.br/ 2010. Acessado em 03/09/2010.

*http://www.mec.gov.br/arquivos/pdf/**territorios**.pdf\ 2010*

http://www.seplan.ro.gov.br/conteudo.asp. Acessado em 03/09/2012.

http://g1.globo.com/ro/rondonia/noticia/2013/05/indios-de-rondonia-ganham-espaco-para-receber-qualificacao-tecnica.html. Acessado em 20/05/2013

http://www.censo2010.ibge.gov.br/terrasindigenas/

http://g1.globo.com/natureza/noticia/2013/09/indios-surui-concluem-1-venda-de-creditos-de-carbono-indigenas-do-pais.html. Acessado em 25/10/2013.

http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/secretaria-sesa Acesso em 03/09/2012.