

Controle social na saúde indígena

A EXPERIÊNCIA DA OPAN EM BRASNORTE, MT



OPERAÇÃO AMAZÔNIA NATIVA – OPAN
CUIABÁ-MT, 2013

Expediente

OPERAÇÃO AMAZÔNIA NATIVA

Av. Ipiranga, 97, Bairro Goiabeiras,
Cuiabá – MT, CEP 78032-035

Telefone: 55 (65) 3322-2980

comunicacao@amazonianativa.org.br

Twitter: @amazonianativa
facebook.com/amazonianativa
www.amazonianativa.org.br

Controle social na saúde indígena - A experiência da OPAN em Brasnorte, MT
Saúde Indígena 2. Políticas Públicas 3. Saúde
OPAN: Cuiabá – MT, 2013

ISBN: 978-85-67133-08-9

Grupo de Trabalho de Saúde (2011):

Andrea Jakubaszko
Márcio Ferreira da Silva
Cleacir Alencar Sá
Ageo Mário Cândido Da Silva
Marcos Ajuri Schwade
Ledson Kurtz de Almeida
Vanessa Alvarenga Caldeira

Fotos:
Acervo OPAN

Coordenação Executiva da OPAN:

Ivar Luiz Vendruscolo Busatto
Lola Campos Rebollar
Ivo Schoroeder
Rochele Fiorini

Revisão de texto:
Andreia Fanzeres

Diagramação:



www.irisdesign.com.br

APOIO:

Fundação Nacional de Saúde

Prefeitura de Brasnorte

Controle social na saúde indígena

A EXPERIÊNCIA DA OPAN EM BRASNORTE, MT



OPERAÇÃO AMAZÔNIA NATIVA – OPAN
CUIABÁ-MT, 2013

Apresentação

No âmbito e contexto das Conferências Nacionais de Saúde Indígena e no processo de ampliação das ações que o Estado brasileiro oferecia em consequência das mesmas, a OPAN foi procurada pelo Ministério da Saúde, via DESAI/Funasa, em 1999, para contribuir de maneira inicial no estabelecimento de serviços de saúde que chegassem até as aldeias como serviços que pudessem ser caracterizados como atenção primária de saúde.

Realizamos esse serviço e essa atenção com as pessoas, com as famílias, com as comunidades indígenas, a partir de um modelo de atuação atento às especificidades social e cultural dos povos Enawene Nawe e Myky/Irantxe (Manoki), em um modelo diferenciado daqueles oferecidos ao conjunto da sociedade nacional. Nesse sentido, fortalecer a organização desses povos e os DSEIs (DSEI Cuiabá) na concretização do subsistema de saúde indígena, contribuindo para a consolidação de uma Política Nacional de Saúde Indígena (PNASI), foi sempre nosso interesse mais amplo.

Para registrar esta experiência, seguem os produtos gerados em 2011, previstos na execução do último ano do convênio, relativos ao encerramento desse trajeto de 12 anos de trabalho. A OPAN encomendou a especialistas análises sobre séries temporais, para subsidiar os rumos que serão dados daqui por diante na PNASI com base na experiência vivida pela Operação Amazônia Nativa na atenção à saúde dos Povos Myky/Manoki e Enawene Nawe no Polo Brasnorte em Mato Grosso – agora em 2013 trazidos a público por ocasião da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena.

Em nossa atuação, destacamos o diálogo permanente com as comunidades, com os profissionais de saúde contratados e com os chamados conselhos do controle social. Sempre entendemos que esses conselhos precisam ter autonomia e liberdade para exercer suas funções não apenas como espaço de cobranças, mas como um conselho que orienta e observa primeiramente quais são os fatores que geram saúde nas comunidades indígenas. Os conselhos locais podem indicar quais são as verdadeiras “causas das doenças”, dizendo se são doenças provocadas por espíritos, por problemas de má alimentação, de desorganização social, por conflitos entre gerações, por falta de perspectivas e esperança da sociedade ou ainda outras causas. O Condisi, por sua vez, zela e garante que os planos de trabalho sejam pensados e aprovados para execução mediante essas discussões realizadas nos conselhos locais das aldeias.

Neste sentido, a gestão da saúde é, antes de tudo, uma responsabilidade das famílias e das comunidades.

E, a fim de resolver o que a falta de saúde provoca, todos são responsáveis em união de esforços, considerados sempre os papéis das autoridades locais e da entidade gestora. A atenção diferenciada depende, portanto, desse diálogo permanente e da capacidade dos DSEIs se constituírem como unidades gestoras autônomas a partir do estabelecimento

de relações de respeito mútuo onde o controle social seja efetivamente capaz de construir orientações precisas para o desenvolvimento das equipes de profissionais e de um trabalho integrado às realidades locais.

Ao gerir recursos públicos no campo da saúde indígena, a OPAN buscou cumprir com sua responsabilidade de gestora e, ao mesmo tempo, informar as comunidades indígenas sobre todos os trâmites burocráticos que implica um convênio com um órgão público.

Neste diálogo constante com as comunidades, nesta parceria também com os profissionais contratados (e nos planos de trabalho e pactos construídos coletivamente), em 12 anos de convênio não registramos nenhuma ação trabalhista contra a OPAN. Concluimos nossa missão com boa avaliação dos povos Myky, Manoki e Enawene Nawe não obstante as limitadas condições oferecidas pela Funasa nos últimos anos de convênio para uma gestão mais autônoma.

Assim, esse conjunto de quatro trabalhos constitui-se como uma retrospectiva histórica da execução dos serviços pela conveniada, quanto da perspectiva demográfica, epidemiológica, antropológica e nutricional desses povos resultante da organização e execução dos serviços a eles (e com eles) prestados.

Esperamos que os resultados aqui apresentados, bem como as proposições e recomendações registradas, possam inspirar a atuação dos diversos agentes e órgãos envolvidos com a PNASI consolidando o direito reservado e reconhecido aos povos indígenas a uma atenção diferenciada.

Ivar Luiz V. Busatto
Coordenador Geral da OPAN

Sobre os autores

ANDREA JAKUBASZKO**Pg. 9**

Mestre em Ciências Sociais e professora, é membro da OPAN desde 1997. Atuou desde então em contextos de educação e saúde indígena junto aos povos indígenas do noroeste de MT e diretamente com os Enawene Nawe, tendo coordenado em 2008 a pesquisa para registro do Ritual Yaokwa como Patrimônio Cultural do Brasil (convênio Iphan/OPAN). Coordenou o convênio OPAN/Funasa de 2004 a 2006. Neste trabalho, faz uma retrospectiva histórica da atuação da OPAN no campo da saúde caracterizando os modelos e princípios desta intervenção antes e durante o convênio OPAN/Funasa.

MÁRCIO FERREIRA DA SILVA**Pg. 55**

Professos Doutor Titular do Departamento de Antropologia da Universidade de São Paulo, foi conselheiro diretor da OPAN de 1997 a 2000. Desde a década de 80 assessora projetos da instituição, tendo acompanhado de perto os trajetos percorridos no campo da saúde indígena no país.

CLEACIR ALENCAR SÁ**Pg. 55**

Bacharel em Serviço Social, atua como indigenista desde a década de 80, sempre no campo da saúde. Foi coordenadora local do Polo Brasnorte/MT desde 2004 (até 2011). Acompanhou e subsidiou diretamente a elaboração do conjunto de artigos aqui apresentados. Como autores de “Dados e Indicadores demográficos”, Cleacir e Márcio demonstram o expressivo crescimento demográfico dos povos atendidos pela OPAN, especialmente após o convênio OPAN/Funasa.

AGEO MÁRIO CÂNDIDO DA SILVA**Pg. 81**

É Professor Doutor Adjunto do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso. Com base na leitura e análise do banco de dados da OPAN, apresenta uma avaliação da morbidade entre os povos atendidos pelo Polo Brasnorte, com ênfase na população infantil e de idosos Myky/Irantxe e Enawene Nawe.

MARCOS AJURI SCHWADE**Pg. 97**

Bacharel em Nutrição pela UFMT, é membro da OPAN desde 2001, tendo integrado a equipe indigenista do Projeto Enawene Nawe de 2001 a 2004. Faz uma descrição e análise da situação alimentar e nutricional dos Enawene Nawe, apontando tanto para os padrões como para as recentes transformações em curso no âmbito da alimentação tradicional deste povo.



OPAN

OPERAÇÃO AMAZÔNIA NATIVA

CUIABÁ, NOVEMBRO DE 2011



***A OPAN e a saúde indígena:
registros de uma experiência em política
pública executada por um órgão indigenista
não governamental no estado de MT.***

Andrea Jakubaszko

Sumário

APRESENTAÇÃO	13
1. PANORAMA HISTÓRICO	14
<i>Princípios da atuação e os desafios da nova fase de intervenção</i>	19
2. A EXECUÇÃO DO CONVÊNIO	21
<i>I FASE</i>	22
<i>II FASE</i>	25
<i>III FASE</i>	29
<i>RESULTADOS OBTIDOS NO PROCESSO</i>	32
3. IRANTXE, MYKY, ENAWENE NAWE: O CONTROLE SOCIAL E A CONSTRUÇÃO DO POLO BRASNORTE	34
<i>O controle social</i>	36
<i>Os Irantxe</i>	38
<i>Os Myky</i>	41
<i>Os Enawene</i>	42
<i>Corpo e imaginário social</i>	44
<i>O Polo Brasnorte</i>	46
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
5. BIBLIOGRAFIA	50

A OPAN e a saúde indígena:

Registros de uma experiência em política pública executada por um órgão indigenista não governamental no estado de MT.

13

APRESENTAÇÃO:

Este trabalho tem como objetivo fazer uma retrospectiva da atuação da Operação Amazônia Nativa (OPAN) no campo da saúde indígena a fim de caracterizar o modelo de intervenção praticado, procurando identificar padrões e princípios que nortearam o conjunto de ações desenvolvidas antes e durante o convênio com a Fundação Nacional de Saúde (Funasa) para a atenção à saúde dos povos Enawene Nawe, Myky/Irantxe (Manoki) em Mato Grosso.

A OPAN foi a primeira organização indigenista fundada no Brasil, em 1969. Desde então, desenvolve ações voltadas à garantia dos direitos fundamentais dos povos indígenas no âmbito da **terra, cultura, educação, saúde, economia e meio ambiente**. Suas equipes são constituídas por profissionais de diversas áreas que atuam nos estados de Mato Grosso e Amazonas.

Ao discorrer sobre a experiência da OPAN na saúde indígena, é possível entrever e refletir de modo mais geral essa ‘conversão’ da saúde indígena em saúde pública - seus impasses, limitações, avanços e desafios. A reconstituição desse trajeto histórico visa também contribuir com o fortalecimento e consolidação do Polo Brasnorte, local de referência para atendimento desses povos, a partir do registro do seu processo e contextos de construção no decorrer desta última década.

O registro dessa memória tem como fonte principal a pesquisa documental e bibliográfica disponível nos arquivos da OPAN referentes a esse processo. São diversos relatórios – de rotina, técnicos, de reuniões, de avaliações -, ofícios, cartas, protocolos, atas, planos de trabalho, além de alguns artigos e teses que compõem um rico e extenso acervo. O levantamento e a sistematização desse material permitiram reunir e extrair desse conjunto teias de relações que atravessam o complexo tema da saúde indígena.

Este registro está dividido em 3 partes: a primeira refere-se a um panorama histórico da intervenção da OPAN na saúde, destacando os princípios norteadores da sua atuação. A segunda corresponde a execução do Convênio OPAN/Funasa caracterizando três fases distintas com reflexões, análises e resultados obtidos neste processo. A terceira, narra o percurso de construção do Polo Brasnorte a partir da organização política e do controle social exercido pelos povos Irantxe/Myky e Enawene Nawe e da organização dos serviços localmente oferecidos pela conveniada.

A importância desse registro pode ecoar, quiçá, como uma iniciativa, um estímulo para que outros atores registrem e exponham suas experiências específicas, favorecendo

tanto a visualização mais substântiva desta etapa da história da saúde indígena, quanto para favorecer a visualização das construções e configurações locais naquilo que podem servir de referência e exemplo para seguir e/ou não repetir, trazendo contribuições à operacionalização da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (PNASI), agora, via Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai). Muito se perde em transições desprovidas de memória e muito se ganha na saúde indígena se experiências acertivas e/ou ações exitosas são mantidas e melhoradas, demonstrando respeito pelo trajeto de mais de uma década vivido por essas populações na saúde pública, no Sistema Único de Saúde (SUS), naquilo que já sofreram e naquilo que conquistaram.

Para não sucumbir à padronização e ao assistencialismo que comumente caracterizam as políticas públicas, depende agora da Sesai incorporar ou não essas tantas histórias de forma reflexiva e responsável validando, portanto, experiências e construções locais, zelando para que a ação estatal se mantenha fiel ao princípio legal (Constituição) e institucional (Subsistema de Saúde Indígena) da atenção diferenciada.

Assim, essa história aqui contada é da OPAN, da saúde indígena, do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Cuiabá, das convenidas, das comunidades... Quando tivemos dúvidas a respeito da relevância desta narrativa, os representantes indígenas reunidos no conselho local dos três povos do Polo Brasnorte, em setembro de 2011, na Aldeia Japuira Myky manifestaram com muita clareza a importância deste registro em muitas falas – transcrevemos aqui uma delas, de Bernardino Irantxe, atual presidente do Conselho Indígena de Saúde Local:

“É muito importante que a OPAN vai contar a história do Polo nosso em Brasnorte, estamos muito preocupados de como vai ser daqui para frente. Temos problemas mas não queremos ver tudo que nós já fizemos se desmanchar. É muito importante mesmo que conheçam nossa história”

1. PANORAMA HISTÓRICO

A OPAN foi convidada, em 1999, pelo então representante do Ministério da Saúde, Sr. Ubiratã Pedrosa, então diretor do Departamento de Saúde Indígena (DESAI) para co-assumir, a partir de 2000, por meio de Convênio com a Funasa, a saúde indígena no âmbito do DSEI Cuiabá, composto por 10 etnias, na fase de implantação dos DSEIs no país.

Seria aquele o primeiro momento de empreender um modo de atenção à saúde indígena com caráter de política pública – estritamente vinculado ao SUS – a partir de um modelo diferenciado, estruturado como subsistema (conectado diretamente a instância federal – SUS/MS/Funasa/DESAI/DSEIs), fundamentado pelo Estatuto do Índio, Constituição Federal de 1988 e Lei Arouca / Decreto 9.836 de 1999¹ – elaborado num longo processo histórico protagonizado pelo movimento indígena (a partir da década de 80) e seus diversos parceiros.

O convite estava associado às possibilidades governamentais de execução da referida lei, viável naquele instante somente mediante o firmamento de convênios para a realização dos trabalhos visando, de um lado, suprir a inexistência de quadros qualificados de pessoal nos órgãos públicos para atender as exigências de um modelo diferenciado de atenção à saúde e, de outro, minimizar as inúmeras dificuldades operacionais como longas distâncias, infraestrutura nas aldeias, seleção adequada de recursos humanos, entre outras, envolvidas na prestação desses serviços.

1• A partir desta lei, foram criados 34 DSEIs, espalhados pelo território brasileiro (exceto Piauí e Rio Grande do Norte) com o objetivo de atender cerca de 400 mil índios (2006), pertencentes a 210 povos, atualmente (2010) são 650 mil indígenas.

O estabelecimento de convênios com organizações não governamentais para viabilizar a execução da atenção à saúde indígena no âmbito da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASI) gerou inúmeros debates na época polarizando o movimento indígena e seus aliados. Alguns segmentos argumentavam a ilegalidade desta medida, compreendida como terceirização, apontando para os riscos de uma ‘acomodação da máquina do estado’ que adiaria *ad eternum* a execução direta de suas atribuições e consequentemente de sua responsabilidade, enquanto outros apoiavam a medida entendendo-a como a única alternativa de inicialmente efetivar o direito destas populações relativo **a universalidade, a integralidade e a equidade de acesso** – princípios constituintes do SUS. Após um histórico secular de exclusão expressos pelas estatísticas de desassistência, mortandade e depopulação e passados já 11 anos da constituinte, os convênios figuravam como a oportunidade de ‘sair do papel’ e pôr a história em movimento concretizando, enfim, uma árdua conquista dos atores historicamente envolvidos na luta pela criação deste subsistema como política nacional.

Neste caloroso debate (ainda hoje em curso), a OPAN sempre entendeu, de acordo com diversos setores governamentais e instituições não governamentais, que a atenção à saúde indígena é de responsabilidade do Estado. Entendia também que: contribuir para o fortalecimento de organizações indígenas e do governo para implementação da PNASI era seu papel – e esse entendimento orientou em larga medida sua opção em adentrar o universo das conveniadas.

Para a OPAN, a saúde indígena não era um tema novo, posto que desde 1969 – 30 anos antes desse convite – já atuava diretamente com as populações indígenas e, dentre suas linhas de ação, incluía a saúde desses povos nos projetos da instituição que variavam desde a atenção primária (imunização, vigilância e controle das epidemias, remoções...), acompanhamento às referências no encaminhamento de enfermos, educação para saúde, reflexões acerca da medicina tradicional junto às comunidades indígenas e a participação ativa nos fóruns públicos de políticas de saúde. Tudo isso num tempo em que não havia atendimento básico, posto que grande parte dos povos não contava com a assistência prestada pela Funai.

Essas populações, quando estavam assentadas em terras de ocupação histórica documentada, tinham ainda assim áreas não reconhecidas, não demarcadas, e cada vez mais pressionadas pelos processos de interiorização do país. Até a década de 80, assumir ser ‘índio’ no Brasil era o mesmo que assumir ser encarado como um ser inferior e arcaico que obstruía a passagem do progresso. A baixa estima de muitos desses povos estava associada, portanto, a um longo percurso de violenta expropriação e repressão. Tendo sido proibidos de falar seus idiomas e de praticarem diversas de suas tradições culturais em um tortuoso trajeto de massacres, epidemias e depopulações drásticas, viam enfraquecer dia a dia suas condições de reprodução social e física.

O cenário da saúde indígena naquela época era, desse modo, de abandono e invisibilidade. Estar nas aldeias e falar sobre medicina tradicional nesse cenário constituía ação sem precedentes. Quando questionados sobre sua ‘medicina tradicional’ a reação era, inicialmente, de imediata negação – ou porque de fato esta prática estava em silêncio ou porque era realizada em sigilo.

A OPAN cumpria dessa forma, nas décadas de 70 e 80, um papel inédito: prestar assistência *in loco* à saúde das populações indígenas valorizando as práticas tradicionais como legítimas e defendendo direitos de autodeterminação até então incipientes a partir das bases, do convívio direto nas aldeias.

...foi ali, no cotidiano destas sociedades que se forjaram os fundamentos mais caros ao indigenismo da OPAN. Foi na luta, ombro a ombro, que uma nova agenda de direitos foi estabelecida. (...). Inspiração maior e permanente vem do chão das aldeias, dos próprios índios que souberam dar o tom preciso das novas tarefas que se impunham a todos nós. Reunidos nas assembleias e mobilizando-se em busca de direitos historicamente denegados, fizeram-se ouvir e impuseram uma nova dinâmica ao campo das políticas indigenistas.” (Schroeder:2009:11,12).

A intervenção da OPAN no contexto dos direitos indígenas pode ser assim entendida também como um importante capítulo da própria história da saúde indígena do país, como sugerem os estudos de Weiss (1999) e Detogni (2007). Ambos trazem à luz o caso Enawene Nawe (MT) que também inspirou a formulação de estudos e teses em várias áreas do conhecimento, incluindo essas que abordam a temática da intervenção na saúde. O primeiro procura refletir sobre o modelo de intervenção adotado para atenção à saúde desse povo desde o contato em 1974, elabora a ideia central de que a atuação da OPAN na **saúde indígena se desenvolveu sob a ótica de uma ação indigenista** (entendida em primeiro plano como ação política/ação pedagógica, na perspectiva do indigenismo praticado² pela OPAN). Nesse caminho, Weiss opera com o conceito **intervenção mínima**³ para caracterizar os princípios envolvidos com a atuação da OPAN no campo da saúde indígena.

O segundo registra o histórico do Programa de Saúde Bucal promovido pela OPAN e executado pela autora, num primeiro momento atrelado ao PNUD/Prodeagro/OPAN (1995), depois como parceria entre OPAN/Colgate (1999 a 2003) e numa terceira fase já vinculado ao convênio OPAN/Funasa (2004/2005). *“A parceria estabelecida com a organização não-governamental OPAN, desde 1995, em muito favoreceu o desenvolvimento do projeto de atenção à saúde bucal para os Enawene-Nawe pois, praticando um indigenismo contra-hegemônico, alinhado com o respeito às diferenças étnicas e à auto-determinação dos povos indígenas, a instituição abriu espaço para que uma proposta também não alinhada com as práticas odontológicas historicamente verificadas⁴ para os povos indígenas se desenvolvesse.”* (Detogni:2007:116)

De fato, os exemplos Enawene Nawe e também Myky em Mato Grosso definem casos emblemáticos⁵, pois configuram novos efeitos a partir das condutas adotadas durante o processo de contato travado pela Missão Anchieta (MIA) que teve a OPAN como parceira, sobretudo para as ações voltadas para o campo da saúde.

São inúmeros os estudos que apontam a relação causal direta entre histórico de contato e perfil epidemiológico no contexto das sociedades indígenas. Dentre muitos exemplos possíveis, vale citar a comparação empreendida por Weiss (1998) entre as ações desenvolvidas pelos agentes do contato no caso Waimiri-Atroari/AM (SPI/1960 e posteriormente FUNAI/déc de 70 e 80) e no caso Enawene Nawe/MT (MIA/ OPAN décadas de 70 e 80).

De acordo com esta comparação em que a autora opõe **indigenismo oficial** e **indigenismo alternativo**, situa no primeiro caso o histórico da promoção de uma integração acelerada, enquanto no segundo verifica a estratégia adotada relativa a promoção de uma convivência gradativa e pacífica. Ambos os povos sofreram epidemias de malária e gripe, tendo os Waimiri-Atroari sido também acometidos por epidemias de sarampo. Os efeitos dessas diferentes estratégias se refletem diretamente no perfil epidemiológico e na dinâmica demográfica em que o primeiro caso registra uma redução populacional de 50% em 10 anos (1973/1983) nos Waimiri-Atroari, inversamente ao resultado Enawene Nawe que registra 50% de aumento populacional em 10 anos

2● Esse indigenismo organizado pela sociedade civil e que se auto-denominou “indigenismo alternativo” é, nas palavras de Schroeder (1995), entendido como “o indigenismo que é praticado de forma desvinculada e, muitas vezes, em oposição à política indigenista oficial e das missões tradicionais, estando organizado sob a administração de organizações não governamentais (ONG)”. (Schroeder:1995). Já em Schwade (2011), esta prática indigenista é denominada como “indigenismo independente”.

3● Intervenção mínima estava caracterizada pela alternância entre visitas e longos períodos de ausência evitando que a permanência constante pudesse exercer coerção na organização social dos povos recém contactados, garantindo a eles tempo de reflexão e controle sobre os impactos do contato.

4● Estas práticas historicamente verificadas que a autora se refere limitavam-se a extração de dentes e confecção de dentaduras. A nova proposta a que a autora se refere executava avaliação e acompanhamento odontológico sistemáticos, restaurações, aplicação supervisionada de flúor e educação em saúde bucal.

5● A mesma conduta foi adotada pela OPAN nas experiências realizadas no Amazonas como, por exemplo, entre os Suruaha. Também no Amazonas, vale notar que no Projeto Humaitá (junto aos povos Tupi Kgwahiva) a organização realizou formação de microscopistas, agentes indígenas de saúde (AIS) e consolidou conselho local de saúde ainda na década de 90.

(1974/1984). A autora conclui ainda que as mudanças culturais foram compulsórias no primeiro caso enquanto no caso Enawene Nawe tradições vitais foram mantidas por determinação do próprio povo.

A mesma dinâmica podemos observar entre os Myky, contactados em 1971 pela Missão Anchieta que também contou com a parceria da OPAN no campo das ações em saúde, onde a dinâmica populacional também registra apenas crescimento, sem ocorrência de depopulação pós-contato.

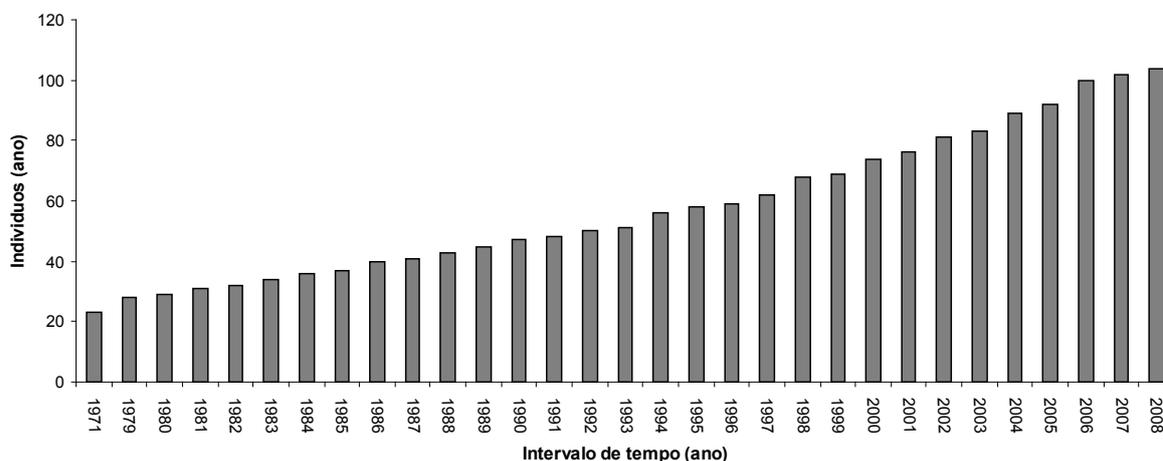


Figura: Crescimento populacional Myky pós-contato de 1971 (23 pessoas) a 2008 (104 pessoas).
Fonte: Diários de Campo Rondon Amarante. Sistematização dos dados: Ferraz e Jakubaszko, 2008).

Esses casos são de grande relevância na medida em que a depopulação é uma invariante nos históricos de contato mediado pela política indigenista oficial, o que fundamentava, por sua vez, o prognóstico de inevitável desaparecimento dessas populações até o fim do século XX. Ao contrário dessa previsão, enquanto a retomada do crescimento populacional indígena será observada a partir da década de 80, os Enawene Nawe e Myky constituem exceção à regra no tocante às depopulações invariavelmente registradas, não tendo nunca sido acometidos por surtos de sarampo⁶ ou tuberculose por exemplo, tão recorrentes como causa de redução populacional pós-contato. Os primeiros surtos de gripe ocorreram, em média, apenas dois ou três anos após a data do contato com a MIA, com três óbitos entre os Myky e nenhum óbito infantil registrado.

Deste modo, os indigenistas que participaram do Projeto Myky/Enawene Nawe (Menkü/Salumã) por meio da cooperação entre OPAN e MIA tinham em comum o “*interesse em desenvolver um trabalho mais progressista, apesar das divergências ideológicas, políticas e práticas das instituições no espaço de trabalho comum.*”, assim, “*Nos primeiros 10 anos de contato, as ações de saúde desenvolvidas foram, basicamente, o tratamento de verminoses, tratamento sintomático das epidemias de gripe, “febre” e malária, das doenças de pele, conjuntivites e dores reumáticas, a vacinação de rotina, a extração de dentes e a confecção de dentaduras.*”(WEISS:1998:113,112).

Medidas planejadas a partir de visitas médicas e demais especialistas na realização de levantamentos epidemiológicos para subsidiar a implementação de novos modelos de intervenção, de caráter prioritariamente preventivo, começam ocorrer nos Enawene Nawe (EN) a partir de 1988, quando a OPAN assume integralmente o desenvolvimento dos trabalhos após o assassinato do jesuíta Vicente Canãs (MIA) em 1987. Neste momento, a MIA sai de cena, enquanto a OPAN torna-se responsável pela condução do Projeto Enawene Nawe e a continuidade dos trabalhos entre os Myky ficava a cargo do Conselho Indigenista Missionário (CIMI).

6● Os Myky foram vítimas de epidemia de sarampo na década de 50 quando arredios ao contato, 21 anos antes do contato oficial com a Missão Anchieta.

A partir daí se adensam os registros por meio da introdução de fichas de vacinação e de prontuário nos EN – com referências a identificação da pessoa, sinais, sintomas, duração e tratamento. Vale destacar que, enquanto isso, a saúde pública agoniza no país – o SUS está apenas em fase constituinte.

Simultaneamente intensificam-se também a sistematização de registros etnográficos (e estudos lingüísticos), donde destacamos o estudo de Cleacir Alencar Sá (1993), “Causadores de Doenças x Promovedores de Saúde”, que descreve os papéis sociais desempenhados por especialistas de saúde presentes no sistema EN e algumas práticas curativas observadas a partir da experiência indigenista e do convívio direto por tempo prolongado com os EN.

Deste modo, a década de 90, diferentemente do caráter voluntário que caracteriza os períodos anteriores, concretiza a tendência verificada na década de 80, marcada pela profissionalização, pela incorporação de assessores especializados, pelas parcerias com universidades e institutos de pesquisa na busca de qualificação da sua intervenção.

O quadro a seguir, elaborado por Weiss (1998:116), é bastante ilustrativo dessa passagem.

AÇÕES DE SAÚDE DESENVOLVIDAS DESDE O CONTATO (1977-1997)

ANO	AÇÕES DE SAÚDE DESENVOLVIDAS
1977	Tratamento de verminose de crianças.
1978	Sem informação.
1979	Tratamento de feridas e alguns casos de malária.
1980	Vacinação Sabin.
1981	Tratamento de verminose, vacinação BCG e prótese.
1982	Tratamento de verminose das crianças.
1983	Tratamento de verminose das crianças.
1984	Tratamento de verminose de crianças e adultos; próteses.
1985	Tratamento de verminose, ponte dentária, dentaduras, extrações de dentes, vacinação (tríplice, sarampo e Sabin).
1986	Tratamento de gripe; dentaduras e extração de dentes.
1987	Visita de equipe indigenista.
1988	Tratamento de verminose, visita médica e vacinação (BCG, anti-tetânica, sarampo e tríplice).
1989	Visita médica e odontológica, vacinação (Sabin, DPT e ATT), inquérito sorológico e parasitológico.
1990	Visita odontológica, vacinação e remoções.
1991	Visita odontológica, borrifração, remoção e vacinação.
1992	Borrifração e coleta de lâminas LVC, vacinação.
1993	Vacinação (Sabin, DPT, ATT e sarampo), remoção, borrifração e coleta de lâminas LVC, tratamento de verminose, visita médica e odontológica. Curso de diagnóstico de malária - FNS para indigenistas.
1994	Borrifração, coleta de lâminas LVC, tratamento de verminose, fitoterápico de gripe, remoção.
1995	Visita médica e odontológica. Tratamento de verminose. Acompanhamento de gestantes e recém-nascidos. Vacinação (Rotina, febre amarela e hepatite B). Programa de combate à malária. Curso de microscopia e reciclagem em fitoterapia. Convênio FNS e PNUD. Aplicação de flúor . Remoções.
1996	Visita médica e odontológica, inquérito sorológico. Programa de imunização. Aplicação de flúor. Tratamento de verminose. Incentivo às práticas de fitoterapia. Convênio FNS. Remoção.
1997	Visita médica, inquérito de glicemia, de pressão arterial, antropométrico e parasitológico. Tratamento de verminose. Programa de Imunização. Aplicação de flúor e higienização dos dentes. Remoções. Convênio FNS.

Mediante esta experiência, a OPAN consolida sua prática indigenista que integra as lições da intervenção mínima e da conduta indigenista histórica à capacitação e competência técnica.

Princípios da atuação e os desafios da nova fase de intervenção

A experiência da OPAN consolida o princípio de que a saúde de um povo é, em primeira instância, responsabilidade do próprio povo. Manter este princípio ativo dependia exatamente da continuidade dos esforços em acumular conhecimentos a respeito daquela sociedade para, por meio da compreensão e do convívio direto, da valorização e do estímulo à manutenção de suas práticas tradicionais, fosse possível elaborar formas adequadas e respeitadas de diálogo e intervenção. De outra maneira, incorporar competência técnica no desenvolvimento das ações, projetos e programas permitiria melhores análises e avaliações sobre as ações em curso.

Vale lembrar que estamos aqui tratando de um recorte no campo das ações indigenistas da OPAN – voltado para o histórico da atenção à saúde – contudo, na prática, no dia a dia, esta intervenção estava diretamente associada a outros campos de atuação, como a proteção e vigilância territorial, economia, educação, ações que se desenvolviam de forma convergente e integrada. Diferentemente das equipes volantes da FUNAI e/ou Fundação Nacional de Saúde (FNS)⁷ que circulavam esporadicamente (e com muitas limitações orçamentárias, atuando num foco exclusivo – o de assistência à saúde), a permanência, continuidade e ações integradas⁸ caracterizavam o modelo de atenção à saúde praticado pela OPAN.

Esta forma de atuação é determinante para a aceitação do convite feito à OPAN pelo Ministério da Saúde (MS/DSEI) em 1999. A OPAN aceitou apenas firmar convênio para execução da atenção à saúde dos povos onde já desenvolvia projetos indigenistas se comprometendo a contribuir com a qualificação dos quadros do DSEI Cuiabá oferecendo formação indigenista, antropológica e política.

Essa postura estava diretamente associada a um outro princípio fundamental de que a saúde indígena não pode representar um investimento isolado, ao contrário, tanto na visão indígena quanto no indigenismo praticado pela OPAN, a saúde é abordada por uma perspectiva sistêmica e multifatorial e, assim sendo, não pode estar descolada das demais dimensões que animam a vida. Desse modo, investir na saúde era possível desde que esforços relativos à integridade territorial, ao incentivo da produção e da geração de renda, articulado ao fortalecimento das práticas tradicionais, ao apoio à educação e as reflexões sobre meio ambiente estivessem em curso, reforçando a ideia de que saúde não se reduz a medicalização, ao combate de doenças.

Promover a saúde a partir de ações afirmativas nos campos da **cultura, terra, educação, meio ambiente e economia** e tendo na participação e controle dessas sociedades, o eixo da condução dos processos, delimitavam o caráter e as condições para a intervenção da OPAN, coerente com sua prática histórica e seus princípios de atuação.

Em 1999 estavam em curso em Mato Grosso os projetos da OPAN junto aos Enawene Nawe, Irantxe (Manoki) e Myky, tendo assumido o convênio para atenção desses povos exclusivamente, já que apenas nesses contextos seria possível desenvolver um trabalho de atenção à saúde condizente com a política institucional mencionada acima.

Além disso, é importante destacar que aceitar esse convite implicaria em algumas novidades na configuração e dinâmica institucional. A estrutura da OPAN é constituída por membros que se vinculam à instituição a partir de processos formativos internos, onde o profissional interessado no ingresso está, geralmente, motivado por uma opção pessoal de inserção no contexto indígena e na política indigenista. Após ter passado pelo devido processo institucional e aprovado seu ingresso em assembleia, o membro admitido passa a ter direito a voz e voto, integrando a instituição de forma intensamente orgânica. Essa dinâmica opera com um quadro de aproximadamente 30 membros, com relativa rotatividade e

7● No fim da década de 90, a sigla da Fundação Nacional de Saúde mudou de FNS para Funasa.

8● Vale notar que em quase três décadas de atuação indigenista anterior ao Convênio com a Funasa, apenas quatro profissionais de saúde atuaram entre os Enawene Nawe ao longo deste tempo caracterizando a baixa rotatividade e a continuidade das ações neste campo de intervenção.

com pouquíssimos funcionários (secretária, auxiliar administrativo e/ou de serviços gerais e, eventualmente, barqueiros e/ou motoristas nas sedes locais), além da eventual ou sistemática colaboração de assessores. É a partir da celebração do convênio OPAN/Funasa que uma nova configuração começa a se esboçar.

A entidade permanece com a mesma estrutura, mas era necessário passar a contratar profissionais de saúde, administrativos e outros, para compor a nova equipe responsável pelo desenvolvimento dos programas preconizados pelo Ministério da Saúde junto às aldeias indígenas (esses profissionais executariam a prestação dos serviços previstos de acordo com o MS e a OPAN sem, contudo, tornarem-se membros do quadro da OPAN). Nos primeiros três anos foram 25 contratações, incluindo médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, motoristas..., ou seja, o quadro de recursos humanos dobra, sendo quase a metade formada por profissionais contratados para execução do convênio. É também, portanto, nesse sentido que a OPAN não cedeu à proposta de assumir a atenção de todo o DSEI Cuiabá – se atender aos três povos implicava neste considerável aumento de recursos humanos e financeiros para administrar – atender a dez etnias demonstrava-se inviável, a não ser sob pena de abrir mão de ser um órgão indigenista para tornar-se uma ONG de Saúde (OSS), financiada majoritariamente pelo Estado, o que implicaria também em ter de passar a executar serviços de saúde alheios à ação indigenista, o que decididamente não era intenção da OPAN.

A partir da experiência com Irantxe (Manoki), Myky e Enawene Nawe, o objetivo central era, como já assinalamos, contribuir com a estruturação do subsistema distrital. Através de ações e implementação direta, promover a contratação e qualificação de um quadro de funcionários aptos para a execução de um plano de trabalho elaborado com base nas prerrogativas do ministério da saúde e formulado em conjunto com cada uma das comunidades atendidas em suas particularidades, a fim de construir um modelo local e garantir uma interlocução de qualidade entre a realidade indígena, os profissionais da saúde e o sistema estatal.

Ao fazer isso, a OPAN continuaria a executar, mesmo que agora por meio de convênio com o Estado, a saúde indígena como ação indigenista.

Nesta direção prepara seu novo quadro de profissionais para atuar seguindo a prática institucional anterior: de preocupação com os estudos e registros acerca desses povos, das análises epidemiológicas, da atenção e valorização dos saberes e da medicina tradicional e do investimento na formação e avaliação permanente na ênfase necessária e constante às especificidades de cada contexto étnico.

Desse modo, podemos identificar quatro grandes princípios que norteiam a atuação institucional de forma invariante no histórico de intervenção na saúde indígena praticado pela OPAN:

1. O princípio da auto-determinação: atua por meio da compreensão de que os povos indígenas são sujeitos do seu processo histórico, donde deriva a exigência por uma assistência qualificada, ou seja, diferenciada posto que atenta às especificidades e particularidades de cada contexto.
2. O princípio da intervenção mínima: atua por meio da compreensão de que a saúde é em primeira instância responsabilidade da própria sociedade, donde deriva a exigência de reconhecer que os corpos das pessoas são de posse daquele sistema e organização social para as tomadas de decisão sobre como nascer e sobre como morrer, dentre outras. Além da ênfase dada aos processos de educação em saúde fortalecendo o caráter preventivo e de promoção de saúde.
3. O princípio da atuação em saúde indígena como ação indigenista: tem por fundamento a exigência de uma acentuada formação em antropologia, compreendendo a saúde como um campo de significações e o sistema de saúde a partir de uma perspectiva política (e epidemiológica-populacional) atuando por meio de métodos e

práticas pedagógicas. Na convergência destas exigências, esse princípio opera por meio da relação não com indivíduos, números ou mesmo com a comunidade de forma genérica simplesmente, mas assenta-se na relação com a pessoa⁹.

4. O princípio da visão sistêmica/multifatorial: depreende-se da compreensão de que a atuação em saúde (prevenção e promoção) só pode ser bem sucedida se abordada por meio de ações integradas, não reduzida a quantitativos de atendimentos, observando os contextos e condições fundiária, ambiental, cultural, etc. Processos contínuos e conectados favorecem a execução desse princípio.

Manter cada um desses princípios atuantes, pressupunha a partir da nova configuração – execução de saúde pública – encarar os seguintes desafios:

- A. Incorporação de um número significativo (e crescente ao longo dos anos) de funcionários (profissionais de saúde e setor administrativo basicamente) ao quadro institucional da OPAN (podendo manter formação permanente/ formação em serviço).
- B. Lidar com as exigências administrativas e burocráticas do Estado e os riscos trabalhistas e outros implicados nesta nova relação intra e interinstitucional.
- C. Manter a conexão entre os projetos indigenistas e as ações dos programas de saúde preconizados pelo MS e executados por meio do convênio.
- D. Escapar do assistencialismo na atenção básica mediante nova infraestrutura e atores em cena.

Posto o panorama histórico e destacados os princípios da atuação institucional e os desafios presentes no processo de institucionalização do subsistema de saúde indígena, vejamos alguns contextos que caracterizaram os períodos dessa nova fase de atenção à saúde indígena marcada pelo caráter de execução de política pública.

2. A EXECUÇÃO DO CONVÊNIO

Para melhor caracterizar a execução do convênio, distinguimos três fases distintas. A primeira refere-se ao início, a implantação propriamente dita e as condicionantes do convênio nos primeiros quatro anos (2000 a 2003). A segunda fase corresponde aos novos desenhos na estruturação do DSEI Cuiabá e as exigências do Tribunal de Contas da União (TCU) à FUNASA nos três anos seguintes (2004 a 2006) e em diante, bem como, ao aprimoramento de alguns fluxos e processos de planejamento e formação. A última fase, últimos cinco anos (2007 a 2011) está definida mais uma vez por novos contornos do DSEI Cuiabá e pelos acentuados cortes orçamentários imputados às conveniadas, conforme problematizaremos, mais adiante, na descrição dessa terceira fase e retomada do debate acerca da terceirização.

Portanto, cada uma dessas fases não se processou como etapas de um caminho linear e crescente, ao contrário, ancoradas em diferentes contextos e configurações, desenvolveram-se de forma descontínua, com avanços e recuos próprios a cada conjuntura constituindo um histórico marcado também por rupturas e não apenas por continuidades. Após esta breve caracterização de cada fase, destacaremos os resultados obtidos nesse processo como um todo.

9● Sobre o conceito de Pessoa em antropologia vale conferir SEEGER; DA MATTA e VIVEIROS DE CASTRO, 1987.

No plano de trabalho do convênio OPAN/Funasa, vigora o seguinte objetivo geral:

Melhorar a qualidade da vida dos povos Enawene Nawe, Mijky e Irantxe, segundo os indicadores culturais de cada povo; Promover ações básicas de saúde junto a estes povos, garantindo a melhoria do seu perfil de saúde e a autonomia étnico-cultural; Proporcionar uma infra-estrutura adequada a seu sistema de vida e de acordo com as suas próprias escolhas, garantindo um processo de formação coerente com essa visão; Fortalecer a ação dos AIS e a participação das comunidades no controle social e, sobretudo, na resolução dos problemas de saúde de cada aldeia; Implementar e registrar os programas de saúde previstos pelo Ministério da Saúde respeitando-se as especificidades de cada povo indígena.

I FASE 2000 A 2003

Neste primeiro momento de implantação, o DSEI Cuiabá, voltado para a atenção à saúde de dez etnias¹⁰ no estado de Mato Grosso, ficou constituído por convênio com duas entidades: OPAN e Instituto Trópicos. Conforme detalhamos até aqui, das dez etnias contempladas no âmbito do DSEI Cuiabá, a OPAN ficou responsável pela atenção à saúde dos povos Enawene Nawe, Myky/Irantxe que somavam neste período uma população total de aproximadamente 620 pessoas.

Nesta primeira fase, a OPAN esteve voltada para a construção de protocolos, critérios e instrumentos que permitissem estruturar a incorporação de uma nova equipe (a equipe do convênio OPAN/Funasa) mediante a sintonização das exigências da PNASI e das perspectivas institucionais da OPAN, que zelava por tentar manter o princípio de atuação na saúde indígena como ação indigenista. Sendo assim, documentos intitulados “O papel da OPAN no campo da saúde indígena”, “Linhas de ação do convênio OPAN/Funasa”, “Política de contratação, avaliação e acompanhamento de RH/OPAN”, procuravam orientar a nova equipe nos rumos iniciais dessa nova e primeira fase em curso.

Como linhas de ação centrais, podemos destacar do documento da época – “Linhas de ação do convênio OPAN/Funasa”: 2000

1. Desenvolver programas de educação para saúde com as comunidades através de:
 - a. Acompanhamento e capacitação de agentes de saúde indígena, sensíveis às características econômicas, sociais e culturais de cada povo;
 - b. Acompanhamento pedagógico dos momentos de atendimento e estabelecimento de um diálogo permanente com a comunidade sobre a saúde em seu sentido mais abrangente;
 - c. Incentivo à medicina tradicional.
4. Organizar um sistema de informação de fluxo contínuo em cada programa de saúde
5. O atendimento deve se pautar pela ética humanitária, condicionado à capacitação do profissional indigenista em área.

A nova equipe estava composta por um coordenador geral do convênio (membro da OPAN), uma equipe administrativa formada por cinco pessoas (três na sede em Cuiabá, uma alocada no município de Brasnorte e uma sedida ao escritório do DSEI em Cuiabá), três motoristas, e a equipe técnica conformada por um médico, uma enfermeira, um odontólogo e cinco auxiliares de enfermagem. A infraestrutura operava com dois veículos, um barco, um pequeno escritório na sede da OPAN em Cuiabá e uma casa alugada no

10● Paresi, Bororo, Bakairi, Chiquitano, Umutina, Guató, Nambikwara, Enawene Nawe, Irantxe/Myky.

município de Brasnorte onde operava simultaneamente um almoxarifado, escritório e casa de trânsito da equipe técnica. O esquema de trabalho se dava por escalas, em rodízios que determinavam 20 dias corridos na aldeia e dez de folga para os profissionais de saúde e motoristas, consolidando já nesta primeira fase uma dinâmica de presença e assistência permanente nas aldeias.

Além da implantação desta infraestrutura, das equipes e da instituição de novas dinâmicas de trabalho, esta primeira fase caracteriza-se, conforme apontam as linhas de ação, pela gradativa estruturação de um sistema de dados e pela ênfase na formação técnica (para os AIS) e indigenista/antropológica (para os profissionais de saúde).

Em relação ao sistema de dados, era referente a criação de um banco, dando continuidade à informatização dos registros acumulados do histórico EN e inserindo novos campos de dados, além dos registros Myky e Irantxe que passavam a ser alvo da atenção à saúde pela OPAN novamente.

No campo da formação, o primeiro curso sobre antropologia e política indigenista para os profissionais de saúde no âmbito do DSEI Cuiabá foi organizado conjuntamente pela OPAN e Instituto Trópicos, em fevereiro de 2001. Estava em andamento um curso para formação de AIS promovido em nível estadual, do qual a OPAN era também parceira mediante a participação do coordenador geral do convênio OPAN/Funasa neste período. Além dos cursos técnicos voltados para a capacitação dos profissionais de saúde não índios promovidos pelas articulações do DSEI Cuiabá, havia também o início da experiência da OPAN na **formação em serviço** dos profissionais de saúde indígenas e não indígenas no âmbito do convênio OPAN/Funasa.

Esta modalidade destacava-se como um diferencial da metodologia de atuação da OPAN como conveniada, fundamentada na ideia da atuação na saúde como ação indigenista e desta como ação política e pedagógica. Deste modo, os enfermeiros assumiam com maior ênfase o papel de formadores, utilizando as visitas domiciliares, as rondas e os momentos de atendimento como espaços privilegiados para o exercício de técnicas e práticas diagnósticas/terapêuticas, bem como para o diálogo intercultural na valorização das visões e condutas nativas e, principalmente, atuando de modo a promover a saúde através de intervenções voltadas prioritariamente à prevenção e educação para a saúde.

Outro aspecto relevante que caracteriza esta primeira fase diz respeito ao fato de que os planos de trabalho podiam, neste período, prever recursos orçamentários para aquisição de material permanente, bem como medicamentos, passagens, formação e diversos outros itens que permitiam, mediante cotação de preços e apreciação das prestações de contas por parte do DESAI, operar com relativa autonomia e principalmente agilidade em atender as demandas epidemiológicas e de infraestrutura presentes nas aldeias, possibilitando um processo de implantação mais efetivo das condições necessárias à implementação dos trabalhos.

Por outro lado, estas possibilidades na utilização dos recursos na primeira fase teve que ser, por muitas vezes, alvo de reflexão, já que comumente passavam a impressão de que saúde indígena era sinônimo de reivindicação de carros e materiais, sendo necessário conscientizar a população indígena sobre a importância de zelar pelo patrimônio público, já que não se tratavam de bens descartáveis, nem de doações para as comunidades. Esse foi também um trabalho de caráter didático e pedagógico que se fez necessário no decorrer de toda esta fase inicial de implantação, contrapondo-se ao paradigma assistencialista que tende a se instalar nos contextos de saúde pública quando, ao reduzir a temática da saúde somente a questões materiais, despolitiza o debate estimulando relações de dependência.

Ao final dessa fase, a OPAN contratou uma avaliação externa que registrou os avanços e dificuldades deste período inicial por meio da perspectiva de seus executores – a equipe do convênio OPAN/Funasa. Os resultados dessa avaliação geraram um GT (grupo de trabalho) interno que sistematizou recomendações e orientações que dão início a novas ênfases no que denominamos segunda fase desta execução.

Vale ressaltar que a avaliação dos povos atendidos era positiva de um modo geral, principalmente no caso Myky e Irantxe quando comparadas aos modelos anteriores de atendimento a saúde, segundo o relatório: *“As comunidades indígenas avaliam o Projeto positivamente, atribuem adjetivos prestigiosos e avaliam a eficiência da OPAN como adequada aos seus interesses e necessidades. Em termos comparativos com outras épocas ou com outros executores na atualidade (Funai e Trópicos) consideram que a OPAN está prestando um excelente serviço.”* ou, segundo os EN: *“estamos satisfeitos porque junto a saúde a OPAN cuida da terra, da água...”* (SECCHI:2003, p.6 e 7).

De outro lado, as avaliações constatavam ainda a sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde e um clima de instabilidade e insegurança generalizado devido a previsão de encerramento do convênio. A OPAN, por sua vez, debatia internamente os impactos – da presença permanente dos profissionais de saúde em área, do aumento gradativo do consumo de medicamentos alopáticos, da implantação dos postos de saúde e das dificuldades em consolidar a interlocução entre os profissionais do convênio e os projetos indigenistas – como sinais de alerta para tendências ao assistencialismo num processo de conversão da saúde indígena em saúde pública, o que poderia desencadear uma franca contradição com os propósitos da atuação da OPAN.

“A questão central é compartilhar responsabilidades, deixando claro que apenas a implementação de uma máquina complexa e cara de atendimento não é suficiente para promover a saúde dos povos. Para tanto, o diálogo deve partir da idéia de que, antes de tudo, são os próprios índios os responsáveis pela saúde de suas famílias, de suas aldeias, de seu povo. Não adianta ter somente equipes bem equipadas, quantidades exorbitantes de medicamentos alopáticos, frotas de carros à disposição, porque nada disso tem valia se as famílias não investem em suas roças, no cuidado à prevenção de doenças decorrentes do consumo abusivo de produtos industrializados – óleo, sal, açúcar, para citar alguns exemplos. (...) ...a ênfase precisa ser neste diálogo mais do que nos esforços só de atender e sanar doenças e problemas de modo paliativo, se as causas não forem de fato encaradas. Sabemos que quanto mais rituais houver, mais roças, mais abundância de alimentos, mais músicas, mais harmonia, mais saúde haverá. Estas comunidades também sabem disso muito bem. Se não trabalharmos ombro a ombro para favorecer estas dinâmicas, nem todas as injeções e carros do mundo serão suficientes”. (GT Interno/REL OPAN:2003:2,3)

Diante das avaliações realizadas naquele momento recomendava-se para seguir adiante:

1. O aprofundamento da discussão com os povos Irantxe/Myky e Enawene Nawe sobre o SUS e para compreensão do subsistema de saúde indígena;
2. Otimizar a integração entre as equipes indigenistas e de saúde¹¹;
3. Promover maior fluxo de comunicação bem como reuniões para planejamento, monitoramento e avaliações das ações;
4. Nomear um membro da OPAN para coordenar o projeto localmente e representar a instituição nas instâncias locais e municipal (Brasnorte e aldeias).

Desse modo, em 2003 entra em cena a figura de uma coordenação local, um membro da OPAN passa a exercer a representação institucional dando maior organicidade ao desenvolvimento do trabalho mediante supervisão técnica e indigenista, bem como promovendo uma articulação local em rede.

Foi a partir daí que se intensifica e aprimora o funcionamento do sistema no que tangia a rotina administrativa, de escalas, encaminhamentos (referência/contra-referên-

11● Aqui vale observar que mais do que se ‘integrar’ com projetos indigenistas as ações em saúde levadas a cabo pelo convênio permitiu níveis de integração e convergência mas, sobretudo, segundo os próprios indigenistas, possibilitou a concentração em seus focos de trabalho sem ter que a todo momento interromper as ações para dar atenção à saúde, sentindo-se aliviados por não terem mais que dar conta desta demanda permanente e de responsabilidade estatal.

cia), política local e rotina de registros. Tanto que 2003 marca a emergência da estruturação mais sistemática do conselho local dos três povos, de uma nova dinâmica de atendimento no município e, principalmente, o reconhecimento da estrutura de Brasnorte que opera com nova logística (processo que será descrito na terceira parte) como um Polo de Atenção à Saúde Indígena.

Foi com base nessas recomendações e numa configuração mais estruturada da atenção local, com coordenação e polo reconhecido, que se inscreve uma segunda fase.

II FASE (2004 A 2006)

Temos a partir de 2004 uma equipe maior (para atenção de um contingente populacional de agora aproximadamente 1.100 pessoas), composta por 38 profissionais, sendo destes quase a metade de contratação de profissionais indígenas (em 2006 já eram 46 contratações mantendo a proporção quase paritária entre indígenas e não indígenas). Em Brasnorte já estavam desmembrados casa de trânsito da equipe multidisciplinar e escritório. O polo passa a operar efetivamente com dois enfermeiros, ambos com perfil formador, mantém-se a coordenação local e uma nova coordenação geral (outro membro da OPAN) é indicado pela coordenação executiva da OPAN.

O DSEI Cuiabá também altera sua configuração nessa fase com a saída do Instituto Trópicos, a OPAN permanece como conveniada (que nesta fase atenderá também aos Nambiquara – município de Sapezal/MT) e entram em cena a Uniselva, vinculada à Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), assumindo o trabalho junto aos povos anteriormente atendidos pelo Instituto Trópicos, com exceção dos Paresi que passam a receber assistência por meio da Associação Indígena do povo Paresi (Halitinã). Neste novo desenho, muitos avanços foram registrados em função da sintonia presente naquele momento entre as conveniadas que conformavam o DSEI Cuiabá.

O avanço central dizia respeito a decisão, tomada coletivamente no Conselho Distrital de Saúde Indígena (Condisi), de que as negociações para renovação de convênios deviam não mais ocorrer como sempre haviam sido até então, de forma privada entre Funasa e conveniada com presença do DSEI, mas sim deveria se dar por uma outra dinâmica, onde todas as conveniadas, juntamente com DSEI e representantes dos povos e conselhos locais e do Condisi formariam uma mesa única para negociação combinada a partir dos interesses e demandas do DSEI como um todo e, depois, numa segunda rodada se acertariam os detalhes específicos a cada convênio.

A inovação nessa dinâmica produziu dois efeitos positivos imediatos. O primeiro, pelo fato de nessa fase as negociações terem se dado com a participação e testemunho de vários conselheiros e lideranças indígenas podendo acompanhar presencialmente esse processo político-burocrático e intervir. Isso em muito favoreceu a compreensão aprofundada dos mecanismos envolvidos no sistema da saúde indígena, cumprindo uma ação educativa e formadora ímpar. Segundo, promoveu uma dinâmica de articulação que fortalecia concretamente o papel dos DSEIs no exemplo operado pela nova configuração do DSEI Cuiabá, conformado agora por uma universidade, uma associação indígena e uma ONG, dispostas a executar de forma verdadeiramente democrática e participativa a proposta de fortalecimento dos DSEIs. Esta é certamente uma experiência a ser valorizada.

Diante dessa sintonia, as conveniadas concordavam que a definição de tetos orçamentários, bem como os planos de trabalho na execução dos programas de saúde deveriam ser pensados a partir de análises epidemiológicas consistentes e da intensificação dos processos de formação em primeira instância. Nesse sentido, as conveniadas passam a prever nos orçamentos, valores para garantir um cronograma de cursos de formação e capacitação e as reuniões de controle social. A OPAN passa a incluir em sua folha de pagamento três profissionais estratégicos cedidos ao DSEI Cuiabá: um responsável pelos processos de for-

mação, um responsável pelo controle de dados e análises epidemiológicas¹² e outro, indígena, responsável pelo Condisi.

Desse modo, ocorre um salto na execução dos programas preconizados pelo MS no DSEI Cuiabá. Na primeira fase de implantação, os planos de trabalho distrital abrangiam cobertura vacinal, serviços médicos e odontológicos básicos com aquisição de insumos e suprimento de farmácia básica, tratamento de verminose, diagnóstico e tratamento de malária, além de ações preventivas em doenças sexualmente transmissíveis (DST) e encaminhamentos para referências. A segunda fase começa a operar ampliando esta base de execução, procurando desenvolver os 11 programas preconizados pelo MS.

Voltando novamente as lentes para a experiência particular da OPAN na execução destes programas, vale o registro de algumas metodologias que foram praticadas nessa segunda fase.

Desde a perspectiva já reiteradamente assinalada até aqui da atuação na saúde como ação indigenista e, portanto, de caráter político e pedagógico, a execução destes programas se desenrolava, conforme a tradição da instituição, a partir do diálogo e da participação direta das comunidades no desenvolvimento dos planos de trabalho.

Numa equipe equilibrada entre profissionais indígenas e não indígenas de saúde e a definição do papel formador do enfermeiro, foi possível, ao longo da segunda fase, estabelecer uma rotina de serviços em que a execução de programas e a formação se faziam de forma indissociável.

As avaliações e planejamento, conforme recomendação da avaliação do período anterior, passam a ser sistemáticas e semestrais, assim como aprimoram-se os fluxos de relatórios e registros. Desta forma, além dos atendimentos espontâneos (entendidos como espaço privilegiado para a formação em serviço), o processo formativo passa a ser escalonado no tempo recebendo uma nova dinâmica, caracterizando-se agora por uma **formação continuada em serviço**, manejada por meio de ações de educação para a saúde, pois era executada segundo um planejamento temático seguindo um plano de capacitação pautado pelos temas propostos nos 11 programas do Ministério da Saúde.

Assim, era possível abordar com cada povo a reflexão específica para execução de um dado programa de acordo com cada contexto particular. Por exemplo, quando a ênfase programática da formação seria em saúde da mulher, era momento tanto de capacitação técnica de índios e não índios para a execução desse programa quanto de ouvir as percepções nativas sobre as condutas técnicas indicadas pelo modelo biomédico e pelo ministério. Era momento também de conhecer e registrar práticas e saberes do sistema nativo e da medicina tradicional e de proceder aos exames preventivos com as mulheres que se dispunham a fazê-los. Nessa prática pedagógica cada lugar e cada povo reagia e construía à sua maneira os indicativos para a **padronização de condutas** verificadas caso a caso.

Entre os Enawene Nawe, por exemplo, abundavam narrativas sobre a compreensão do sistema nativo acerca dos programas do MS. De outro lado, homens e mulheres eram extremamente resistentes ao exame preventivo (citopatológico) tendo destruído a mesa ginecológica quando esta chegou na aldeia. O respeito aos limites e contornos dados pelos próprios índios aos modelos de execução dos programas corresponde exatamente à ação política do respeito a autodeterminação, mesmo que se configurasse também numa oportunidade de expor os riscos envolvidos com essa resistência. De todo modo, a premissa de que os corpos das pessoas pertencem a Sociedade Enawene em primeiro plano sempre esteve presente.

Nos Irantxe, as discussões sobre saúde da mulher desembocaram numa solicitação de criação de um programa denominado “Saúde do Homem” (que, aliás, anos depois passou a integrar o conjunto de programas do Ministério da Saúde). Essa solicitação estava diretamente associada a análise profunda desta comunidade de que muitos

12● Vale destacar que nunca conseguimos o que de fato demandávamos, a contratação de uma assessoria epidemiológica permanente para o DSEI Cuiabá.

dos problemas dos homens afetava diretamente a vida e saúde das crianças e das mulheres. É muito comum que sociedades indígenas, por serem organizadas em estruturas parentais, tenham uma dinâmica social impulsionada pela associação entre genros e sogros na definição de regras de residência e na operacionalização de suas atividades produtivas, contudo, na organização social Irantxe (assim como nos Myky) mais do que nesta associação classicamente observada, a estrutura fundamenta-se na complementariedade direta entre homens e mulheres, no “par casado”¹³. Diante disso, é possível compreender a lógica presente nessa reflexão que aponta claramente para ideia de que entre eles não é possível abordar uma saúde da mulher exclusivamente ou isolada, descolada da discussão pertinente para eles de uma saúde do homem¹⁴.

Vejam agora a transcrição, na íntegra, de um pequeno relatório de área sobre o pré-natal realizado na aldeia Nambiquara, assinado pelo enfermeiro e pela coordenadora local do Polo Brasnorte de 17/04/2005.

“O pré-natal foi realizado no posto de saúde da Aldeia Três Jacu, com profissionais de área, auxiliares de enfermagem, enfermeiro, AIS. Este momento foi usado para capacitar os profissionais de saúde na realização do pré-natal, conforme proposta da OPAN: capacitação em serviço.

Neste primeiro encontro discutiu-se a importância do pré-natal e o porque ser realizado em área, cuidados com a higiene do corpo, os riscos no uso de calcinhas de lycra, alimentação, sinais e sintomas de infecção urinária e hipertensão na gravidez. Em seguida as gestantes, AIS e auxiliares indígenas de enfermagem expuseram os cuidados tradicionais que as mulheres devem ter na gravidez.

Cuidados Tradicionais na Gravidez: na primeira gravidez a mulher deveria fazer uso de medicamentos nativos para ter um parto tranquilo; o homem e a mulher não podiam realizar alguns tipos de trabalhos. No início da gravidez, o casal deveria ficar em repouso, pois o homem que realizava trabalhos intensos, a mulher poderia abortar ou a criança nasceria deficiente ou desnutrida. Também era necessário seguir uma dieta propria não comendo certos animais como: tatu bola e papagaio que poderiam causar hemorragia umbilical no recém nascido, tucano e outras aves poderiam fazer a criança nascer com o nariz grande.

Após o parto, certos tipos de alimentos doces não deveriam ser ingeridos pela mãe, como por exemplo alguns tipos de mel, que poderiam causar pneumonia no recém nascido. Uma outra restrição alimentar era a ave de perdiz, como é considerada uma ave de vida curta, o recém nascido poderia vir a óbito. Se no momento do parto a mãe tiver hemorragia, esta mulher não deveria ir até o rio, pois algum espírito poderia pegá-la.

Hoje alguns desses costumes não são mais realizados, principalmente pelos homens. As mulheres mostram-se preocupadas e solicitam que no próximo encontro de gestantes os homens sejam incluídos.”

Através desses exemplos, em torno da temática de apenas um dos 11 programas em pauta, é possível entrever muito da dinâmica adotada e da metodologia¹⁵ do trabalho que esteve em curso entre os povos Irantxe/Myky, Enawene Nawe e, nessa fase, também com Nambikwara.

Sobre a avaliação desta metodologia o relatório de atividades de 2005 da coordenação geral do convênio destaca que “... sobre os registros de atendimentos domicílio que supera significativamente os realizados nos postos e a diminuição do número de atendimentos realizados pelos enfermeiros, consideramos ambos os dados bastante positivos

13● Para maiores detalhes cf. PAULI:1999

14● Sobre a relação direta e de substancialidade entre o corpo do pai e corpo do filho presente na cosmologia Irantxe (e Myky) vale conferir também Kurtz de Almeida:2007:28 a 32.

15● A transversalidade era também característica da metodologia adotada, posto que ao abordar saúde da mulher, por exemplo, já entrava em pauta DST. Quanto aos programas referentes à saúde da criança, já integravam Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), pré-natal e assim por diante.

– o primeiro revelando uma dinâmica de trabalho bem articulada às rotinas das comunidades e, o segundo, indicando que a padronização de condutas como produto da formação técnica continuada em serviço tem apresentado resultados concretos (indicadores de atendimentos), liberando os enfermeiros para concentrarem-se em seus papéis ideais principais – formação, supervisão / avaliação, acompanhamento, registro e envolvimento político.” (Relatório Semestral Saúde Indígena OPAN:2005:10)

Paralelamente à execução do convênio, a OPAN participou também como proponente do projeto Vigisus, realizando registros sobre a medicina tradicional dos povos Irantxe, Enawene Nawe e Nambiquara a partir de consultorias externas e de novos ciclos de formação para os profissionais de saúde não índios contratados pelo convênio OPAN/Funasa.

Devemos agora destacar aspectos macropolíticos que estavam em cena nesta transição para a segunda fase aqui em foco, que também já se iniciava marcada por contextos dados pela própria conjuntura política mais ampla, na passagem para o governo Lula e consequente alteração de ministros, cargos e chefias e novas plataformas políticas. O ano de 2004 corresponde também à reação do Ministério da Saúde ao parecer do TCU (com base no relatório do Acórdão 823/TCU) que considerava ilegal a atuação dos convênios na execução da saúde indígena, por entender que não atendiam ao parâmetro legal das ações complementares, ao contrário, vinham exercendo uma atenção integral o que define uma ação de caráter estatal. Diante desse parecer, o Ministério da Saúde (MS), por meio de portaria ministerial, passa a centralizar na Funasa o controle dos recursos permanentes, materiais e logísticos. Nesse novo cenário de operacionalização, novas competências passam a ser exigidas das conveniadas, como atender aos dispositivos da Lei 8.666 referente aos processos administrativos e licitatórios.

O impacto dessa centralização produziu diferentes efeitos, tanto na logística operacional em si, quanto no panorama político. Assim, de um lado, as conveniadas perdem a agilidade anteriormente observada, passam a depender da Funasa (em seu moroso processo administrativo burocrático) para abastecimento de medicamentos, deslocamentos (passagens e combustível), reposição e consertos de material. De outro, mobiliza-se o movimento indígena e seus parceiros denunciando a medida centralizadora como contrária a autonomia dos DSEIs, ferindo o princípio de idealização dos DSEIs como unidades gestoras autônomas. Esse argumento era ainda reforçado pelo fato de que, ainda a partir de 2004, o MS depositava parcelas referentes ao orçamento da saúde indígena para um fundo a fundo nos municípios (Secretaria de Atenção à Saúde - SAS), verba essa que deveria ser repassada aos DSEIs por meio das conveniadas, gerando debates intensos, na época, acerca do risco da municipalização (ou prefeiturização) da saúde indígena em estratégias combinadas que visavam um desmonte da estrutura do funcionamento do subsistema de saúde indígena.

Ao mesmo tempo em que nas transições de convênio de 2003 para 2004 ocorre uma paralisação geral dos serviços de atenção à saúde indígena, eclodem protestos e manifestações por todo o país – crise acentuada pela ausência total de canais de interlocução política com a Funasa naquele momento, o que parece ter feito avançar, em contrapartida, a mobilização organizada dos povos, das organizações indígenas e não indígenas, dos profissionais de saúde em torno de uma discussão mais profunda sobre a construção do modelo de atenção à saúde indígena. Nesse período é possível verificar que os Condisis se articulam com força em torno do fórum de presidentes dos Condisis que, criado em 2003, começa a atuar de forma expressiva a partir de 2004. Nesse período, tinha início ainda a organização da 4^o Conferência Nacional de Saúde Indígena¹⁶, da qual a OPAN participa de modo expressivo como conjunto do DSEI Cuiabá.

16● Foi nesta Conferência que ocorreram as primeiras discussões em torno da criação da SESAI.

Desde o período anterior, a saúde indígena passa a viver um problema crônico: os constantes atrasos nos repasses dos recursos da Funasa para as conveniadas. O desgaste vivido na segunda fase, culmina, na terceira fase, com a saída de cena de inúmeras conveniadas - atores históricos importantes na construção do subsistema – como Comissão Pró-Yanomami (CCPY), Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro (Foirn) e Conselho Indígena de Roraima (CIR), entre outros exemplos. Além destas, muitas outras organizações passam a responder processos jurídicos/administrativos, sobretudo as organizações indígenas, como foi o caso da Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (Coiab) e Organização dos Povos Indígenas do Médio Purus (Opimp), criada em 1995, para citar alguns casos. “A OPIMP encerrou suas atividades no ano de 2007 depois que os seus coordenadores se depararam com a inviabilidade jurídica da organização, dado o volume de problemas acumulados no período final da gestão do convênio de saúde assinado com a Funasa em 1999.” (HORTA MESSIAS FRANCO:2010:17).

Como vimos, já estavam a cargo da Funasa as responsabilidades com saneamento, infraestrutura, abastecimento de medicamentos, deslocamentos (passagens e combustível), reposição e consertos de material e serão agora nessa terceira fase sensivelmente diminuídos os recursos de formação e controle social que chegam em 2010/2011 sem previsão orçamentária nas conveniadas para estas ações – que, por sua vez, sempre foram a tônica do trabalho desenvolvido pela OPAN.

O DSEI Cuiabá, novamente sofre rupturas em sua configuração com a saída da Uniselva/UFMT permanecendo apenas Halitinã e OPAN como conveniadas.

Já no início de 2007, de fevereiro a junho, somam quase meses de trabalho sem repasse de recursos, situação que se repete ano a ano e que favorece a rotatividade intensa das equipes de base a partir de então. A OPAN perde nos últimos anos grande parte da equipe que havia formado nos anos anteriores, ocorre troca de enfermeiros e técnicos de enfermagem e novas coordenações, primeiro geral e depois local que assumem a difícil tarefa de dar continuidade aos trabalhos, já que os recursos, além de escassos e/ou ausentes durante os atrasos recorrentes, são cada vez mais apenas destinados à contratação de pessoal. O mesmo ocorre com a Halitinã enfraquecendo, portanto, toda a articulação intensa anteriormente observada na dinâmica que caracterizava o DSEI Cuiabá.

Ainda em 2007, a OPAN finaliza os estudos do Projeto Vigisus, encomenda nova avaliação externa e elabora um extenso relatório de gestão que consolida as ações, resultados, avaliações e análises epidemiológicas, além dos dados detalhados de execução financeira de 1999 à 2007. Os indicativos deste relatório consolidado de gestão estarão mais adiante apresentados, quanto a avaliação externa realizada para o período acima mencionado, conclui entre outras análises que:

“Finalmente, é possível afirmar que três elementos podem caracterizar a especificidade da atuação da OPAN enquanto entidade conveniada com a Funasa no subsistema de saúde indígena: a transparência na gestão, o entrosamento com os índios nas áreas de intervenção e a experiência indigenista, resultado de sua trajetória histórica e política. Neste sentido, ela conta com uma avaliação positiva tanto dos índios onde ela desenvolve o convênio quanto do órgão gestor governamental.” (Relatório consultoria externa - Aparicio e Mark:2007:18. grifos nossos).

Além das dificuldades em curso generalizadas por todo o país, localmente, na abrangência do Polo Brasnorte, era momento de graves conflitos entre os povos Enawene Nawe, Myky/Irantxe relacionados à construção de inicialmente 11 (onze) pequenas

centrais hidroelétricas¹⁷ na bacia do rio Juruena e que transtornaram a vida destas comunidades durante anos, além da ocorrência de um incêndio na aldeia Halataikwa (Enawene Nawe) e epidemias registradas que só puderam ser superadas mediante pronto auxílio direto do município de Brasnorte (via SAS) e DSEI Cuiabá para minimizar os problemas e alcançar coletivamente melhores índices nas metas previstas e que se dependessem unicamente da Funasa não teriam sido atingidas.

Em função do aumento da pressão do entorno e dos reflexos na situação epidemiológica desses povos, em 2007 foram também contratados relatórios técnicos – médicos, procurando recomendar ações mais efetivas mediante os diagnósticos produzidos. Algumas dessas recomendações foram possíveis de negociar junto a Funasa, como por exemplo as novas contratações de profissionais indígenas e não indígenas, aumentando o quadro de recursos humanos para atenção agora de uma população de 893 pessoas, considerando que a partir de 2007 os Nambiquara não eram mais atendidos pelo convênio OPAN/Funasa tendo sido assumidos diretamente pelo DSEI Cuiabá. Quanto as recomendações de alguns estudos e exames específicos, não puderam ser realizados.

Não podemos deixar de considerar aqui, diante dos contextos dessa terceira fase, o paradoxo que se instala no histórico da saúde indígena, o paradoxo da terceirização.

Primeiro, é preciso afirmar que a execução da saúde indígena como saúde pública marcada pelo estabelecimento de convênios tinha a intenção de garantir uma **atenção diferenciada**, posto que os convênios representavam, inicialmente, uma estratégia de execução. Ela é pautada pela necessária convergência e participação expressiva de atores locais, como, aliás, deve idealmente operar o próprio SUS – de forma descentralizada, com a participação ampla e irrestrita da sociedade, no reconhecimento dos cidadãos como sujeitos nesse sistema que não é apenas de saúde e sim, antes, um sistema político de organização da atenção à saúde.

Sendo assim, é necessário compreender que a estratégia de execução da saúde indígena por meio dos convênios tinha exatamente esta perspectiva, não se configurando, portanto, como terceirização. Ao mesmo tempo, essa perspectiva permitia visualizar uma construção gradativa que nos levava a pensar esse processo sempre como transitório, quando chegasse o dia que, enfim, os DSEIs, com autonomia orçamentária legal, estivessem prontos para operar a dinâmica da saúde indígena.

Chegamos perto, porém, isto não se deu. À luz de uma interpretação da lei (Acórdão 823/TCU), a partir de 2004, com a centralização dos recursos para a Funasa – por sobre os DSEIs (porque efetivamente os orçamentos dos convênios correspondiam diretamente aos recursos do DSEI e é preciso ser claro: os recursos não eram das conveniadas e sim dos DSEIs repassados via conveniadas), é que se burocratiza o subsistema. Isso impedia que se efetivasse a autonomia distrital, o que interpretamos como um desvio naquele momento no trajeto histórico idealizado para operacionalização do subsistema da saúde indígena.

Mediante um foco equivocado (atenção integral x ações complementares) construiu-se um argumento jurídico-político-burocrático que classificava como ilegais as ações das conveniadas por considerar que executavam uma atenção integral no lugar do Estado, definindo como terceirização aquilo que, de fato, se organizava como conjuntura e processo de construção da ação estatal.

Quando, na segunda fase, o MS passa a exigir que os DSEIs (sem autonomia orçamentária) desempenhassem e respondessem pelo total das ações referentes aos 11 programas do Ministério da Saúde, estes passam a executá-lo (atenção integral) me-

17● No momento desta publicação (2013) já transcorridos dois anos da construção deste texto, estão previstos mais de 80 empreendimentos hidrelétricos na bacia do rio Juruena, com quase uma centena de usinas inventariadas, uma dezena de Pequenas Centrais Hidrelétricas (PCHs) em construção e seis em operação (PAC 1 e PAC 2).

diante convênio. Franca contradição: simultaneamente havia duas exigências antagônicas. O DSEI deve desempenhar o papel que lhe cabe na política do Estado e as conveniadas não. Ao interpretar as ações das conveniadas como atenção integral (em vez de ver aí a ação do DSEI em consonância com a exigência do próprio MS), instala-se o paradoxo da terceirização.

Nessa ruptura, nesses desvios, o fato é que a terceirização passa efetivamente a ocorrer quando as conveniadas se vêem forçadas a exercer um papel de escudo frente a um impasse de natureza legal/estatal. O órgão gestor Funasa/DESAI não atua politicamente e sim apenas burocraticamente. As conveniadas deixam assim de ser sujeitos e parceiros na construção do subsistema e passam a ser concretamente terceiras – CNPJs – convenientes e, principalmente, não se encontra mais o responsável pela saúde indígena em lugar nenhum.

*A burocracia, o atraso, a morosidade administrativa e analítica da Funasa são fatores essenciais que limitam a qualidade de vida e a oferta de serviços em saúde à população indígena. (...) Até quando iremos esperar que o repasse orçamentário se regularize? Até quando iremos esperar que os profissionais recebam seus salários e tenham condições de exercer suas atividades? Até quando iremos esperar que motores de popa, carros, motos, equipamentos em geral cheguem ao distrito? A Funasa irá arcar com os prejuízos trabalhistas dos profissionais e com os juros e multas de encargos financeiros e trabalhistas?*¹⁸ (Destaques Coiab em 10.03.2008: **Denúncia - DSEI Alto Rio Negro**. Carta Aberta São Gabriel da Cachoeira/AM, 06 de março de 2008 ao Ministério da Saúde)

Os trechos extraídos desta carta dão um retrato fiel do que se tornou a saúde indígena quando o Ministério da Saúde entendeu conjuntamente com o TCU que convênio era o mesmo que terceirização em suas providências, centralizando os recursos na Funasa, não resolve o problema e produz exatamente o efeito reverso: esvazia o potencial do modelo distrital ao centralizar a saúde indígena numa máquina burocrática onde, aí sim, concretamente as conveniadas se convertem em terceirizadas, numa despolitização nociva ao sistema de saúde pública.

O Ministério da Saúde foi ágil em procurar atender as determinações legais do TCU, através da Funasa na linha de frente, porém, a agilidade não foi a mesma para atender as demandas legítimas dos diversos atores envolvidos com a longa história da saúde indígena no país. Nesse sentido, a PNASI ainda tem muito o que caminhar e o paradoxo da terceirização no campo da saúde indígena tem muito a dizer para o campo das políticas públicas.

Seja DESAI/Funasa ou Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), o Ministério da Saúde, como o responsável pelas políticas de saúde, deve se comprometer com o modelo distrital que foi pensado para operar o subsistema de saúde indígena. Essa sim, para a OPAN, deve ser a maior responsabilidade do Estado Democrático na execução de uma política pública: ouvir e garantir a participação propositiva, fortalecendo os processos coletivos de base na construção e execução de políticas públicas.

Com a precarização das condições de operar, com a alta rotatividade repentina de profissionais e tendo que substituí-los sem possibilidades de dar continuidade aos processos de formação, o controle sobre as ações tende a dissipar-se, fragilizando sensivelmente os modelos que haviam sido construídos e praticados até aqui.

O histórico da OPAN como conveniada à Funasa permite atestar, com base nessa experiência junto ao DSEI Cuiabá, que o modelo dos DSEIs é bastante viável e adequado ao contexto das populações indígenas, o que requer a devida atenção dos órgãos gestores e responsável para que a Sesai não se transforme em uma sigla burocrática desprovida de memória e legitimidade política.

18● Vale muito observar que a Funasa não se responsabiliza pelos juros e multas de encargos sociais decorrentes dos atrasos de pagamento por ausência do desembolso de responsabilidade dela própria, ficando as instituições conveniadas com o prejuízo, razão central pela qual tantas conveniadas e organizações indígenas ficaram desabilitadas para continuarem em suas atividades além das dívidas gigantescas que acumularam com a Funasa.

RESULTADOS OBTIDOS NO PROCESSO:

Conforme vimos, a OPAN precisou redimensionar sua forma de atuação, incorporando as inúmeras exigências que compõem um convênio dessa natureza. Nesse rearranjo, a OPAN estruturou um modelo logístico e operacional de atendimento que inspirou a organização dos trabalhos de outras convênias, contribuiu localmente com a formação dos quadros de profissionais de diversas áreas envolvidos com a saúde indígena no estado, nas conveniadas e nos municípios. Contribuiu com o DSEI Cuiabá e com o Condisi através da contratação de pessoal qualificado para a composição das equipes. Forneceu modelos de registro para construção de banco de dados adequado as especificidades do contexto indígena. Realizou seminários locais e regionais, participou ativamente das iniciativas de fomento ao controle social, da organização dos conselhos locais e dos fóruns públicos de discussão sobre a Política Nacional de Saúde Indígena.

Nestes 11 anos de convênio, apesar das dificuldades encontradas e diante das rupturas que marcaram as conjunturas política e administrativa, a OPAN priorizou a continuidade e permanência de quatro eixos transversais de ação:

Quadro de eixos permanentes executadas no âmbito do convênio OPAN/Funasa

Vigilância epidemiológica (Fluxo do banco de dados e relatórios trienais de avaliação epidemiológica).

Formação continuada em serviço (Diálogo intercultural como eixo para padronização de condutas e metodologia de trabalho).

Avaliação permanente (Contratação de consultoria externa a cada 3/4 anos, em média, para avaliação qualitativa dos processos em curso).

Conselho dos Povos (Respeito aos modelos de organização política tradicional. Apoio à articulação política local e à participação dos povos nos espaços de representação política. Participação da OPAN no Condisi).

Entre as ações realizadas, destacam-se:

- Atendimento básico de saúde aos povos Myky, Irantxe e Enawene Nawe (MT), de acordo com os programas preconizados pelo Ministério da Saúde e abordados de forma adequada a cada contexto sócio-cultural específico.
- Formação permanente dos profissionais de saúde que atuam no convênio, sobre política indigenista, antropologia, políticas de saúde e formação técnica continuada, em serviço.
- Capacitação dos agentes de saúde indígenas (AIS, ACD¹⁹ e Aisans²⁰) no cotidiano dos trabalhos realizados diretamente nas aldeias.
- Participação e apoio à organização e realização dos conselhos locais.
- Alimentação contínua do banco de dados da OPAN, DSEI Cuiabá e do Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena (Siasi).
- Articulações políticas e interinstitucionais.

19● Auxiliar de Consultório Dentário.

20● Agente Indígena de Saneamento.

- Fortalecimento da articulação local junto ao SUS no município (Brasnorte), através da participação no conselho municipal de saúde e da garantia de vagas para os povos indígenas em todas as instâncias de representação política.
- Participação propositiva, conjuntamente com os povos, nas conferências e demais fóruns de debate e discussão sobre a Política Nacional de Saúde Indígena.

O Relatório de gestão de 1999 a 2007 da OPAN que consolida as ações, resultados, avaliações e análises epidemiológicas do período em questão registra a seguinte avaliação:

ASPECTOS POSITIVOS:

A OPAN tinha o interesse em participar da construção de um modelo de atenção à saúde específica para cada povo indígena. Pela experiência indigenista e o bom relacionamento com os povos que passou a atender, apresentou-se a possibilidade real de participar deste processo.

Para a OPAN, em termos institucionais, houve aprendizagem em lidar com o Estado (ao longo de oito anos) tendo que responder à burocracia, às exigências legais, às auditorias. Foi necessária muita dedicação e profissionalismo para garantir a plena legalidade, a boa aplicação dos recursos públicos, a implantação do plano de trabalho e a conquista dos resultados. No percurso obteve-se maior qualificação, maior respeitabilidade e resultados concretos no campo da saúde indígena.

O exercício da reflexão constante (principalmente com as comunidades indígenas) sobre qual modelo de política pública de saúde seria mais adequado, permitiu o engajamento neste processo de muitos profissionais e dos próprios beneficiários. Há hoje, um controle social mais bem preparado para participar ativamente, principalmente no nível local, em todas as questões relacionadas à saúde que interesse a cada povo.

Hoje, para o atendimento aos povos Myky, Irantxe e Enawenê Nawe existe uma rotina de trabalho, padronização de condutas e serviços estruturados. O resultado deste trabalho pode ser comprovado no SIASI e na satisfação das comunidades.

DIFICULDADES:

O Ministério da Saúde propõe um conjunto de 11 programas que devem ser implementados nas áreas indígenas. Contudo, o ministério não disponibilizou um corpo técnico, um quadro de profissionais adequado para participar ordinariamente da pesquisa, reflexão e planejamento com os DSEIs, as conveniadas e com as diferentes comunidades indígenas para a construção de um sistema específico de saúde que atenda as necessidades de cada cultura, e, ao mesmo tempo, seja exequível de ser executado pelo Estado (Funasa) como política pública.

Em resumo, nem as comunidades indígenas, nem as conveniadas e os DSEIs contam com interlocutores na Funasa para a construção de um modelo de saúde especial a ser praticado com os povos indígenas.

Neste sentido – por que o Vigisus, que acompanha projetos de pesquisa-ação na área da medicina tradicional, do uso abusivo de álcool e outros, não integra sistematicamente equipes multidisciplinares que dariam suporte técnico aos DSEIs, às coordenações regionais e às conveniadas na realização de estudos e planejamento coletivo?

Por parte da Funasa, há freqüentemente uma forte demanda pela implementação de todos os subprogramas de saúde. Neste sentido, ocorre introduzir uma maior flexibilidade no modelo, levando em conta tanto às especificidades culturais de cada área quanto os quadros diagnosticados em cada localidade, as suas demandas e prioridades. Neste sentido, deverão executar-se periodicamente avaliações dos dados técnicos, a partir dos registros e dos relatórios epidemiológicos realizados. O Siasi “só faz o caminho de ida”. É fundamental que ele seja realmente uma ferramenta para estudos, análises e planejamento.

3. IRANTXE, MYKY, ENAWENE NAWE: O CONTROLE SOCIAL E A CONSTRUÇÃO DO POLO BRASNORTE

Os Irantxe, os Myky e os Enawene Nawe somam atualmente uma população de 1068 pessoas (jan/2011).

Num vasto território que se estende pela sub-bacia do rio Juruena, conhecido também como Vale do Juruena habitavam, de forma circunvizinha, os Myky/Irantxe (língua isolada), Enawene-Nawe (Aruak), os Nambiquara (outra língua isolada), os Tapayuna ou Beicho-de-pau (tronco linguístico Jê), os Rikbaktsa (tronco linguístico Macro-Jê)²¹, Kayabi, Apiacá e Munduruku (todos Tupi) e ao sul, os Paresi (Aruak).

Os Myky ocupavam tradicionalmente as bacias dos rios Norato, Noronha (em todo o entorno da região e inclusive onde se encontra hoje a cidade de Brasnorte) e cabeceiras dos córregos Rico e Águas Claras nos limites norte-sul, enquanto os Irantxe ocupavam permanentemente a margem esquerda do rio do Sangue e direita do rio Cravari, desde sua junção ao norte até o rio Membeca ao sul. Os Enawene Nawe indicam o rio Papagaio, rio Preto e Juína Mirim como seu território de ocupação tradicional estendendo-se ao longo do rio Juruena e suas adjacências.

Irantxe (atualmente designados Manoki) e Myky se reconhecem como um único povo, falantes de um mesmo idioma (língua isolada) e filiados a uma mesma estrutura sociocultural. Contudo, ambos demarcam suas distinções por meio de diferenças dialetais, domínios técnicos e territoriais particulares.

Distribuídos por uma ampla porção territorial em diversas aldeias e regidos por *ethos* específicos, compartilhavam uma mesma cosmovisão mantendo de modo estreito relações econômicas fundamentadas por laços de parentesco/trocas matrimoniais e práticas rituais. Na visão nativa, a distinção entre estes grupos aparece referida pela categoria “Turma”: falam em “Turma de Myky”, “Turma de Irantxe”. Configuravam uma sociedade populosa, algo em torno de 1.200 pessoas de acordo com Pacini (2006).

No crescente processo de ocupação do centro-oeste, motivado desde a extração da poaia e seringa, passando pela Linha Telegráfica e pela Marcha para o Oeste, toda a situação das populações autóctones foi afetada, sofrendo os impactos diretos gerados pelas frentes pioneiras de expansão e, num efeito dominó, a disputa por espaços, terras e recursos naturais deflagra a intensificação dos conflitos interétnicos. Ataques acirram inimizades e promovem guerras indígenas, disseminam-se doenças e, assim, mortes, fugas e dispersões passam a descrever a realidade do cotidiano vivenciado por estes povos.

21● Com exceção dos Tapayuna, transferidos para o Parque Indígena do Xingu, estes povos ainda estão na região, porém agora afastados pelas demarcações em terras indígenas intercortadas por municípios e propriedades privadas.

Os Enawene Nawe e os Myky/Irantxe por quase duas décadas (idos da década de 40 até meados da década de 60) encontravam-se acuados principalmente por Rikbaktsa e Tapayuna, e relatam sequestros e mortes, além dos óbitos resultantes de febres e doenças, no caso Myky/Irantxe, até então desconhecidas por eles: sarampo, gripe e varíola; segundo eles, as maiores causas *mortis* do período.

Segundo Pauli (1999:38) estimativas apontam que os Myky ficaram reduzidos a 9 (nove) indivíduos em fins da década de 50 (teriam sido por volta de 250 na primeira metade do século XX). As epidemias de doenças que assolaram os Irantxe, somados também aos ataques dos índios Rikbaktsa e Tapayuna, resultaram em um declínio igualmente alarmante do grupo, registrando uma perda de aproximadamente 65% da população, caindo de 258 para 50 indivíduos a partir da mesma década de 50.

Se por um lado a distinção entre Myky/Irantxe (Myky do Escondido/Mata e Myky do Cravari/Cerrado) está dada pela própria conformação identitária constituinte deste povo, por outro eventos históricos foram determinantes no distanciamento entre estes dois grupos que, a partir do início do século XX, tiveram seus laços cortados de forma brutal, em função de um ataque de seringueiros, descrevendo a partir daí percursos históricos distintos.

Assim, Irantxe e Myky inscrevem-se em trajetórias completamente diversas em função dos modelos e contextos específicos de intensificação do contato travado com e por cada um deles. Os Irantxe terão sua história marcada pelos contatos com as frentes pioneiras no estado de Mato Grosso, órgãos do Estado e missionários (viveram em Utiariti por toda a década de 50) enquanto os Myky e os Enawene Nawe vivenciaram outros contextos históricos, arredios ao contato, será apenas após inúmeras tentativas de aproximação (desde a década de 60) pela Missão Anchieta (MIA) que um encontro ocorre em 1971. Eram 23 Myky e em 1974 com os Enawene, 97 pessoas.

Os Myky/Irantxe foram empurrados de suas terras de ocupação tradicional e expropriados de seu território histórico por meio de processos de demarcação pautados pela emergência de salvaguarda física mediante os processos agudos de depopulação vivenciados na primeira metade do século XX e o avanço desenfreado das frentes de expansão na segunda metade.

Com o desenvolvimento das políticas de ocupação da Amazônia, sobretudo a partir dos governos militares pós-64, desencadeia-se um intenso processo de ocupação regional que se acelera na década de 70 transformando, a partir de então, o Mato Grosso num polo referência de empresas agropecuárias, madeireiras e mineradoras, através da abertura de estradas (BR 364: Cuiabá – Porto Velho, finalizada em 1968) e da implantação de diversos projetos de colonização com a criação de vários órgãos governamentais (Sudam, BASA, Funai, Incra). Esse contexto político mais amplo promove uma ocupação rápida, desordenada e devastadora, sendo as populações indígenas o alvo mais diretamente afetado por esses novos cenários, atualizados desde então em permanentes e novos empreendimentos.

Situados a Noroeste do estado de Mato Grosso, nos municípios de Brasnorte, Juína, Sapezal e Comodoro, a Terra Indígena Enawene Nawe abrange uma área de 742.088 hectares (ha); a Terra Indígena Menkü compreende 47.094 ha e a Terra Indígena Irantxe/Manoki 252.555 ha. Os Enawene vivem numa única aldeia (Halataikwa, 610 pessoas), enquanto os Irantxe estão distribuídos em 7 aldeias (Paredão, Cravari, Asa Branca, Recanto do Alípio, Perdiz, Doze de Outubro e Treze de Maio, com 371 pessoas), e os Myky estão também concentrados numa única aldeia (Japuira, com 121 pessoas).

O CONTROLE SOCIAL

Com o cerco sobre a territorialidade indígena avançando progressivamente, intensifica-se nos últimos 15 anos o contato, sobretudo nos casos Myky e Enawene Nawe (de contato mais recente), alterando consequentemente o perfil epidemiológico desses povos o que por si só exige uma intervenção mais atuante deixando o modelo da intervenção mínima num caminho sem volta.

A conversão da saúde indígena em saúde pública operada pela implantação do subsistema de saúde indígena – introduzindo nas aldeias todo um aparato de recursos materiais e humanos: profissionais, logísticas, fluxos, infraestrutura, medicamentos – altera a prática anteriormente observada na trajetória histórica da OPAN, principalmente no tocante à exigência da presença permanente nas aldeias para atendimento de saúde. Esta nova prática sempre foi vista com maior receio e desconfiança pela OPAN do que pelos próprios Irantxe, Myky ou Enawene Nawe. Reflexão pertinente, mas sem dúvida sua importância está dada em primeiro plano para a ação indigenista. E para os povos em questão? De que maneira formulam suas preocupações?

Para além dos aspectos comuns presentes nos efeitos destas novas configurações territoriais e demográficas, as experiências singulares estão marcadas pelas próprias especificidades de cada uma das estruturas culturais em evidência, bem como pelas formas e processos históricos particulares vivenciados por cada uma destas populações. A organização social Myky/Irantxe se caracteriza pela ordenação de subgrupos enquanto nos Enawene Nawe está dada por uma lógica clânica.

Os 12 anos de registros qualitativos do convênio OPAN/Funasa são permeados de descrições e relatos de situações tensas protagonizadas pelos seguintes atores: o doente e a família do doente, os AIS, os profissionais de saúde (técnicos, enfermeiros e médicos) e os especialistas do sistema tradicional de cura.

Nestas situações inúmeras variáveis estão presentes²²:

- Questões de interdito na relação entre a família do doente e o AIS;
- Agressividade de alguns pacientes para com os profissionais de saúde/AIS em casos de demora na resolução de encaminhamentos ou falta de medicamentos;
- Mães que acusam a piora dos filhos em razão de determinados procedimentos ou, ao contrário, exigem o uso de injeção em casos que não são recomendados e alegam má vontade (preguiça/sovinice) do AIS e/ou profissional de saúde no atendimento;
- Discussões entre profissionais de saúde e pajés, em que os primeiros recomendam remoções e os outros impedem a saída determinando outro tratamento;
- Disputas pela disponibilidade do carro;
- Herbalistas e técnicos sobrepondo medicações, ora expressas em relações complementares, ora expressa em relações conflituosas;
- Sobreposição de interesses pessoais no acompanhamento de doentes à cidade onerando a operacionalização do sistema;
- Tensa oposição entre a autoridade do médico e a autoridade do pajé e/ou familiares quanto ao tempo de permanência no hospital – de quem é a prerrogativa

22● Importa ressaltar que todas estas variantes expressas em situações tensas não emergiram a partir da implementação do Subsistema (desde antes estiveram sempre em cena na interface entre o modelo biomédico e os sistemas de cura tradicionais), apenas intensificam-se com a conversão da saúde indígena em saúde pública.

va da ‘alta’? De quem é a responsabilidade de um óbito? Neste ponto existem descrições dramáticas de pais que arrancam toda a medicação endovenosa dos corpos dos filhos em ataques de fúria...;

- Prescrições dietéticas de tratamentos nativos (e/ou tabus alimentares) *versus* alimentação oferecida pela Casa de Apoio à Saúde Indígena (Casai) e hospitais;
- Exigência da presença e assistência permanente, sobrecarregando principalmente os AIS que devem viver em regime de plantão contínuo.

Há também, em contrapartida, inúmeros relatos da ação harmônica entre os diversos profissionais de saúde, incluindo os especialistas do sistema nativo, em operações conjuntas e coordenadas em que um tratamento atua como complementar ao outro e de forma simultânea e convergente dialogam produzindo a cura do enfermo e reafirmam os laços e a positiva interdependência entre os dois sistemas em pauta.

Devemos considerar, portanto, que a intervenção intensiva na saúde indígena tornada saúde pública corresponde a um fenômeno relativamente recente, de aproximadamente 12 anos. Nesse cotidiano intenso, ora marcado por confrontos, ora marcado por encontros, descobertas, impasses, limites e novas invenções e leituras, os Irantxe, os Myky e os Enawene vão pouco a pouco delimitando espaços, construindo soluções conjuntas, conduzindo ajustes, refletindo situações.

Os destaques das situações tensas recorrentemente vividas encontraram lugar de reflexão e discussão também no conselho local dos três povos. As reuniões do conselho local antecedem o cronograma das reuniões do Condisi, com apoio e participação da OPAN. Geralmente de dois dias e sediadas num rodízio entre as aldeias (principalmente Irantxe e também nos Myky), reúnem a comunidade daquela aldeia, os representantes de cada um dos povos no campo da saúde, lideranças, profissionais e conselheiros indígenas, profissionais não indígenas de saúde, eventualmente, Funai, CIMI, DSEI Cuiabá e demais instituições convidadas.

As pautas contemplam desde as problemáticas comuns à Política Nacional de Saúde de Indígena, mas também abordam a melhoria da atenção diferenciada levando em conta as exigências e necessidades de cada uma das etnias atendidas, bem como as solicitações de infraestrutura, as dificuldades nas relações interpessoais e intergrupos entre os atores envolvidos no processo, gerando encaminhamentos e acordos para evitar a repetição de determinadas situações, esclarecendo papéis, lugares, responsabilidades, enfim, pautas dedicadas a conduzir os processos em curso a partir das determinações refletidas coletivamente, ou seja, do exercício efetivo do controle social. É também lugar e hora de dançar, cantar, fazer trocas, dar e ganhar presentes, fazer festa.

Segundo Gallois (2001), *“Para superar a posição marginalizada de índio, esses grupos se esforçaram em dar um novo formato a suas relações internas, conectando-as as relações externas, numa interface entre as formas tradicionais de representação e o formato adequado à legislação nacional. Se as organizações indígenas possuem CGC e diretorias que tomam decisões independentemente do órgão tutelar, é para escapar do cerceamento que essa tutela representou historicamente aos seus interesses. O grande número de associações, conselhos e federações indígenas atesta o sucesso da atualização das formas tradicionais diante da necessidade do diálogo com a sociedade envolvente. Seria difícil, através de uma portaria, aniquilar o fortalecimento do movimento indígena, evidente justamente na construção de novas formas de organização que estão, aliás, respaldadas pela constituição.”* (GALLOIS:2001:184,185)

Nesta análise enfatizaremos agora alguns **pontos de resistência**, por considerarmos que aí se encontra o lugar do sujeito, o espaço social do controle.

Deste lugar não precisamos reafirmar a potência perigosa ou nociva que a entrada do modelo biomédico pode representar. Ao contrário, deslocando a perspectiva para o

modelo nativo podemos observar onde se resguardam com força princípios sociais vitais que determinam brechas por onde o modelo biomédico encontra passagem e, também, por onde não deve passar.

Não podemos desconsiderar que mesmo com a difusão do modelo biomédico em escala global e, para além disso, o acesso a este modelo interpretado como um direito humano fundamental, o que lhe atribui, inclusive, seu caráter hegemônico, ainda assim:

“A introdução da medicina ocidental nos países em desenvolvimento é secundária a importância da medicina tradicional por dois motivos principais, considerando: Primeiro, que todas as sociedades no mundo dispunham de meios eficazes de combater doenças; segundo, que as medicinas tradicionais são os recursos de 2/3 da população mundial, apesar da presença de estruturas médicas ocidentais.” (Buchillet, 1991, p.243).

OS IRANTXE

Com o agudo processo de depopulação vivido pelos Irantxe na metade do século XX, decorrente de doenças e epidemias, a única alternativa de sobrevivência estava em buscar refúgio no internato de Utiariti. *“Durante duas décadas, os Manoki sofreram um profundo processo de desestruturação sociocultural, chegando a pouco mais de 50 indivíduos que passaram por um longo período de catequização católica, casamentos interétnicos e um processo de endoculturação, baseado no sistema de internato religioso para as novas gerações. Apenas no final dos anos de 1960 os indígenas voltaram a viver em suas aldeias. No entanto, receberam do governo federal uma terra situada em região de cerrado, à margem da área de sua ocupação original. Atualmente, os Manoki continuam enfrentando o desafio de voltar ao seu território tradicional, localizado entre os rios do Sangue e Cravari, e de reafirmar a sua identidade como povo.”* (LOPES NEVES:2011:179,180)

Podemos assinalar para o caso Irantxe que, mais do que a depopulação em si ou a própria ação missionária em curso na época, esse contexto de desestruturação estava pautado, em primeiro plano, em função dos efeitos diretos dados pelas perdas significativas de que foram vítimas: do contingente populacional feminino, da morte de importantes chefes e da perda irremediável de seus xamãs. Minados estes eixos determinantes para as condições de reprodução física e cultural da ordem social Irantxe, muitos sentenciavam, não sem razões, a inevitável **deculturação** desse povo. O estrangulamento verificado do contingente feminino na pirâmide populacional Irantxe gerou a dificuldade de manutenção da língua materna e o colapso de seu sistema agrícola tradicional onde as mulheres cumprem um papel imprescindível.

Contudo, principalmente a partir da última década, como resultado da convergência de diversos processos e a retomada de suas terras de ocupação tradicional, os Irantxe vivem, de fato, um momento de intensa reafirmação de sua identidade étnica.

Poderíamos afirmar que, neste processo, os Irantxe estariam restaurando usos e práticas tradicionais inclusive revitalizando a língua materna, retomando práticas rituais e importantes traços da organização social autóctone. No entanto, ainda que estejamos corretos é preciso admitir que, para que isso esteja ocorrendo, importantes e vitais condutas de resistência fizeram permanentemente parte deste trajeto histórico por eles trilhado. Caso contrário, de onde extrairiam referências concretas para o restabelecimento de seu tecido social?

Duran dos Santos (2011:169,170) observa sobre a organização social Irantxe: *“Entre as muitas aldeias que compunham o território dos Manoki existia uma extensa rede de visitação e perambulação. Segundo Pivetta (1993), as redes de visita-*

ção seriam ‘uma produção simbólica da existência coletiva em um espaço igualmente coletivo’. (...) Pereira (1995) cita diversas histórias de migrações de famílias Manoki, durante a existência da Missão, na maioria das vezes motivadas por conflitos internos. A mobilidade era realmente bastante intensa e não era restrita a poucas famílias, muito menos determinada pelos padres, embora em algumas ocasiões eles sugerissem o local de mudança, quando da ocorrência de conflitos. Existia um fluxo bastante intenso entre Utiariti e as aldeias Manoki, mas também aconteciam migrações para aldeias Rikbaktsa e Pareci. Após muitas idas e vindas, hoje a maior parte da população vive na T.I. Irantxe e parece estar se organizando de uma forma mais parecida com aquela anteriormente à Missão de Utiariti...”.

Podemos perceber que o resguardo desta memória que permite recompor seus esquemas sociais estiveram depositados nos velhos sobreviventes a estes episódios, bem como, na rede social extensa e histórica dada pelas condições anteriores (e posteriores) aos massacres vividos.

Nesse sentido, o reencontro com os Myky na década de 70 definiria 20 anos mais tarde importantes referências neste processo de reconstituição da ordem social Irantxe. Dizemos 20 anos depois porque durante e após os processos de demarcação territorial estas populações passaram praticamente a viver como ilhas, ‘isolados’ em territórios descontínuos e tutelados seja pela ação do estado, seja pela ação missionária que em função dos traumas epidêmicos vividos tentava controlar o trânsito destes povos na intenção de precaver situações de contágio e contração de doenças. Diante desse cerco, a cada década mais intenso, envolvendo inúmeros e diversos atores, sem dúvida, os Irantxe viveram na clandestinidade a reprodução de inúmeros aspectos de sua cultura, que somente mais recentemente voltam a aparecer em cena, sobretudo impulsionadas pela organização da luta para retomada de suas terras de ocupação histórica.

É interessante notar como a variável saúde, durante toda a década de 70 e 80, esteve presente como importante justificativa da manutenção de uma relativa distância destas populações em relação ao entorno e inclusive com outros povos (o forte envolvimento dos Irantxe com os costumes não indígenas e o consumo de bebida alcoólica operaram como fortes pretextos para evitar contatos mais estreitos entre eles e os Myky²³). Já em fins da década de 90, será justamente a efetivação de uma rede de atenção à saúde o que promoveria de forma mais intensa esta reaproximação.

“Do final de 1999 para o início de 2000 surgem alguns elementos que serão importantes para a caminhada posterior dos Irantxe: a criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) e a volta da presença de membros da OPAN junto aos Manoki, num projeto articulado a ações junto a outros povos na região, o Projeto Kiwxí. Este projeto previa ações na área da economia e apoio a retomada de atividades e eventos da cultura tradicional. Como a OPAN também se tornou a responsável pela administração do atendimento à saúde dos povos desta microrregião os trabalhos nas diversas áreas puderam estabelecer algum grau de integração. (...) Foram criados também conselhos locais, para os quais os Irantxe, Myky e Enawene-Nawe travaram um embate no sentido de garantir o reconhecimento de suas formas tradicionais de organização, onde todos podem participar e a representação se alterna para cada tema específico. Os eventos externos acabavam refletindo em reuniões e conversas internas, aquecendo debates políticos sobre a situação dos Manoki.” (SCHWADE:2011:158)

No conselho local dos três povos, os Irantxe desempenham um papel relativo ao tempo e experiência que acumularam nesse processo histórico sobre as facetas da sociedade nacional. Apresentam uma compreensão aprofundada sobre o SUS e sobre diversos códigos de interação político-burocrática, indicados por isso pelos demais – Myky e Enawene – para ocupar o lugar de presidente(s) e coordenador(e)s eleitos para condução das reuniões formais do conselho, sendo os mais diretamente ocupados em registrar atas, redigir as deliberações e documentos resultantes das reuniões.

23● Cf. Schwade:2011:155

Os AIS/auxiliares de enfermagem indígena constituem-se por um grupo misto composto por homens e mulheres, que em função da familiaridade histórica também com os processos escolares, formaram profissionais bastante capacitados tecnicamente. Organizam-se neste trabalho por meio de uma dinâmica de planejamento conjunto (uma vez por semana) definindo rotas de visitas domiciliares numa rotina de acompanhamento, orientações e/ou atendimento. Definem esta metodologia como “bate-papo, para ver se está tudo bem com a família...”, certa vez, Angelina (AIS) foi questionada sobre se fazia isso (visitação nas casas em vez de ficar esperando no postinho) porque havia controle, cobrança, vigilância do pessoal, ao que respondeu: *“...a gente faz isso porque a gente gosta do trabalho da gente porque no passado a gente não fazia a gente esperava o pessoal aqui no postinho...As pessoas, se a gente não vai atrás eles também não veem atrás de vocês. A gente pensô: vamo montá o nosso trabalho buscá eles na casa deles mesmo porque aumentô as pessoas com hiper-tenso, aumentô as pessoa com diabete, então talvez a pessoa tá bem mas ele não tá bem...”* (depoimento Angelina Irantxe, transcrição Kurtz de Almeida:2007:91)

No programa de saúde bucal os ACD têm uma prática fortemente marcada pelas ações preventivas. Os Irantxe possuem cinco postos de saúde, onde os AIS e auxiliares indígenas se encontram aptos para controlar inclusive, com supervisão do enfermeiro(a), o estoque de medicamentos e os registros nos prontuários.

Ao mesmo tempo, os AIS e auxiliares de enfermagem indígena afirmam: *“Se não acreditar que é doença de branco não toma remédio de branco e os auxiliares técnicos não insistem...Angelina cita exemplo do filho dela quando pequeno a avó sugere um trabalho e o menino melhora. Angelina e João afirmam com convicção: “Tudo que você faz, prá quem acredita, se é isso, se é da cultura, tudo que você faz dá certo. Funciona...” Cita exemplo do remédio do mato que o velho pegou e deu banho na menina e melhorou.”* (idem, ibidem, p. 89)

Mesmo com a perda dos xamãs e a incorporação da biomedicina, os Irantxe mantiveram seus saberes quanto ao uso e manipulação de ‘remédios do mato’. Este conhecimento por tanto tempo oculto tendo resistido reaparece em cena quando os Irantxe solicitam que por meio do projeto OPAN/Vigisus pudessem ser registradas suas práticas de uso de plantas medicinais, o que foi realizado, contribuindo não apenas para as demandas internas referentes a transmissão destes saberes mas, também, contribuindo certamente para a legitimidade da manutenção desta prática mediante a valorização e reconhecimento de seu valor para o sistema de cura desta sociedade.

“Os conhecimentos mais especializados sobre o uso de plantas enfocam a identificação, coleta e preparo de remédios. Os especialistas conhecem uma grande variedade de plantas classificando-as a partir de cinco ambientes: brejo, campo limpo, campo sujo, capoeira e mata alta. Uma breve pesquisa de campo resultou no estudo de cinqüenta e cinco espécies de plantas distribuídas nos diferentes ambientes.

Pode-se destacar, dentre outros, os remédios para pele, para o sistema digestivo, para o sistema respiratório, para o sistema urinário e para o sistema cardiovascular. Além destes conjuntos, há outras doenças específicas tratadas pelas plantas como câncer, ataque (convulsão), fratura, picada de cobra e reumatismo. Com relação à saúde da mulher há plantas para aumentar o leite materno, facilitar o parto, para a redução do fluxo menstrual, para evitar gravidez, para lavagem vaginal e para infecção uterina.” (idem, ibidem, p. 36 a 40).

Receosos e arredios ao contato mantiveram-se em rotas de fuga no interior das terras de ocupação tradicional até serem alcançados, apenas em 1971, quando eram 23 pessoas, pelas frentes de contato da Missão Anchieta.

A resistência Myky é notável. Mesmo com tantas adversidades – trágicos índices de depopulação ocasionados por ataques de grupos inimigos, Tapayuna, Rikbaktsa, por perseguições, massacres e doenças ficando reduzidos a um grupo de nove pessoas; o isolamento a que ficaram submetidos, confinados por décadas no interior de rotas de correria permanente, e um processo de demarcação que foi conduzido de modo explicitamente desrespeitoso para com os direitos constitucionais assegurados às populações indígenas, empurrando os Myky na direção oposta às suas terras de ocupação tradicional – os Myky se mantêm um povo forte. Mantiveram sua língua, a observância das regras parentais e execuções rituais, as práticas de cultivo, manejo, caça e coleta orquestradas pela cosmovisão nativa na articulação entre tempo-espaço expressas por um intenso calendário ecológico cultural. Todas as atividades produtivas estão fundamentadas por um vasto e rico *corpus* mítico que integra as dimensões da natureza, da sociedade e da cultura.

Ao mesmo tempo, durante o período crítico da baixa populacional, foi impossível realizar grande parte dos rituais que caracterizam a vida social Myky. Contudo, estes não foram esquecidos. Superaram o tempo, a distância, o isolamento e a quase finitude de um grupo inteiro e permanecem ainda hoje vivos e atuantes, presentes no cotidiano e na vida Myky, revelando o poder de coesão e resistência desse povo e sua organização social. Quanto ao impacto das baixas populacionais repentinas, fez com que alguns conhecimentos desse grupo fossem irremediavelmente perdidos, como é o caso do saber dos xamãs.

De acordo com os Myky, xamãs de grande importância morreram sem ter tido tempo hábil de garantir a reprodução dessas práticas. Atualmente alguns Myky têm tentado reaver alguns desses conhecimentos com base no referencial Nambiquara, procurando ensinamentos de um importante xamã, Valdemar Nambiquara, ainda que estejam cientes de que muito desse saber que procuram resgatar estará desprovido do contexto cultural específico Myky. Contudo, as práticas de cultivo, manejo e caça (Ritual de Jetá) permanecem e cumprem um papel determinante na atualização das lógicas presentes no sistema xamânico.

Assim como os Irantxe, resguardaram seus conhecimentos relativos ao uso dos ‘remédios do mato’, assim como mantém suas ‘benzedeiras’ e demais práticas e ritos associados ao sistema tradicional de cura que, no caso Myky, é notadamente conduzido pelas mulheres.

Segundo o levantamento de Ferraz (2008) *“A medicina tradicional Myky utiliza-se correntemente de plantas coletadas em ecossistemas de brejo e de mata para elaboração dos remédios. Esta atividade é restrita ao gênero feminino: as mulheres são responsáveis pela coleta, manipulação e administração dos remédios nesta sociedade.”*

PINY (REMÉDIO)		
PIXÖPYRI	PAUPAKJE'Y	ITKAHY
MAYMYY	NJAPINY	KURAPINY
KJAWATA	ATJANAKJE'Y	NAKAHY
TIKATJUWY	JUTAJAWUI	MOPKJUKJE'Y
ATAJANAKJE'Y	KJÃNKAPINY	KIWUMJUKJUAPAKJE'Y
IRAYUPINY	AWAMAJÃ	TAAI
ATAJANAKJE'Y	NAMATJAPA	JANÃ
AWAPKJUHU	JAPAI	WARAPUPINY
WÃKATY	PINKJUHU	WYMNATYAPAI
IKANYKJA	KALAXA	KEWAPINY
IKANYKJA	PINJOWY	INTJANKJAIPJUI
INÃTIJU	ININKJE'Y	KEWAMJÃKJE'Y
KAUMAIIKA	KÊWAKUWYPJAKJE'Y	XIRERI
INATIJU	WARASIRU	KASOPYKJE'Y
PINTJAINY	MÃNÃMA'I	NJÃPAKIRERIMA'I
KARAPINY	PINTJÕKA	KAAWAKJEPINY
PINKJASA	PINKJÕTU	TYNKOPINY

Quadro: Remédios da medicina tradicional Myky²⁴

Desta forma, o grupo de AIS Myky é exclusivamente formado por mulheres, uma mais velha, outra de meia idade e outra mais jovem. Estas mulheres dominam relativamente os códigos da escrita e atuam numa perspectiva fortemente marcada pelo papel de conselheiras e numa atuação de caráter preventivo, organizando multirões para ações coletivas na aldeia, elaborando materiais e palestras periódicas sobre temáticas diversas da saúde.

A participação dos Myky no conselho local dos três povos é também fortemente marcada pelo predomínio da presença feminina e a afirmação permanente do necessário domínio sobre a soberania alimentar e a atenção as prescrições rituais para garantir a saúde das crianças e da sociedade como um todo – o que caracteriza em larga medida a contribuição deste povo para as discussões acerca da Saúde Indígena.

Os ENAWENE NAWE

Apesar da pressão dos ataques Cinta Larga e Rikbaktsa o impacto sobre a demografia Enawene não alterou de modo irreversível a organização social deste povo. Ao contrário, após o contato com a MIA – já referido na primeira parte deste trabalho – vivenciam históricos de contato pacíficos que configuram exceções no tocante às depopulações irremediavelmente registradas nesses contextos pós-contato. O expressivo crescimento demográfico

24● FERRAZ (2008). É importante também destacar que destes ‘remédios do mato’, presentes no território tradicional Myky, o acesso a muitas destas espécies está comprometido por estarem localizados fora da terra indígena demarcada.

fico em constante ascensão ocorre devido às providências de imunização levadas a cabo na época como parte da nova política de contato.

Essa conduta fazia parte de um novo contexto da atuação missionária pós Concílio Vaticano Segundo (década de 60) e das conferências de Medellín (1968) e, posteriormente, Puebla (1979), em que a prática missionária dirigida às populações indígenas preconizava uma intervenção mínima e gradativa (onde nos primeiros anos de contato a permanência na aldeia devia se dar de modo espaçado não ultrapassando 20 dias corridos, em média) a fim de que a cultura indígena fosse reconhecida em sua alteridade e seus modos de vida respeitados.

“... diferentemente dos massacres e dos extermínios a que foram submetidos tantos povos, em todo o continente, os Enawene Nawe apresentam uma situação de exceção... Além disso, diferentemente de tantos modelos de estabelecer-se relações com os forasteiros – moradores / freqüentadores – na aldeia, os Enawene Nawe, assim como alguns outros povos, procederam e procedem até hoje à completa adoção do estrangeiro (com exceção, óbvio, daqueles considerados / declarados como inimigos), impondo-lhe o aprendizado da língua, integrando-o a rede de parentesco e marcando-o com emblemas corporais / estéticos tradicionais. Já observamos também que em seu trajeto histórico os Enawene Nawe nunca foram submetidos à catequização, assim como nunca foram forjadas lideranças políticas, instituições e / ou papéis burocráticos.” (JAKUBASZKO:2003:119)

Deste modo, mantiveram-se íntegros os ritos, práticas e papéis sociais presentes nesta estrutura social incluindo o sistema xamânico e os diversos especialistas (herbalistas, sopradores, pajés e cantadores) que configuram o sistema tradicional de cura praticado pelo povo Enawene Nawe.

Nesse sentido, diferente dos contextos de resistência necessários e verificados no processo histórico Myky e Irantxe, os Enawene Nawe desempenham uma conduta mais diretamente atrelada a um sentido de permanente reafirmação de suas diferenças, posto que nunca precisaram vivenciá-las de forma clandestina sob o signo de uma baixa auto-estima evidenciada em relações de dominação e, assim, exigem o reconhecimento de seus direitos específicos de modo incisivo. Essa postura em muito fortalece também a atuação do conselho local dos três povos em suas conquistas junto ao município e ao DSEI Cuiabá como veremos mais adiante.

Os AIS Enawene conformam um grupo exclusivamente composto por homens. Passaram por dificuldades no reconhecimento de sua atuação para contratação posto que seu processo de formação não passou pela escolarização formal e assim, não contam com certificação. Desempenham prioritariamente um papel de interlocução entre o sistema nativo e o sistema médico ocidental, como tradutores que se deslocam de uma lógica a outra favorecendo o diálogo entre as distintas visões, atuando, portanto, com maior frequência nos momentos da intervenção do que de modo preventivo.

Exercem simultaneamente a cooperação e a vigilância na orientação de possíveis sinergias entre as diferentes condutas terapêuticas em curso. Deste modo mantém uma relação simétrica com os profissionais de saúde não indígenas, sendo ao mesmo tempo seus aprendizes (das técnicas biomédicas) e mestres (transmitindo lições sobre a visão e interpretação nativa da doença e dos tratamentos). Com os especialistas do sistema de cura nativo, os AIS mantém uma relação assimétrica, posto que não gozam do mesmo prestígio e status social e devem estar em primeiro plano a serviço do sistema xamânico. Quando há conflitos diretos entre um xamã e profissionais não indígenas da saúde, os AIS se retraem em sua condição de agentes – deixam de atuar como interlocutores e passam a operar como meros tradutores (reafirmando o sistema xamânico como sujeito nesta relação).

CORPO E IMAGINÁRIO SOCIAL

Conforme vimos, podemos considerar que cada grupo apresenta particularidades na forma como interpreta, desenvolve e desempenha seus modelos específicos de atuação na interface entre os sistemas tradicionais de cura e o sistema médico ocidental. Contudo, nos três contextos se impõe, em larga medida, o sistema nativo operando a partir de uma lógica xamânica na decifração das relações entre corpo, saúde e doença.

Deste modo, dadas as especificidades, nos três grupos há em comum uma articulação fundamental entre a produção da roça coletiva, a vida ritual, a produção, a proteção e o cuidado dos corpos, e o sistema de cura tradicional. Compartilham um mesmo mito de origem da roça, resguardadas as variantes de cada contexto, e a música e os instrumentos sagrados de sopro, representam veículos centrais de comunicação entre seres míticos/ancestrais/mortos & humanos/gente/vivos.

Os diversos rituais presentes na organização social de cada um desses povos (Enawene Nawe e Myky/Irantxe) operam a produção, distribuição e consumo de alimentos, fabricando corpos, onde a partilha e o oferecimento aos demais seres que co-habitam o universo conjuntamente com cada uma dessas sociedades em particular é determinante para garantir a ordem através de intervenções positivas (comumente de caráter preventivo, e sempre que necessário de caráter curativo) protegendo o **corpo social** dos infortúnios e doenças por meio do controle efetivo das diferentes forças que atuam sobre a vida social e conseqüentemente sobre os corpos das pessoas. Nesse sentido, a lógica individualizante e biologizante dos corpos não encontra brechas possíveis para adentrar e se instalar.

Enquanto os ritos de passagem definem os processos de construção da identidade (feminino, masculino, solteiro, casado, com filhos, com netos...), os rituais *Jacuri/Katetiri*, jogo de bola de cabeça e *Jetá* definem as operações simbólicas no trato com a alteridade no contexto Irantxe e Myky, assim como *Yaokwa* e *Lerohi* para os Enawene Nawe.

A roça de *Jetá* nos Myky e Irantxe, assim como a roça de *Yaokwa* nos Enawene Nawe, está um pouco mais afastada da aldeia (aproximadamente 10km) e ocupa uma área mais extensa (6 ha) envolvendo uma dinâmica de produção, distribuição e consumo rigorosa e ritual regulada pelas relações de parentesco/redes de afinidades e pela interconexão com os espíritos ancestrais e seres habitantes da floresta materializados na ação das *Jetá* e/ou *Yaokwa* – responsáveis diretas pelo plantio, com predominância simbólica para o cultivo do milho (e do algodão nos Myky).

Estas roças, que são desta feita produzidas pela ação dos espíritos materializados em um corpo (instrumento musical), alimentam-se simbolicamente da caça nos Irantxe/Myky e da pesca no caso Enawene, ou seja, sem a caça/pesca e sem o repertório musical correspondente, a roça estaria fatalmente ameaçada.

“Exemplo disto é a TI Manoki que sofreu um intenso processo de ocupação e degradação, desde a década de 1980, caracterizado por Planos de Manejo Florestais e por empreendimentos agropecuários. Além disso, a ocupação do entorno por fazendas limita os espaços de trânsito dos indígenas. As características deste desenvolvimento intensificam os impactos já sofridos por esta população em decorrência das práticas agrícolas com grande aporte de insumos químicos na produção mecanizada, principalmente, de soja, arroz, milho, cana e algodão. Os impactos cumulativos associados à continuidade desta realidade tornarão cada vez mais insustentáveis as práticas de caça e de pesca, fundamentais para a perpetuação sócio-cultural dos Irantxe (Manoki).” (KURTZ de ALMEIDA:2011:17,18)

“Considerando o contexto de degradação dos habitats naturais do entorno da TI sobre o uso das espécies utilizadas como caça dentro da T.I.Menku homologada para

atender às demandas protéicas desta sociedade...” podemos destacar: “Em 1985, com uma população total de 38 indivíduos (17 caçadores), consumiam 42 kg/per capita/ano (115gr/percapta/dia). Em 1990 a população total de 50 indivíduos (23 caçadores) consumia 32 kg/per capita/ano (87gr/percapta/dia). Em 2005, aumenta o número para 98 indivíduos (37 caçadores) que consumiam 27 kg/per capita/ano (73gr/percapta/dia). Se tomarmos estes valores de caça convertidos em valor (líquido) de proteína, os resultados caem para um terço deste valor bruto. Isto indica o declínio significativo do consumo de proteína de alto valor biológico na sociedade Myky, ano após ano.” (Sistematização e Análise dos dados, Jakubaszko, Ferraz, Silva Santos Jr. e Schwade:2008. Fonte: dados brutos - diário de campo Amarante).

“Vale ressaltar sobre o Peixe que este é o alimento atualmente mais ameaçado em função das pressões do entorno, sobretudo a partir da presença dos empreendimentos hidrelétricos no Juruena o que afeta diretamente o estoque pesqueiro na região. Atualmente, os EN após sucessivas frustrações em relação a expectativa de captura nas barragem de pesca do ritual Yaokwa, passaram a adquirir grandes quantidades de peixe por meio de compras através de programas assistenciais da Funai e de compensação. A composição química dos peixes - **série ω -3 (ácido linolênico) e linoléico (ω -6C18:2)** - depende diretamente da origem da alimentação dos peixes e de variações entre espécies. No caso dos peixes de tanque criados a partir do modelo industrial, alimentados com ração (a base de soja e grãos) favorece a predominância dos ácidos graxos da série ω -6, diferentemente dos peixes originários de sistemas silvestres que possuem uma alimentação baseada em algas e plancton. Estudos apontam que os peixes amazônicos que compõe a dieta EN, como a matrinxã (*Brycon cephalus*) e o piau (*Leporinus frederici*), amplamente consumidos na dieta tradicional EN, apresentam significativas quantidades **de ácidos graxos poliinsaturados da série ômega-3 (ácido linolênico)**, os quais participam da formação do sistema nervoso e do crescimento fetal, sendo necessários para manter sob condições normais, as membranas celulares, as funções cerebrais e a transmissão de impulsos nervosos. Estes ácidos graxos, denominados essenciais por não serem sintetizados pelo organismo, devem portanto ser obtidos a partir da dieta.” (SCHWADE:2011:17)

A prática agrícola ocupa, desta feita, uma posição central nesta estrutura, e depende da caça e da pesca, entrelaçando as atividades produtivas de tal maneira que só podem ser compreendidas dentro de uma lógica sistêmica e integrada.

Este esquema expressa uma ecologia nativa em sistemas fechados – rede de partilhas – a caça que alimenta a roça, que por sua vez alimenta espíritos que, bem alimentados, garantem abundância de recursos que nutrem pessoas, retribuindo oferendas (caça/pesca) e reiniciando o ciclo de um fluxo que deve perpetuar-se para garantir a perenidade da vida. Alterar qualquer um dos elementos presentes neste sistema implica em ameaçar não só a sua integridade mas a própria saúde, o próprio corpo das pessoas.

Assim, o controle social é reiteradamente interpretado por esses povos através da permanente problematização do acesso aos recursos vitais, materiais e simbólicos, que se vêm ameaçados diante do cerco acirrado por sobre seus modelos produtivos, donde deriva o controle efetivo do estado de saúde destas sociedades. Assim, o controle social em saúde nunca esteve na perspectiva dos Irantxe/Myky ou Enawene Nawe, descolado deste cenário central. Ou seja, controle social para eles se traduz nas reivindicações de controle sobre sua territorialidade, controle dos espaços e acessos aos imprescindíveis elementos de operacionalização de seus sistemas sociais. Nesse sentido, não situam, em nenhum momento, o modelo biomédico como fator de ameaça em si às suas práticas tradicionais e sim as limitações impostas no acesso aos recursos pesqueiros, caça, ervas medicinais, água e tantos outros indispensáveis à materialização de seus rituais.

Ao mesmo tempo, é claro que a ruptura deste sistema a partir de qualquer um dos elementos que o sustenta fragiliza como um todo a organização social podendo abrir fissuras onde, aí sim, o modelo biomédico poderia vir a exercer uma possível ameaça.

Por fim, vale pontuar uma última questão acerca da noção do controle sobre um

aspecto específico na intersecção entre o modelo biomédico e o sistema nativo em situações de confronto e tensão: o corpo da criança.

A maioria das situações de conflito registradas e/ou observadas – protagonizadas pelo doente e a família do doente, os AIS, os profissionais de saúde (técnicos, enfermeiros e médicos) e os especialistas do sistema tradicional de cura – atinge ápices de tensão quando o doente que está em cena é uma criança diante do risco ou eminência de morte.

Os três povos compartilham da noção da relação direta entre roça-corpo de criança, portanto, empreendem diversas ações no cuidado com as crianças, já que o corpo delas é extremamente vulnerável aos espíritos donos da roça, devoradores de cadáveres e seres vivos, atraídos que são pelo cheiro do sangue. Extremamente vigilantes desse perigo, atuam em inúmeras precauções, envolvem o corpo da criança em banhos, insígneas e gestos que atuam como escudos protetores até que a criança esteja livre dessa ameaça.

Quando ocorre, por exemplo, uma pneumonia que se agrava sendo necessário encaminhá-la para atendimento fora da aldeia, a ausência do controle deste corpo retirado de seus esquemas e escudos de proteção afeta e ameaça a sociedade como um todo instalando um clima de tensão extrema. Os pais ficam realmente desesperados, algumas vezes oscilando entre a obediência aos xamãs ou as recomendações dos profissionais de saúde. Os profissionais, por sua vez, se desesperam por, não tendo mais o que fazer na atenção básica, temerem pelo óbito, bem como pela sua responsabilização.

Ficar na aldeia ou ir ao hospital, demorar para ir ou se precipitar em retornar incorre em **tempos** que não se conciliam e algumas vezes resultam em óbito gerando um mal estar geral entre os atores envolvidos no episódio.

No tratamento a estas situações delicadas, ainda que os confrontos sejam praticamente inevitáveis onde cada um quer exercer o seu papel acreditando que seria a conduta mais correta, a OPAN sempre procura se pautar pela questão que lhe parece central: de quem é o corpo, a quem pertence?

A OPAN reconhece, portanto, que o controle social deve estar assentado sobre o controle da territorialidade indígena, dos seus espaços de circulação e atuação, do respeito as suas especificidades e que, como sujeitos da produção e condução de suas histórias e experiências, são donos de seus próprios corpos, devendo exercer sobre eles o controle adequado e previsto por seus códigos culturais²⁵ conforme garante o Art.231 da nossa Constituição, ao reconhecer a estes povos o direito de viverem de acordo com seus usos, costumes e tradições.

O POLO BRASNORTE

Inicialmente, durante a implantação dos serviços de saúde entre essas populações, na primeira fase de execução do convênio OPAN/Funasa, o fluxo de encaminhamentos direcionava-se para o município de Tangará da Serra, como referência secundária, onde havia Casai, e à Cuiabá como referência terciária – junto a Casai Cuiabá, ambas referências no âmbito do DSEI Cuiabá.

Ao fim desse período inicial, em 2003, e a partir das recomendações de instituir um coordenador local para organização dos serviços e de intensificar a formação política mediante rotinas de avaliação e planejamento participativo e tendo, em 2004, uma nova configuração no DSEI Cuiabá e os recursos dos repasses do Ministério da Saúde aos municípios (fundo a fundo - SAS), uma nova conjuntura local começa a surgir.

As reuniões semestrais de planejamento e avaliação passam a oferecer espaços privilegiados para reflexão sobre o Sistema Único de Saúde e sua conexão com subsis-

25● Consideramos que esse princípio deve valer inclusive quando se tratam de casos de infanticídio.

tema de saúde indígena. Os três povos passam a articular-se internamente e de forma ampliada entre eles, instituindo o conselho local dos três povos e, com apoio da coordenação local, estabelecem relações permanentes de diálogo e articulação política com o município de Brasnorte (SUS).

Vale ressaltar que, diferentemente da relação estabelecida entre determinados municípios e o DSEI Cuiabá, por inúmeros entraves nos processos de negociação, alguns municípios acumularam valores significativos não repassados ao seu devido destino: a saúde indígena. Brasnorte sempre aplicou integralmente, e com transparência, os recursos do SAS na saúde indígena.

Através de cronogramas e planejamento acordado entre o DSEI Cuiabá, Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e Prefeitura de Brasnorte, OPAN e conselho local dos povos, os investimentos fortaleceram tanto a atenção primária nas aldeias, por meio da contratação de profissionais e aquisição de insumos, o DSEI Cuiabá nas demandas pertinentes ao SAS e o próprio SUS/município na aquisição de equipamentos para atenção primária e exames especializados e na destinação de uma ala do hospital municipal para estes povos, denominada enfermaria especial indígena, com um quarto para cada etnia e outro exclusivo para gestantes.

As experiências de enfermarias especiais indígenas em hospitais municipais são raras no país, não chegando a uma dezena nos 34 DSEIs espalhados pelo território nacional. Na experiência de Brasnorte, esta ala permite manter os protocolos de base/aldeia em que é reconhecido o direito dos especialistas da medicina tradicional (xamãs, parteiras, rezadores, herbalistas...) de acompanhar e atuar no tratamento do enfermo conjuntamente com a equipe médica (incluindo os AIS), respeitando as práticas e itinerários terapêuticos nativos – observando regras dietéticas, tabus, oferendas, presença de acompanhantes, tradutores, entre outras particularidades.

Esta relação de respeito e atenção presente neste contexto local e o trânsito permanente dos indígenas e da equipe de saúde do convênio OPAN/Funasa pela cidade de Brasnorte foi, pouco a pouco, fortalecendo laços e vínculos que em muito ultrapassaram as relações impessoais e as práticas homogenizantes recorrentemente observadas nos serviços de saúde. Ao fim destes 11 anos de trabalho, quase 100% da equipe de técnicos que atuam nas aldeias – tendo intercambiado experiências vividas no Programa de Sapude da Família (PSF) municipal com as experiências da OPAN no âmbito das comunidades indígenas – está hoje composta por profissionais que atuavam no município e migraram para a atenção à saúde indígena, ou, que tendo chegado a Brasnorte para trabalhar com estas populações depois foram absorvidas na saúde municipal. O próprio atual secretário de saúde do município (2011) foi durante alguns anos integrante da equipe do convênio OPAN/Funasa.

A ala indígena no hospital municipal, a integração entre os profissionais de saúde indígenas e não indígenas do convênio e do município e os índices de encaminhamento para referência terciária que diminuem sensivelmente em contrapartida ao crescimento dos índices de resolutividade da atenção secundária, são alguns dos resultados obtidos neste processo de construção coletiva que fortalece o SUS ao beneficiar simultaneamente os usuários, os profissionais e os gestores. A OPAN avalia que o diálogo permanente e articulação intensa entre essas instâncias contribuiu decisivamente para que os Irantxe, Myky e Enawene Nawe fossem reconhecidos como municípios e respeitados em seus direitos mediante a valorização de suas especificidades e necessidades particulares.

Vale aqui um parêntese: em nenhum momento essas articulações tomaram feições de municipalização da saúde indígena, já que o que sempre esteve em relevo era a compreensão da necessária e indispensável integração entre o subsistema distrital e a rede SUS – a partir da instância local – o município, respeitando e fortalecendo o desenho diferenciado e particular da operacionalização da saúde indígena como política pública.

Quando não eram casos de internação e sim de consulta e/ou retorno, os indígenas ficavam alocados cada qual na casa de sua etnia, levando em conta que tanto os Enawene, quanto os Myky e os Irantxe possuem uma casa de trânsito na cidade. Após muitas reflexões

acerca das condições sanitárias inadequadas destas casas para hospedagem de pacientes e da distância que as separava (espalhadas pelo município), dificultando a logística operacional de distribuição de alimentação, medicamentos, acompanhamento e deslocamentos (há um carro em serviço na cidade), emergia a necessidade de otimizar recursos concentrando estas demanda em um único espaço.

Diante dessas avaliações, na pactuação de 2006, ao fim da segunda fase de execução do convênio, foi possível garantir junto ao DSEI Cuiabá e Funasa o aluguel de um imóvel (casa de apoio) para atenção adequada dos pacientes em trânsito no fluxo dos encaminhamentos e, principalmente, o DSEI Cuiabá passa a reconhecer a configuração local como um polo de atenção à saúde no âmbito do DSEI Cuiabá.

No município de Brasnorte está localizado o Polo Brasnorte. Todos os dados coletados nas ações de saúde são encaminhados a este polo, onde são organizados e encaminhados para o DSEI - Cuiabá. É nesse polo que todas as atividades a serem realizadas em área são planejadas, definição de escalas, rodízios... e onde se tem o estoque de medicamentos básicos que são enviados para as aldeias de acordo com a necessidade e solicitação dos profissionais. As demandas administrativas ali são resolvidas. Além da logística, o pólo também tem uma equipe de profissionais que acompanha o atendimento das pessoas encaminhadas das aldeias para continuidade do tratamento na referência do SUS de Brasnorte. Contamos com um médico (contratado com os recursos da SAS Brasnorte) para a realização de consultas no Pólo e acompanhamento aos pacientes referenciados. (Relatório de Gestão OPAN:2007)

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi recorrente que observadores e avaliações externas enfatizassem, para além das falhas que pudessem existir no trabalho, que houve capacidade da OPAN em dialogar e articular os interesses das populações indígenas frente aos seus direitos e suas formas próprias de organização nas formas de atuação adotadas para execução da atenção à saúde.

Consideramos que o alcance desta capacidade se dá, posto que não se alienou da convivência direta e cotidiana entre as **pessoas**. As equipes sempre estiveram familiarizadas com quem é cada um que se atende – filho de quem, contexto social daquela família, posição dos sujeitos em cada conjuntura social, orientados por tal cosmovisão, etc..., o que imprime a diferença a partir do nível de envolvimento dos profissionais de saúde com cada contexto cultural onde estava inserido.

Valorizar esta sensibilidade sempre operou como critério de seleção/formação de recursos humanos para a realização do trabalho. O equilíbrio entre a atenção à **comunidade** e a atenção à **pessoa** expressa, sem dúvida, o caráter central que define a conduta na saúde indígena como ação indigenista praticada historicamente pela OPAN. Em toda a narrativa desse processo, o único aspecto mais invulnerável às sucessivas mudanças foi exatamente a tentativa de manter esse equilíbrio permanentemente em cena.

Para tanto, era necessário conhecer e respeitar os tempos, observando os calendários nativos, reconhecer e respeitar os agentes e especialistas dos sistemas tradicionais de cura procurando compreender os sentidos de sua atuação. A metodologia que permitia esta inserção estava diretamente relacionada à prática das ‘rondas’, visitas domiciliares, que visavam evitar confundir a atenção à saúde como uma prática impessoal e passiva, atrelada a um posto de saúde pública sinônimo de medicalização. Nessas rondas, era possível adentrar os espaços domésticos e compartilhar línguas, histórias e refeições, conviver, partilhar cotidianos em espaços comuns.

Existe também, da parte dessas comunidades, um grande reconhecimento, respeito e valorização dos profissionais não indígenas que integram, por esta via, suas equipes de atenção à saúde.

A contribuição da OPAN está exatamente em ter experienciado este modelo. A saúde indígena entendida e praticada como ação indigenista é possível para o Estado? Consideramos que não é impossível se a reflexão sobre o cotidiano, a vida ritual e a organização social e cosmologia indígena vier a compor efetivamente os protocolos de atendimento dos profissionais de saúde enquanto parte de seus roteiros na definição conjunta de padronização de condutas para execução dos programas de estado.

A partir da experiência do Polo Brasnorte fica também atestada a viabilidade do subsistema no desenho dos DSEIs pautados por seus polos de base.

O objetivo da OPAN neste trajeto foi exatamente este – o de fortalecer as bases, o local e o DSEI demonstrando a eficácia do modelo distrital do subsistema aplicado à saúde indígena. A operacionalização deste pelo DSEI bem articulado com as comunidades e o município de referência foi o que a OPAN procurou fazer na intenção de contribuir com a construção e execução da PNASI – o que nos parece um caminho acertado na consolidação tanto da rede do SUS quanto do devido fortalecimento do subsistema. É importante não confundir esta orientação com riscos de municipalização, já que o desenho idealizado da PNASI é adequado à realidade e necessidades indígenas, faltando apenas qualificar esta rede de gestores e serviços.

Finalizamos esta retrospectiva num momento em que se encontram paralisadas as ações de saúde indígena em todo o país no contexto da transição da Funasa para a Sesai.

O que será do subsistema distrital? O que restará de toda essa construção? Do modelo praticado pela OPAN e pelo Polo Brasnorte nesta nova fase que se aproxima? Por certo uma experiência, muitos registros e um controle social bem organizado. Se a OPAN deveria fazer o papel de controle social que lhe cabe como ONG, arriscou-se a fazê-lo por dentro. Missão cumprida?

5. BIBLIOGRAFIA

1. RELATÓRIOS DE ROTINA E DOCUMENTOS

Plano Distrital de Saúde 1999-2011. OPAN/DSEI Cuiabá, 1999 - 2011.

Relatório Anual do Convênio OPAN-FUNASA 2004. OPAN, Cuiabá, 2004.

Relatório Semestral do Convênio OPAN-FUNASA 2005. OPAN, Cuiabá, 2005.

Relatório Anual do Convênio OPAN-FUNASA 2005. OPAN, Cuiabá, 2005.

Relatório Anual do Convênio OPAN-FUNASA 2006. OPAN, Cuiabá, 2006.

Relatório do Convênio OPAN-FUNASA 2007, OPAN, Cuiabá, 2007.

Relatório de Gestão 1999 – 2008, OPAN, Cuiabá, 2007.

Relatório Seminário Regional MT Saúde, OPAN, Cuiabá, 2010.

OPAN. “O Papel da OPAN no Campo da Saúde Indígena” (2000)

_____ “Linhas de Ação do convênio OPAN/FUNASA” (2000)

_____ “Política de contratação, avaliação e acompanhamento de RH/OPAN” (2001)

_____ GT Interno (2003)

RONDON AMARANTE: Cadernos de Campo. CIMI, décadas de 80 e 90.

SÁ ; SANTANA; SOLETTI: Relatórios de Área. OPAN, 2004 à 2006.

2. RELATÓRIOS TÉCNICOS

FERRAZ, Luciana. Estudo Ambiental da T.I.Menkü. FUNAI, 2008/2011.

JAKUBASZKO, Andrea. Relatório Circunstanciado de Identificação e Delimitação da T.I. Menkü/MT. FUNAI, 2008/2011.

KURTZ de ALMEIDA, Ledson; OPAN, *Projeto de Medicina Tradicional Indígena. Povos Nambikwara, Manoki, Enawene Nawe*, Cuiabá, dezembro de 2004.

- 1º Produto de Consultoria. Projeto BRA 9142012. VIGISUS/OPAN, Cuiabá, maio 2006.

- 2º Produto de Consultoria. Projeto BRA 9142012. VIGI-SUS/OPAN, Cuiabá, outubro 2006.

- 3º Produto de Consultoria. Projeto BRA 9142012. VIGI-SUS/OPAN, Cuiabá, fevereiro 2007.

- Relatório Final . Projeto BRA 9142012. VIGISUS/OPAN, Cuiabá, abril 2007.

APARICIO, Miguel e VAN DER MARK, Merel. Análise Avaliativa do Convênio OPAN/FUNASA (2000-2007), Cuiabá, 2007.

DSEI Alto Rio Negro. Carta Aberta São Gabriel da Cachoeira/AM - Denúncia ao Ministério da Saúde. COIAB, 06 de março de 2008.

DETOGNI, Agda Maria. Relatório Final de Saúde Bucal do grupo Indígena Enawene Nawe. PNUD, Cuiabá, 1995.

GRECCO, Osmara. Análise Epidemiológica Enawene Nawe, Myky, Irantxe 2000-2003. Cuiabá, 2003.

----- Análise Epidemiológica Enawene Nawe, Myky, Irantxe 2004-2005. Cuiabá, 2005.

SECCHI, Darci. *A avaliação do Convênio OPAN/FUNASA na perspectiva dos seus executores*. OPAN, Cuiabá, 2003.

VILELA, Maria Esther de Albuquerque. Relatório de Visita de Saúde Aldeia Halataikwa, 2007.

QUEIROZ, Evando. Relatório de Visita de Saúde Povos Myky e Irantxe, 2008.

3. TESES E ARTIGOS

BUCHILLET, Dominique. A antropologia da doença e os sistemas oficiais de saúde, *in* Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia. Belém: MPEG/CEJUP/UEP, 1991.

DETOGNI, Agda Maria. Práticas e perfil em saúde bucal: o caso Enawene-Nawe, MT, no período 1995-2005. Dissertação de Mestrado. Cuiabá: UFMT, 2007.

DURAN SANTOS, Débora. Cotidiano Manoki no século XXI: Organização Social e Atividades Produtivas, *in* ARRUDA, JAKUBASZKO e RAMIRES (ORGs). Reflexões Indigenistas. Campinas: Editora Curt Nimuendajú e Cuiabá: OPAN, 2011.

HORTA MESSIAS FRANCO, Marcelo. Organização Social e Representatividade Pluriétnica na Região do Médio Purus. Cuiabá: OPAN/POSITIVO, 2010.

FUNASA. Medicina Tradicional Indígena em Contextos. Anais da I Reunião de Monitoramento. Projeto Vigisus II – Área de Medicina Tradicional Indígena. Brasília/DF, 2007.

GALLOIS, Dominique T. Sociedades Indígenas e Desenvolvimento: Discursos e Práticas, para Pensar a Tolerância, *in* GRUPONI. L. D. B.; VIDAL. L.; FISCHMANN. R. (ORGs). Povos Indígenas e Tolerância - construindo práticas de respeito e solidariedade. Ed. São Paulo: EDUSP, 2001.

JAKUBASZKO, Andrea. Imagens da alteridade – um estudo da experiência histórica dos Enawene Nawe. Dissertação de Mestrado. São Paulo: PUC, 2003.

_____ A OPAN e o Campo da Saúde Indígena: breves considerações, *in* SCHROEDER, Ivo (ORG). OPAN 40 Anos. Cuiabá: OPAN, 2009

LOPES NEVES, André Luis. Registro Audiovisual nos Manoki: entre o tabu e a salvaguarda, *in* ARRUDA, JAKUBASZKO e RAMIRES (ORGs). Reflexões Indigenistas. Campinas: Editora Curt Nimuendajú e Cuiabá: OPAN, 2011.

PACINI, Aloir. Laudo de Perícia Judicial. Processo 2005.36.00.000097-7. 1ª Vara da Justiça Federal do Mato Grosso: Cuiabá, 2006.

PAULI, Gisela. The creation of real food and real people: Gender-complementarity among the Menkü of Central Brazil. St. Andrews (Scotland): University of St. Andrews, 1999. (PhD in Anthropology Society).

SÁ, Cleacir Alencar. Causadores de doenças x promovedores de saúde. Cuiabá: OPAN, s/d.

_____ As fases da vida: categorias de idade Enawene (ru) Nawe. Cuiabá: OPAN, 1996.

SEEGER, A.; DA MATTA, R. & VIVEIROS DE CASTRO, E. “A Construção da Pessoa nas Sociedades Indígenas Brasileiras”, in: OLIVEIRA FILHO, João Pacheco de (org.). Sociedades indígenas e indigenismo no Brasil. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1987

SCHROEDER, Ivo. Indigenismo e política indígena entre os Parintintin. Dissertação de Mestrado em Educação Pública no Instituto de Educação da Universidade Federal de Mato Grosso – UFMT. 1995.

_____ (ORG.). OPAN 40 Anos. Cuiabá: OPAN, 2009

SCHWADE, Egydio. Porque continuam ocultos os assassinos dos Waimiri-Atroari: 2000 Waimiri-Atroari desaparecidos durante Ditadura Militar – texto 2. Presidente Figueiredo/AM: Casa da Cultura do Urubuí - CACUÍ, 2011.

SCHWADE, Marcos Ajuri. Diagnóstico da situação alimentar e nutricional do Povo Enawene Nawe. Cuiabá: OPAN/FUNASA, 2011.

SCHWADE, Maurício Adu. Desafios Socioeconômicos dos Povos Indígenas: uma reflexão a partir da trajetória Manoki, in ARRUDA, JAKUBASZKO e RAMIRES (ORGs). Reflexões Indigenistas. Campinas: Editora Curt Nimuendajú e Cuiabá: OPAN, 2011.

WEISS, Maria ClaraVieira. *Contato Interétnico, Perfil Saúde-Doença e Modelos de Intervenção Mínima: O Caso Enawene Nawe em Mato Grosso*. Tese de Doutorado (Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública). Rio de Janeiro, 1998.

4. FONTES COMPLEMENTARES

I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio. *Relatório final*. 1986.

II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas. *Relatório final*. 1993.

III Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas. *Relatório final*. 2001.

IV Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas. *Relatório final*. 2006.

ORGANIZAÇÕES INDÍGENAS, *A construção do subsistema de saúde indígena no Brasil. Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas. (Propostas das organizações indígenas e organizações não governamentais parceiras para o governo de Luiz Inácio Lula da Silva)*. Brasília, 12-13 de novembro de 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Legislação Federal Compilada – 1973 a 2006. Brasília/DF, 2007.



OPAN OPERAÇÃO AMAZÔNIA NATIVA



***Dados e indicadores demográficos
dos povos indígenas atendidos pelo
Polo Brasnorte, do Distrito Sanitário
Especial Indígena - Cuiabá***

**Marcio Ferreira da Silva
e Cleacir Alencar Sá**

Sumário

INTRODUÇÃO.....	59
1. COEFICIENTE GERAL DE NATALIDADE (CGN).....	62
2. COEFICIENTE GERAL DE MORTALIDADE (CGM)	62
3. COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL (CMI)	63
4. COEFICIENTE GERAL DE FECUNDIDADE (CGF)	63
5. TAXA BRUTA DE CRESCIMENTO	64
6. RAZÃO DE SEXO (RS).....	64
7. RAZÃO DE DEPENDÊNCIA (RN)	64
5. TAXA BRUTA DE CRESCIMENTO	65
<i>População Indígena Total (Enawene-Nawe, Myky e Irantxe)</i>	65
<i>PopulaçãoEnawene-Nawe</i>	67
<i>PopulaçãoIrantxe</i>	69
<i>A populaçãoMyky</i>	71
<i>A populaçãoIrantxe/Myky</i>	73
OBSERVAÇÕES FINAIS	75

Dados e indicadores demográficos

dos povos indígenas atendidos pelo Polo Brasnorte, do Distrito Sanitário Especial Indígena - Cuiabá

INTRODUÇÃO

O material apresentado neste relatório tem como referência principal os registros de fluxo contínuo efetuados pela OPAN ao longo do período em questão, armazenados em um banco de dados, construído em 2000. Os autores do relatório confrontaram as informações fornecidas por este banco com fontes diversas, entre as quais se destacam os diários (1974-1987) do Ir. Vicente Cañas, para o caso Enawene-Nawe, os registros de campo (1978-2011) da Ir. Elizabeth Rondon Amarante, para o caso Myky, e de Cleacir Alencar Sá, relativas aos Enawene-Nawe, Myky e Irantxe (1989-2011).

Para as estimativas de idades de indivíduos Enawene-Nawe nascidos em período anterior aos primeiros contatos, foram utilizadas também informações do banco de dados de parentesco, organizado por Marcio Ferreira da Silva. O material foi também confrontado com dados publicados por Weiss (1996), sobre os Enawene-Nawe, e por Venci Bueno (2008), sobre os Irantxe e Myky. Finalmente, os autores contaram com a contribuição dos profissionais de saúde Claudinei Santana e Gonçalo Agostinho dos Santos, funcionários do convênio OPAN/Funasa.

As definições e os métodos de cálculo dos indicadores se baseiam fundamentalmente no que foi consagrado pela Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). Este relatório faz uso extensivo do material publicado no endereço "<http://www.ripsa.org.br/php/index.php>". Sempre que possível, os autores procuraram estabelecer um diálogo entre as informações lá publicadas e as realidades demográficas e culturais características dos povos aqui focalizados.

Este relatório apresenta as seguintes informações relativas ao período em questão: (a) população em 1º de janeiro, (b) população média, (c) número de nascidos vivos, (d) número de óbitos gerais, (e) número de óbitos infantis, (f) número de mulheres férteis, número de indivíduos menores de 15 anos e (g) pirâmide populacional em 1º de janeiro de 2011. O relatório apresenta também a evolução dos seguintes indicadores: (h) coeficiente geral de natalidade, (i) coeficiente geral de mortalidade, (j) coeficiente de mortalidade infantil, (k) coeficiente geral de fecundidade, (l) taxa bruta de crescimento, (m) razão de sexo e (n) razão de dependência.

Para favorecer um exame mais acurado do quadro em questão, os autores optaram por fazer três recortes distintos da população. O primeiro corresponde ao universo populacional assistido pelo Polo Brasnorte do DSEI. Seu objetivo é oferecer um panorama geral, a partir do qual é possível entrever as condições de vida da população nos dois períodos em questão, antes e depois da instalação do Polo Distrital. O segundo define três subconjuntos, com base em um critério geográfico: habitantes das aldeias *Halataikwa* (Enawene-Nawe), *Japuira* (Myky) e demais (Irantxe). O terceiro descreve dois subconjuntos, com base em um critério histórico, que faz emergir basicamente duas redes de parentesco e aliança, cuja complexidade pode ser entrevista através das figuras a seguir:

1) **Rede de Parentesco Enawene-Nawe** (linhas azuis = filiação, linhas vermelhas = casamento; cores dos triângulos e círculos representando indivíduos indicam diferentes clãs (*Yākwa*)):

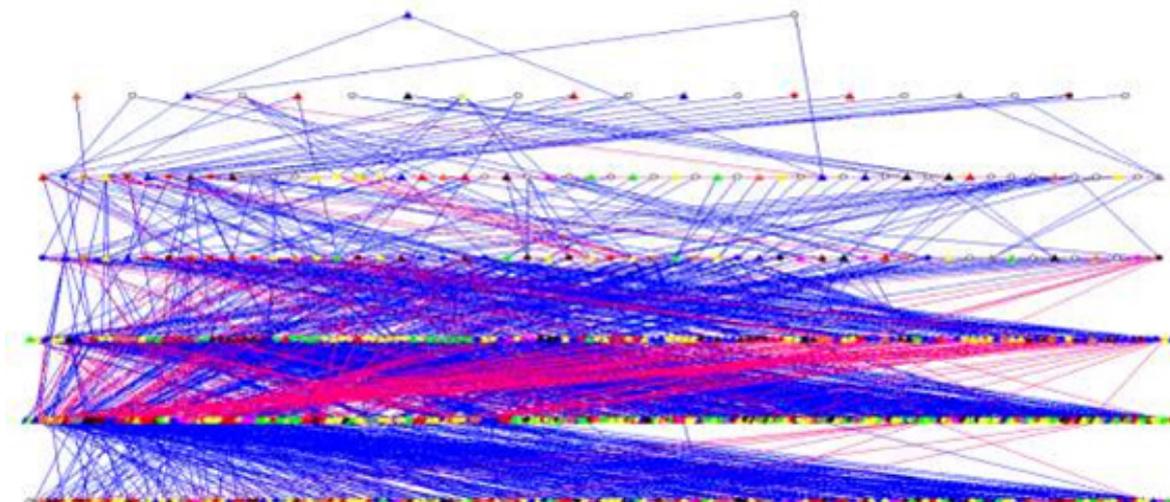


Figura 1a: Partição em níveis geracionais.



Figura 1b: Ênfase na consanguinidade.

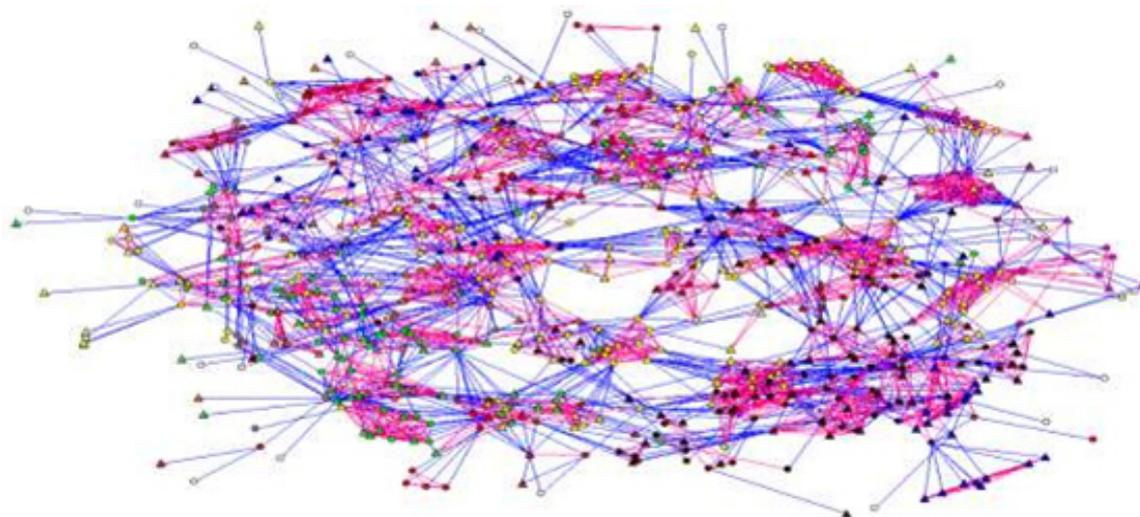


Figura 1c: Ênfase na aliança de casamento.

2) **Rede de Parentesco Myky-Irantxe** (linhas azuis = filiação, linhas vermelhas = casamento, cores dos triângulos e círculos representando indivíduos indicam Myky [vermelho] e Irantxe [verde]):

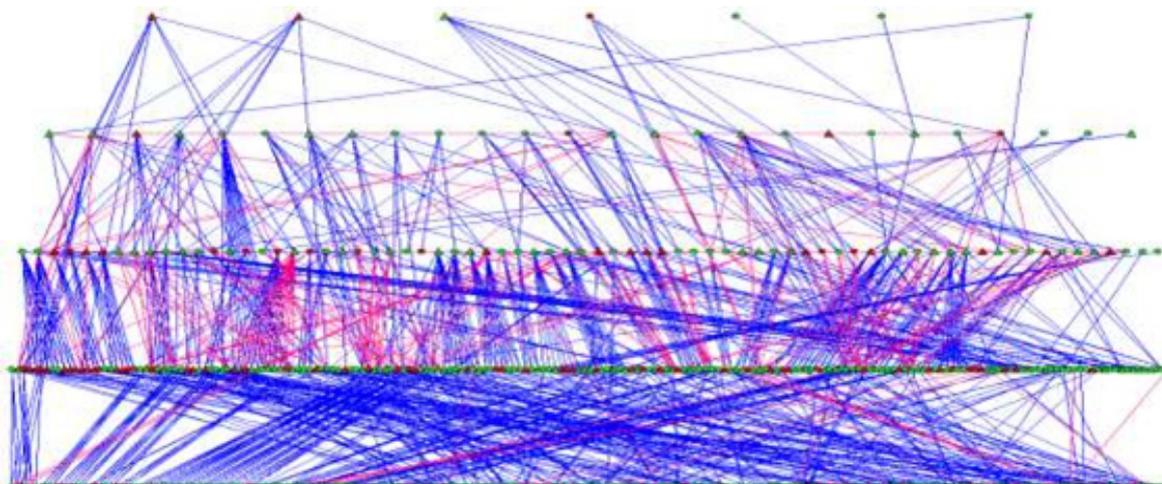


Figura 2a: Partição em níveis geracionais.

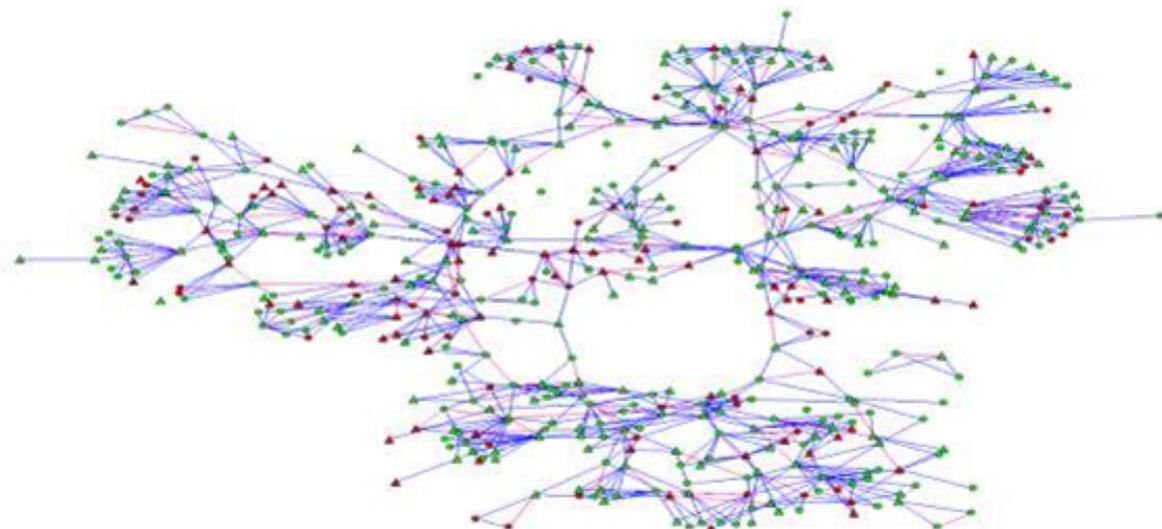


Figura 2b: Ênfase na consanguinidade.

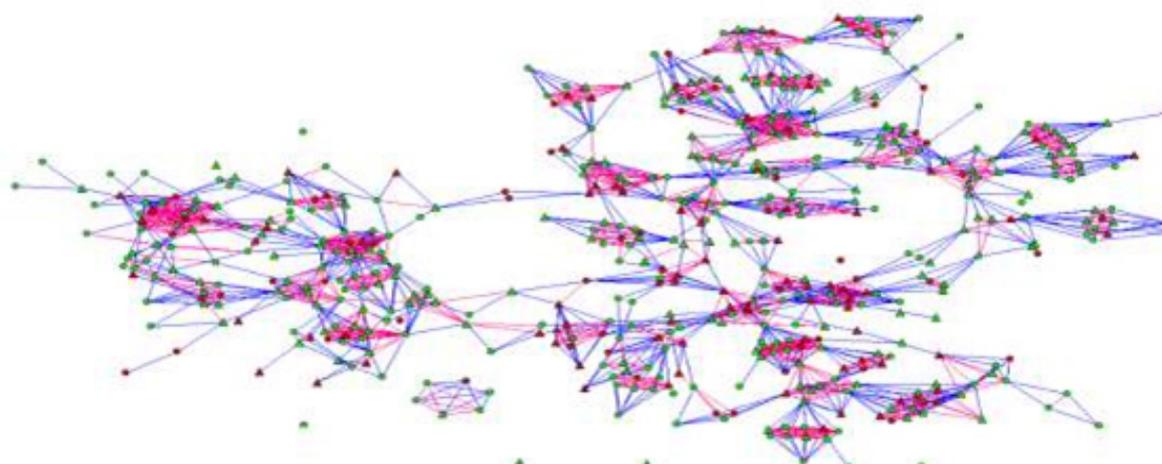


Figura 2c: Ênfase na aliança de casamento.

SOBRE OS INDICADORES E DADOS BRUTOS AQUI APRESENTADOS

Como sublinha a RIPSA, “a disponibilidade de informação apoiada em dados válidos e confiáveis é condição essencial para a análise objetiva da situação sanitária, assim como para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação de ações de saúde” (<http://www.ripsa.org.br/php/level.php?lang=pt&component=68&item=23>). Considerados em conjunto, porém, tais medidas-síntese adquirem uma

importância que transcende em muito a esfera da saúde *stricto sensu*, uma vez que são também peças-chaves no planejamento, gestão e monitoramento de políticas de intervenção econômicas, ambientais, educacionais e assim por diante. Lembra ainda a RIPSA (op.cit), que a “qualidade e a comparabilidade dos indicadores de saúde dependem da aplicação sistemática de definições operacionais e de procedimentos padronizados de medição e cálculo”. Este relatório incorpora esses pressupostos.

Fornecemos, a seguir, uma breve definição, emprego e método de cálculo do conjunto de indicadores aqui privilegiado:

1. COEFICIENTE GERAL DE NATALIDADE (CGN):

O CGN tem por base o número de nascidos vivos, por mil habitantes, na população residente em um determinado espaço geográfico e um dado ano. E expressa a intensidade com a qual a natalidade atua sobre uma população. O CGN é influenciado pela estrutura da população. Em geral, coeficientes elevados tendem a estar associados a condições socioeconômicas precárias e/ou a aspectos culturais de uma população. Em sociedades de pequena escala, até recentemente ameaçadas de desaparecimento, como aquelas focalizadas neste relatório, altos coeficientes de natalidade são interpretados como uma tendência benéfica de recomposição de uma população que, segundo os nativos, foi bem maior no passado. O CGN subsidia processos de planejamento, gestão e avaliação de ações de políticas públicas, como por exemplo aquelas relacionadas à atenção materno-infantil. Seu método de cálculo é:

(Número total de nascidos vivos / População média) em um dado ano X 1.000

2. COEFICIENTE GERAL DE MORTALIDADE (CGM):

O CGM se baseia no número de óbitos, por mil habitantes, na população residente em um determinado espaço geográfico e um dado ano. Traduz a intensidade com a qual a mortalidade é influenciada pela estrutura da população. Assim como acontece com a natalidade, elevados índices de mortalidade tendem a assinalar condições socioeconômicas (e assistência à saúde) precárias. A estrutura populacional revelada na Figura 3, com queda acentuada de indivíduos de ambos os sexos, à proporção que a idade avança, sugere a ocorrência de CGM na história recente dessas populações. Seu método de cálculo é:

(Número total de óbitos / População média) em um dado ano X 1.000

3. COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL (CMI):

O CMI corresponde ao número de óbitos no conjunto de nascidos em um determinado espaço geográfico em um dado ano. Como talvez nenhum outro índice demográfico, o CMI é capaz de, sozinho, caracterizar com notável precisão as condições de vida de uma população. O mapa elaborado a partir de dados sobre mortalidade infantil dos países do mundo, no ano 2000, reunidos pela Organização Mundial de Saúde, não deixa dúvidas quanto ao interesse deste coeficiente, internacionalmente consagrado como parâmetro de diagnóstico de diferentes situações.

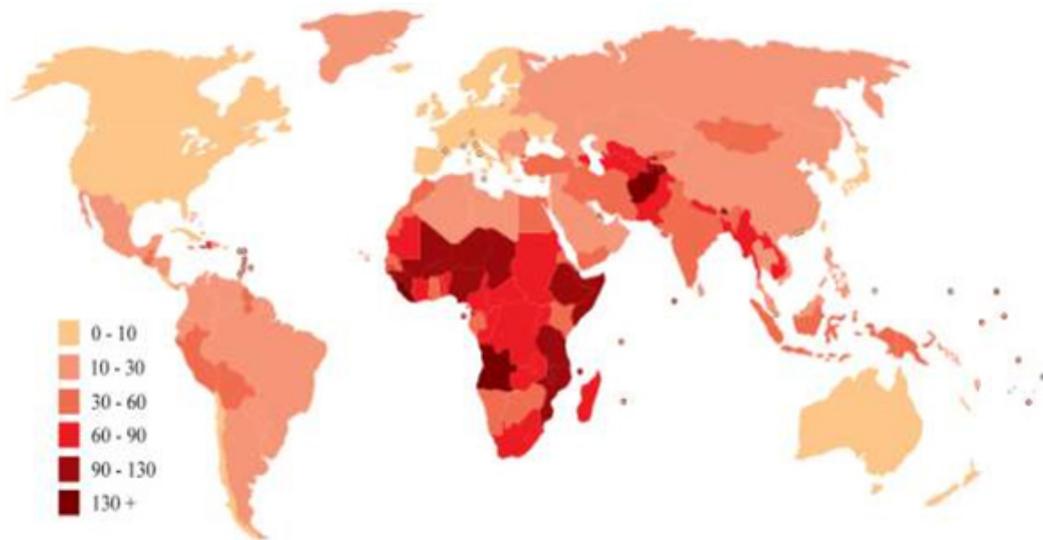


Figura 4: Coeficiente de Mortalidade Infantil por países, em 2000.

Segundo a RIPSA, o CMI “reflete, de maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil”. Ainda segundo a RIPSA, “costuma-se classificar o valor da taxa como alto (50 por mil ou mais), médio (20 a 49) e baixo (menos de 20), parâmetros esses que necessitam revisão periódica, em função de mudanças no perfil epidemiológico.” (<http://www.ripsa.org.br/fichasIDB/record.php?node=C.1&lang=pt&version=ed4>). Seu método de cálculo é:

(Número total de óbitos infantis / Nascidos vivos) em um dado ano X 1.000

4. COEFICIENTE GERAL DE FECUNDIDADE (CGF):

O CGF tem por base o número de nascidos vivos, por mil habitantes, na população de mulheres em idade reprodutiva residente em um determinado espaço geográfico e um dado ano. Este coeficiente permite estimar tendências da dinâmica demográfica. Por esta razão, o CGF corresponde a um subsídio importante nos processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas, com projeções que orientem o redimensionamento da oferta de serviços e atualização de metas. Seu método de cálculo é:

(Nascidos vivos / Número de mulheres de 15 a 49 anos) em um dado ano X 1.000

5. TAXA BRUTA DE CRESCIMENTO (TBC):

A TBC corresponde ao percentual de incremento médio anual da população, indicando seu ritmo de crescimento. Nos casos focalizados neste relatório, a TBC é influenciada apenas pelas dinâmicas de natalidade e mortalidade definidas em cada situação específica. Assim como o CGF, os percentuais de crescimento são subsídios importantes nos processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas. Convém, todavia, assinalar que a utilização da TBC em projeções para anos distantes deve levar em consideração sua limitação por nem sempre refletir alterações recentes da dinâmica populacional, notadamente em sociedades de pequena escala. Seu método de cálculo é:

$$\text{(População Ano N em 1º de janeiro / População Ano N-1 em 1º de janeiro) - 1} \times 100$$

6. RAZÃO DE SEXO (RS):

A RS corresponde ao número de homens para cada grupo de 100 mulheres, na população, expressando a relação quantitativa entre os sexos. Se igual a 100, há equilíbrio, se maior, revela o predomínio de homens e se menor, de mulheres. Este indicador é influenciado por taxas de mortalidade diferenciadas por sexo e idades. No caso particular das populações Irantxe e Myky, as variações na RS podem auxiliar na compreensão de fenômenos sociais como iniciativas de migração para fins matrimoniais. Nessas populações, registra-se não apenas o intercâmbio matrimonial recente entre os dois contingentes, mas também o ingresso de indivíduos estrangeiros (5 Pareci, 4 Rikbaktsa, 3 Não Índios, 2 Kayabi e 1 Cinta Larga). A RS pode também auxiliar na compreensão de fenômenos igualmente relacionados a essa distribuição como morbidade e mortalidade. Seu método de cálculo é:

$$\text{(População Média de Homens / População Média de Mulheres)} \times 100$$

7. RAZÃO DE DEPENDÊNCIA (RN):

A RN é a razão entre o segmento etário da população definido como dependente e o segmento etário potencialmente produtivo em um dado contingente. No caso das três populações em questão, decidimos incluir no segmento dependente apenas os menores de 15 anos, já que o segmento idoso (acima de 65 anos) continua desempenhando as mesmas atividades econômicas a cargo dos demais adultos. Valores elevados da RN indicam que a população em idade produtiva sustenta uma grande proporção de dependentes, o que significa importantes encargos. A variação da RN em um intervalo de tempo pode indicar o rejuvenescimento ou envelhecimento de uma população, contribuindo para subsidiar as políticas e ações de atenção à saúde. Seu método de cálculo é:

$$\text{(Número de pessoas de 0 a 14 anos / Número de pessoas de 15 anos ou mais)} \times 100$$

DADOS BRUTOS, COEFICIENTES E TAXAS DA POPULAÇÃO INDÍGENA EM QUESTÃO:

Nas tabelas a seguir, adotamos uma forma padronizada de apresentação das informações, de modo a facilitar a comparabilidade dos diferentes recortes referidos acima. Convém chamar a atenção para uma deficiência que não conseguimos sanar, diretamente relacionada ao tema da mortalidade infantil entre a população Irantxe, nos anos de 1991 a 2000. As fontes documentais disponíveis registram zero ocorrências desses eventos no período, o que não é ratificado por indivíduos Irantxe entrevistados em Cuiabá. Como, no período de elaboração deste relatório, seria impraticável a realização um inquérito de campo para sanar a questão, optamos por transcrever a informação disponível, mas sugerimos a máxima cautela em relação a ela. Por outro lado, convém dizer que os outros “zeros” nas tabelas são rigorosamente fidedignos, como por exemplo, a mortalidade geral em 2001, em todos os contingentes populacionais aqui focalizados.

A) POPULAÇÃO INDÍGENA TOTAL (ENAWENE-NAWE, MYKY E IRANTXE):

A população indígena assistida pelo Polo Brasnorte apresenta a seguinte estrutura em 1º de janeiro de 2011:

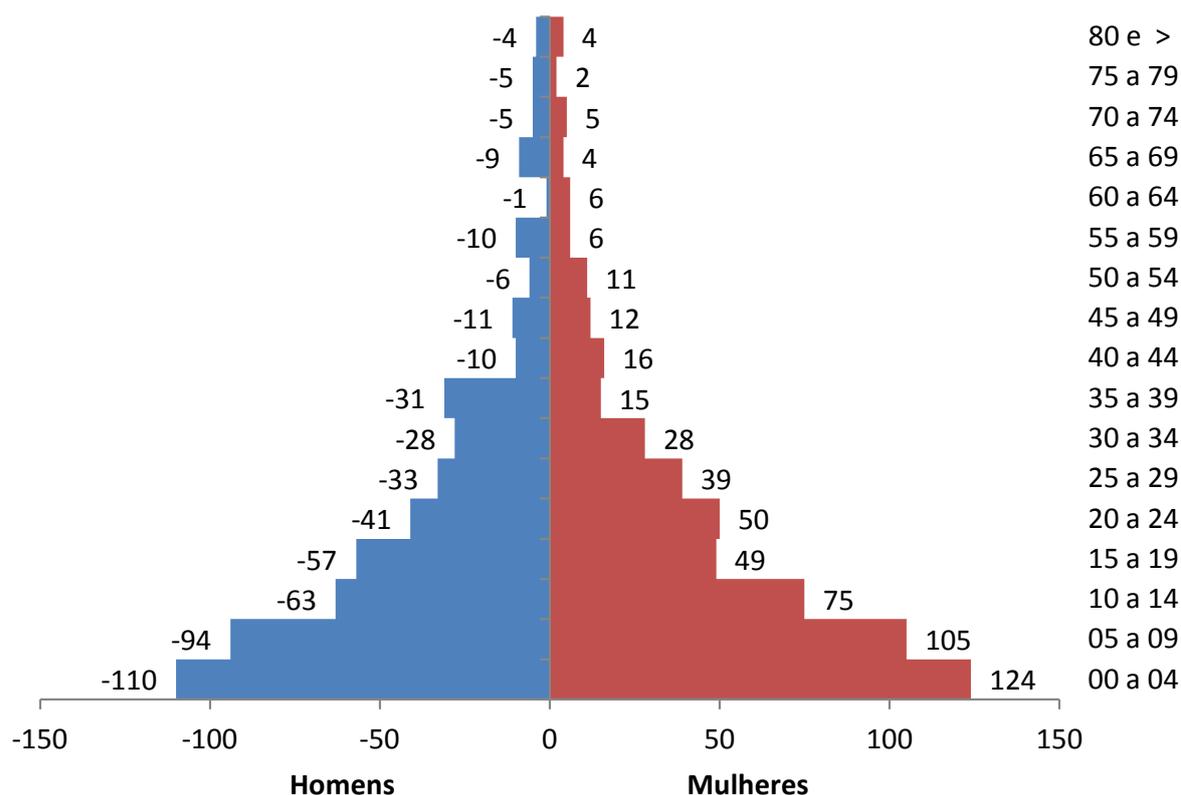


Figura 3: Pirâmide da População Enawene-Nawe, Irantxe e Myky.

Dados brutos:

1. População em 01 de janeiro:

Ano	Total	Homens	Mulheres	Mulheres		
				15 a 49	0 a 14	> 14 anos
1991	432	218	214	79	228	204
1992	443	225	218	85	230	213
1993	464	240	224	88	241	223
1994	487	247	240	91	257	230
1995	506	254	252	95	267	239
1996	526	264	262	100	274	252
1997	549	280	269	109	280	269
1998	583	297	286	111	307	276
1999	607	304	303	120	312	295
2000	617	308	309	125	310	307
2001	653	324	329	130	337	316
2002	690	345	345	137	357	333
2003	731	363	368	147	381	350
2004	770	380	390	150	407	363
2005	802	392	410	158	424	378
2006	852	419	433	172	449	403
2007	893	439	454	174	480	413
2008	929	448	481	177	495	434
2009	977	474	503	189	521	456
2010	1022	498	524	200	547	475
2011	1069	518	551	209	571	498

População Média (Pop Med) e eventos anuais:

Ano	Pop Med Total	Pop Med Homens	Pop Med Mulheres	Pop Med Mulheres 14 a 49	Pop Med Infantil	Pop Med adulta	Nascidos Vivos	Óbitos Gerais	Óbitos Infantis
1991	437,5	221,5	216,0	82,0	229,0	208,5	17	6	6
1992	453,5	232,5	221,0	86,5	235,5	218,0	26	5	2
1993	475,5	243,5	232,0	89,5	249,0	226,5	30	7	2
1994	496,5	250,5	246,0	93,0	262,0	234,5	25	6	5
1995	516,0	259,0	257,0	97,5	270,5	245,5	27	7	1
1996	537,5	272,0	265,5	104,5	277,0	260,5	25	2	2
1997	566,0	288,5	277,5	110,0	293,5	272,5	37	3	1
1998	595,0	300,5	294,5	115,5	309,5	285,5	28	4	2
1999	612,0	306,0	306,0	122,5	311,0	301,0	20	10	5
2000	635,0	316,0	319,0	127,5	323,5	311,5	40	4	1
2001	671,5	334,5	337,0	133,5	347,0	324,5	37	0	0
2002	710,5	354,0	356,5	142,0	369,0	341,5	45	4	2
2003	750,5	371,5	379,0	148,5	394,0	356,5	43	4	2
2004	786,0	386,0	400,0	154,0	415,5	370,5	36	4	3
2005	827,0	405,5	421,5	165,0	436,5	390,5	52	2	1
2006	872,5	429,0	443,5	173,0	464,5	408,0	48	7	4
2007	911,0	443,5	467,5	175,5	487,5	423,5	44	8	5
2008	953,0	461,0	492,0	183,0	508,0	445,0	58	10	6
2009	999,5	486,0	513,5	194,5	534,0	465,5	52	7	5
2010	1045,5	508,0	537,5	204,5	559,0	486,5	54	7	2

Indicadores:

Ano	CGN	CGM	CMI	CGF	TBC	RS	RD
1991	38,9	13,7	352,9	207,3	2,5%	102,5	109,8
1992	57,3	11,0	76,9	300,6	4,7%	105,2	108,0
1993	63,1	14,7	66,7	335,2	5,0%	105,0	109,9
1994	50,4	12,1	200,0	268,8	3,9%	101,8	111,7
1995	52,3	13,6	37,0	276,9	4,0%	100,8	110,2
1996	46,5	3,7	80,0	239,2	4,4%	102,4	106,3
1997	65,4	5,3	27,0	336,4	6,2%	104,0	107,7
1998	47,1	6,7	71,4	242,4	4,1%	102,0	108,4
1999	32,7	16,3	250,0	163,3	1,6%	100,0	103,3
2000	63,0	6,3	25,0	313,7	5,8%	99,1	103,9
2001	55,1	0,0	0,0	277,2	5,7%	99,3	106,9
2002	63,3	5,6	44,4	316,9	5,9%	99,3	108,1
2003	57,3	5,3	46,5	289,6	5,3%	98,0	110,5
2004	45,8	5,1	83,3	233,8	4,2%	96,5	112,1
2005	62,9	2,4	19,2	315,2	6,2%	96,2	111,8
2006	55,0	8,0	83,3	277,5	4,8%	96,7	113,8
2007	48,3	8,8	113,6	250,7	4,0%	94,9	115,1
2008	60,9	10,5	103,4	316,9	5,2%	93,7	114,2
2009	52,0	7,0	96,2	267,4	4,6%	94,6	114,7
2010	51,6	6,7	37,0	264,1	4,6%	94,5	114,9

B) POPULAÇÃO ENAWENE-NAWE:

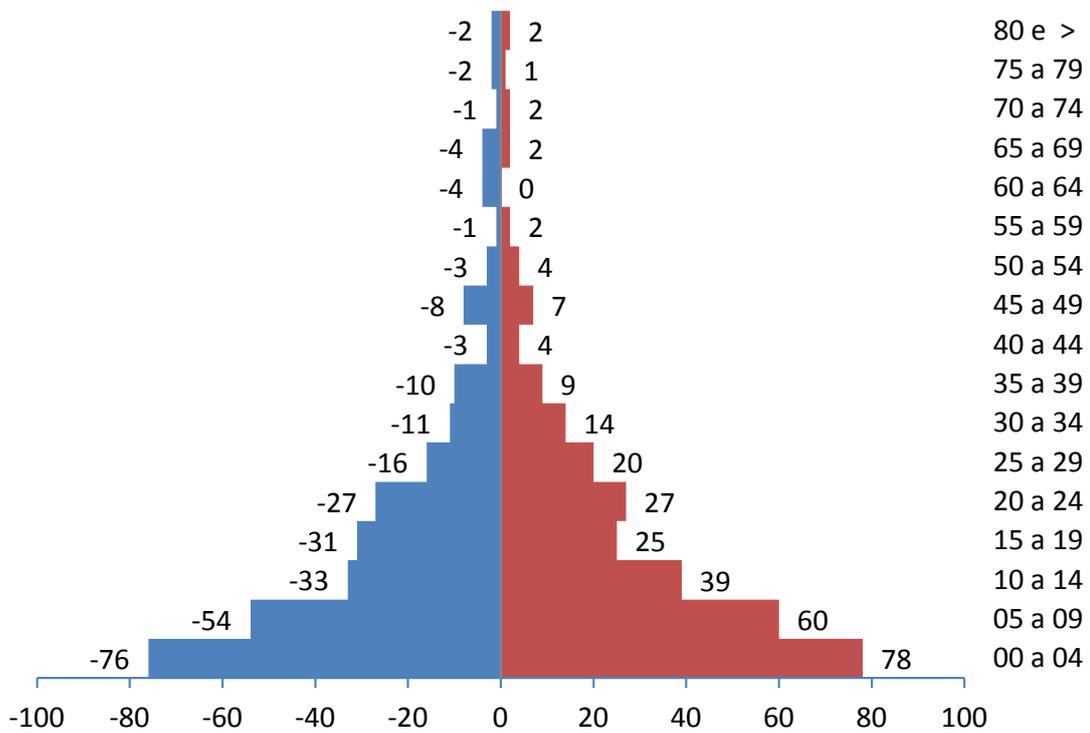


Figura 5: Pirâmide da população indígena Enawene-Nawe em 01 de janeiro de 2011.

Dados brutos:

Ano	Total	Homens	Mulheres	Mulheres		
				15 a 49	0 a 14	> 14 anos
1991	211	103	108	39	120	91
1992	216	107	109	43	120	96
1993	227	114	113	45	127	100
1994	238	115	123	45	139	99
1995	246	119	127	47	144	102
1996	257	125	132	49	148	109
1997	268	133	135	51	151	117
1998	288	142	146	51	169	119
1999	298	144	154	58	166	132
2000	300	148	152	59	163	137
2001	320	157	163	61	182	138
2002	334	164	170	65	191	143
2003	366	180	186	69	209	157
2004	386	190	196	72	221	165
2005	403	196	207	77	231	172
2006	435	211	224	86	246	189
2007	455	223	232	87	261	194
2008	484	233	251	91	277	207
2009	518	252	266	97	300	218
2010	545	267	278	100	319	226
2011	582	282	300	106	340	242

População Média (Pop Med) e eventos anuais:

Ano	Pop Med Total	Pop Med Homens	Pop Med Mulheres	Pop Med Mulheres 14 a 49	Pop Med Infantil	Pop Med adulta	Nascidos Vivos	Óbitos Gerais	Óbitos Infantis
1991	213,5	105,0	108,5	41,0	120,0	93,5	10	5	5
1992	221,5	110,5	111,0	44,0	123,5	98,0	15	4	2
1993	232,5	114,5	118,0	45,0	133,0	99,5	17	6	2
1994	242,0	117,0	125,0	46,0	141,5	100,5	13	5	4
1995	251,5	122,0	129,5	48,0	146,0	105,5	17	6	0
1996	262,5	129,0	133,5	50,0	149,5	113,0	13	2	2
1997	278,0	137,5	140,5	51,0	160,0	118,0	22	2	0
1998	293,0	143,0	150,0	54,5	167,5	125,5	14	4	2
1999	299,0	146,0	153,0	58,5	164,5	134,5	11	9	5
2000	310,0	152,5	157,5	60,0	172,5	137,5	23	3	1
2001	327,0	160,5	166,5	63,0	186,5	140,5	17	3	0
2002	350,0	172,0	178,0	67,0	200,0	150,0	32	0	2
2003	376,0	185,0	191,0	70,5	215,0	161,0	23	3	1
2004	394,5	193,0	201,5	74,5	226,0	168,5	19	2	2
2005	419,0	203,5	215,5	81,5	238,5	180,5	34	2	1
2006	445,0	217,0	228,0	86,5	253,5	191,5	24	4	2
2007	469,5	228,0	241,5	89,0	269,0	200,5	33	4	3
2008	501,0	242,5	258,5	94,0	288,5	212,5	41	7	5
2009	531,5	259,5	272,0	98,5	309,5	222,0	31	4	2
2010	563,5	274,5	289,0	103,0	329,5	234,0	41	4	2

Indicadores:

Ano	CGN	CGM	CMI	CGF	TBC	RS	RD
1991	46,8	23,4	500,0	243,9	2,4%	96,8	128,3
1992	67,7	18,1	133,3	340,9	5,1%	99,5	126,0
1993	73,1	25,8	117,6	377,8	4,8%	97,0	133,7
1994	53,7	20,7	307,7	282,6	3,4%	93,6	140,8
1995	67,6	23,9	0,0	354,2	4,5%	94,2	138,4
1996	49,5	7,6	153,8	260,0	4,3%	96,6	132,3
1997	79,1	7,2	0,0	431,4	7,5%	97,9	135,6
1998	47,8	13,7	142,9	256,9	3,5%	95,3	133,5
1999	36,8	30,1	454,5	188,0	0,7%	95,4	122,3
2000	74,2	9,7	43,5	383,3	6,7%	96,8	125,5
2001	52,0	9,2	0,0	269,8	4,4%	96,4	132,7
2002	91,4	0,0	62,5	477,6	9,6%	96,6	133,3
2003	61,2	8,0	43,5	326,2	5,5%	96,9	133,5
2004	48,2	5,1	105,3	255,0	4,4%	95,8	134,1
2005	81,1	4,8	29,4	417,2	7,9%	94,4	132,1
2006	53,9	9,0	83,3	277,5	4,6%	95,2	132,4
2007	70,3	8,5	90,9	370,8	6,4%	94,4	134,2
2008	81,8	14,0	122,0	436,2	7,0%	93,8	135,8
2009	58,3	7,5	64,5	314,7	5,2%	95,4	139,4
2010	72,8	7,1	48,8	398,1	6,8%	95,0	140,8

c) POPULAÇÃO IRANTXE:

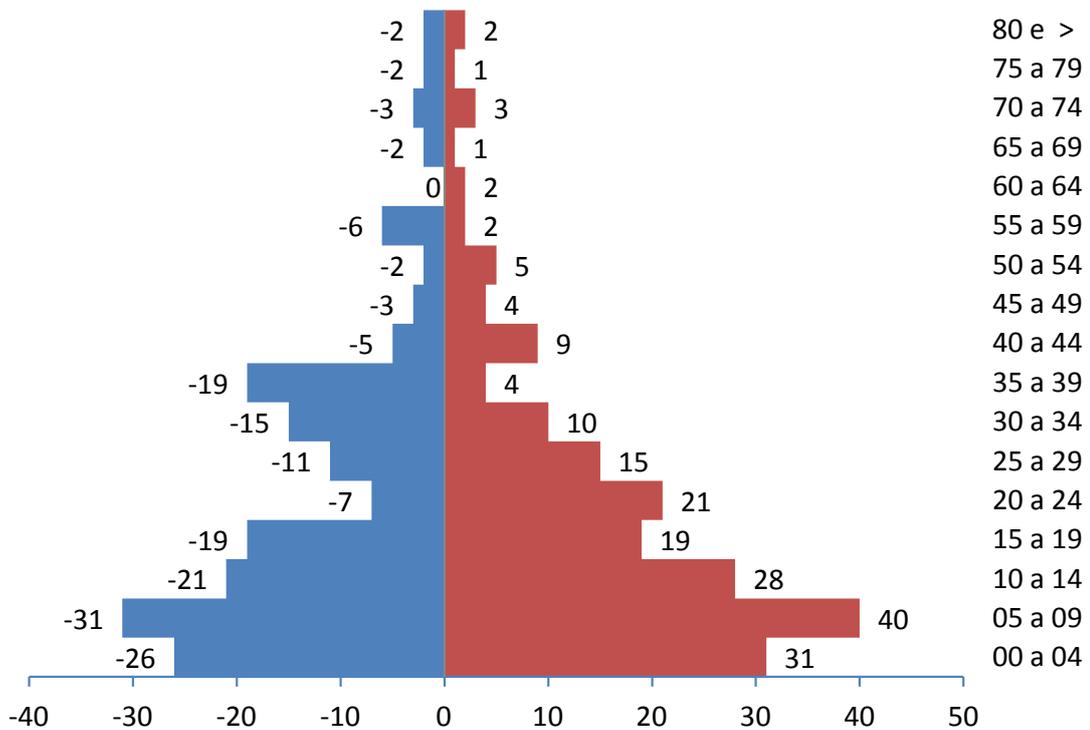


Figura 6: Pirâmide da população Irantxe em 01 de janeiro de 2011.

Dados brutos:

Ano	Total	Homens	Mulheres	Mulheres		
				15 a 49	0 a 14	> 14 anos
1991	162	80	82	21	80	82
1992	168	83	85	29	84	84
1993	177	90	87	31	87	90
1994	184	94	90	34	86	98
1995	194	97	97	35	92	102
1996	201	99	102	37	94	107
1997	211	105	106	42	98	113
1998	223	111	112	43	107	116
1999	231	114	117	45	111	120
2000	239	115	124	49	111	128
2001	250	120	130	51	116	134
2002	268	129	139	53	128	140
2003	275	132	143	59	129	146
2004	293	138	155	60	145	148
2005	303	140	163	63	148	155
2006	320	151	169	68	159	161
2007	335	157	178	69	169	166
2008	342	159	183	68	168	174
2009	353	165	188	71	174	179
2010	366	172	194	78	177	189
2011	371	174	197	82	177	194

População Média (Pop Med) e eventos anuais:

Ano	Pop Med Total	Pop Med Homens	Pop Med Mulheres	Pop Med Mulheres 14 a 49	Pop Med Infantil	Pop Med adulta	Nascidos Vivos	Óbitos Gerais	Óbitos Infantis
1991	165,0	81,5	83,5	25,0	82,0	83,0	1	1	0
1992	172,5	86,5	86,0	30,0	85,5	87,0	2	1	0
1993	180,5	92,0	88,5	32,5	86,5	94,0	6	1	0
1994	189,0	95,5	93,5	34,5	89,0	100,0	2	1	0
1995	197,5	98,0	99,5	36,0	93,0	104,5	3	1	0
1996	206,0	102,0	104,0	39,5	96,0	110,0	2	0	0
1997	217,0	108,0	109,0	42,5	102,5	114,5	3	1	0
1998	227,0	112,5	114,5	44,0	109,0	118,0	6	0	0
1999	235,0	114,5	120,5	47,0	111,0	124,0	1	1	0
2000	244,5	117,5	127,0	50,0	113,5	131,0	6	0	0
2001	259,0	124,5	134,5	52,0	122,0	137,0	2	0	0
2002	271,5	130,5	141,0	56,0	128,5	143,0	5	0	0
2003	284,0	135,0	149,0	59,5	137,0	147,0	2	1	0
2004	298,0	139,0	159,0	61,5	146,5	151,5	6	1	1
2005	311,5	145,5	166,0	65,5	153,5	158,0	1	0	0
2006	327,5	154,0	173,5	68,5	164,0	163,5	8	2	0
2007	338,5	158,0	180,5	68,5	168,5	170,0	3	3	0
2008	347,5	162,0	185,5	69,5	171,0	176,5	4	1	0
2009	359,5	168,5	191,0	74,5	175,5	184,0	7	2	1
2010	368,5	173,0	195,5	80,0	177,0	191,5	5	0	0

Indicadores:

Ano	CGN	CGM	CMI	CGF	TBC	RS	RD
1991	6,1	6,1	0,0	40,0	3,7%	97,6	98,8
1992	11,6	5,8	0,0	66,7	5,4%	100,6	98,3
1993	33,2	5,5	0,0	184,6	4,0%	104,0	92,0
1994	10,6	5,3	0,0	58,0	5,4%	102,1	89,0
1995	15,2	5,1	0,0	83,3	3,6%	98,5	89,0
1996	9,7	0,0	0,0	50,6	5,0%	98,1	87,3
1997	13,8	4,6	0,0	70,6	5,7%	99,1	89,5
1998	26,4	0,0	0,0	136,4	3,6%	98,3	92,4
1999	4,3	4,3	0,0	21,3	3,5%	95,0	89,5
2000	24,5	0,0	0,0	120,0	4,6%	92,5	86,6
2001	7,7	0,0	0,0	38,5	7,2%	92,6	89,1
2002	18,4	0,0	0,0	89,3	2,6%	92,6	89,9
2003	7,0	3,5	0,0	33,6	6,5%	90,6	93,2
2004	20,1	3,4	166,7	97,6	3,4%	87,4	96,7
2005	3,2	0,0	0,0	15,3	5,6%	87,7	97,2
2006	24,4	6,1	0,0	116,8	4,7%	88,8	100,3
2007	8,9	8,9	0,0	43,8	2,1%	87,5	99,1
2008	11,5	2,9	0,0	57,6	3,2%	87,3	96,9
2009	19,5	5,6	142,9	94,0	3,7%	88,2	95,4
2010	13,6	0,0	0,0	62,5	1,4%	88,5	92,4

d) A POPULAÇÃO MYKY:

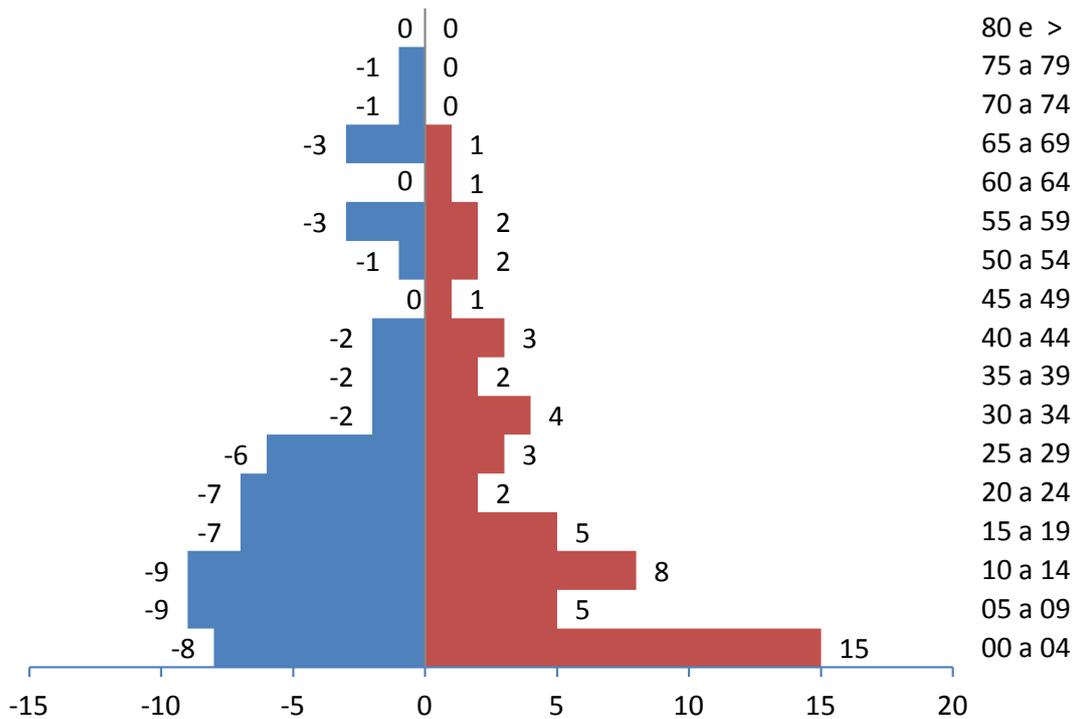


Figura 7: Pirâmide da população Myky, em 01 de janeiro de 2011.

Dados brutos:

Ano	Total	Homens	Mulheres	Mulheres		
				15 a 49	0 a 14	> 14 anos
1991	57	34	23	12	27	30
1992	57	34	23	13	25	32
1993	58	35	23	12	26	32
1994	63	37	26	12	31	32
1995	64	37	27	13	30	34
1996	66	39	27	14	31	35
1997	68	41	27	16	30	38
1998	70	43	27	16	31	39
1999	76	45	31	16	35	41
2000	76	44	32	16	34	42
2001	82	47	35	17	39	43
2002	84	49	35	18	38	46
2003	89	51	38	18	43	46
2004	90	52	38	18	41	49
2005	95	56	39	17	45	50
2006	96	57	39	17	44	52
2007	102	59	43	17	50	52
2008	102	56	46	17	50	52
2009	105	57	48	20	47	58
2010	110	59	51	21	51	59
2011	115	62	53	20	54	61

População Média (Pop Med) e eventos anuais:

Ano	Pop Med Total	Pop Med Homens	Pop Med Mulheres	Pop Med Mulheres 14 a 49	Pop Med Infantil	Pop Med adulta	Nascidos Vivos	Óbitos Gerais	Óbitos Infantis
1991	57,0	34,0	23,0	12,5	26,0	31,0	1	1	1
1992	57,5	34,5	23,0	12,5	25,5	32,0	2	1	0
1993	60,5	36,0	24,5	12,0	28,5	32,0	6	1	0
1994	63,5	37,0	26,5	12,5	30,5	33,0	2	1	1
1995	65,0	38,0	27,0	13,5	30,5	34,5	3	1	1
1996	67,0	40,0	27,0	15,0	30,5	36,5	2	0	0
1997	69,0	42,0	27,0	16,0	30,5	38,5	3	1	0
1998	73,0	44,0	29,0	16,0	33,0	40,0	6	0	0
1999	76,0	44,5	31,5	16,0	34,5	41,5	1	1	0
2000	79,0	45,5	33,5	16,5	36,5	42,5	6	0	0
2001	83,0	48,0	35,0	17,5	38,5	44,5	2	0	0
2002	86,5	50,0	36,5	18,0	40,5	46,0	5	0	0
2003	89,5	51,5	38,0	18,0	42,0	47,5	2	1	1
2004	92,5	54,0	38,5	17,5	43,0	49,5	6	1	0
2005	95,5	56,5	39,0	17,0	44,5	51,0	1	0	0
2006	99,0	58,0	41,0	17,0	47,0	52,0	8	2	1
2007	102,0	57,5	44,5	17,0	50,0	52,0	3	3	0
2008	103,5	56,5	47,0	18,5	48,5	55,0	4	1	1
2009	107,5	58,0	49,5	20,5	49,0	58,5	7	2	2
2010	112,5	60,5	52,0	20,5	52,5	60,0	5	0	0

Indicadores:

Ano	CGN	CGM	CMI	CGF	TBC	RS	RD
1991	17,5	17,5	1000,0	80,0	0,0%	147,8	83,9
1992	34,8	17,4	0,0	160,0	1,8%	150,0	79,7
1993	99,2	16,5	0,0	500,0	8,6%	146,9	89,1
1994	31,5	15,7	500,0	160,0	1,6%	139,6	92,4
1995	46,2	15,4	333,3	222,2	3,1%	140,7	88,4
1996	29,9	0,0	0,0	133,3	3,0%	148,1	83,6
1997	43,5	14,5	0,0	187,5	2,9%	155,6	79,2
1998	82,2	0,0	0,0	375,0	8,6%	151,7	82,5
1999	13,2	13,2	0,0	62,5	0,0%	141,3	83,1
2000	75,9	0,0	0,0	363,6	7,9%	135,8	85,9
2001	24,1	0,0	0,0	114,3	2,4%	137,1	86,5
2002	57,8	0,0	0,0	277,8	6,0%	137,0	88,0
2003	22,3	11,2	500,0	111,1	1,1%	135,5	88,4
2004	64,9	10,8	0,0	342,9	5,6%	140,3	86,9
2005	10,5	0,0	0,0	58,8	1,1%	144,9	87,3
2006	80,8	20,2	125,0	470,6	6,3%	141,5	90,4
2007	29,4	29,4	0,0	176,5	0,0%	129,2	96,2
2008	38,6	9,7	250,0	216,2	2,9%	120,2	88,2
2009	65,1	18,6	285,7	341,5	4,8%	117,2	83,8
2010	44,4	0,0	0,0	243,9	4,5%	116,3	87,5

E) A POPULAÇÃO IRANTXE/MYKY:

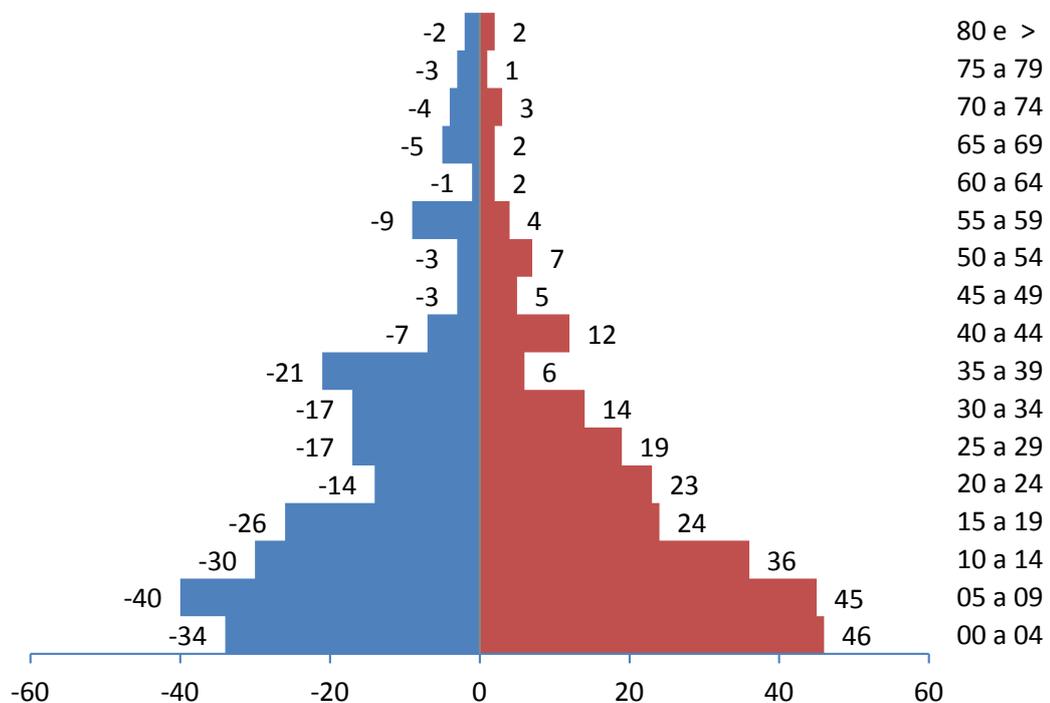


Figura 8: Pirâmide da população indígena Myky-Irantxe, em 01 de janeiro de 2011.

Dados brutos:

Ano	Total	Homens	Mulheres	Mulheres		
				15 a 49	0 a 14	> 14 anos
1991	221	115	106	40	108	113
1992	227	118	109	42	110	117
1993	237	126	111	43	114	123
1994	249	132	117	46	118	131
1995	260	135	125	48	123	137
1996	269	139	130	51	126	143
1997	281	147	134	58	129	152
1998	295	155	140	60	138	157
1999	309	160	149	62	146	163
2000	317	160	157	66	145	172
2001	333	167	166	69	155	178
2002	353	178	175	72	166	187
2003	365	183	182	78	172	193
2004	384	190	194	78	186	198
2005	399	196	203	81	193	206
2006	417	208	209	86	203	214
2007	438	216	222	87	219	219
2008	445	215	230	86	218	227
2009	459	222	237	92	221	238
2010	477	231	246	100	228	249
2011	487	236	251	103	231	256

População Média (Pop Med) e eventos anuais:

Ano	Pop Med Total	Pop Med Homens	Pop Med Mulheres	Pop Med Mulheres 14 a 49	Pop Med Infantil	Pop Med adulta	Nascidos Vivos	Óbitos Gerais	Óbitos Infantis
1991	224,0	116,5	107,5	41,0	109,0	115,0	7	1	1
1992	232,0	122,0	110,0	42,5	112,0	120,0	11	1	0
1993	243,0	129,0	114,0	44,5	116,0	127,0	13	1	0
1994	254,5	133,5	121,0	47,0	120,5	134,0	12	1	1
1995	264,5	137,0	127,5	49,5	124,5	140,0	10	1	1
1996	275,0	143,0	132,0	54,5	127,5	147,5	12	0	0
1997	288,0	151,0	137,0	59,0	133,5	154,5	15	1	1
1998	302,0	157,5	144,5	61,0	142,0	160,0	14	0	0
1999	313,0	160,0	153,0	64,0	145,5	167,5	9	1	0
2000	325,0	163,5	161,5	67,5	150,0	175,0	17	1	0
2001	343,0	172,5	170,5	70,5	160,5	182,5	20	0	0
2002	359,0	180,5	178,5	75,0	169,0	190,0	13	1	0
2003	374,5	186,5	188,0	78,0	179,0	195,5	20	1	1
2004	391,5	193,0	198,5	79,5	189,5	202,0	17	2	1
2005	408,0	202,0	206,0	83,5	198,0	210,0	18	0	0
2006	427,5	212,0	215,5	86,5	211,0	216,5	24	3	1
2007	441,5	215,5	226,0	86,5	218,5	223,0	11	4	0
2008	452,0	218,5	233,5	89,0	219,5	232,5	17	3	1
2009	468,0	226,5	241,5	96,0	224,5	243,5	21	3	3
2010	482,0	233,5	248,5	101,5	229,5	252,5	13	3	0

Indicadores:

Ano	CGN	CGM	CMI	CGF	TBC	RS	RD
1991	31,3	4,5	142,9	170,7	2,7%	108,4	94,8
1992	47,4	4,3	0,0	258,8	4,4%	110,9	93,3
1993	53,5	4,1	0,0	292,1	5,1%	113,2	91,3
1994	47,2	3,9	83,3	255,3	4,4%	110,3	89,9
1995	37,8	3,8	100,0	202,0	3,5%	107,5	88,9
1996	43,6	0,0	0,0	220,2	4,5%	108,3	86,4
1997	52,1	3,5	66,7	254,2	5,0%	110,2	86,4
1998	46,4	0,0	0,0	229,5	4,7%	109,0	88,8
1999	28,8	3,2	0,0	140,6	2,6%	104,6	86,9
2000	52,3	3,1	0,0	251,9	5,0%	101,2	85,7
2001	58,3	0,0	0,0	283,7	6,0%	101,2	87,9
2002	36,2	2,8	0,0	173,3	3,4%	101,1	88,9
2003	53,4	2,7	50,0	256,4	5,2%	99,2	91,6
2004	43,4	5,1	58,8	213,8	3,9%	97,2	93,8
2005	44,1	0,0	0,0	215,6	4,5%	98,1	94,3
2006	56,1	7,0	41,7	277,5	5,0%	98,4	97,5
2007	24,9	9,1	0,0	127,2	1,6%	95,4	98,0
2008	37,6	6,6	58,8	191,0	3,1%	93,6	94,4
2009	44,9	6,4	142,9	218,8	3,9%	93,8	92,2
2010	27,0	6,2	0,0	128,1	2,1%	94,0	90,9

OBSERVAÇÕES FINAIS:

Convém, em primeiro lugar, destacar o comportamento de alguns indicadores ao longo dos últimos 20 anos, nas populações Enawene-Nawe e Myky. Os gráficos abaixo apresentam valores anuais (em azul) e tendência linear (em vermelho). Observe-se que, apesar de corresponderem a contingentes muito diferentes do ponto de vista de suas instituições sociais e padrões culturais, ambos revelam, no período em questão, aumento da natalidade e da fertilidade e diminuição da mortalidade geral e infantil. Esta é uma boa notícia para dois povos que, nos anos 70, estavam ameaçados de desaparecimento.

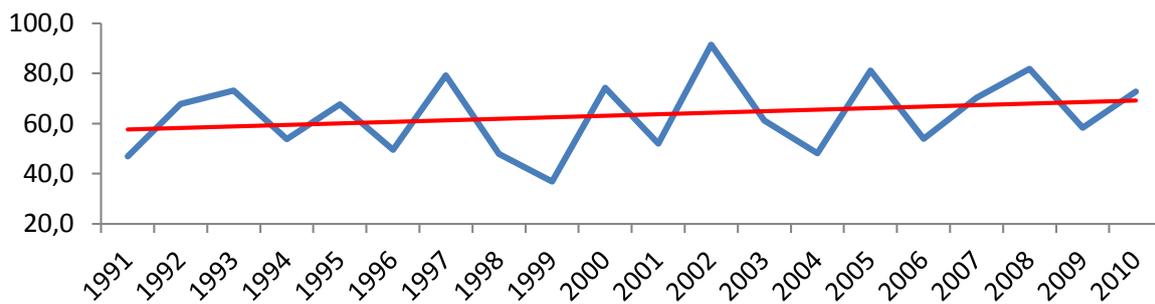


Figura 9: Enawene-Nawe – Natalidade (Evolução e Tendência).

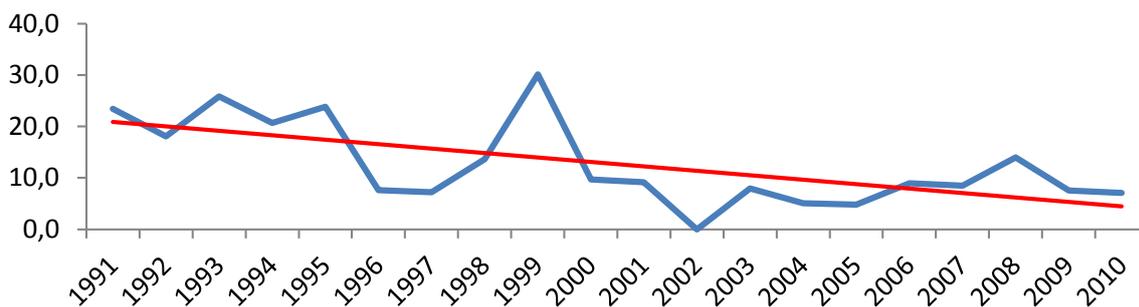


Figura 10: Enawene-Nawe – Mortalidade Geral (Evolução e Tendência).

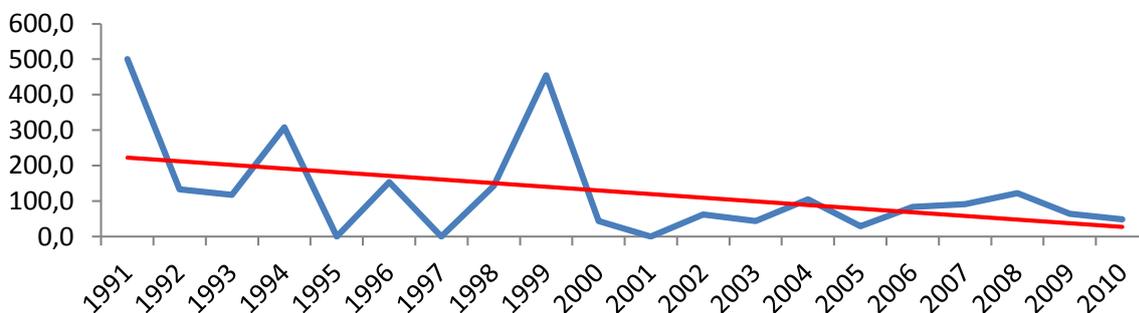


Figura 11: Enawene-Nawe – Mortalidade Infantil (Evolução e Tendência).

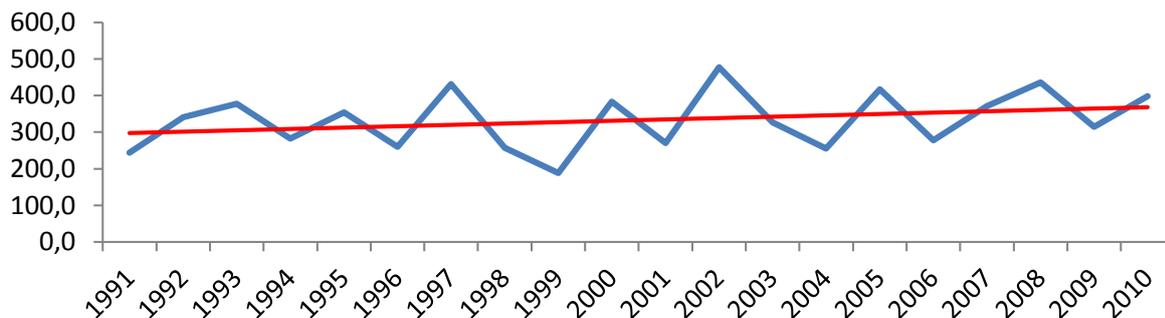


Figura 12: Enawene-Nawe – Fecundidade (Evolução e Tendência).

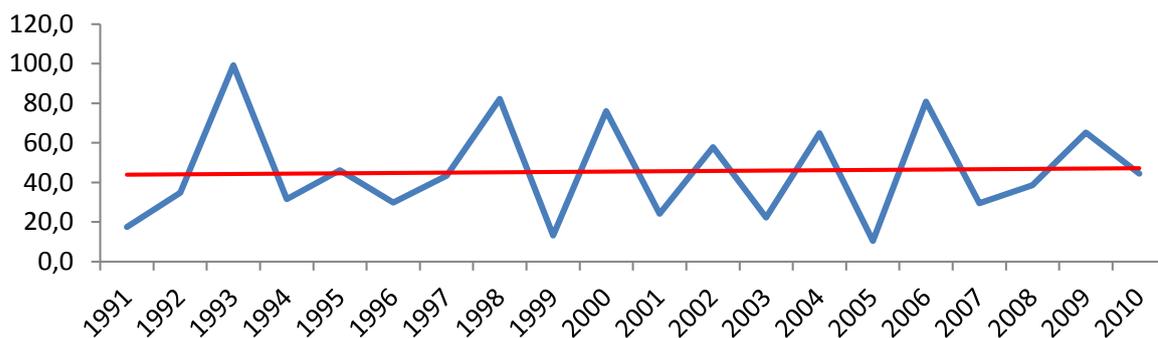


Figura 13: Myky – Natalidade (Evolução e Tendência).

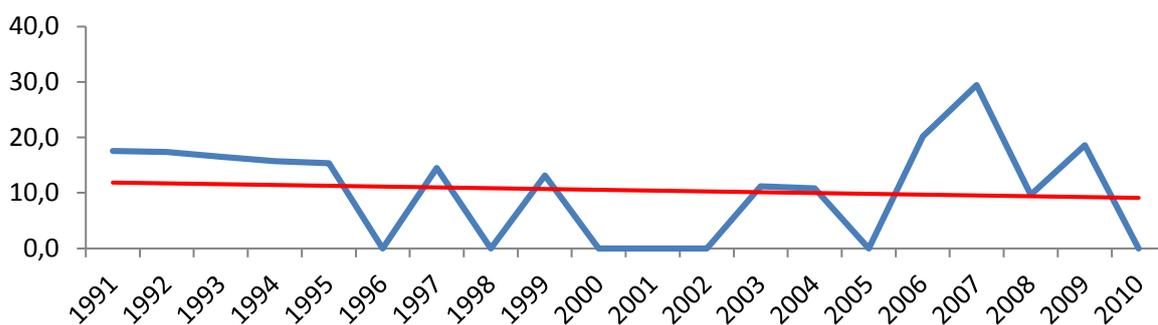


Figura 14: Myky – Mortalidade Geral (Evolução e Tendência).

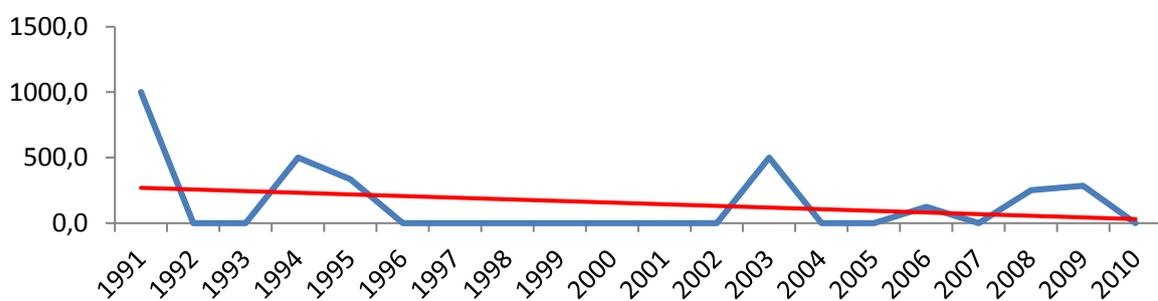


Figura 15: Myky – Mortalidade Infantil (Evolução e Tendência).

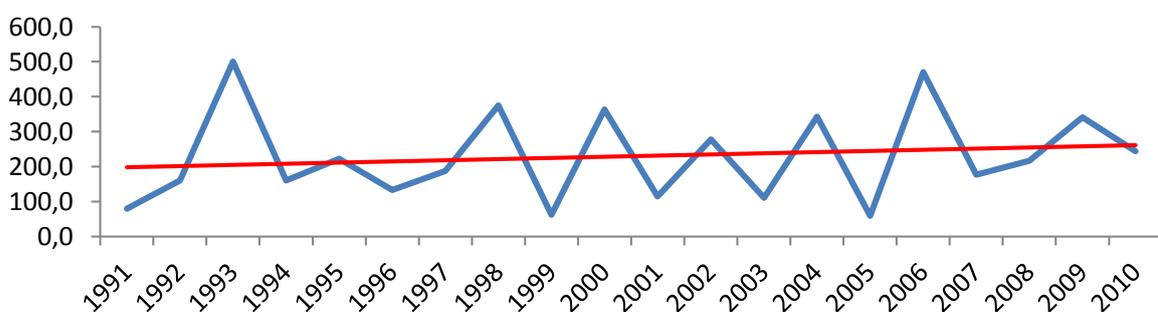


Figura 16: Myky – Fecundidade (Evolução e Tendência).

Finalmente, reproduzimos abaixo os coeficientes de natalidade, mortalidade geral, mortalidade infantil e fecundidade apurados pela Funasa, em 26 de abril de 2005, com base em 92% das informações repassadas pelos DSEIs, referentes ao ano de 2003. Esses dados foram obtidos no endereço "<http://sis.funasa.gov.br/portal/indicadores/INDICADORES%20DE%20SAUDE%202003%20PARCIAL.xls>" e são, até onde temos notícia, os únicos divulgados até o momento, desde a implantação dos DSEIs.

Indicador	CGN	CGM	CMI	CFG
DSEI - 2003	%º	%º	%º	%º
Alagoas/ SE	18,80	3,90	60,20	73,30
Altamira	47,10	7,80	95,20	260,10
Alto Rio Juruá	32,30	3,90	49,80	167,40
Alto Rio Negro	11,20	3,50	117,30	47,80
Alto Rio Purus	25,40	0,60	22,10	137,90
Alto Rio Solimões	30,50	3,00	29,00	133,40
Amapá / N. PA	20,90	4,30	73,20	103,90
Araguaia	39,60	7,80	85,50	184,80
Bahia	16,10	3,00	59,20	69,00
Ceará	11,20	2,10	35,70	45,60
Cuiabá	11,00	1,40	15,90	50,00
Guamá Tocantins	31,50	3,50	52,20	158,40
Interior Sul	30,60	3,50	53,04	139,00
Kaiapó - MT	44,00	3,90	41,20	207,10
Kaiapó PA	33,20	8,40	94,70	156,50
Leste de Roraima	15,70	1,40	20,90	74,90
Litoral Sul	51,90	6,70	31,10	272,70
Manaus	24,50	3,00	45,20	122,70
Maranhão	30,70	4,30	49,70	141,60
Mato Grosso do Sul	36,70	5,80	35,20	179,70
Médio Rio Purus	36,50	6,80	38,80	181,70
Médio Rio Solimões	30,60	6,50	90,20	153,60
Minas Gerais/ES	26,60	SI	SI	115,10
Parintins	41,50	2,60	17,70	153,70
Parque Indígena do Xingu	16,10	2,10	33,65	77,20
Pernambuco	15,40	3,30	30,90	63,60
Porto Velho	35,50	4,50	52,80	174,20
Potiguará	19,20	2,60	23,80	77,10
Rio Tapajós	40,10	4,80	64,10	198,60
Tocantins	39,50	6,00	46,10	202,30
Vale do Javari	22,90	7,50	150,70	107,50
Vilhena	37,60	3,60	25,00	176,50
Xavante	35,00	10,00	109,50	181,40
Yanomami	54,60	7,20	84,30	7,80
Total	25,6	4,00	49,80	117,5



OPAN
OPERAÇÃO AMAZÔNIA NATIVA



***Avaliação da morbidade
de doenças respiratórias, dermatoses e doenças
do trato gastrointestinal em crianças e idosos
das etnias Myky, Enawene Nawe e Irantxe***

Ageo Mário Cândido da Silva

Sumário

FONTE DE DADOS, POPULAÇÃO E PERÍODO DE ESTUDO	87
1. ANÁLISE DAS PREVALÊNCIAS ACUMULADAS DAS DOENÇAS SELECIONADAS NO PERÍODO DE 2005 A 2010	88
2. ANÁLISE DAS TENDÊNCIAS TEMPORAIS DAS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS, DERMATOSES E DOENÇAS DO APARELHO GASTROINTESTINAL DAS ETNIAS MYKY, ENAWENE NAWE E IRANTXE, 20005 A 2010	92
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	97

Lista de tabelas

- TABELA 1.** Prevalência acumulada de dermatoses, doenças do Trato Gastrointestinal (TGI) e doenças do Aparelho Respiratório nas etnias Myky, Enawene Nawe e Irantxe no período de agosto de 2005 a dezembro de 2010 **89**
- TABELA 2.** Série temporal das prevalências de dermatoses, doenças do Aparelho Respiratório (AR) e Doenças do Trato Gastrointestinal (TGI) das etnias Myky, Enawene Nawe e Irantxe em crianças menores de 1 ano, Etnia Myky, 2005–2010 **92**
- TABELA 3.** Estimativas referentes à equação de regressão linear, segundo etnia e grupo de causas para crianças menores de 1 ano, 2005–2010 **93**
- TABELA 4.** Série temporal da prevalência de dermatoses, doenças do Aparelho Respiratório (AR) e Doenças do Trato Gastrointestinal (TGI) das etnias Myky, Enawene Nawe e Irantxe em crianças de 1 ano a 4 anos, Etnia Myky, 2005–2010 **94**
- TABELA 5.** Estimativas referentes à equação de regressão linear, segundo etnia e grupo de causas para crianças de 1 a 4 anos, 2005–2010. **94**
- TABELA 6.** Série temporal da prevalência de dermatoses, doenças do Aparelho Respiratório (AR) e Doenças do Trato Gastrointestinal (TGI) das etnias Myky, Enawene Nawe e Irantxe em idosos com 60 anos ou mais, 2005–2010. **95**
- TABELA 7.** Estimativas referentes à equação de regressão linear, segundo etnia e grupo de causas para idoso com 60 anos ou mais, 2005–2010 **96**

Lista de figuras

- FIGURA 1.** Prevalência acumulada de dermatoses, doenças do Trato Gastrointestinal (TGI) e doenças do Aparelho Respiratório nas etnias Myky, Enawene Nawe e Irantxe em crianças menores de 1 ano, 2005 a 2010 **89**
- FIGURA 2.** Prevalência acumulada de dermatoses, doenças do Trato Gastrointestinal (TGI) e doenças do Aparelho Respiratório nas etnias Myky, Enawene Nawe e Irantxe em crianças de 1 a 4 anos, 2005 a 2010. **90**
- FIGURA 3.** Prevalência acumulada de dermatoses, doenças do Trato Gastrointestinal (TGI) e doenças do Aparelho Respiratório nas etnias Myky, Enawene Nawe e Irantxe em idosos de 60 anos ou mais, 2005 a 2010 **90**
- FIGURA 4.** Prevalência acumulada de dermatoses nas etnias Myky, Enawene Nawe e Irantxe no período de agosto de 2005 a dezembro de 2010 **91**
- FIGURA 5.** Prevalência acumulada de doenças do aparelho respiratório nas etnias Myky, Enawene Nawe e Irantxe no período de agosto de 2005 a dezembro de 2010. **91**
- FIGURA 6.** Prevalência acumulada de doenças do trato gastrointestinal nas etnias Myky, Enawene Nawe e Irantxe no período de agosto de 2005 a dezembro de 2010. **92**
- FIGURA 7.** Série temporal de doenças com tendências crescentes em crianças menores de 1 ano. Etnia Irantxe, 2005–2010 **93**
- FIGURA 8.** Série temporal de doenças com tendências crescentes em crianças de 1 a 4 anos ano, 2005–2010 **95**
- FIGURA 9.** Série temporal de doenças com tendências crescentes em idosos com 60 anos ou mais, 2005–2010 **96**

Avaliação da morbidade

de doenças respiratórias, dermatoses e doenças do trato gastrointestinal em crianças e idosos das etnias Myky, Enawene Nawe e Irantxe

Foi realizado um estudo descritivo de prevalência de morbidades. Os estudos descritivos têm uma capacidade de retratar e apreender, com suas especificidades, situações sanitárias diferentes e complexas. Esses estudos, em se tratando de mudanças de morbimortalidade em um grupo populacional, tendem a explorar os possíveis determinantes para estas mudanças.

FONTE DE DADOS, POPULAÇÃO E PERÍODO DE ESTUDO

Foram utilizados dados dos registros de atendimentos ambulatoriais das etnias Myky, Enawene Nawe e Irantxe realizados pelas equipes de saúde da OPAN nos anos de 2005 a 2010. Esses atendimentos são rotineiramente registrados de acordo com o mês e ano de atendimento, segundo faixa etária e tipo de morbidade. Posteriormente, esses registros são armazenados em bancos de dados por equipe específica no escritório central da OPAN em Cuiabá, Mato Grosso.

ANÁLISE DE DADOS

As taxas de prevalência de morbidades por causas específicas (TMbE) foram calculadas a partir da seguinte fórmula:

$$\text{TMbEX} = \frac{\text{MbEx} * 100}{\text{Popx}}$$

Onde:

MbEx = morbidade por causas específicas segundo ano de referência;

Popx = População total no meio do período

As causas específicas estudadas foram as **Dermatoses, Doenças do Aparelho Respiratório e Doenças do Trato Gastrointestinal**. O motivo da escolha dessas morbidades foi porque essas doenças apresentaram maiores prevalências nas três etnias segundo grupo etário. As faixas etárias selecionadas foram **as crianças menores de um ano (período infantil), crianças de 1 a 4 anos e idosos com 60 anos ou mais** por serem consideradas as populações sensíveis, já que, além de apresentarem as maiores prevalências de doenças, também são as mais suscetíveis à ocorrência de óbito.

A análise de dados foi dividida em duas etapas: na primeira comparou-se as prevalências totais das morbidades selecionadas por grupo de causas, agrupando-se todas as ocorrências entre os anos de 2005 a 2010. Na segunda etapa, as taxas foram comparadas entre si através de um delineamento de séries históricas do período de 2005 a 2010. A análise de tendência das prevalências de morbidades por grupos de causas foi realizada por meio de modelos de regressão linear simples. A construção de diagramas de dispersão dos óbitos e anos de estudo mostrou, em todos os casos, que a suposição de uma evolução linear poderia ser assumida, fato que justificou o uso de modelos lineares. A modelagem estatística considerou cada **prevalência de morbidade como variável dependente (Y) e os anos sob análise como variável independente (X)**. Nesse sentido, foram ajustados modelos de regressão linear simples para cada série temporal.

Decidiu-se por centralizar a variável independente, subtraindo o ponto médio de cada valor da série ($X - 2007$) com a finalidade de evitar auto correlação entre os termos da equação de regressão. Desse modo, o modelo estimado pode ser escrito como: $Y = \beta_0 + \beta_1(X - 2007)$, no qual Y representa coeficiente de morbidade, β_0 é o coeficiente médio no período analisado, β_1 é o incremento médio anual (coeficiente angular) e X representa cada ano analisado na série. A tendência foi considerada significativa quando o modelo ajustado obteve $p < 0,10$ e não $0,05$, devido ao pequeno tamanho das séries históricas disponíveis para estudo (anos de 2005 a 2010). Como medida de precisão dos modelos, utilizou-se o coeficiente de determinação (R^2).

RESULTADOS

1. ANÁLISE DAS PREVALÊNCIAS ACUMULADAS DAS DOENÇAS SELECIONADAS NO PERÍODO DE 2005 A 2010

Nota-se que, na faixa etária menor de um ano, as doenças de maior morbidade são as respiratórias, exceto na etnia Enawene onde, excepcionalmente, a maior prevalência é a de doenças do Trato Gastrointestinal. Também percebe-se que as dermatoses são as doenças de menor prevalência nesta faixa etária (figura 1).

Em relação à faixa etária de 1 a 4 anos, ocorre o mesmo perfil de distribuição da prevalência das doenças que o perfil da faixa etária de menores de 1 ano, onde as doenças respiratórias são as morbidades que mais ocorrem e as dermatoses, de maneira semelhante, ocorrem em menor proporção (figura 2). Mais uma vez a etnia Enawene apresentou uma maior prevalência de doenças do Trato Gastrointestinal. Contudo, nesta faixa etária, a morbidade mais prevalente foi a de doenças respiratórias entre os Myky, seguidas pela mesma morbidade entre os Irantxe.

	Etnia	Dermatoses	Doenças TGI	Doenças Ap. Resp.
< 1 ano	Myky	80,0	160,0	512,5
	Enawene	103,4	193,2	183,3
	Irantxe	57,1	136,4	500,0
1 a 4 anos	Myky	36,4	206,7	309,1
	Enawene	28,6	130,1	63,4
	Irantxe	60,0	73,3	198,1
5 a 14 anos	Myky	14,3	45,5	63,3
	Enawene	16,1	17,3	15,5
	Irantxe	22,4	4,1	62,9
60 anos e +	Myky	0,0	333,3	266,7
	Enawene	26,3	80,0	75,0
	Irantxe	3,8	23,1	85,7
Total	Myky	33,7	96,9	151,0
	Enawene	32,8	54,8	39,4
	Irantxe	22,6	23,3	85,5

Tabela 1. Prevalência acumulada de dermatoses, doenças do Trato Gastrointestinal (TGI) e doenças do Aparelho Respiratório nas etnias Myky, Enawene Nawe e Irantxe no período de agosto de 2005 a dezembro de 2010

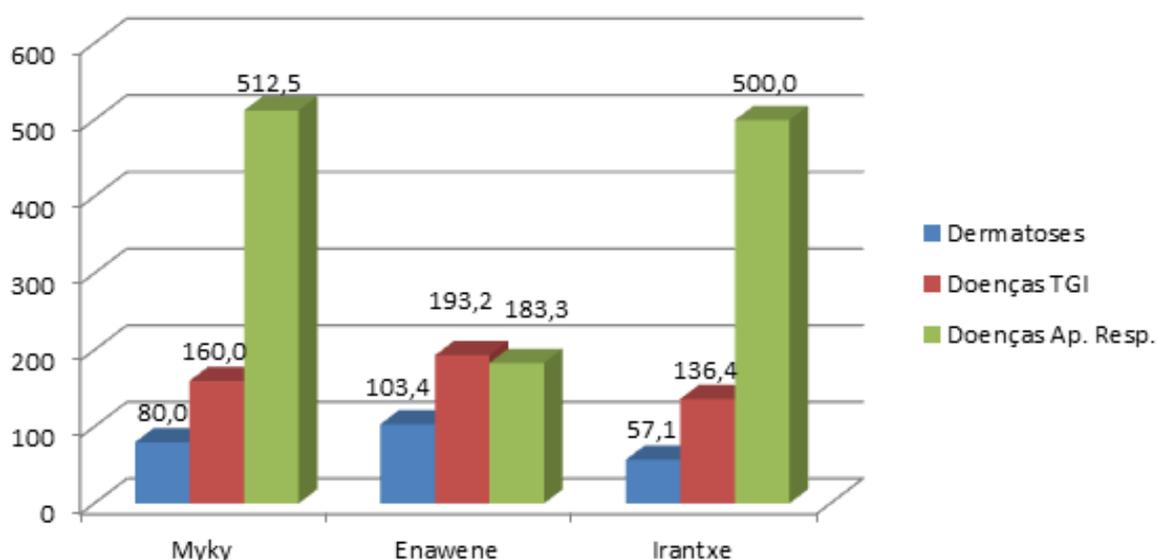


Figura 1. Prevalência acumulada de dermatoses, doenças do Trato Gastrointestinal (TGI) e doenças do Aparelho Respiratório nas etnias Myky, Enawene Nawe e Irantxe em crianças menores de 1 ano, 2005 a 2010.

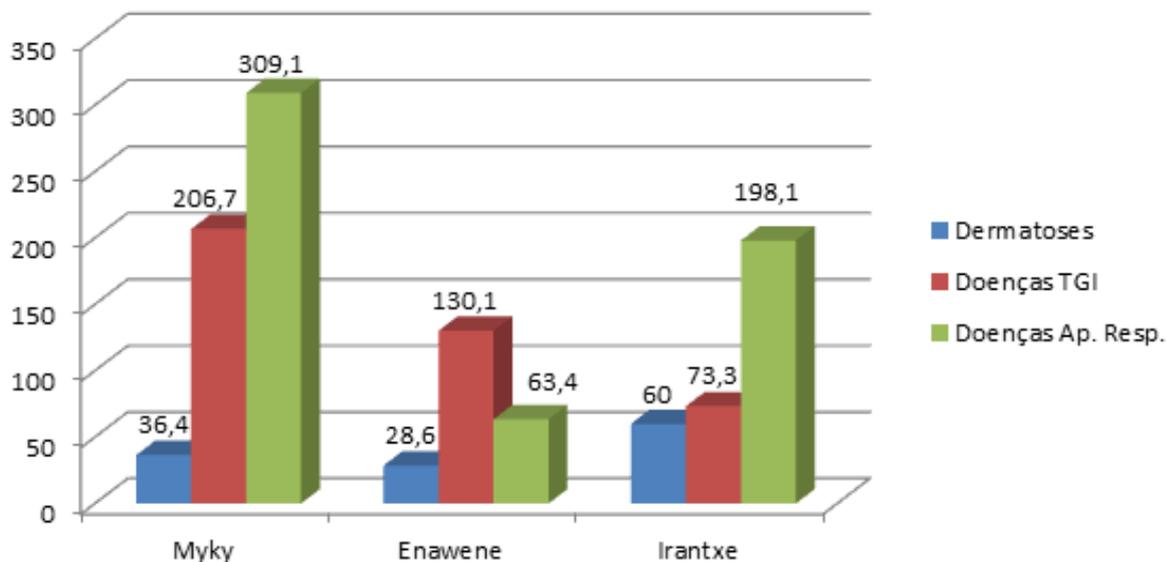


Figura 2. Prevalência acumulada de dermatoses, doenças do Trato Gastrointestinal (TGI) e doenças do Aparelho Respiratório nas etnias Myky, Enawene Nawe e Irantxe em crianças de 1 a 4 anos, 2005 a 2010.

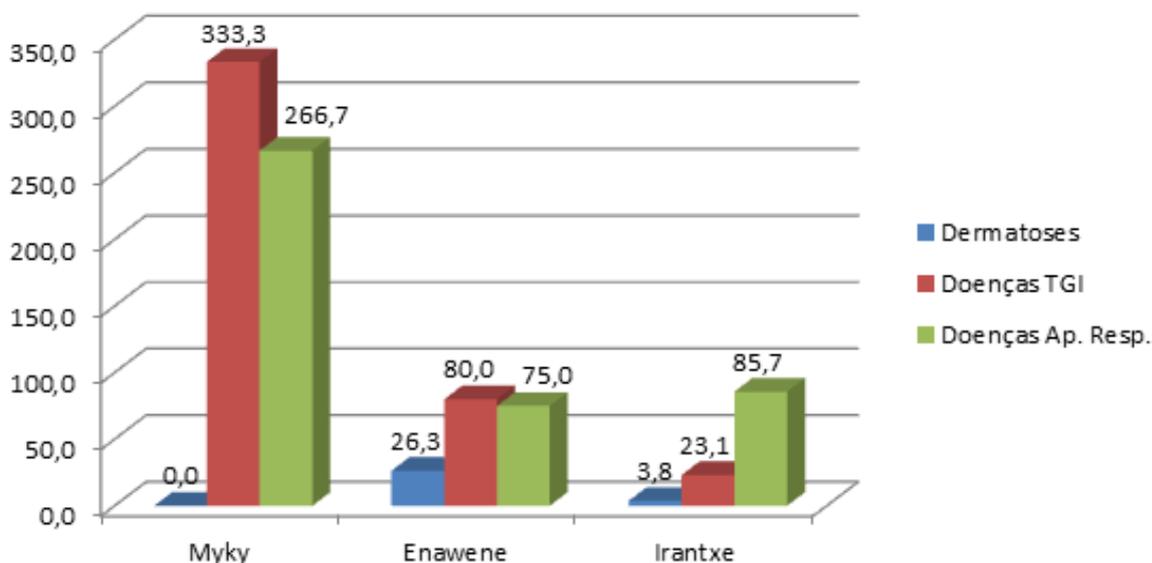


Figura 3. Prevalência acumulada de dermatoses, doenças do Trato Gastrointestinal (TGI) e doenças do Aparelho Respiratório nas etnias Myky, Enawene Nawe e Irantxe em idosos de 60 anos ou mais, 2005 a 2010.

Ao se analisar a morbidade nos indivíduos na faixa etária dos 60 anos ou mais, nota-se uma situação bastante peculiar. Em relação às semelhanças, percebe-se que as dermatoses são de prevalências bem pequenas em todas as etnias. Contudo, notam-se grandes prevalências de doenças do trato gastrointestinal e também do aparelho respiratório na etnia Myky quando comparadas com as prevalências destas doenças nas demais etnias de estudo. Como exemplo, a prevalência de doenças do Trato Gastrointestinal do povo Myky foi 14 vezes maior do que esta mesma prevalência na etnia Irantxe e quatro vezes maior do que na etnia Enawene. Ainda, as doenças do aparelho respiratório do Myky foi 3 vezes maior que a dos Irantxe e 3,5 vezes maior do que estas mesmas doenças na etnia Enawene (figura 3).

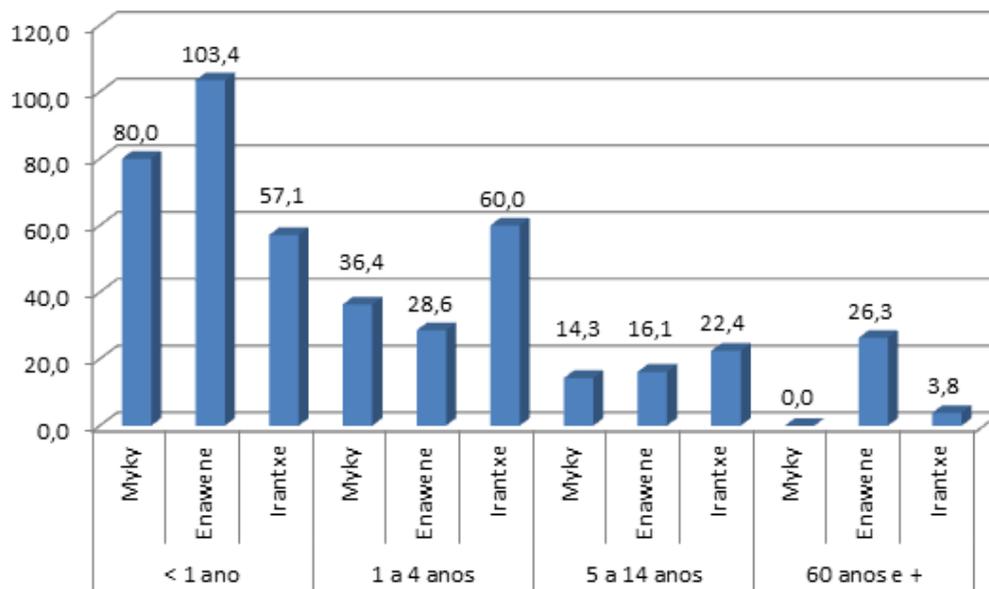


Figura 4. Prevalência acumulada de dermatoses nas etnias Myky, Enawene Nawe e Irantxe no período de agosto de 2005 a dezembro de 2010.

Ao se hierarquizar as prevalências das morbidades percebe-se que as dermatoses são mais frequentes na etnia Enawene e Myky nas crianças menores de 1 ano. Já na faixa etária de 1 a 4 anos e de 5 a 14 anos a prevalência desta doença foi maior entre os Irantxe. Contudo, entre os indivíduos com maior idade, as dermatoses foram importantes apenas entre o povo Enawene, já que foram mínimas entre os Irantxe e inexistentes nos Myky (figura 4).

Quanto à comparação das doenças do aparelho respiratório segundo faixa etária, nota-se que as doenças do aparelho respiratório são as mais prevalentes em todas as faixas etárias. Percebe-se que essas doenças ocorrem mais na etnia Myky e, quase com as mesmas prevalências, também ocorrem na etnia Irantxe. Entretanto, a prevalência dessas doenças é sempre menor em todas as faixas etárias da etnia Enawene (figura 5).

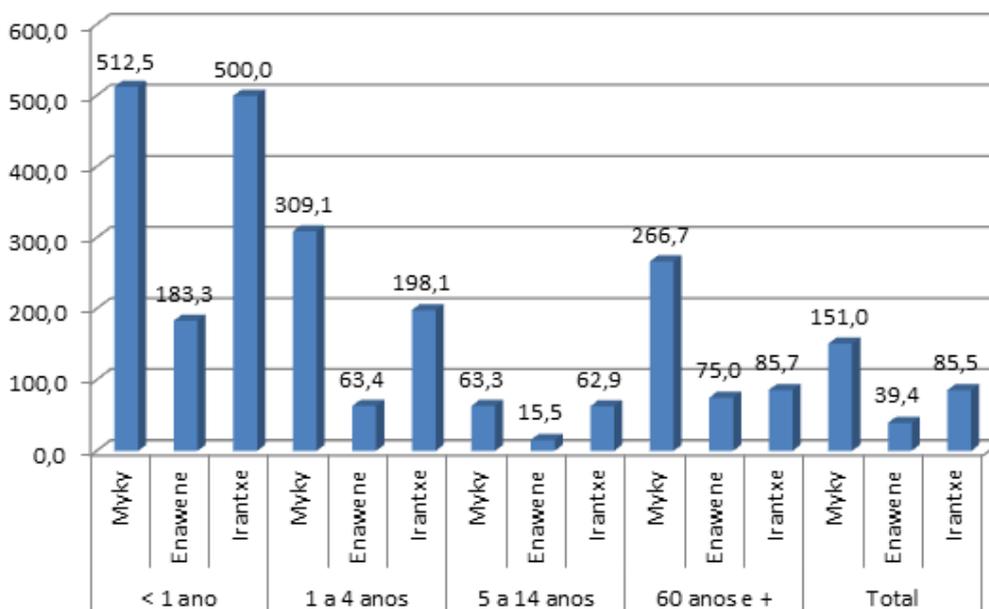


Figura 5. Prevalência acumulada de doenças do aparelho respiratório nas etnias Myky, Enawene Nawe e Irantxe no período de agosto de 2005 a dezembro de 2010.

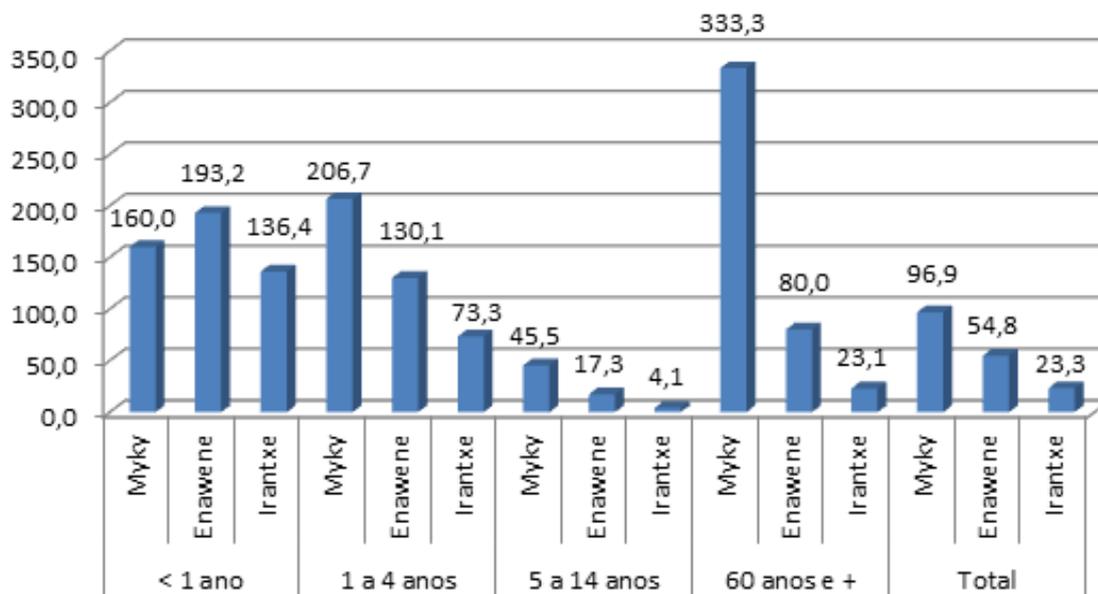


Figura 6. Prevalência acumulada de doenças do trato gastrointestinal nas etnias Myky, Enawene Nawe e Irantxe no período de agosto de 2005 a dezembro de 2010.

Em relação às doenças do Aparelho Gastrointestinal, exceto na faixa etária entre menores de 1 ano onde as maiores prevalências foram entre o povo Enawene, em todas as demais faixas etárias (1 a 4 anos, 5 a 14 anos e 60 anos ou mais) a etnia Myky apresentou as maiores taxas desta doença. Ainda, é importante destacar que entre os de maior idade, o povo Myky apresentou 4,2 mais doenças do TGI do que os Enawene e 14,4 vezes maior quando comparado com os Irantxe (figura 6).

2. ANÁLISE DAS TENDÊNCIAS TEMPORAIS DAS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS, DERMATOSES E DOENÇAS DO APARELHO GASTROINTESTINAL DAS ETNIAS MYKY, ENAWENE NAWE E IRANTXE, 2005 A 2010

Ano	Myky			Enawene			Irantxe		
	Dermatoses	Doenças AR	Doenças TGI	Dermatoses	Doenças AR	Doenças TGI	Dermatoses	Doenças AR	Doenças TGI
2005	0,0	1000,0	200,0	25,8	96,8	161,3	0,0	112,5	0,0
2006	100,0	100,0	25,0	91,7	183,3	75,0	105,9	211,8	58,8
2007	75,0	512,5	75,0	126,7	216,7	253,3	57,1	585,7	142,9
2008	157,5	436,3	207,5	115,1	217,0	238,7	83,1	542,9	139,6
2009	240,0	360,0	340,0	103,4	217,2	224,1	109,1	500,0	136,4
2010	80,0	640,0	160,0	113,6	161,4	193,2	125,0	637,5	200,0

Tabela 2. Série temporal das prevalências de dermatoses, doenças do Aparelho Respiratório (AR) e Doenças do Trato Gastrointestinal (TGI) das etnias Myky, Enawene Nawe e Irantxe em crianças menores de 1 ano, Etnia Myky, 2005–2010.

Etnia/morbidade	β_0	β_1	p-valor	R ²	Tendência
Myky					
Dermatoses	95,8	25,7	0,218	0,348	→
Doenças respiratórias	617,7	-31,3	0,712	0,038	→
Doenças do TGI	80,2	25,1	0,403	0,179	→
Enawene					
Dermatoses	49,7	13,2	0,137	0,463	→
Doenças respiratórias	139,6	12,1	0,339	0,227	→
Doenças do TGI	131,7	16,9	0,333	0,232	→
Irantxe					
Dermatoses	14,0	18,9	0,072	0,595	↑
Doenças respiratórias	87,0	98,4	0,031	0,727	↑
Doenças do TGI	-10,0	35,1	0,009	0,849	→

Tabela 3. Estimativas referentes à equação de regressão linear, segundo etnia e grupo de causas para crianças menores de 1 ano, 2005–2010.

Em relação à faixa etária das crianças menores de 1 ano, não se percebe tendências crescentes das doenças nas etnias Myky e Enawene. Contudo, na etnia Irantxe as doenças respiratórias, dermatoses, e doenças do TGI apresentaram tendências crescentes, tendo sido mais relevante as duas primeiras (figura 7). Importante destacar a existência de uma tendência estável decrescente das doenças do TGI (Tabela 3).

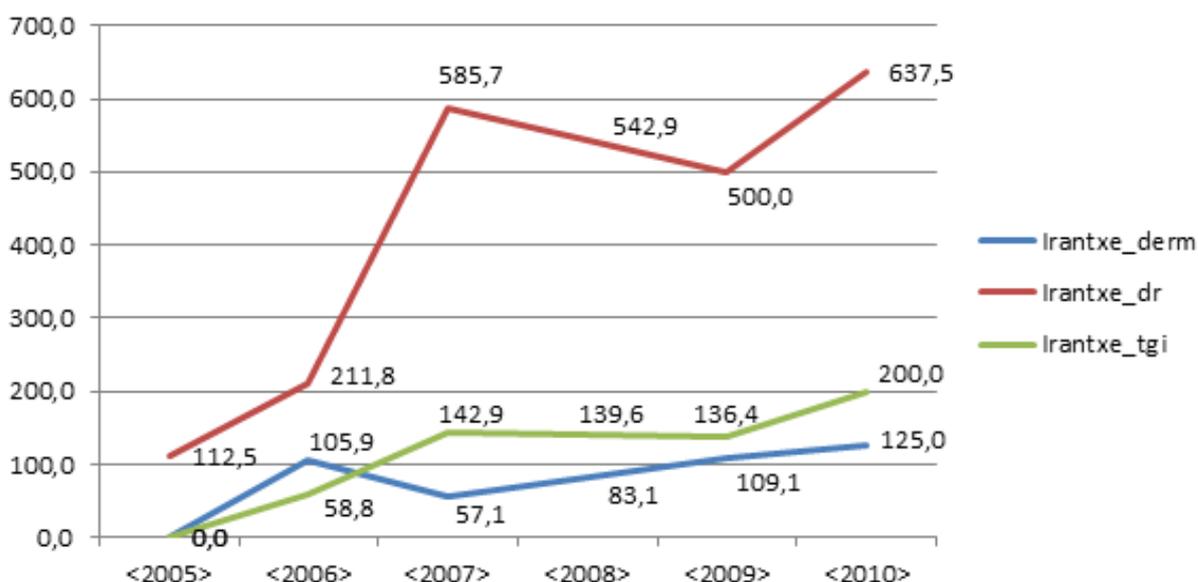


Figura 7. Série temporal de doenças com tendências crescentes em crianças menores de 1 ano. Etnia Irantxe, 2005–2010.

Cumpra dizer que entre as doenças da etnia Irantxe (figura 7), as dermatoses foram as mais prevalentes. Cabe também considerar que as dermatoses foram bastante prevalentes também na etnia Myky nesta faixa etária (menores de 1 ano) e sua estabilização de tendência poderia ser em patamares menores, como foi o caso da tendência estável da etnia Enawene (Tabela 3).

Ano	Myky			Enawene			Irantxe		
	Dermatoses	Doenças AR	Doenças TGI	Dermatoses	Doenças AR	Doenças TGI	Dermatoses	Doenças AR	Doenças TGI
2005	30,8	307,7	169,2	28,6	59,5	154,8	60,0	84,0	24,0
2006	127,3	309,1	181,8	28,6	93,9	59,2	41,7	41,7	58,3
2007	36,4	563,6	172,7	46,2	61,3	130,1	51,7	201,7	73,3
2008	31,5	428,5	189,7	30,4	62,3	109,7	60,7	199,9	78,2
2009	26,7	293,3	206,7	14,5	63,4	89,3	69,8	198,1	83,0
2010	138,9	788,9	255,6	39,8	115,4	152,8	59,2	255,1	102,0

Tabela 4. Série Temporal da prevalência de dermatoses, doenças do Aparelho Respiratório (AR) e Doenças do Trato Gastrointestinal (TGI) das etnias Myky, Enawene Nawe e Irantxe em crianças de 1 ano a 4 anos. Etnia Myky, 2005–2010.

Quanto à tendência destas doenças nas populações com idade de 1 a 4 anos, notam-se tendências crescentes de doenças do TGI em crianças do povo Myky, bem como tendências também crescentes de doenças respiratórias e do TGI em crianças da etnia Irantxe (tabela 5 e figura 8). Percebe-se também que em todas as etnias as dermatoses não apresentaram tendências, bem como a estabilização do status de saúde destas crianças na etnia Enawene (tabela 5).

Etnia/morbidade	β_0	β_1	p-valor	R ²	Tendência
Myky					
Dermatoses	61,9	6,7	0,651	0,056	→
Doenças respiratórias	416,7	63,5	0,203	0,366	→
Doenças do TGI	188,4	14,9	0,024	0,758	↑
Enawene					
Dermatoses	31,3	-0,1	0,987	0,000	→
Doenças respiratórias	73,2	5,4	0,390	0,188	→
Doenças do TGI	115,1	1,7	0,871	0,007	→
Irantxe					
Dermatoses	55,9	2,6	0,311	0,251	→
Doenças respiratórias	144,5	37,8	0,027	0,746	↑
Doenças do TGI	63,1	13,4	0,005	0,892	↑

Tabela 5. Estimativas referentes à equação de regressão linear, segundo etnia e grupo de causas para crianças de 1 a 4 anos, 2005–2010.

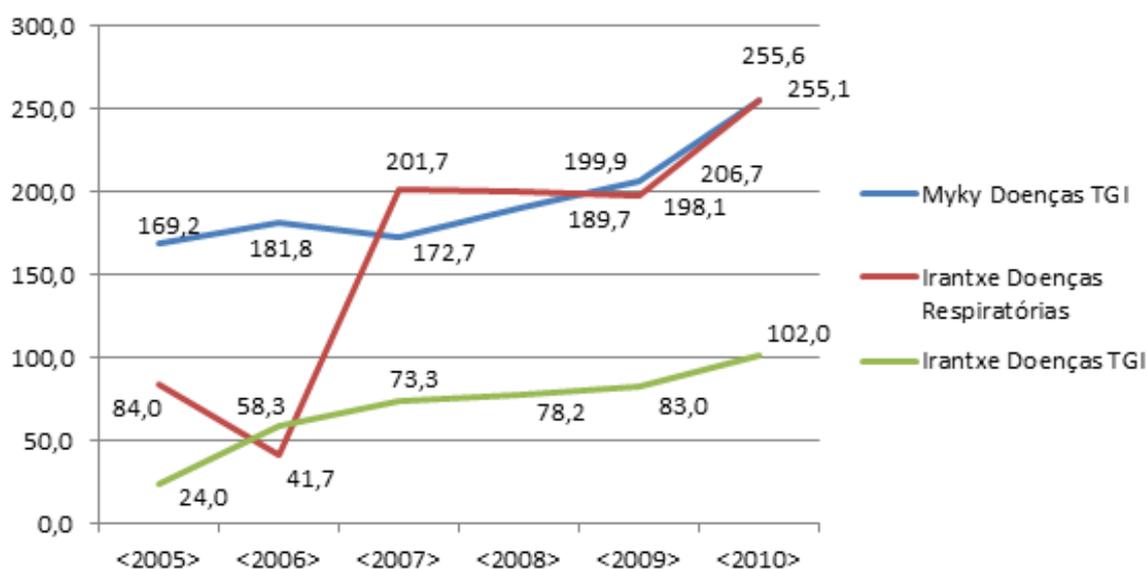


Figura 8. Série temporal de doenças com tendências crescentes em crianças de 1 a 4 anos de idade, 2005–2010.

Ano	Myky			Enawene			Irantxe		
	Dermatoses	Doenças AR	Doenças TGI	Dermatoses	Doenças AR	Doenças TGI	Dermatoses	Doenças AR	Doenças TGI
2005	0,0	66,7	333,3	0,0	31,6	21,1	0,0	77,8	22,2
2006	0,0	200,0	200,0	70,0	130,0	80,0	31,6	52,6	21,1
2007	0,0	600,0	266,7	15,0	75,0	105,0	3,8	23,1	23,1
2008	0,0	433,3	250,0	20,7	61,2	89,3	11,4	54,4	35,3
2009	0,0	266,7	233,3	26,3	47,4	73,7	19,0	85,7	47,6
2010	166,7	466,7	333,3	35,0	275,0	145,0	0,0	100,0	75,0

Tabela 6. Série temporal da prevalência de dermatoses, doenças do Aparelho Respiratório (AR) e Doenças do Trato Gastrointestinal (TGI) das etnias Myky, Enawene Nawe e Irantxe em idosos com 60 anos ou mais, 2005–2010.

Já em relação à população de idosos, nota-se a estabilização das tendências de quase todas as doenças estudadas. Percebe-se tendências crescentes das doenças do TGI na população Enawene e na população Irantxe. Ainda em relação à população com 60 anos ou mais, não foram observadas tendências crescentes de dermatoses e doenças respiratórias em nenhuma etnia. Também se destaca a estabilidade dessas doenças na etnia Myky, bem como a tendência decrescente das dermatoses na etnia Irantxe ($\beta_1 = -0,9$), apesar da não significância estatística do teste (tabela 8 e figura 9).

Etnia/morbidade	β_0	β_1	p-valor	R ²	Tendência
Myky					
Dermatoses	214,8	23,8	0,158	0,429	→
Doenças respiratórias	309,8	58,1	0,253	0,308	→
Doenças do TGI	268,2	2,4	0,877	0,007	→
Enawene					
Dermatoses	27,1	1,4	0,833	0,012	→
Doenças respiratórias	89,7	27,3	0,244	0,318	→
Doenças do TGI	77,3	16,7	0,074	0,592	↑
Irantxe					
Dermatoses	11,4	-0,9	0,809	0,016	→
Doenças respiratórias	62,1	6,9	0,351	0,160	→
Doenças do TGI	32,3	10,1	0,014	0,813	↑

Tabela 7. Estimativas referentes à equação de regressão linear, segundo etnia e grupo de causas para idosos com 60 anos ou mais, 2005–2010.

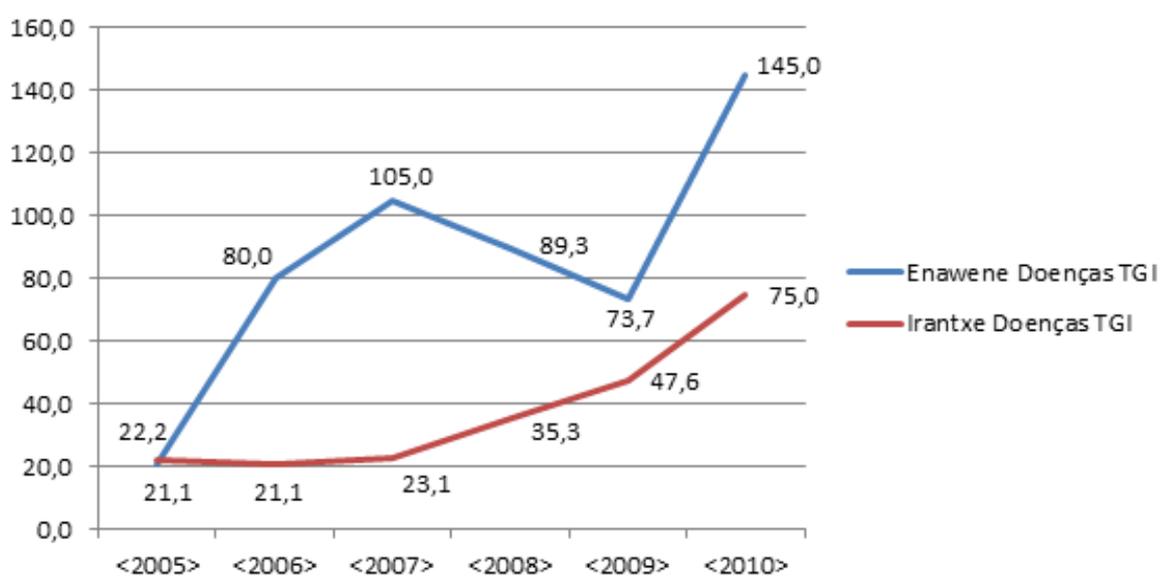


Figura 9. Série temporal de doenças com tendências crescentes em idosos com 60 anos ou mais, 2005–2010.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As taxas dos indicadores de morbidade variam dependendo do serviço e população estudada. Um indicador de valor elevado, por muitas vezes, pode representar uma melhor atenção à saúde do que necessariamente um excesso de doenças. Por outro lado, a proximidade das equipes (que estão permanentemente juntos aos povos indígenas avaliados) pode propiciar uma maior demanda aos serviços de saúde, o que, por si só, poderia hiperdimensionar esses indicadores de saúde.

A não subdivisão da classificação das ações de promoção de saúde e ações de atenção (assistência) realizada pelos serviços de notificação das equipes de saúde não permite uma análise individualizada daquilo que é verdadeiramente doença e o que é serviço de promoção e prevenção de saúde. Desta maneira, não se pode excluir a possibilidade de alguns indicadores de morbidade terem sido registrados além da verdadeira morbidade.

Faz-se necessário, conseqüentemente, que as ações de atenção à saúde passem a ser registradas segundo a classificação internacional de doenças (CID-10) quando se tratar daquelas ações de tratamento e cura. Além disso, sugere-se que sejam codificadas e registradas as ações de promoção e manutenção de saúde, com foco no modelo de vigilância em saúde, tido como novo paradigma de atenção à saúde. Desta maneira, poder-se-ia realizar avaliações dos indicadores positivos de atenção à saúde (promoção e proteção à saúde).

Como pontos fortes dos registros de atendimentos, o acompanhamento de cada indivíduo permite um controle que extrapola a oferta tradicional de indicadores dos sistemas de informação em saúde do ministério da saúde. Através deste acompanhamento é possível o seguimento estratificado da população, o que permitiria análises também individualizadas bem como análise de sobrevivência e métodos epidemiológicos sofisticados de todos os povos atendidos pela OPAN.



OPAN
OPERAÇÃO AMAZÔNIA NATIVA



***Alterações no consumo alimentar
do povo Enawene Nawe e
suas implicações nutricionais***

Marcos Ajuri Schwade

Sumário

1. INTRODUÇÃO	103
2. DESCRIÇÃO DO SISTEMA ALIMENTAR ENAWENE NAWE	105
<i>A cozinha do grupo doméstico EN</i>	105
<i>Consumo e frequência alimentar.</i>	
<i>Disponibilidade de macro e micronutrientes na dieta Enawene.</i>	107
a) <i>Consumo diário (AF):</i>	108
b) <i>Consumo de acordo com disponibilidade/sazonalidade (MF):</i>	110
c) <i>Alimentos com redução no consumo (BF) segundo os próprios EN</i>	115
d) <i>Alimentos introduzidos</i>	116
3. CONSUMO ALIMENTAR: GESTANTES E CRIANÇAS	118
<i>Introdução da alimentação complementar</i>	119
4. CONCLUSÃO	121
<i>Saúde e Nutrição: Proposições para intervenção</i>	122
5. BIBLIOGRAFIA	124

Alterações no consumo alimentar do povo Enawene Nawe e suas implicações nutricionais.

1. INTRODUÇÃO

Este artigo tem como objetivo proceder a uma descrição do sistema alimentar do povo Enawene Nawe (EN), enfatizando-o em termos de uma análise nutricional e procurando situar os contextos de suas alterações em curso, com a intenção de contribuir diretamente com a qualificação da intervenção indigenista e de saúde no campo da Nutrição.

Os Enawene Nawe vivem numa única aldeia à margem direita do rio Iquê, afluente do rio Camararé, no Vale do Juruena. São falantes do tronco linguístico Aruak e sua população é atualmente, de acordo com o último censo 2010, de 600 pessoas. A Terra Indígena Enawene Nawe é homologada e registrada numa extensão de 742 mil hectares.

A relação entre a proporção demográfica e territorial EN tende a pressionar o sistema alimentar (crescimento populacional exponencial). Se durante mais de duas décadas após o contato oficial em 1974 os Enawene se mantiveram íntegros em sua organização social e soberania alimentar, desde 1998 com a intensificação do contato e a pressão crescente do entorno, vem sendo alterado esse contexto de segurança alimentar e autonomia que sempre havia caracterizado o histórico deste povo. As consequências disso se refletem diretamente no sistema alimentar decorrentes das novas dinâmicas sociais, políticas, econômicas e simbólicas.

É diante desse novo cenário e desafios que a OPAN demandou este trabalho que ora se apresenta com base também na sistematização e análise dos dados acumulados da instituição sobre este povo.

Vale destacar que fui integrante da equipe EN pela OPAN por quatro anos (entre 2001 e 2004). Sendo assim, as análises que serão aqui apresentadas não se detêm apenas nas bases técnicas e referenciais teóricos da Nutrição, mas buscam contemplar, em larga medida, as especificidades culturais do contexto Enawene com relação a questão alimentar a partir dessa experiência direta também vivida com eles.

Deste modo, a convivência prolongada, a observação direta, o estudo bibliográfico e os diálogos e conversas realizadas em campo consistiram nas metodologias centrais utilizadas caracterizando esta descrição e análise de caráter qualitativo.

Devemos ressaltar que este artigo é parte de um trabalho realizado em 2011 que gerou um relatório técnico mais amplo, sendo este que ora se apresenta resultado da extração de trechos do diagnóstico construído no escopo do convênio OPAN-Funasa.

Há toda uma problemática no campo da nutrição que envolve a análise de consumo alimentar quando pensada a partir da perspectiva da diversidade alimentar e de populações nativas. Os estudos são escassos, heterogêneos e, em geral, limitados em sua abordagem descritiva. (cf. Soares Leite, Ventura Santos, et al:2007).

Nesse sentido, diante das diversas dificuldades para adequação desse instrumental levando em conta a especificidade do contexto, fez-se necessário lançar mão de uma pesquisa bibliográfica mais abrangente (Embrapa, INPA, Ministério da Saúde, Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - Sisvan) a fim de fundamentar a descrição dos nutrientes (micro/macro) e sua disponibilidade na composição da dieta Enawene. As tabelas referência, como a Tabela Brasileira de Composição de Alimentos (TACO - 2006), entre outras, não contemplam a diversidade que caracteriza os sistemas alimentares tradicionais, pouco contribuindo para sua caracterização nutricional. Além disso, outro desafio refere-se aos valores e referências da nutrição, principalmente no que tange ao aspecto quantitativo para este tipo de análise – recordatório 24hs, Questionário de Frequência Alimentar (QFA), registro alimentar e pesagem de alimentos, etc – que raramente apresentam possibilidades de equivalência, não se mostrando adequados para aplicação no contexto alimentar dos Enawene Nawe.

Sendo assim, em vez da estruturação e aplicação de um QFA, privilegiamos uma abordagem qualitativa (diálogos e lista livre, que também nos permitiram verificar dados de frequência alimentar). Segundo Weiss (1998:105), “...é difícil proceder a uma análise quantitativa do consumo alimentar devido aos costumes dos Enawene-Nawe. Eles não realizam refeições definidas, consomem com frequência o *ketera* e pedaços de beiju, tubérculos ou amendoim, além dos frutos silvestres, durante todo o dia.”

Estamos de acordo com Weiss a respeito desta dificuldade, contudo, ao nosso ver, esta dificuldade está muito mais associada à impossibilidade de proceder a quantificação em função de limitações mais diretamente associadas ao nosso instrumental do que em função dos hábitos EN, pois ainda que os EN se alimentem a toda e qualquer hora do dia, suspeitamos que isso não deva ser interpretado como ausência de um padrão no consumo (os EN possuem padrão de consumo e padrão de cardápio) conforme veremos no decorrer da descrição mais adiante.

É importante assinalar que os rituais em si determinam sim padrões rígidos na relação horário-consumo alimentar. Além disso, é principalmente o próprio ritmo de vida que impõe um **padrão de cardápio**, a partir dos intervalos entre as atividades rotineiras e da própria dinâmica de produção dos alimentos, estabelecendo a partir disso também padrões horário-elaboração de cardápio (por ex: *makihiro* sempre acompanha *makedanari* / geralmente pela manhã entre 4 e 5hs; o beiju sempre acompanha o peixe e/ou feijão ou buriti; o *ketera* é amplamente consumido no fim do dia, etc.).

Assim, os dados de frequência obtidos a partir dos alimentos citados foram classificados da seguinte forma: aqueles indicados como sendo de **alta frequência (AF)** correspondiam em grande número e na maioria das vezes aos alimentos consumidos diariamente. O mesmo se deu no caso dos alimentos citados como de **média frequência (MF)** como correspondentes a alimentos de consumo marcado pela sazonalidade. Por fim, os de **baixa frequência (BF)** são relativos aos alimentos que vêm sendo cada vez menos consumidos e/ou substituídos por alimentos exógenos ao sistema agroalimentar EN (vale notar que mesmo exógenos, no processo de incorporação já ocupam um lugar simbólico no esquema cosmológico EN).

Desse modo, convertemos os dados em que: AF corresponde a consumo diário; MF corresponde a consumo sazonal e BF corresponde a consumo escasso. Assim foi possível analisar também em que medida vem ocorrendo a introdução de alimentos de fora do sistema agroalimentar EN. Posto isso, a seguir, da análise desses dados, da observação direta, diálogos e consultas às tabelas e artigos afins, faremos uma descrição ítem a ítem dos alimentos que compõem o **padrão** alimentar EN a partir da **análise nutricional** da disponibilidade/biodisponibilidade de macro e micro nutrientes, caracterizando seu **consumo** e indicando sua **frequência alimentar**.

Por meio da observação direta e de tantas comunicações orais e escritas tornadas públicas na história Enawene, sempre foi recorrente a manifestação deles sobre a ideia de que o que os faz Enawene Nawe está intimamente relacionado com o que comem – com o

que define seus **padrões de consumo alimentar**. Toda a vida ritual, conforme também atesta a vasta etnografia deste povo, está diretamente associada à produção, ao consumo e à distribuição alimentar envolvendo a dimensão das trocas com os espíritos.

Vejamos um exemplo nesse trecho extraído de uma comunicação à Funai e OPAN (1999) quando da reocupação do rio Preto, região em estudo no processo em curso de revisão dos limites da TI Enawene pela Funai.

“É muito bela essa terra - o rio Preto - há muitos papagaios, temos saudades, não queremos que acabe. FUNAI faça (termine) as placas, nós Enawene já fizemos nossas casas no rio preto; em breve plantaremos milho, batata doce, amendoim, cará, feijão, mandioca. Muita comida para as crianças.”

Dessa forma, a identidade Enawene aparece, com frequência, referida de acordo com os hábitos e padrões alimentares que inclusive, segundo eles, constituem uma marca distintiva do seu modo de ser em relação aos não índios.

Os resultados indicam que o sistema alimentar tradicional EN supre as necessidades nutricionais da população e que as alterações em curso, essas sim, devem ser monitoradas para garantir ações preventivas e de promoção de saúde, alimentação saudável e segurança alimentar.

2. DESCRIÇÃO DO SISTEMA ALIMENTAR ENAWENE NAWE

A COZINHA DO GRUPO DOMÉSTICO¹ EN

Não pretendemos aqui abordar o sistema alimentar EN de forma exaustiva. Isto fugiria aos propósitos deste trabalho. Contudo, realizaremos uma descrição bastante sucinta deste sistema a fim de fundamentar as possíveis proposições decorrentes da análise nutricional levando em conta as especificidades do contexto Enawene Nawe.

O sistema alimentar EN está diretamente associado a um complexo calendário econômico-ecológico-ritual que regula e é regulado pelos sistemas agrícola, de pesca e coleta a partir de lógicas nativas, marcadas pela sazonalidade, ciclos rituais e operações simbólicas (para maiores detalhes cf. por ex. Silva: 1998a e Mendes dos Santos: 2006). Tradicionalmente, está proscrito deste sistema o consumo de carne vermelha e da água in natura, bem como a ingestão de bebidas e alimentos fermentados constituindo especificidades muito particulares do sistema alimentar EN.

Nesse universo complexo da alimentação EN que engendra trocas, técnicas diversas, tabus, prescrições de diferentes ordens tanto para a produção, quanto para a distribuição, processamento e consumo, destacamos aqui, como recorte, a unidade de produção dos alimentos: a cozinha.

A cozinha EN é uma instituição em si. Constitui um sistema organizado e reproduzido permanentemente, configurado por uma hierarquia na divisão do trabalho, papéis e atribuições definidos a partir das categorias de idade e posição social, sendo as chefes de cozinha/*aserokwaiti* - em geral - as mães/avós dentro núcleo uxorilocal/grupo doméstico (cf. Silva:1998).

1● De acordo com Silva (1998) a organização social EN está também definida por: grupo familiar, grupo doméstico e grupo residencial. Para nosso campo estará em foco o **grupo doméstico** - já que este corresponde ao **locus da cozinha EN**.

As *aserokwaiti* desempenham na divisão do trabalho da cozinha e orientação das tarefas – elaboração, coleta, preparo e distribuição dos cardápios diários – o que ficou confirmado durante as conversas quando descreviam seu papel e atribuições.

A título de registro, vale demonstrar a relação que os EN estabelecem entre a organização do grupo doméstico e a organização social das abelhas, onde a importância e o papel das *aserokwaiti*² ou *yaserō* (forma carinhosa de tratamento das *aserokwaiti*), está associada à importância e ao papel desempenhado pelas abelhas rainha, sendo que a denominação *aserokwaiti* ou *yaserō* está para as chefes de cozinha do grupo doméstico assim como para as abelhas rainha que comandam as operárias no “processamento do pólen”.

Segundo a visão EN, assim como as mulheres processam o preparo do *oloiti* (bebida mascada e fervida), as abelhas processam o mel, onde o pólen (*maha eketehi* = “farinha de/para mel”) equivale à farinha de mandioca (*eketehi*), que é mascada e “regurgitada” para ser misturada com água formando o *kalone* ou *olone* que designa tanto o mel feito pelas abelhas como o *oloiti* (que será descrito mais adiante) feito pelas mulheres para o consumo diário. Estas associações não são gratuitas, ao contrário, estão pautadas pela observação e saber EN. A ciência ocidental também descreve o processamento do mel pelas abelhas através da pré-digestão do néctar em movimentos que de fato se assemelham ao sentido dado ao mascar/regurgitar.

Esta associação entre o grupo doméstico e a organização social da abelha é explicitada ainda pela forma como os EN se referem ao seu lar, que além do termo *hakolo* (literalmente casa), utilizam também o termo *ehona*, que significa literalmente “ninho”, tal como o ninho de abelhas, aves ou outros insetos voadores. Aliás, *ehono*, em seu sentido primário, é abelha operária (e/ou formiga, cupim).

Nesta analogia entre as formas de organização social dos insetos com o grupo doméstico podemos também notar que a denominação usada para os favos das abelhas nativas corresponde a mesma utilizada para designar os utensílios destinados a guardar água e/ou sementes: *matokoda* - cabaças grandes e simultaneamente favos das espécies *kahenekase* e *kailakase* (Tetrigona) e *kawekwalose* - cabaça pequena e simultaneamente os favos das espécies *donese* e *hitiane* (Scaptotrigona).

Cabe, assim, às *aserokwaiti* a divisão e orientação das tarefas (coleta, estocagem, processamento...); definição dos cardápios diários obedecendo os fatores definidos pela sazonalidade, disponibilidade, atividade ritual... e supervisão dos pré-preparos, sendo de sua execução direta a finalização dos preparos (*hakiokeratene*) e controle da distribuição (*hirakaine*). Vale notar que algumas coletas específicas são também realizadas por elas, como carregar a lenha – o que chama a atenção, pois ainda que em idade avançada, é um atributo permanente do seu papel quando na ausência da força masculina. Outra observação interessante é que com a recente incorporação do arroz (que abordaremos mais adiante), as *aserokwaiti* mais idosas solicitam que as filhas preparem (“*Pega filha, você faz*”), conforme observado em diferentes oportunidades. Ao mesmo tempo, outras chefes em outras residências dominam e executam o preparo desse alimento. De qualquer modo, são as *aserokwaiti* que mantêm a prerrogativa de assinalar qual o momento certo para o preparo.

A estrutura física desta cozinha comunal está conformada por um grande jirau composto de dois ou três andares onde são desidratados os bolos de mandioca em esteiras de secagem, defumados os peixes e acondicionados os utensílios como cabaças, talheres e pequenas painéis. Acima deste jirau, pendendo do teto, estão os feixes de milho estocados. Abaixo, no chão, está o fogo permanentemente aceso e, em torno do jirau, estão os galões,

2● Segundo Silva (1998:28:29), □ o grupo doméstico (um agregado de grupos familiares) tem como nexos as relações entre sogro e genros e entre mãe e filhas. Esta unidade, fundada na uxorilocalidade e no serviço da noiva, é responsável por uma cozinha comunal e pelas roças de milho, onde o trabalho é dividido segundo padrões idênticos aos do grupo familiar. O grupo residencial (um agregado de grupos domésticos, reunidos em uma casa) repousa sobre a relação entre homens e mulheres “co-sogros” entre si (natunawene), isto é, unidos pelo casamento de seus filhos. □

bacias, ralos, grandes panelas de alumínio, peneiras, cestos cargueiros e demais utensílios de grandes dimensões. Já os pilões ficam sempre alocados próximos às portas de entrada da casa (diferentemente dos outros utensílios associados ao universo das abelhas, os pilões ficam mais afastados associados aos espíritos subterrâneos e, ao triturar os alimentos, operam também como instrumentos musicais – percussão – durante a execução dos rituais).

Por fim, ainda sobre esta dinâmica, mesmo que o cenário da cozinha possa parecer ao olhar de visitantes desavisados um local fora dos padrões sanitários recomendados, é vital assinalar que em toda essa organização está presente, de forma marcante, os cuidados com a higiene. Na concepção EN, os alimentos, o preparo e o consumo estão associados à noções de **pureza e contaminação** a partir da identificação de condutas e agentes ‘patógenos’ que devem ser controlados mediante cuidados específicos no trato com determinados alimentos.

É visível no caso EN que a contaminação, a impureza e os perigos no consumo dos alimentos está diretamente associada a dois fatores: a presença do sangue e a fermentação. Sobre a presença do sangue e a classificação de alguns alimentos como hematófagos, como é o caso da mandioca, vale conferir Mendes dos Santos (2006).

Na classificação nativa, a categoria sensorial azedo/ácido/fedido - podre (*kaitala*), em oposição a categoria doce/adocicado (*waiwa*), sempre aparece associada a condições de deterioração. Essa classificação fundamenta um critério determinante na distinção entre o puro e o impuro³, prescrevendo normas de condutas higiênicas, sanitárias e ascéticas rigorosas que envolvem a limpeza dos alimentos, corpos e espaços definindo elementos centrais do sistema de segurança e padrão alimentar EN. Já o peixe, mesmo que em condições de deterioração, é muitas vezes ainda assim consumido, pois não se enquadra na visão nativa como alimento impuro, já que o azedo não está presente e é ele que define o sentido de estragado e/ou impuro.

Desse modo, para estabelecer intervenções no campo da saúde é imprescindível o reconhecimento e compreensão destas concepções nativas para buscar o diálogo necessário entre as diferentes visões em cena.

CONSUMO E FREQUÊNCIA ALIMENTAR.

DISPONIBILIDADE DE MACRO E MICRO NUTRIENTES NA DIETA ENAWENE.

A dieta Enawene Nawe compõem-se tradicionalmente pelo consumo da mandioca e seus derivados, do milho e seus derivados, peixes, mel, cogumelos, tubérculos, leguminosas, frutos, larvas, anuros, castanhas/amêndoas e aves.

Todas as referências etnográficas sobre os EN descrevem sua alimentação de forma sumária e há dois trabalhos de maior profundidade que abordam o tema: a pesquisa sobre “Estudo das potencialidades e do manejo dos recursos naturais na área indígena Enawene Nawe” realizada pela OPAN em parceria com GERA/UFMT (1995) e, mais especificamente, a tese de doutoramento em Saúde Pública de Maria Clara Weiss (FIOCRUZ: 1998) que, embora tenha como objeto modelos de atenção à saúde, traz em destaque aspectos fundamentais do sistema alimentar e estado nutricional EN constituindo importante referência nos estudos sobre nutrição e populações indígenas por seu caráter pioneiro. Esses trabalhos figuraram como relevantes referências nesta descrição.

Diante da descrição que faremos a seguir da **composição do cardápio EN**, este está configurado por uma grande diversidade de alimentos nos componentes da dieta tradicional. Podemos constatar que, para os EM, o elemento básico no aporte calórico/energético diário é composto pela mandioca (ao longo de todo ano), milho (sazonal), e seus derivados. Estes entram como acompanhamento dos alimentos fonte de proteína e micronutrien-

3● Ver Douglas, M. *Pureza e perigo*. São Paulo: Perspectiva, 1976.

tes composto majoritariamente por peixes, consumidos durante o ano inteiro e outros, em menor quantidade, de modo a fornecer o *pool* de nutrientes indispensáveis para manter o equilíbrio adequado entre os nutrientes e atender às necessidades nutricionais em todas as etapas da vida.

A título de ilustração, o calendário abaixo, extraído dos diários de Cañas e sistematizado por Weiss (1998:103), apesar de simplificado (genérico em alguns pontos, por ex: batatas) e de algumas lacunas (não contempla preparações propriamente ditas), demonstra satisfatoriamente a diversificação da dieta EN. O que queremos destacar nesse quadro é que devemos observar que quando há falta de um recurso alimentar num período, esta falta acaba sendo compensado por outro (equivalente nutriente) mantendo o equilíbrio necessário.

Este referencial que condensa 10 anos de observação e registro também é extremamente relevante para fundamentar a discussão que se dará mais adiante a respeito das alterações em curso na dieta tradicional EM. Assim, os alimentos que marcamos em negrito apresentam franca redução de seu consumo, conforme demonstraremos na discussão dos resultados obtidos.

PRINCIPAIS ALIMENTOS CONSUMIDOS POR MÊS NO PERÍODO 1977 – 1987*

MESES	ALIMENTOS CONSUMIDOS
Janeiro	peixe, milho, mel, buriti, cogumelos, larvas de rã , pequi, macuco
Fevereiro	peixe, mandioca, milho, formiga, marimbondo, coró, macuco
Março	peixe, mel e macuco
Abril	peixe, mandioca e mel
Maio	peixe, mandioca e amendoim
Junho	peixe, mandioca, feijão fava, cará, araruta, batata e amendoim
Julho	peixe, mel, batatas e marimbondo
Agosto	peixe, mandioca, feijão fava, cará, batatas, mel e marimbondo
Setembro	peixe, mandioca, mel, formiga, marimbondo e castanha
Outubro	peixe, mandioca, mel, formiga e castanha
Novembro	peixe, milho, mel, buriti, bacava, larvas de rã , pequi, formiga, marimbondo, macuco e castanha
Dezembro	peixe, milho, buriti, larvas de rã e macuco

* Em negrito, alimentos que apresentam franca redução de seu consumo. Fonte: Weiss (1998:103)

A. CONSUMO DIÁRIO (ALTA FREQUÊNCIA):

MANDIOCA E DERIVADOS

Oloiti – **Bebida carboidratada sacarificada**⁴ a partir de decoto à base da massa de mandioca, que, após secagem, é transformada em farinha, mascada e fervida/cozimento. Em períodos de grande disponibilidade de milho, pode ser preparada à base da farinha de milho seca, chamado de *hurailo*. Constitui a forma primária de hidratação dos Enawane já que não consomem água pura. Além disso, tem grande importância no aporte energético – principalmente após atividade física intensa. Por ser apresentada em consistência líquida, tem absorção acelerada, o que possibilita uma rápida recomposição do estoque de glicogê-

4● Para maiores informações acerca de bebidas sacarificadas vale conferir PINELI (2010). Caxiri. In: Waldemar Gastoni Venturini Filho. (Org.). Bebidas Vol.1 - Bebidas Alcoólicas.

nio (tendo nestes casos uma função similar às bebidas utilizadas por esportistas com estes mesmos fins).

Vale a pena notar que em toda a literatura sobre os Enawene Nawe, o *oloiti* aparece apresentado como bebida fermentada. Apesar da mastigação envolver processos enzimáticos próprios (sacarificação através das enzimas salivares, principalmente α -amilase e a amiloglucosidase), o *oloiti* não envolve processos microbiológicos característicos da fermentação, já que logo após a fervura está pronto para o consumo, sem ter tempo para a ação fermentativa desses microorganismos. É preciso ficar claro que os Enawene não apreciam nenhum tipo de bebida ou qualquer outro alimento fermentado. Por isso, se ela fermenta é jogada fora, diferentemente da chicha alcóolica consumida e tão amplamente apreciada por outros povos indígenas. O povo Enawene associa o azedo da fermentação aos alimentos próprios dos espíritos subterrâneos (*Yakairiti*), rejeitando-os, pois não são considerados adequados para alimentação humana. Como vimos, são classificados como impuros.

Por fim, considerando que a atividade física diária EN tanto de homens quanto das mulheres é cotidianamente intensa (levantamento e carregamento de pesos, longas distâncias percorridas, etc.) o *oloiti* é preciosa **fonte energética** e de **hidratação primária** consumida diariamente e a todo o momento pela população.

Xixi – Beiju composto tanto da “massa” como da fécula (amido de mandioca) da variedade *Yosero*. Constitui a **fonte de carboidratos complexos**, ou seja, de grande importância para o aporte energético. É apresentado na composição do cardápio Enawene Nawe como um acompanhamento tanto do peixe, como de larvas de insetos ou frutos. Desta forma aparece como um dos alimentos mais consumidos pelos EN. *Malaitihi* é a denominação dada ao beiju escuro.

Makihiro – Similar à tapioca, é um beiju feito a partir da fécula da mandioca (das variedades *ekai*, *yosera*, *todaralo*). Na composição do cardápio EN, é o acompanhamento ideal da bebida *makedanari* (de forma similar ao padrão do consumo de café e/ou leite com pão dos não índios – *inuti* – segundo relato dos próprios EN). É geralmente consumido de madrugada ou ao anoitecer. Em termos nutricionais tem importância como **fonte de carboidrato/aporte calórico**.

Makedanari – Bebida de aparência leitosa extremamente doce a base do decoto do sumo de mandioca fresca (das variedades *kalalo* preferencialmente, *kawitalo* e *enolira* especiais a este fim pelo seu caráter adocicado). Além de ser uma **fonte importante de carboidrato, constitui uma rica fonte de B-caroteno** já que existem estudos realizados pelo Instituto Nacional de Pesquisas da Amazônia (INPA) sobre o tucupi (molho constituído com o sumo da mandioca) que observaram um elevado teor desta próvitamina. Em outros estudos da Embrapa⁵ as variedades de mandiocas indígenas chegaram a apresentar 50 vezes mais caroteno que as variedades comerciais. Desta forma, este alimento pode representar um fator de proteção para ocorrência de hipovitaminose A e xerofthalmia nesta população, principalmente para os grupos de maior vulnerabilidade nutricional como gestantes e crianças de 2 a 10 anos. Componente diário do cardápio.

Ketera - Espécie de mingau a base de *makedanari* e fécula de mandioca e/ou milho. Existem ainda algumas variações dependendo da disponibilidade dos ingredientes como, por exemplo, a batata doce (*katailoru*). É um componente do cardápio diário dos EN. Sua importância nutricional deve-se à presença de **carboidratos complexos e fibras insolúveis e solúveis** (milho).

5● Nassar, N.M.A. et al. *Amarelinha do Amapá: a carotenoid-rich cassava cultivar*. Genetics and Molecular Research. 8 1051-1055 (2009).

B. CONSUMO DE ACORDO COM DISPONIBILIDADE/SAZONALIDADE (MÉDIA FREQUÊNCIA):

PEIXES

Korase — Associado ao universo/domínio dos espíritos subterrâneos (*Yakairiti*), o peixe é o alimento de maior importância simbólica e nutricional já que corresponde à principal **fonte de proteína de alto valor biológico**. É importante destacar que este alimento representa também a **fonte de maior biodisponibilidade de minerais** chave do ponto de vista nutricional, como o **ferro na forma Heme** (forma química de melhor aproveitamento) e **cálcio**, e **zinco**, que são, como se sabe, melhor aproveitados de fontes animais. Com destaque para o *korasexi* (denominação genérica para peixes pequenos), além de ser uma fonte de alto valor biológico, quando ingeridos com as espinhas representam uma rica **fonte de cálcio** com absorção idêntica a do leite de vaca⁶ (fonte de maior biodisponibilidade na dieta ocidental). Além disso, o peixe (principalmente os de maiores teores de gordura), apresenta grande quantidade de vitamina D que participa na homeostasia do cálcio/fosfato sanguíneos, nutrientes essenciais no processo de mineralização dos ossos, na contração muscular e funções celulares em geral. Sua deficiência pode provocar doenças nos ossos como raquitismo e osteoporose.

Os peixes são consumidos frescos, seja assados ou em sopas (*olokwari*) ou ainda secos (consumido com as espinhas), além dos bolos à base de milho ou mandioca mansa. *Mamalacali* é a única forma de consumo da mandioca mansa recomendado aos homens adultos, já que os homens não costumam a *mamalacali* pura, pois lhe é atribuído um enfraquecimento.

Vale ressaltar sobre o peixe que este é o alimento atualmente mais ameaçado em função das pressões do entorno, sobretudo a partir da presença dos empreendimentos hidrelétricos no rio Juruena, o que afeta diretamente o estoque pesqueiro na região.

Atualmente, os EN, após sucessivas frustrações em relação a expectativa de captura nas barragem de pesca do ritual *Yaokwa*, passaram a comprar grandes quantidades de peixe através de programas assistenciais da Funai e de compensação.

A composição química dos peixes - **série ω -3 (ácido linolênico) e linoléico (ω -6 C18:2)** - depende diretamente da origem da alimentação dos mesmos e de variações entre espécies. No caso dos peixes de tanque criados a partir do modelo industrial, alimentados com ração (à base de soja e grãos) favorece a predominância dos ácidos graxos da série ω -6 que desvia a cascata inflamatória para maior produção de eicosanoides pró-inflamatórios (Naves:2007). Suspeita-se que esse mecanismo pode estar envolvido tanto na fisiopatologia de diversas doenças cardiovasculares como DM, HP, dislipidemia e vasculopatias, como na regulação funcional da ocorrência da obesidade. Eles diferem dos peixes originários de sistemas silvestres, que possuem uma alimentação baseada em algas e plâncton em que predomina a série ω -3 (ácido linolênico) com efeito inverso: anti-inflamatório.

Portanto, com base na revisão bibliográfica, a questão de debate não é a importância indiscutível dos dois grupos de ácidos graxos, já que são imprescindíveis sob o ponto de vista nutricional, sendo considerados essenciais, uma vez que ambos não são sintetizados pelo organismo. O que está amplamente sendo discutido é o grande desequilíbrio/razão

6● Ver:BUZINARO, Elizabeth F.; ALMEIDA, Renata N. Alves de and MAZETO, Gláucia M.F.S.. (1998) citando Hansen e cols, num artigo de revisão bibliográfica, compararam a absorção do Ca em humanos em duas dietas distintas: uma indígena Bengali composta de pequenos peixes e outra com leite de vaca. Os autores não encontraram diferenças nas porcentagens de absorção entre as duas fontes deste nutriente. HANSEN, M. Thilsted SH, Sandstrom B, Kongsbak K, Larsen T, Jensen M, et al. *Calcium absorption from small softboned fish*. J Trace Elem Med Biol 1998;12(3):148-54.

(balanço) entre eles – que na dieta ocidental chega a ser de 10 a 25:1 (Simopoulos:1991 *apud* MAHAN e ARLIN:2002), enquanto em estudos epidemiológicos em populações tradicionais (Grécia, Japão entre outras) essa relação chega a ser de 2:1. Atualmente a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza entre 5-10:1

Estudos apontam que os peixes amazônicos que compõe a dieta EN, como a matrinxã (*Brycon cephalus*) e o piau (*Leporinus frederici*), amplamente consumidos na dieta tradicional EN, apresentam significativas quantidades **de ácidos graxos poliinsaturados da série ômega-3 (ácido linolênico)**, os quais participam da formação do sistema nervoso e do crescimento fetal, sendo necessários para manter sob condições normais, as membranas celulares, as funções cerebrais e a transmissão de impulsos nervosos. Estes ácidos graxos, denominados essenciais por não serem sintetizados pelo organismo, devem, portanto, ser obtidos a partir da dieta.

Korase enaxi – Visceras de peixe que são consumidas na forma de “bolo” com farinha de mandioca e que por conter o fígado e outras vísceras constituem **uma fonte de maior quantidade e biodisponibilidade tanto de ferro heme, como de minerais e de vitaminas (entre estas o retinol, forma ativa de vitamina A)**. Desta forma, representa um fator protetor em relação à anemia e à avitaminose A, distúrbios nutricionais de grande ocorrência mundial e nacional, sendo, desse modo, foco de ações preventivas governamentais.

Este alimento **deve ser mantido e incentivado** na fase de introdução da alimentação complementar, já que não há restrições observadas ao seu consumo nesta fase da vida pelos EN (devendo ser soprado antes da ingestão). Vale notar que a própria cartilha “Saúde da criança - nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar” do Ministério da Saúde, recomenda o consumo de vísceras ao menos uma vez por semana, a partir do 6º mês de vida, como forma de prevenir a anemia ferropróvia.

MILHO E DERIVADOS

Koreto – O milho, tanto o milho-fofo tradicional como a variedade introduzida, pode ser consumido apenas cozido (preferencialmente variedade introduzida), na forma de bolos ou como base de bebidas e sopas (preferencialmente a variedade tradicional). Todas as variedades, do ponto de vista nutricional, apresentam-se como alimentos **ricos em carboidratos** sendo desta forma um componente energético por excelência na dieta EN, além das **fibras**. Porém, quando observado sob o aspecto de seu perfil aminoacídico não apresentam níveis adequados de lisina e triptofano considerados essenciais (aa limitate de cereais), não sendo, portanto, considerado como uma boa fonte proteica.

Apesar de o milho representar um alimento de grande importância simbólica no cultivo e culinária nos preparos EN, foi pouco referido pelas *aserokwaiti* na lista livre, aparecendo lá adiante no ranqueamento, pois, mesmo com a grande quantidade armazenada nas casas, só quando explorávamos a parte prospectiva é que o milho entrava em cena na memória. Elas apontavam para o milho armazenado e afirmavam “*ali está o milho, porém temos que esperar primeiro para oferecer ao Yaokwa, depois que os Yakariti estiverem servidos, nós poderemos comer também*” referindo-se à uma etapa do ciclo ritual. O milho está, deste modo, disponível por quase todo o ano. Contudo, seu consumo está regulado pelas fases e prescrições rituais. Durante o ritual de *Kateoko (Lerohi)*, temos marcado o amplo consumo de preparações à base de milho, caracterizando a sazonalidade deste consumo periódico.

É importante ainda ressaltar que existem duas fontes de abastecimento de milho após a intensificação do contato, o milho produzido dentro do sistema agroalimentar EN (aqui não diferenciamos a variedade introduzida ou nativa e sim o cultivo ou não pelos EN) e o milho comprado que será discutido posteriormente.

MEL

Maha - O mel é outro alimento de grande importância simbólica e alimentar estando associado aos espíritos celestes e sendo oferecido nos momentos de cura, como oferenda. Desta forma, este alimento entra como um componente de excelência na própria concepção nativa de saúde. Em termos nutricionais, por ser composto em grande medida por **frutose** (cerca de 42%), um açúcar simples de alto índice glicêmico, apresenta rápida absorção, sendo fundamental para o reestabelecimento adequado dos estoques de glicogênio, o que o torna um componente essencial diante das atividades físicas (principalmente imediatamente após as atividades extenuantes) que o sistema produtivo deste povo exige, já que oferece **aporte calórico e de hidratação** necessário ao nível de atividade física desta população.

Consumido durante o ano inteiro na forma de hidromel (misturado à água - *mala*), principalmente nos acampamentos e nas longas jornadas de caminhadas distante da aldeia, o ápice de seu consumo ocorre durante a realização do ritual *Kateoko*, quando se torna um componente diário do cardápio quase substituindo o *oloiti*.

O mel é um alimento inserido complementarmente à amamentação, e por ser um dos poucos alimentos ‘crus’ nesta fase, pode ter um papel como disseminador de microorganismos causadores de infecções gastrointestinais devendo ser alvo de investigação no sentido de traçar estratégias preventivas e de controle da qualidade da água utilizada.

Maha eketeri – Pólen de abelha (ou farinha de abelha na tradução literal), é um alimento pouco estudado sob a ótica nutricional. Consumido in natura ou diluído em água com mel.

COGUMELOS

Existem várias espécies de cogumelos nativos consumidos pelos Enawene Nawe (não identificados pela taxonomia ocidental): *alawihi*, *hemero* (especial para *olokwari* – sopa que é apimentada segundo vários relatos das *aserokwaiti*), *kiakirihi*, *maxirohi*, *maxawa*, *dalolah*, *kwiakitih*, *talohi*, *oxekehi*, *tekerero*, *huxikehi*, *masetenehi*, *kalokohi*, *hoxekehi*, *kurixiwerihi*, *eehe*, *doterohi*, *oxikero*, *kiatiatorih*, *maxirohi*, *kiwixihi* e *tekerero*.

Podem ser consumidos na forma crua, cozida em cocção úmida apenas com água ou na forma de “sopas” (*olokwari*) junto com peixes e castanha, ou ainda, em cocção a seco realizada em folha de pacova enterrados sob a brasa. Em todas as técnicas de cocção era tradicionalmente acrescentado o sal de cinzas vegetais que vêm atualmente sendo substituído por sal marinho (ver mais adiante nota sobre a relação de potássio/sódio e ocorrência de hipertensão).

É importante dar um destaque para o cogumelo *tekerero*, uma vez que esta espécie tem grande relevância no sistema tradicional na introdução da alimentação complementar sendo, segundo o relato de vários Enawene Nawe, um ‘substituto’ do peixe “quando a criança começa a pedir peixe mas ainda não sabe retirar as espinhas”.

Nutricionalmente, em termos qualitativos, os cogumelos se apresentam como uma fonte de **proteína de alto valor biológico**, uma vez que possuem todos os aminoácidos indispensáveis, além de arginina, glutamina, dentre outros (Mizuno:1995 *apud* Fortes RC, Novaes MRCG:2006). Em algumas variedades, quantitativamente encontra-se ainda um alto teor protéico (mais especificamente o gênero *Agaricus*, que apresenta 22,5% de proteína e possui várias espécies nativas). Assim, em termos quantitativos tornam-se relevantes. Isso tudo sem relacionarmos os seus efeitos estimulantes na função imune.

Contudo, é importante ressaltar que existem variações na composição aminoacídica dos cogumelos dependendo das espécies já estudadas, o que pode variar de 6 a 15 aminoácidos, e mereceria uma investigação mais profunda sobre o tema, levando em conta tanto a especificidade e variabilidade, como a ausência de estudos sobre as espécies em questão (sobre espécies nativas da amazônia existem apenas estudos em curso sobre o cultivo de cogumelos originários dos Yanomami e reserva Duke e nada há sobre análise de composição nutricional). É importante ainda investigar se há redução no consumo dos cogumelos já que nos relatos das mulheres EN algumas afirmam manter o consumo como sempre, enquanto outras dizem que na atual aldeia há menos disponibilidade desse recurso. Caso isso se verifique, é necessário avaliar os impactos desta eventual diminuição no aporte proteico, já que algumas falam: “*maiha katerin nawe tanari ari, maiha ataira tanari ari maiha katerin rikiwa*” (aqui não tem cogumelos, aqui não tem madeira para os cogumelos nascerem). Suspeitamos também que esta variação pode corresponder à localização das roças de cada grupo doméstico.

TUBÉRCULOS

Amaio - A batata-doce (*Ipomoeia batatas*), além de ser um alimento **fonte de carboidratos**, merece destaque pelo seu **alto teor de vitamina A na forma de β -caroteno**. Em 60 gramas de batata-doce assada chega a 1310 ER equivalentes de retinol (o 1ER=1 μ g de retinol, expressa a soma dos carotenóides e sua conversão em retinol, forma ativa da vitamina A).

Hakairi, xinoata – As várias espécies de carás (*Dioscorea* sp.) constituem rica fonte de **amido**, fonte de **beta-caroteno**, boa fonte de **vitaminas C e do complexo B** e contêm significativas quantidades de **cálcio, fósforo e ferro**.

Tokoloiro, yalawi – Essas raízes tuberosas da família Marantacea apareceram em destaque nas entrevistas devido à sua grande produção no período em que o QFA foi realizado, tendo sido observado seu estoque em quase todas as casas. Baseado nos dados sobre o ariá (apresentados na Cartilha de Alimentos Regionais), o *Calathea allouia* que pertence a mesma família botânica do *tokoloiro* (araruta) e que é muito disseminada nas roças e quintais amazônicos, contém grande quantidade de **amido** (de 13% a 15%) e outros **carboidratos** (21,4%), **fibras** (3,4g/em 100g do alimento) e significativos níveis de aminoácidos, principalmente os essenciais, como **lisina e metionina**, apesar de ser quantitativamente reduzida em proteína (1,5%).

Esses tubérculos são consumidos principalmente assados, podendo aparecer em preparações como sopas, mingaus e bolos de peixe. A batata-doce (*amaio*) é o primeiro alimento sólido introduzido na alimentação complementar das crianças.

LEGUMINOSAS

Kumatatayrose – Feijão marrom pequeno e arredondado e as favas: *witaredose* (fava grande e achatada com listras vermelhas), *kumairita* (fava branca com mesclas pretas), *Yotawikwero* (fava grande com mesclas vermelhas), *wiana, kiasero, yadasero*.

De forma geral, as leguminosas são **fonte de proteína**, além de oferecerem quantidades importantes de **ferro não heme** (talvez, a mais importante fonte de ferro não-heme) e de carboidratos. Quando combinados com o cereal, podem ser comparáveis ao valor protéico das carnes. Quando consumidos sem esta associação, como é o caso do padrão alimentar EN que consome acompanhado de beiju, pode ser considerada uma **fonte**

proteica intermediária entre os cereais e os alimentos de origem animal, já que são os alimentos vegetais mais ricos em proteínas. Quando cozidos, podem conter 17% a 25% de proteína dependendo da espécie ou variedade e tem os aminoácidos sulfurados (metionina) como limitantes. Os feijões contêm ainda **carboidratos complexos (amido e outros polissacarídeos não amídicos - fibras alimentares solúveis; hemiceluloses mucilagens e insolúveis - celulose)** e são ricos em **vitaminas do complexo B, ferro, cálcio e outros minerais, bem como, em compostos bioativos** (taninos, etc).

FRUTOS, CASTANHAS E AMÊNDOAS

Essui - O buriti (*Mauritia flexuosa L.*) é consumido com beijus após leve cocção ou ainda sua polpa pode ser transformada em “vinho” (suco) adicionado de mel. Em termos nutricionais, o buriti é considerado como uma reconhecida **fonte de β -caroteno**, destacando-se ainda pelo alto conteúdo de **potássio, cálcio e ferro, ácidos graxos e vitamina C**, sendo uma excelente fonte destes nutrientes.

Walolike - A bacaba (*Oenocarpus bacaba*) é consumida na forma de “vinho” (suco) adoçado com o *makedanari* (decoto de mandioca doce). Em estudos realizados foi constatado como **rica fonte de ácidos graxos essenciais e principalmente do tipo oleico (ω -9)**, um fator protetor cardiovascular. É interessante registrar que este alimento aparece destacado como termo de preferência/sabor *enere* (delicioso), pois em vários relatos o *walolikwe* aparece recorrentemente referido com a expressão “*awerare nohiwi*” (“muito me apetece”) ou literalmente indica “uma sensação que percorre todo o ser/corpo”.

Tokwalise - A castanha-do-brasil (*Bertholletia excelsa*) contém em torno de 17% de proteína e possui alguns dos aminoácidos essenciais ao ser humano. Seu teor de gordura é extremamente elevado (em torno de 67%), composto principalmente pelos **ácidos graxos oléico (ω -9 C18:1) e linoléico (ω -6C18:2)**. Essa composição em ácidos graxos mono e poli-insaturado é importante na manutenção da homeostase, uma vez que esses ácidos contribuem para a redução das frações de Lipoproteína de Baixa Densidade (LDL) e de Muito Baixa Densidade (VLDL), responsáveis pelo aumento do colesterol sérico, constituindo-se dessa forma num fator de proteção para doenças cardiovasculares. Além disso, a castanha é rica nas **vitaminas A, C, B1, B2, B5 e a-tocoferol e nos minerais ferro, cálcio, zinco e selênio**. Pela importância dos dois primeiros na prevenção de carências nutricionais de relevância em saúde coletiva e pelas funções enzimáticas e reguladoras do zinco e do selênio (é considerado o alimento mais rico no planeta neste mineral), opera como parte do sistema de defesa antioxidante do organismo. É consumida in natura e/ou em sopas. Vale registrar que boa parte dos castanhais está fora da terra demarcada, sendo o rio Preto, tradicionalmente, a principal área de coleta durante a pesca do *Yaokwa* (realizada nos meses de fevereiro e março).

Koloari - Os EN consomem tanto a polpa cozida acompanhada de beiju como a amêndoa assada do pequi (*Caryocar brasiliense*). A partir da revisão bibliográfica realizada por Maria Elisabeth Barros de Oliveira *et al* (2008) quanto a composição química da amêndoa, o teor de proteína varia de 24 % a 54%.

Esses frutos aparecem com maior destaque nos relatos em termos de preferência, porém existem outros frutos de menor importância tanto quantitativamente quanto em status, mas que podem ser de grande relevância em termos nutricionais. Só para citar alguns: **kurala** (pequeno abacaxi do Cerrado), **halulase** (pequiá), **hitiri** (amêndoa-de-cabaça), **dioari** (espécie de pequi do qual só se consome a amêndoa), entre outros menos conhecidos e consumidos principalmente pelas crianças.

C. ALIMENTOS COM REDUÇÃO NO CONSUMO (BAIXA FREQUÊNCIA) SEGUNDO OS PRÓPRIOS EN

Na convivência direta com os Enawene Nawe, tem sido muito presente a afirmação de que certos alimentos não estejam mais sendo consumidos com a mesma frequência do passado ou que venham sendo substituídos.

“A galinha substituiu (hekoari) algumas aves, o arroz substituiu o cupim, a saúva e outras larvas.”

No caso das larvas e insetos, o que parece mais preocupante é que não apenas foram ‘substituídos’. Esses alimentos estão perdendo o seu status tradicional de alimentos de “primeira linha” e sendo ressignificados como alimentos consumidos por clãs de menor prestígio e captação de renda. Isso pode ter sido gerado de um lado pelo recorrente estranhamento que muitos não índios têm sobre esse hábito e a forma negativa, por vezes até repulsiva, com que manifestam seu estranhamento. De outro, com a intensificação do contato, a geração de renda reproduz-se de acordo com a lógica hierárquica do sistema clânico em que os clãs de menor status começam também a ser diferenciados a partir de novos critérios e códigos. Esses discursos chamam a atenção, portanto, para o fato da redução da diversificação alimentar (rever aqui tabela Maria Clara/Cañas), pois, ao mesmo tempo em que a incorporação de novos hábitos cria a ilusão de diversificação, está, na verdade, produzindo nutricionalmente o efeito oposto.

Essa redução da diversidade alimentar pode levar à predominância de uma dieta rica em amido e pobre em proteínas de alto valor biológico, papel essencialmente cumprido pelos alimentos substituídos, o que pode acarretar outras desordens nutricionais decorrentes de carências de micro e macronutrientes que são, por exemplo, abundantes nas larvas e insetos.

Com relação às aves silvestres, o que já vinha se verificando por observação direta há algum tempo é uma redução drástica na manufatura das armadilhas (*totakali*), porém, quando eventualmente são capturadas, a caçada tem sido feita por meio de armas de fogo.

Esta tendência à redução da diversificação alimentar produz um “efeito cascata”. Como exemplo, vale citar a folha de mandioca que teve seu consumo praticamente abolido em decorrência da redução do preparo do “bolo de saúva” (*kotahono*). O efeito imediato é o impacto no fornecimento adequado de nutrientes, no caso, o ferro, mesmo que não seja na sua forma de maior diponibilidade.

Wase – O amendoim, de acordo com a classificação cosmológica, está associado aos espíritos subterrâneos (*Yakairiti*), portanto, é considerado um alimento perigoso. Não pode ser guardado por grandes períodos, não pode ser cultivado em grande escala e deve ser sempre consumido como oferta durante os rituais dedicados aos *Yakairiti*, sobretudo durante o *Yaokwa*. Seu cultivo foi sendo gradativamente abandonado. O que não fica evidente é porque ele é mais perigoso atualmente, já que antes, pelo relato e registro dos indígenas, este alimento era mais presente na dieta. Tentamos, sem sucesso, aprofundar esta questão, mas parece que até mesmo falar sobre este tema é um tabu, transparecendo um certo desconforto sempre que se toca no assunto e com um tom acusador referente aos EN que ainda possuem matrizes deste cultivar. A perda do amendoim em termos nutricionais representa a diminuição de uma importante fonte de proteína, ferro, vitaminas lipossolúveis e ácidos graxos essenciais e oleico.

D. ALIMENTOS INTRODUZIDOS

Quanto aos produtos introduzidos, além do milho já consolidado há alguns anos, foram referidos o sal, o arroz e o frango congelado. Com menor importância foram referidos o óleo de soja, o feijão e o macarrão. Esporadicamente citaram também biscoitos e bolachas recheadas. Esses produtos estão presentes principalmente na dieta das famílias que dispõem de aposentadoria ou salário, e os adquirem no período de recebimento desses benefícios. Conforme veremos, constata-se o predomínio de alimentos ricos em carboidratos, já que o arroz aparece em destaque tanto na quantidade como na frequência consumida, que em alguns casos pode ser diária.

Milho inuti (milho dos não índios/comprado) -- A partir de 1998, após a abertura de uma estrada ilegal na TI Enawene Nawe (desde então embargada), a conseqüente intensificação do contato naquele momento e decorrente não plantio da roça de milho naquele ano (Cf. Jakubaszko:2003) impulsionaram a aquisição sistemática de grandes quantidades de milho seco de fora do seu sistema agroalimentar. Este impulso foi somado ao fato de que as principais áreas férteis para o plantio do milho EN estão ainda hoje fora da TI demarcada, na região do rio Preto (terra de ocupação tradicional reivindicada).

A princípio, por ser um alimento tradicionalmente consumido por este povo, pode parecer uma introdução de pouco impacto sobre o sistema alimentar. Porém, é crucial ressaltar que este milho é adquirido diretamente junto às fazendas do entorno, onde em geral trata-se de fornecimento destinado ao consumo animal e produzido possivelmente sem controle de qualidade. Portanto, não tem assegurada a qualidade sanitária para o consumo humano podendo, desta forma, ser fonte de contaminantes como fungos produtores de micotoxinas (principalmente dos gêneros *Aspergiillus spp*, *Diplodia spp*, *Penicillium spp* e *Fusarium spp*), insetos, pesticidas e microorganismos patogênicos, entre estes a antavirose, com suspeitas de casos observados pela equipe de saúde, já que há registros oficiais desta ocorrência nos municípios do entorno fornecedores deste produto.

Este risco pode ser aumentado pela forma de transporte e armazenamento ainda praticada pelos EN, que expõem o milho à umidade e convertem-nos também em vetores de doenças por meio da disseminação de baratas e ratos. É importante destacar que no caso das micotoxinas, os sintomas podem ser confundidos com doenças infecciosas e até com distúrbios nutricionais (diarreia, fraqueza muscular, retardo no crescimento, síndrome Kwashiorkor), além dos seus efeitos carcinogênicos, mutagênicos, teratogênicos e hepatotóxicos. Desta forma, esses destaques merecem atenção redobrada na condução das intervenções de prevenção, bem como a manutenção do estado de alerta para as formas de diagnóstico/tratamento, levando em consideração essas possíveis suspeitas.

Arroz polido – Nas conversas e observação direta foi constatado um evidente aumento no consumo de arroz polido. O arroz aparece em todas as residências, podendo compor o consumo alimentar diariamente, principalmente no caso de famílias com maior acesso a renda por meio da aposentadoria, salários, auxílio maternidade, venda eventual de artefatos culturais, dentre outros.

Há diversos estudos sobre nutrição indígena (cf. bibliografia) extremamente críticos em relação à incorporação do arroz polido, sustentando-o como o grande vilão de dietas predominantemente compostas de carboidratos.

Contudo, consideramos que a introdução do arroz polido não é um problema em si. Ele pode se tornar problemático quando representa a fonte central da alimentação, seja por casos de pauperização dessas populações (como demonstram estudos realizados por ex. nos Xavante), seja, ao nosso ver, por contextos de decodificação desta introdução.

No contexto EM, ele pode representar sim, em médio prazo, um desequilíbrio qualitativo dos nutrientes, posto que o “status culinário” que recebeu na decodificação desta introdução tem correspondido ao “prato principal” devido a sua associação com as larvas

de vespas (inclusive com uso do mesmo termo *lahalawa* para designar este alimento), operando como substituto das mesmas. Neste lugar simbólico, o arroz também pode ser amplamente consumido já que ficou associado aos espíritos celestes (*Enore Nawe*, ‘donos’ também dos insetos), sendo inclusive incorporado como oferenda nos casos de pajelança.

Este aspecto (“prato principal”) ficou mais latente posto que verbalizado da seguinte forma: “*Hoje o arroz é o substituto das formigas, cupins, das larvas e anuros*”, ou ainda pela observação direta e relato onde constatamos que o arroz é consumido com beiju (por cima do beiju). Na composição convencional, as larvas, os peixes, os feijões e os frutos – mas nunca um amilácio como batata, milho, cará, etc – são consumidos com beiju, reforçando a ideia de que o beiju é consumido como acompanhamento de um ‘prato principal’. O arroz com beiju demonstra que o mesmo não foi decodificado a partir da lógica do acompanhamento.

Vieira Filho et al. (1997 – *apud* Gugelmin, S.A; Santos R,V.:2001) associam a ocorrência de beriberi em Sangradouro e São Marcos em decorrência da introdução de uma dieta baseada quase que exclusivamente no arroz beneficiado, obtido em grandes quantidades por meio das sucessivas intervenções assistenciais da Funai. Essas mudanças na dieta, devido principalmente à diminuição da diversidade de recursos alimentares pode, com o tempo, propiciar grandes alterações do perfil nutricional e de saúde destas populações.

Óleo de soja – Ainda que pouco citado nas conversas, o óleo está sendo utilizado por algumas famílias no preparo de peixe frito, o que demonstra que esta forma de preparo vem gradativamente ganhando espaço na culinária EM. Isso pode, futuramente, oferecer risco para o surgimento de doenças cardiovasculares nesta população.

Macarrão – É interessante notar que o macarrão na composição do cardápio EN entra como acompanhamento do arroz, o que corrobora nossa análise sobre a decodificação da introdução do arroz na culinária EN. Sob o aspecto nutricional desta composição, o que se observa é a combinação de dois amilácios, ou seja, predominam de forma desequilibrada apenas alimentos fonte de carboidrato.

Feijão – Curiosamente constatamos que a incorporação do feijão não acompanhou na mesma medida a introdução do arroz, o que seria, sob o ponto de vista nutricional, extremamente positivo, pois contribuiria no balanço calórico/nutricional reequilibrando-o. Suspeitamos que isso se deva, mais uma vez, ao aspecto simbólico que este representa, já que, diferentemente do arroz, de uso livre associado aos espíritos celestes, o feijão é um recurso alimentar associado aos espíritos subterrâneos, portanto, adequado para uso “controlado” e sazonalmente regulado, tendo sido, deste modo, incorporado seguindo a lógica do sistema nativo. Posto isso, a possibilidade equilibrada do ‘arroz com feijão’ vir a compor o cardápio diário EN está fora desta lógica. Predomina o consumo do arroz.

Sal – Tradicionalmente os EN utilizam o sal vegetal, o *esewihi*, que é consumido principalmente nos rituais ou ainda de modo muito bem controlado e com grandes restrições (assim como o amendoim e o feijão, é associado aos *Yakairiti*). Em outros casos, necessita ser soprado pelo *hoenaitare* (sopradores-benedores) para ser adicionado em cogumelos e preparações a base de peixe como o *olokwari* (sopa). O *esewihi* é produzido a partir da incineração de palmeira, do lenho de algumas leguminosas e posteriormente purificação através de filtragem para, em seguida, ser desidratado formando um sal com alto teor de cloreto de potássio.

Atualmente, o sal marinho refinado (composto basicamente por cloreto de sódio), talvez por sua facilidade na aquisição, vem alterando o padrão do consumo. E este condimento tem estado mais presente/frequente na alimentação. O efeito desse consumo poderá a médio/longo prazos trazer implicações com relação a incidência de hipertensão arterial não só pelo aumento no consumo, mas também pela própria diferença na composição numa relação inversa: **o potássio favorece o controle hidroeletrolítico e da pressão arterial** enquanto o **sódio**, por sua vez, é um notório **agente hipertensivo**. (Riccardi G; Rivellese e William:2006)

Frango congelado – Confirmamos o relato das equipes indigenistas, uma vez que o frango congelado (industrializado) tem se tornado um alimento de grande consumo. Assim como as aves silvestres, o frango foi classificado como um alimento associado aos espíritos celestes, portanto, livre de restrições e também frequentemente presente nos rituais de pajelança.

Ao mesmo tempo em que os EN incorporam o frango a partir do universo/domínio dos espíritos celestes – e considerando o contexto de ameaça que atualmente incide sobre o consumo de peixes, somado ao fato de que os EN não consomem carne vermelha – há uma forte tendência por parte de agentes externos a pensar a incorporação do frango, por ser uma fonte de **proteína animal (de alto valor biológico)**, como um possível substituto do peixe. Porém, importa esclarecer que o fato de ser ótima fonte de proteína não significa que o frango esteja à altura dessa equivalência em outros nutrientes já que, como vimos, o fato dos EN consumirem o peixe de forma integral (incluindo vísceras e espinhas) é o que faz a diferença do ponto de vista da qualidade nutricional (vide discussão cálcio/pequenos peixes, ferro/vísceras e ácidos graxos essenciais já mencionada aqui).

Ou seja, em relação aos minerais chaves como o ferro e o cálcio, este alimento não pode se equiparar ao peixe quando se leva em conta a biodisponibilidade destes minerais, já que o melhor aproveitamento destes (isso sem relacionarmos aqui outros nutrientes como, por exemplo, a presença de ácidos graxos da série ω -3 ou de associações como cálcio, vitamina D, etc, conforme já assinalamos no item *Peixes*) está relacionado a aspectos muito específicos da dietética nativa – sua forma de consumo integral do peixe.

Nesse sentido, é preciso muita cautela ao tentar estabelecer essa equivalência, tanto porque ela não procede em termos de aporte nutricional, tanto porque no campo simbólico a relação também é inversa, um sendo associado ao domínio dos entes celestes e outro ao domínio dos seres subterrâneos.

Ainda com relação ao frango congelado, levando em conta a questão da **segurança microbiológica**, é extensamente discutida na literatura científica, por exemplo, a presença de microrganismos patogênicos principalmente os do gênero *Salmonella* neste alimento, intrínsecos ao processo de produção de alimentos de origem aviária. No caso EN esse risco se intensifica, uma vez que este alimento deveria permanecer sob congelamento (armazenamento e transporte) e resfriado (pré-consumo), condições essas inviáveis no contexto do transporte e da aldeia. Este fato potencializa os próprios riscos de contaminação já presentes.

Açúcar – Apesar do sabor doce (*waiwa*) ter alta estima no paladar dos EN, curiosamente o açúcar não parece representar grande relevância em termos de mudança do hábito alimentar deste povo, uma vez que tanto na observação, quanto nos diálogos com as *aserokwaiti* quando inqueridas quanto ao consumo do açúcar, obtinha-se como resposta a negativa ou afirmavam que só os homens em acapamentos com escassez de mel (em regiões de mata alta) o consumiam, eventualmente, em ‘substituição’ ao hidromel (*mala*).

3. CONSUMO ALIMENTAR: GESTANTES E CRIANÇAS

Dada esta descrição geral do **padrão, consumo e frequência alimentar** EN, passemos agora a caracterização do consumo alimentar das gestantes/parturientes e da fase correspondente à introdução alimentar complementar, dada a partir aproximadamente do 5º, 6º mês de vida.

Mediante as conversas que tinham como finalidade identificar padrões alimentares correspondentes a cada fase da vida e gênero de acordo com o sistema simbólico EN, constatamos que as categorias de idade constituem um fator de pouca influência direta no padrão de consumo, estando as prescrições (restrições e recomendações) mais diretamente associadas aos ritos de passagem (ou práticas específicas de determinados especialistas), do

que propriamente às variáveis de gênero e idade.

Durante a gestação, por exemplo, não verificamos nenhum tipo de restrição ou recomendação específica, podendo a gestante se alimentar normalmente de acordo com o padrão EN, bem como realizar todas as tarefas cotidianas associadas ao domínio das mulheres, inclusive aquelas que envolvem maior esforço físico.

Já após o parto, a mãe do recém nascido (*wesekoitakori/wesekoitakolo* – bebês até dois meses), segue uma prescrição dietética rígida ligada a um estado “fisiológico” denominado *kadeena*. Nesse estado, o odor exalado pelo sangue deixa a pessoa vulnerável e exposta a seres hematófagos como o espírito da mandioca e os seres metamórficos das árvores. Na ótica nativa, este estado está ligado à presença do sangue, também presente na menstruação e primeira relação sexual, onde, nesse último caso, ambos os gêneros ficam sujeitos a prescrições higiênico-dietéticas assim como no pós-parto.

Diante do conjunto de práticas propostas, está a restrição ao consumo de peixe e de derivados de mandioca dando preferência aos derivados de milho. Esta prática dietética também está associada à realização de banhos e ingestão de infusões a base de ervas medicinais com o propósito de purificar e manter limpo e sadio o corpo da mãe – hábitos praticados de forma reclusa no *waxalako* (compartimento/quarto) durante todo o período de resguardo da parturiente (que pode chegar a dois meses). A ação do soprador (*hoenaitare*) é imprescindível para ‘soprar’ todos os alimentos e preparos que serão realizados pela mãe, durante a lactação, e, depois, na introdução da alimentação complementar do lactente.

Introdução da alimentação complementar

Segundo Giugliani, Victora CG (2000: p-S254) “*Por alimento complementar entende-se qualquer alimento nutritivo, sólido ou líquido, diferente do leite humano oferecido à criança amamentada. Os alimentos especialmente preparados para as crianças pequenas antes de elas passarem a receber os alimentos consumidos pela família são chamados de alimentos de transição. Esses alimentos correspondem aos antigamente chamados “alimentos de desmame”. Esse termo tem sido evitado, pois pode gerar confusão quanto ao seu objetivo, o de complementar o leite materno, e não de substituí-lo, provocando o desmame.*”

A introdução de alimentos complementares à amamentação, que se inicia por volta do 5º e 6º mês de vida, se dá pela seguinte sequência de consumo: primeiro tubérculos, como o cará e a batata-doce (mais citados nas conversas) e logo imediatamente a seguir as bebidas a base de mandica (*oloiti* e *makedanari*), que só podem ser oferecidas com o acompanhamento do *hoenaitare*, que deve soprá-la tornando o alimento seguro (“limpo/puro”) e permitindo seu consumo por parte da criança (*enawehorairi/enahorailo*).

O cogumelo *tekerero* entra na alimentação logo que a criança começa a solicitar o peixe sendo, segundo o relato de vários Enawene Nawe, um “substituto” (*hecoari*) do peixe quando a criança começa a pedi-lo. Afirmam que, desta forma, a criança vai se acostumando com a textura sem correr risco com as espinhas.

O milho só entra na alimentação a partir do momento em que a criança começa a ficar de pé (fase denominada *atetoarese/atetoalo*), por volta dos 10 a 11 meses. A partir do momento em que a criança começa a andar (*atonaharese/atonahalose*), inicia-se a introdução de algumas espécies de peixe apropriadas, já que não possuem espinhas, como o *koioco* e *dekiririhî*.

Com relação ao mel, a dietética EN o coloca como um dos alimentos de primeira hora, confrontando-se diretamente com as recomendações de consensos de pediatria quanto a introdução de mel na dieta, que só deveria ocorrer após o primeiro ano de vida para reduzir o risco de botulismo infantil. Ainda com relação aos riscos microbiológicos, existe

um ponto crítico relacionado à água utilizada no preparo do hidromel. Estes riscos poderiam ser minorados através de algumas medidas tanto com relação a eficácia microbiológica quanto a sua viabilidade, como a pasteurização do mel e/ou a orientação para o uso de água potável para este fim (filtragem, fervura ou uso de hipoclorito de sódio).

A deficiência de vitamina A está associada à maior prevalência de infecções, mortalidade, comprometimento do sistema imune e retardo de crescimento (MS:2007). Desta forma, conforme já assinalamos, alguns alimentos tradicionalmente consumidos pelos EN representam um fator de proteção para ocorrência de hipovitaminose A e xerofthalmia nesta população, principalmente para os grupos de maior vulnerabilidade nutricional como gestantes e crianças de 2 a 10 anos. São eles principalmente: as bebidas a base de mandioca (com destaque para o *makedanari*), os peixes pequenos e vísceras (*koraseenaxi*) desde que não haja prescrição de proibição ou tabu (bebês, *kadena*, etc.), devendo ser soprados pelos *huenaitare* para a liberação do consumo.

De todo modo, é preciso maior investigação da relação entre os alimentos verificados como em redução no consumo e seus impactos na nutrição infantil e materna, como os casos já descritos em relação aos insetos, a diversidade de aves e a própria redução do consumo de peixes durante a gestação e lactação, considerando ainda que nesses períodos a demanda fisiológica por ferro e cálcio aumenta sensivelmente.

Vale considerar também que na maioria dos estudos sobre nutrição indígena já realizados os inquéritos apontam invariavelmente para a predominância de doenças como diarreia, parasitoses e infecções respiratórias como causadores dos déficits ponderais.

Coimbra Júnior (2007) afirma: “a diarreia destaca-se dentre as principais causas de adoecimento e morte da criança indígena, seguida pela pneumonia (ambas podem responder por 60 a 80% das causas de internação, segundo algumas análises). (...) Os estudos realizados com os povos Suruí, Rondônia (Orellana et al:2007); Guarani Kaiowá e Nandéva, Mato Grosso do Sul (Pícoli et al:2006); Terena, Mato Grosso do Sul (Ribas et al:2001) e Kulina, Amazonas (Tiss et al, s/d) corroboram esta assertiva. Como mencionado por Silva (2002), os coeficientes de incidência de doenças diarréicas na população indígena brasileira para os anos de 2000, 2001 e até junho de 2002 são: 95,2; 245,8 e 184,54 (por mil habitantes).” (Cf. PENA, JL; HELLER. L.; 2008).

Nossas análises, no âmbito do diagnóstico realizado em 2011, também corroboram para a relação com os fatores de morbidade, com destaque para as parasitoses. Contudo, vale destacar que os EN também desenvolveram explicações para o baixo peso verificado na dinâmica do crescimento infantil. É recorrente a relação que eles estabelecem entre o enfraquecimento das crianças e a não observância das regras e prescrições alimentares pelos pais. Os EN entendem que a mulher só deve engravidar novamente quando a criança caminha com segurança e já come peixe (por volta dos dois anos de idade). Desse modo, apontam que o estreitamento no espaçamento entre o nascimento das crianças é um fator determinante para o enfraquecimento das mesmas⁷.

Ou seja, é a partir dos 24 a 36 meses que ocorre a liberação da abstinência sexual dos pais. Caso essa regra não seja cumprida pode precipitar a desnutrição proteica, também conhecida na medicina ocidental como *kwashiorkor* – palavra incorporada do dialeto de Gana que significa “criança deixada de lado, desmamada precocemente assim que seu mais novo irmão nasceu”.

Deste modo, é interessante notar que assim como nesta concepção *kwashiorkor*, os EN também expressam esse estado de enfraquecimento (“desnutrição”) a partir da denominação *kamamanataka* – um estado em que a criança fica com as pernas tortas devido à presença de semem no leite da mãe, que não seguiu à risca a prescrição do período indicado para a abstinência sexual.

7● Vale comentar que verificamos esse dado e não encontramos ocorrência fora da regra vigente. Ela se mantém, contudo parece proceder de fato a diminuição do espaçamento. Assim que termina o prazo da abstinência as EN logo engravidam novamente. Suspeitamos que o atual benefício do auxílio maternidade possa ser um fator de influência no estreitamento desse espaçamento entre filhos.

4. CONCLUSÃO

Podemos concluir que o sistema alimentar tradicional EN em todas as suas dimensões e complexidade (produção, tabus, ciclo ritual, prescrições dietéticas nas fases fisiológicas, etc) constitui um fator de proteção às desordens carenciais e de distúrbios metabólicos (DCNT), já que o mesmo sistema dá conta de todos os aspectos que se relacionam à segurança alimentar (diversificação, adequação qualitativa e quantitativa dos nutrientes, soberania e autonomia econômica e política) e que nenhuma forma de intervenção sobre a questão alimentar e nutricional fora deste entendimento será eficaz se não levar em conta a manutenção do status e equilíbrio deste sistema tradicional.

Estamos, portanto, de acordo com a análise de Weiss (1998) quando afirma que, do ponto de vista qualitativo, a alimentação do grupo apresenta um bom suporte nutricional para as necessidades orgânicas, quando analisada a composição química das preparações consumidas.

Ocorre que, conforme analisamos, as alterações em curso ameaçam a integridade desse sistema tradicional na medida em que as incorporações não se encontram em estado de manter o necessário equilíbrio nutricional na dieta EM. Ao contrário, tendem a produzir exatamente o efeito oposto. É como vimos no exemplo da incorporação do arroz. Se, como demonstramos, não há problema de aporte energético/calórico na alimentação dos EN (ao contrário, possuem uma dieta rica nesse aporte), por que entrar arroz e macarrão tendendo a uma dieta hipercalórica de baixo valor nutritivo?

Estas questões precisam ser demonstradas e debatidas com os EN. Se o arroz veio para ficar e, diferentemente do contexto Xavante, não se dá por falta de opção nutricional, ele deve ser incorporado encontrando seu devido lugar para amenizar os futuros impactos envolvidos com o seu consumo diário.

O fato é que, com as substituições em curso, o principal problema refere-se a perda da diversidade no que incide na possibilidade dos EN recorrerem, como sempre fizeram, ao recurso do **equivalente nutricional**. Como vimos, até 10 anos atrás, a diversidade de alimentos proteicos permitia um jogo sazonal de compensações que a entrada 'cômoda' de frango e arroz 'dispensa' a partir da falsa ilusão que cria de diversificação.

Ao mesmo tempo, a impossibilidade de equivalente nutricional do peixe no contexto EN agrava imensamente a situação e, certamente, pode ocasionar a médio prazo um colapso nesse sistema como um todo, já que o equilíbrio nutricional EN passa irremediavelmente pelo consumo de vísceras e espinhas (consumo integral do peixe). Sendo assim, reduzir a importância deste alimento apenas ao aporte proteico e buscar substitutos ancorados nessa lógica, favorece, sem dúvida, a instituição da fome oculta entre os EN.

Outro aspecto relevante diz respeito às permanentes saídas dos EN para as cidades e a realização de refeições em estabelecimentos onde não há observância de boas práticas de produção dos alimentos, o que favorece também o ciclo de transmissão/contaminação/recontaminação, principalmente de infecções gastrointestinais, estendendo esse risco também às gestantes e crianças, considerando que estes grupos também têm frequentemente feito parte destes deslocamentos (em função do recebimento do auxílio maternidade). A mesma questão deve ser alvo de reflexão da equipe de saúde e do DSEI quando da atenção quanto ao acompanhamento com a alimentação dos doentes em passagem pelo Polo na cidade de Brasnorte, observando e controlando a qualidade sanitária das marmitas oferecidas.

O baixo peso das crianças EN reflete, portanto, a complexidade desse processo de intensificação do contato em curso e nos desafia a identificar na própria dietética EN alimentos que dêem conta de suprir eventuais déficits nutricionais. Esta medida tende a ser muito mais eficaz do que introduzir preparações exógenas como a recorrente insistência com farinhas de multimistura ou compostos vitamínicos sintéticos, por exemplo.

No caso da multimistura, há inúmeras controvérsias e questionamentos em torno da biodisponibilidade, fatores anti-nutricionais e outros. Já os complexos vitamínicos deslocam a ação do campo da alimentação para o contexto da medicalização e isso é temerário quando se pensa em termos de segurança e soberania alimentar.

Acima disso está a possibilidade de valorizar os elementos disponíveis no sistema alimentar tradicional garantindo, além da eficácia desejada, condutas adequadas ao efetivo fortalecimento da segurança e soberania alimentar que constituem a base inquestionável para a saúde das coletividades humanas.

Soberania alimentar: De acordo com a Declaração de Nyélény (2007), “*é um direito dos povos a alimentos nutritivos e culturalmente adequados, acessíveis, produzidos de forma sustentável e ecológica, e seu direito de decidir seu próprio sistema alimentar e produtivo. Isso coloca aqueles que produzem, distribuem e consomem alimentos no coração dos sistemas e políticas alimentares, acima das exigências dos mercados e das empresas. (...) A soberania alimentar promove o comércio transparente, que garanta uma renda digna para todos os povos, e os direitos dos consumidores de controlarem sua própria alimentação e nutrição. Garante que os direitos de acesso e a gestão da terra, territórios, águas, sementes, animais e a biodiversidade estejam nas mãos daqueles que produzem os alimentos. A soberania alimentar supõe novas relações sociais livres de opressão e desigualdades entre homens e mulheres, grupos raciais, classes sociais e gerações*”.

Ao mesmo tempo, estabelecer essa conduta como um eixo preciso de intervenção é coerente com a atenção à saúde pensada como ação indigenista e também com o que se preconiza em termos de diversas pastas de políticas públicas no tocante à diversidade e aos acordos e convenções internacionais das quais o Brasil é signatário.

Nesse sentido, importa enfatizar a necessária e **urgente** sinergia entre as políticas públicas. Não é possível que de um lado o Ministério da Saúde recomende e institua condutas de salvaguarda das práticas tradicionais e, de outro, a Funai ou mesmo equipes locais incentivem a incorporação de cestas básicas e/ou desvalorizem hábitos alimentares nativos conforme descrevem os inúmeros estudos relativos à saúde e nutrição indígena, sendo expoentes os casos Xavante e Guarani Kaiowa.

Saúde e Nutrição: Proposições para intervenção

1. Apoiar e articular o desenvolvimento de estratégias e programas complementares que tenham a subsistência e soberania alimentar como foco central, de modo a contribuir para a segurança alimentar e nutricional, pensadas a partir da lógica do sistema agroalimentar EM. Isso só é possível mediante a participação efetiva dos Enawene Nawe na construção de qualquer proposta.
2. Toda e qualquer intervenção e apoio externo deverão basear-se na valorização da alimentação tradicional e ser bem planejados com o povo a partir de sua matriz alimentar.
3. Monitorar os impactos de uma possível transição epidemiológica/nutricional decorrente das alterações que vêm ocorrendo na alimentação EN e suas consequências no cenário da saúde (presente e futuro) a respeito da **emergência de doenças crônicas não-transmissíveis**, como obesidade, hipertensão arterial, diabetes melito e dislipidemias, criando assim o efeito **Dupla Carga** (coexistência de doenças infecto-parasitárias e doenças crônicas degenerativas não-transmissíveis-DCNT), uma forte tendência no panorama da saúde indígena da qual os EN podem se aproximar cada vez mais.
4. Assessorar os EN na “decodificação” da entrada dos alimentos de fora do seu sistema alimentar, aproximando-se intensamente das mulheres neste tipo de atuação.
5. Formação da equipe para qualificação técnica da coleta e registro de dados (antropometria/curvas de crescimento-acompanhamento/valorização e estímulo da dietética nativa) e para o acompanhamento das gestantes.

6. Promover estudos interdisciplinares, bem como uma atuação mais sintonizada entre os órgãos governamentais (ex: Sesai/DSEIs e Funai).
7. Articular o desenvolvimento de estratégias que interrompam o ciclo vicioso de infecção/reinfecção/desnutrição, a partir de programas voltados para a temática da saúde ambiental (garantia da disponibilidade e qualidade da água para consumo humano, eliminação dos vetores do meio doméstico (ratos e baratas), bem como o adequado destino dos dejetos e do lixo e outros pontos críticos de contágio), abrangendo dentro e fora da aldeia devido à intensificação do trânsito dos EN nas cidades do entorno. É importante destacar que essas ações, para que sejam efetivas na melhoria das condições sanitárias, não devem ser tratadas simplesmente como implementação de infraestrutura sanitária, mas sim por meio de um processo educativo e de pactuação, pensadas a partir de sua adequação à realidade sociocultural e ambiental do contexto atual da sociedade EN.
8. Na relação entre gestão territorial e segurança alimentar talvez seja interessante investigar e avaliar o potencial do manejo da seringa associado à produção de cogumelos, a partir dos conhecimentos nativos, uma vez que os EN fazem a coleta desse alimento principalmente em seringueiras em decomposição e que este recurso alimentar é tão nutritivo e importante na dietética EN.

5. BIBLIOGRAFIA:

Bankoff, A. D. P.; Marchi Neto, F. L.; et al. Estudo da aptidão física relacionada à saúde de diversos grupos étnicos indígenas brasileiros. *Movimento & Percepção*. 7(10) 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. “Saúde da criança - nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar” do Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 112 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 23)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Alimentos regionais brasileiros/ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. – 1. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. PNAN. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Buzinaro EF.; Almeida R N. Alves de and Mazeto, Gláucia M.F.S.. Biodisponibilidade do cálcio dietético. **Arq Bras Endocrinol Metab** [online]. 2006, vol.50, n.5, pp. 852-861.

Coimbra Jr., CEA; Santos, RV. Perfil epidemiológico da população indígena no Brasil. Documento do Trabalho nº 3. Universidade Federal de Rondônia e Escola Nacional de Saúde Pública, 2001. *Acta Amazônica*. VOL. 34(2) 2004: 333 – 336.

Fortes RC, Novaes MRCG. Efeitos da suplementação dietética com cogumelos Agaricales e outros fungos medicinais na terapia contra o câncer. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2006.

Giovane OV. “enteroparasitoses em populações indígenas no Brasil: uma revisão sistemática da produção científica”. Dissertação Mestrado Saúde Pública. Orientador: Ricardo Ventura Santos. Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2003.

Giugliani ER, Victora CG *Journal de Pediatria* - Vol. 76, Supl.3, 2000. Alimentação complementar - Giugliani ERJ.

Gugelmin SA, Santos RV. Ecologia humana e antropometria nutricional de adultos Xavante, Mato Grosso, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2001; 17: 313-322.

Henriques G.S.; Cozzolino SMF; Ferro. In: Cozzolino S.M.F. Biodisponibilidade de Nutrientes, 2005

Henriques GS; Simeone MLF; Amazonas M. Avaliação in vivo da qualidade protéica do champignon do Brasil (*Agaricus brasiliensis* Wasser et al.) *Rev. Nutr.*, Campinas, 21(5):535-543, set./out., 2008

Jay JM. *Microbiologia de alimentos*. 6. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2005.

Jakubaszko A. *Imagens da Alteridade: um estudo da experiência histórica dos Enawene-Nawe*. [Dissertação de mestrado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2003

Leite MS; Gugelmin SA; Santos RV Epidemiologia Nutricional (G. Kac, R. Sichieri & D.P. Gigante, orgs.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz & Coimbra Jr CEA. Alimentação e nutrição dos povos indígenas no Brasil. In: e Atheneu, 2007.

Leite, MS. Avaliação do Estado Nutricional da População Xavante de Sangradouro-Volta Grande, Mato Grosso. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/ FIOCRUZ, 1998.

Licio JSA. Estado nutricional de crianças indígenas no Brasil: uma revisão

Mahan, L.K.; Arlin, M.T. Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia. 10^o ed, São Paulo, Roca, 2002.

Marinho AH; Xavier JJBN; Miranda RM; Castro JS. Estudos sobre carotenoides com atividade de provitamina "A" em cultivares de mandioca (*Manihot esculenta* CRANTZ) em ecossistemas de terra firme de Manaus, Brasil. Acta Amazonica.1996;26(3):127-136.

Marinho AH, Arkcoll DB. Estudos sobre caroteno em algumas variedades amazônicas de mandioca (*Manihot esculenta* CRANTZ). Acta Amazonica 1981;11(1) :71-75.

Melo ILP de; Freitas A S; Barth OM e Almeida-Muradian, Bicudo L. Relação entre a composição nutricional e a origem floral de pólen apícola desidratado. Rev. Inst. Adolfo Lutz (Impr.) [online]. 2009, vol.68, n.3, pp. 346-353.

Mizuno T, Zhuang C. "Maitake Grifola frondosa, pharmacological effects". Food Rev Int. 1995;11(1):135-49 Apud Novaes MRCG, Fortes RC. Efeitos da suplementação dietética com cogumelos Agaricales e outros fungos medicinais na terapia contra o câncer In Revista Brasileira de Cancerologia 2006; 52(4): 363-371

Mendes dos Santos G. Da cultura à natureza: um estudo do cosmos e da ecologia Enawene-Nawe [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo; 2006.

Mondini L, et al. Estado nutricional e níveis de hemoglobina em crianças Aruak e Karibe – povos indígenas do Alto Xingu, Brasil Central, 2001-2002. Rev Bras Epidemiol 2009; 12(3): 469-77.

Nassar, N.M.A. et al. *Amarelinha do Amapá: a carotenoid-rich cassava cultivar*. Genetics and Molecular Research. 8 1051-1055, 2009.

Naves A. Fisopatologia e Regulação Funcional da Obesidade in Silva SMC; Mura JD. Tratado de alimentação, nutrição & dietoterapia (capítulo 37). São Paulo, Editora Roca, 2007.

OPAN – Operação Amazônia Nativa - Estudo das potencialidade e do manejo dos recursos naturais na área indígena Enawene Nawe. Cuiabá: OPAN, GERA/UFMT, PNUD (Relatório Técnico), 1995.

Oliveira, Silvana P. de ; Thébaud-Mony, A. Estudo do consumo alimentar: em busca de uma abordagem multidisciplinar. Rev. Saúde Pública, Abr 1997, vol.31, no.2, p.201-208.

Pena JL; Heller L 63 Saúde e saneamento na população Xakriabá. Eng. sanit. ambient. Vol.13 - Nº 1 - jan/mar 2008.

Philippi, S T;Latterza ,AR;Cruz, ATR ;Ribeiro LC.Pirâmide Alimentar Adaptada: Guia para Escolha dos Alimentos Rev. Nutr., Campinas, 12(1): 65-80, jan./abr., 1999.

PINELI, L de Lacerda de Oliveira ; GINANI, V. C. ; XAVIER, R. N. Caxiri. In: Waldemar Gastoni Venturini Filho. (Org.). Bebidas Vol.1 - Bebidas Alcoólicas. 1 ed. São Paulo: Editora Blucher, 2010, v. 1, p. 3-13.

Poulain, Jean-Pierre ; Proença, R P da Costa. Reflexões metodológicas para o estudo das práticas alimentares. Rev. Nutr., Dez 2003, vol.16, no.4, p.365-386.

Poulain, Jean-Pierre ; Proença, R P da Costa .O espaço social alimentar: um instrumento para o estudo dos modelos alimentares. Rev. Nutr., Set 2003, vol.16, no.3, p.245-256.

Riccardi G; Rivellese e William C.O. Sistema cardiovascular *in* Giney M.J; Macdonald I.A; Roche H.M. Nutrição e metabolismo. Rio de Janeiro, Guanabara, Koogan, 2006.

Sá C.A. As fases da vida: categorias de idade Enawene (ru) Nawe. Cuiabá, OPAN; 1996.

Santos, RV. Crescimento físico e estado nutricional de populações indígenas brasileiras. Cadernos de Saúde Pública, 9 (supl. 1): 46-57, 1993.

Schwade, M.A. Diagnóstico da situação alimentar e nutricional do povo Enawene Nawe. Convênio OPAN/FUNASA. Cuiabá, OPAN, 2011.

Silva SMC, Mura JD .Tratado de alimentação, nutrição & dietoterapia. São Paulo: Editora Roca; 2007.

Silva, M. Tempo e espaço entre os Enawene Nawe. Rev. Antropol., São Paulo, v. 41, n. 2, 1998 . Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro 2009.

Souza RC da S,et al. Valor nutricional do mel e pólen de abelhas sem ferrão.

Takushi S; Tanaka ACd'A; Gallo, PR; Bresolin AM B. Perspectiva de alimentação infantil obtida com gestantes atendidas em centros de saúde na cidade de São Paulo. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [online]. 2006, vol.6, n.1, pp. 115-125.

Vieira Filho JPB; Oliveira ASB; Silva MRD. et al. Polineuropatia nutricional entre os índios Xavantes. Revista da Associação Médica Brasileira, v.43, n.1, p.82-88, 1997.

Weiss MCV. Contato interétnico, perfil de saúde e doença e modelos de intervenção mínima: o caso dos Enawenê-Nawê em Mato Grosso. Tese de Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, 1998.

Yuyama LKO; Lopes JP Aguiar; Yuama K. Frutas da Amazônia e Potencialidades Nutricionais *in* Chemin, S. M.; Mura J. D. P. Tratado de Alimentação Nutrição e Dietoterapia (capítulo 67 / 2ªed). São Paulo, Editora Roca, 2010.

- ACD - Auxiliar de Consultório Dentário
- AIDIPI – Atenção Integrada as Doenças Prevalentes na Infância
- AIS – Agente de Saúde Indígena
- AISAN – Agente Indígena de Saneamento
- BASA – Banco da Amazônia
- CASAI – Casa de Saúde do Índio
- CCPY – Comissão Pró Yanomami
- CIMI – Conselho Indigenista Missionário
- CIR – Conselho Indígena de Roraima
- COIAB – Confederação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira
- CONDISI – Conselho Distrital de Saúde Indígena
- DESAI – Departamento de Saúde Indígena
- DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena
- DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
- FOIRN - Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro
- FUNAI – Fundação Nacional do Índio
- FUNASA – Fundação Nacional de Saúde
- INCRA – Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
- MIA – Missão Anchieta
- MS – Ministério da Saúde
- OPAN – Operação Amazônia Nativa
- OPIMP – Organização dos Povos Indígenas do Médio Purus
- PNASI - Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena
- SAS – Secretaria de Atenção à Saúde
- SESAI - Secretaria Especial de Saúde Indígena
- SMS – Secretaria Municipal de Saúde
- SUDAM – Superintendência do Desenvolvimento da Amazônia
- SUS – Sistema Único de Saúde
- TCU – Tribunal de Contas da União
- T.I. – Terra Indígena



OPERAÇÃO AMAZÔNIA NATIVA

AV. IPIRANGA, 97, BAIRRO GOIABEIRAS,
CUIABÁ – MT - CEP 78032-035
TELEFONE: 55 (65) 3322-2980 | FAX: 55 (65) 3322-4161

WWW.AMAZONIANATIVA.ORG.BR

apoio



EMBAIXADA DA NORUEGA