Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Educação, saúde e meio ambiente:
uma pesquisa-ação no Distrito de Iauaretê do
Município de São Gabriel da Cachoeira / AM

Renata Ferraz de Toledo

Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para a
obtenção do título de Doutor em Saúde
Pública.

Área de Concentração: Serviços de
Saúde Pública

Orientadora: Profa. Dra. Maria Cecília
Focesi Pelicioni

São Paulo
2006

Educação, saúde e meio ambiente:
uma pesquisa-ação no Distrito de Iauaretê do
Município de São Gabriel da Cachoeira / AM

Renata Ferraz de Toledo

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientadora: Profa. Dra. Maria Cecília
Focesi Pelicioni

São Paulo
2006

É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação da autora, título, instituição e ano da tese.

Esta Tese é produto de uma pesquisa desenvolvida por meio de Convênio entre a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e a Fundação Nacional de Saúde (convênio 513/04) pelo Programa de Pesquisa em Saúde e Saneamento (edital 001/2003), para identificar melhorias sanitárias para o Distrito de Iauaretê, cuja aprovação foi publicada no Diário Oficial da União nº 73, de 16 de abril de 2004.

Todas as fotos que compõem o presente trabalho são de propriedade dos povos indígenas que habitam a Terra Indígena do Alto Rio Negro. As fotos utilizadas fazem parte do método de pesquisa-ação e contribuíram para evidenciar a forma de construção do processo de investigação e de intervenção.

AGRADECIMENTOS

Agradeço e dedico este trabalho:

Aos indígenas habitantes de Iauaretê que propiciaram o desenvolvimento desta pesquisa-ação e que muito me ensinaram durante este convívio entre eles.

À minha orientadora, professora e amiga Maria Cecília Focesi Pelicioni pelos ensinamentos científicos e “de vida”; por todo seu amor e dedicação demonstrados ao longo desses oito anos de convivência.

Aos meus pais Cyro Octávio e Maria José, aos meus irmãos Flávia, Cláudio e Paulo, aos cunhados(as) Luiz e Paula e aos sobrinhos(as) Rodrigo, Marina, Laura e Gabriela, pelo carinho de sempre, pelo amor e também pela torcida.

Ao amado Luciano M. Giatti por estar ao meu lado em todos os momentos com seu estímulo, compreensão e amor.

Aos amigos Leandro Luiz Giatti, Luciana Pranzetti Barreira, Luciene Viero Mutti, Leonardo Rios, Silvana Audrá Cutolo e Geraldo Juncal Junior que trabalharam comigo em campo nessa pesquisa, por todo apoio e dedicação.

Aos queridos professores membros da banca examinadora Júlio César de Moraes, Marcos Reigota, Rinaldo Arruda, Aristides Almeida Rocha, Leandro Luiz Giatti e Nicolina Silvana Romano Lieber, pela análise deste trabalho, por todos os ensinamentos, sugestões e incentivo.

Aos meus queridos amigos, próximos ou distantes, novos ou de “longa data”, Flávia Ercoli, Claudia (Pê), Joelma (Ilê), Denise (Dê), Karin, Fábio, Cláudia Kohler, Adilson Godoy, Claudete Formis, Adriana Carbone, Helene Ueno

(pelos auxílios de última hora), Andrea Pelicioni, Jack e Zilda Nogueira, Daniela Bomio, Fabiana Barbosa, Fernanda Rolim, Kátia Michi, Daniella Mac Dowel, Kátia Parente, Cláudia Bogus, Mary Dias, Sidnei Canhedo Junior e também aqueles que eu acabei esquecendo de colocar aqui..., por estarem sempre ao meu lado.

À minha madrinha Fernanda Tilkian Ceppas por seu otimismo em forma de palavras.

Aos professores(as) e funcionários(as) da Faculdade de Saúde Pública/USP, especialmente do Departamento de Prática de Saúde Pública pela ajuda e pelo carinho com que me receberam.

Ao professor Arlindo Philippi Junior pelo incentivo e amizade.

Ao Distrito Sanitário Especial Indígena - DSEI, à Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro – FOIRN, à Superintendência de Saúde do Amazonas – SUSAM, ao VII Comando Aéreo Regional da Força Aérea Brasileira - VII COMAER-FAB, à Missão Salesiana de Iauaretê, ao Pelotão Especial de Fronteira do Exército Brasileiro, ao Centro de Ensino Tecnológico do Amazonas – CETAM e ao Centro de Pesquisa Leônidas & Maria Deane – Fiocruz/Amazônia, instituições que contribuíram para o desenvolvimento desta pesquisa com apoio logístico e/ou técnico.

Agradeço ainda à CAPES pela concessão da bolsa de estudos e à Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, que por meio do Convênio firmado com a Universidade de São Paulo, propiciaram o desenvolvimento desta pesquisa.

Visão sobre cidade - o ser humano afastado da natureza

“Com o avançar do processo de contato, nós passamos a conviver com a forma de vida do homem branco, por meio não só dos católicos salesianos, como também dos freqüentes contatos com os militares e nas incursões às pequenas e médias cidades da região onde buscávamos os artefatos de trabalho e adornos fornecidos pelo homem branco, que caíram no gosto de nossos homens, mulheres e crianças. Em um segundo momento, nossa comunidade percebeu a necessidade de eleger nossos próprios representantes perante o homem e a sociedade branca, e foram deslocados para os principais centros decisórios do país, como Manaus, São Paulo e Rio de Janeiro (...). Quando chegamos às cidades, foi como ver uma magia ser descoberta e desvendada, tornando-se uma realidade intensa e dominadora. Sabíamos que tudo aquilo que observávamos se tornaria parte de nossas vidas, e que teríamos que aprender a nadar nesse novo rio de águas turvas, o mundo dos brancos. (...) Começamos a perceber como se organizava o poder na sociedade deles e como esse poder era diferente de nossa escala de valores (...) Com o governo e suas instituições, junto com a força do dinheiro, as cidades vão se formando e um número cada vez maior de pessoas vive aglomerado em um mesmo lugar. (...) Se distinguem por meio de classes sociais, e quanto mais dinheiro a pessoa tem, mais alta é a classe à qual pertence. O homem é valorizado pelo o que possui (...), vive em cidades superpovoadas, com milhões de pessoas, mas vive sozinho em sua busca de poder. (...) Em sua busca de poder e ascensão social exclui a maior parte das pessoas de sua própria sociedade. Não há lugar para todos. Quando anoitecia, não podíamos mais ver as estrelas, pois luzes e faróis se acendiam. Não podíamos observar o horizonte e prever a chegada das chuvas. Começamos a nos sentir como um homem branco, um homem que não sabe o que ocorre ao seu redor, um homem afastado da natureza (...). A cidade expressa nossos medos, mas também nossa maior esperança. Suas instituições, seu governo e seu poder se tornaram, para nós Tukano, o caminho para alcançar nossos objetivos, para continuarmos existindo e progredindo como comunidade. (DOETHYRÓ TUKANO/MACHADO 2003, p. 214-215).

Toledo RF. Educação, saúde e meio ambiente: uma pesquisa-ação no Distrito de Iauaretê do Município de São Gabriel da Cachoeira/AM [Tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2006.

RESUMO

O aumento da concentração populacional e as alterações do modo de vida tradicional da comunidade indígena do Distrito de Iauaretê, Município de São Gabriel da Cachoeira/AM, na Terra Indígena do Alto Rio Negro, têm resultado em inúmeros agravos à saúde da população, principalmente devido à ausência de saneamento básico. O objetivo da pesquisa foi identificar os principais problemas sanitários e socioambientais que interferem diretamente na saúde e qualidade de vida dos habitantes de Iauaretê, visando a melhoria dessas condições. O método utilizado foi a pesquisa-ação, por meio de diversos instrumentos aplicados em reuniões comunitárias, como questionários, entrevistas, mapas-falantes, painéis de fotos e observação participante. Identificou-se que os indígenas, mesmo reconhecendo situações de causa e efeito sobre os agravos à saúde a que estavam expostos, ainda não haviam incorporado esse conhecimento na vida cotidiana. Os moradores que interagiram na pesquisa demonstraram o desejo por melhorias sanitárias. Contudo, ficou claro que a oferta de infraestrutura não será suficiente para garantir a saúde e romper ciclos de transmissão de doenças, fazendo-se necessário o desenvolvimento de um processo educativo em saúde e meio ambiente voltado para uma reflexão crítica da realidade e a sua transformação, reforçando práticas saudáveis que possam contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população. O método da pesquisa-ação mostrou-se extremamente adequado em um processo que objetiva a busca de soluções para determinada problemática de forma participativa e dialógica e a melhoria das condições de vida da população.

Descritores: pesquisa-ação; população indígena; saúde indígena; educação em saúde; educação ambiental; saneamento; empoderamento; promoção da saúde indígena; participação comunitária; conhecimentos, atitudes e práticas em saúde.

Toledo RF. Education, health and environment: an action-research in the District of Iauaretê, City of São Gabriel da Cachoeira, Amazonas State, Brazil [Thesis]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2006.

ABSTRACT

The increase in population concentration and the changes in the traditional way of life of the indigenous community of the District of Iauaretê, City of São Gabriel da Cachoeira/AM, in Alto Rio Negro Indigenous Land, have been producing negative consequences for the general health of the population. This is mainly due to the lack of basic sanitation. The objective of the research was to identify the major sanitation and socio-environmental problems that directly interfere in the health and living standards of the inhabitants of Iauaretê, in order to improve such conditions. The research methodology used is known as action-research, by means of different techniques used during the community meetings, such as questionnaires, interviews, talking-maps, photography panels and active observation. Despite the indigenous population's awareness of the causes and effects of certain situations which were potentially hazardous to their health, they were as yet unable to incorporate that knowledge to their daily life. The inhabitants who interacted with the research were keen to improve sanitation. However, it was clear that infra-structural improvements will not be enough to guarantee their health, nor break the cycle of disease transmission. It is also necessary to develop environmental and health education processes which bring about a critical understanding of reality and its transformations, thus reinforcing healthy habits which might contribute to an improvement in their quality of life. Action-research proved itself as an extremely adequate methodology for processes which aim at finding solutions to a given problem through participation and dialogue, as well as improving the general standard of living.

Descriptors: Action-research; indigenous population; indigenous health; health education; environmental education; basic sanitation; empowerment; indigenous health promotion; consumer participation; health knowledge, attitudes, practice.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
1.1. Saúde, ambiente, sociedade e cultura	1
1.1.1. Saúde, ambiente e qualidade de vida: um breve histórico	1
1.1.2. Saúde, ambiente e saneamento	10
1.1.3. Saúde, ambiente e cultura	17
1.1.4. Enfoque ecossistêmico na relação saúde e ambiente	21
1.1.5. A cultura como processo dinâmico	23
1.2. A questão indígena no Brasil	27
1.2.1. Indígenas: critérios e identidade	27
1.2.2. População indígena brasileira: quantos eram e quantos são	31
1.2.3. Terras indígenas e política indigenista	34
1.2.4. Alguns impactos do contato e as noções de território e urbanidade rural	42
1.2.5. Saúde indígena	46
1.3. Caracterização da área de estudo e de sua população	59
1.3.1. Localização, características geográficas e socioambientais	59
1.3.2. Diversidade étnica e famílias lingüísticas	63
1.3.3. Um pouco da história	67
1.3.4. As missões religiosas e o sistema de ensino	69
1.3.5. Militarização das fronteiras	77
1.3.6. Demarcação das terras indígenas do médio e alto rio Negro e a política indigenista no local	78
1.3.7. As malocas	82
1.3.8. Saber tradicional, ritos, mitos e origem	85
1.3.9. As comunidades de Iauaretê e o modo de vida atual	95
1.4. A importância do processo educativo: educação em saúde e educação ambiental	121
1.4.1. A educação ambiental	124
1.4.2. A educação em saúde	129

2. OBJETIVOS	134
2.1. Geral	134
2.2. Específicos	134
3. METODOLOGIA	135
3.1. População de estudo	137
3.2. Método	138
3.3. Procedimentos Metodológicos	141
3.3.1. Observação participante	143
3.3.2. Questionário/Formulário	145
3.3.3. Entrevistas	145
3.3.4. Mapa-falante	146
3.3.5. Painel de Fotos	148
3.3.6. Palestra sobre resíduos e curso sobre alimentos	148
3.3.7. Análise dos resultados	149
3.4. Considerações éticas	150
4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	152
4.1. Primeira visita de campo	152
4.2. Segunda visita de campo	155
4.2.1. Resultados dos questionários/formulários	156
4.2.2. Resultados das entrevistas	165
4.2.3. Resultados da construção dos mapas-falantes	200
4.3. Terceira visita de campo	208
4.3.1. Resultados da construção de painéis de fotos	209
4.4. Quarta visita de campo	212
4.4.1. Resultados da construção dos mapas-falantes	212
4.4.2. Palestra sobre resíduos sólidos	216
4.4.3. Curso sobre alimentos	217
4.4.4. Reunião de avaliação parcial	219
4.4.5. Resultados da observação participante	221
4.5. Quinta visita de campo	239

4.6. Análise conjunta	241
5. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO EDUCACIONAL EM SAÚDE E MEIO AMBIENTE	248
6. CONCLUSÕES	255
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	260
8. REFERÊNCIAS	262
 ANEXOS	
Anexo 1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	284
Anexo 2. Declaração dos pesquisadores	285
Anexo 3. Ata da Reunião do Conselho Distrital de Saúde/RN	286
Anexo 4. Modelo do formulário respondido pelos agentes indígenas de saúde	287
Anexo 5. Modelo do Roteiro de Entrevista	289
Anexo 6. Mapas-Falantes para identificação de problemas	291
Anexo 7. Fotos utilizadas para construção dos painéis	306
Anexo 8. Mapas-Falantes para identificação de anseios futuros	316

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Situação atual das terras indígenas no Brasil	36
Quadro 2. Povos e famílias lingüísticas do Alto e Médio Rio Negro, e suas principais áreas de ocupação	64
Quadro 3. Número de habitantes por vila, segundo cadastro DSEI/FOIRN (2004) e segundo resultado dos questionários/formulários (2005)	8
Quadro 4. Distribuição das etnias por vila do Distrito de Iauaretê, segundo resultado dos questionários/formulários	9
Quadro 5. Número de domicílios de cada vila, segundo cadastro do DSEI/FOIRN (2004) e segundo resultado dos questionários/formulários (2005)	89

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Demografia indígena e sua % em relação a toda população nacional, entre os anos de 1500 e 2000, no Brasil	33
Tabela 2. Número e porcentagem de casos notificados no Pólo Base de Iauaretê – DSEI/ARN/FOIRN, São Gabriel da Cachoeira/AM, de maio a dezembro de 2003, segundo tipo de doença	53
Tabela 3. Número e porcentagem de casos de doenças gastrointestinais notificados no Pólo Base de Iauaretê – DSEI/ARN/FOIRN, São Gabriel da Cachoeira/AM, de maio a dezembro de 2003, segundo faixa etária	54

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Proporção de desmatamento dentro e fora de áreas protegidas (unidades de conservação e terras indígenas) na Amazônia Legal	39
Figura 2. Localização dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas	49

Figura 3. Localização do Distrito de Iauaretê do Município de São Gabriel da Cachoeira/AM, Brasil	60
Figura 4. Cachoeira de Iauaretê (Patrimônio Imaterial da Nação / Iphan) ..	60
Figura 5. Missão Salesiana de Iauaretê	70
Figura 6. Colégio São Miguel	76
Figura 7. Local onde funcionava o antigo posto da Funai em Iauaretê	79
Figura 8. Terras indígenas e famílias lingüísticas do Alto e Médio Rio Negro	81
Figura 9. Maloca (construída em 2005 pelo Instituto Socioambiental - ISA)	82
Figura 10. Representação do Mito da Cobra-Canoa (Cobra-Grande)	91
Figura 11. Mapa georeferenciado com a localização das vilas da área central do Distrito de Iauaretê, em 2005	96
Figura 12. Vila Dom Pedro Massa (moradias ao redor da capela)	97
Figura 13. Unidade Mista de Saúde – Susam	99
Figura 14. Centro comunitário da Vila Dom Pedro Massa	100
Figura 15. Caiá – armadilha para captura de peixes	105
Figura 16. Convívio com animais	106
Figura 17. Práticas do cotidiano no rio Uaupés – transporte	108
Figura 18. Práticas do cotidiano no rio Uaupés – banho	108
Figura 19. Práticas do cotidiano no rio Uaupés – brincadeiras	108
Figura 20. Imagem aérea de Iauaretê (destaque para rua principal)	110
Figura 21. Medicamentos do Pólo Base do DSEI/ARN/FOIRN	111
Figura 22. Hospital São Miguel	112
Figura 23. Estabelecimento comercial na Vila Cruzeiro	113
Figura 24. Interior de moradia (destaque para a televisão)	114
Figura 25. Caxiri fermentando em cocho de madeira	119
Figura 26. Reunião comunitária na Vila Domingos Sávio	141
Figura 27. Reunião com lideranças indígenas de Iauaretê	153
Figura 28. Moradia revestida lateralmente de folha de paxiúba	159
Figura 29. Moradia de madeira com teto de telha de zinco	159
Figura 30. Moradia de madeira com teto de palha de caranã	159
Figura 31. Entrevista individual realizada com morador da V. S. Pedro ..	165

Figura 32. Entrevista coletiva realizada com moradores da V. S. Miguel .	166
Figura 33. Entrevista com ajuda de um intérprete realizada com morador da V. Fátima	166
Figura 34. Poço raso (nascente)	184
Figura 35. Caixa d'água e biqueira (torneira) de água de poço profundo .	185
Figura 36. Sistema para coleta de água da chuva	185
Figura 37. Poço perfurado pela Funai	186
Figura 38. Água armazenada para uso doméstico	187
Figura 39. Banho no rio Uaupés	189
Figura 40. Resíduos dispostos em barranco na margem do rio Uaupés ..	192
Figura 41. Vazadouro ou lixão	192
Figura 42. Resíduos de serviços de saúde	195
Figura 43. Construção de mapa-falante na V. Fátima	201
Figura 44. Construção de mapa-falante na V. São Miguel	202
Figura 45. Apresentação de mapa-falante na V. Dom Bosco	202
Figura 46. Recortes de mapas-falantes	203
Figura 47. Recortes de mapas-falantes	204
Figura 48. Recortes de mapas-falantes	204
Figura 49. Recortes de mapas-falantes	205
Figura 50. Recortes de mapas-falantes	205
Figura 51. Recortes de mapas-falantes	206
Figura 52. Recortes de mapas-falantes	207
Figura 53. Recortes de mapas-falantes	207
Figura 54. Recortes de mapas-falantes	208
Figura 55. Observação das fotos na V. Dom Bosco	209
Figura 56. Construção de painel de fotos na V. Cruzeiro	210
Figura 57. Apresentação de painel de fotos na V. S. Pedro	210
Figura 58. Construção de mapa-falante na V. Dom Pedro Massa	213
Figura 59. Apresentação de mapa-falante na V. Aparecida	213
Figura 60. Mapa-falante sobre anseios futuros (Vila Aparecida)	214
Figura 61. Mapa-falante sobre anseios futuros (Vila Aparecida)	215

Figura 62. Palestra sobre resíduos sólidos para professores	216
Figura 63. Curso sobre alimentos	218
Figura 64. Reunião de avaliação realizada no salão paroquial	219
Figura 65. Votação de avaliação	220
Figura 66. Desenhos utilizados para votação	220
Figura 67. Partilha de alimentos em reunião comunitária	224
Figura 68. Trabalho comunitário (<i>Wajuri</i>)	224
Figura 69. Trabalho comunitário (<i>Wajuri</i>)	224
Figura 70. Confeção de alça para aturá	229
Figura 71. Prática em uma roça de mandioca – colhendo	230
Figura 72. Prática em uma roça de mandioca – queimando mato	230
Figura 73. Consumo de chibé	231
Figura 74. Prática em uma roça de mandioca – plantando	231
Figura 75. Transporte da mandioca colhida em aturás	232
Figura 76. Etapa da produção do beiju – descascando a mandioca	233
Figura 77. Etapa da produção do beiju – ralando a mandioca	233
Figura 78. Etapa da produção do beiju – espremendo a mandioca	234
Figura 79. Etapa da produção do beiju – assando o beiju	234
Figura 80. Dia de domingo em lauaretê – futebol	236
Figura 81. Dia de domingo em lauaretê – brincadeira na areia	237
Figura 82. Reunião para apresentação e discussão de resultados	240

1. INTRODUÇÃO

1.1. SAÚDE, AMBIENTE, SOCIEDADE E CULTURA

1.1.1. Saúde, Ambiente e Qualidade de Vida: um Breve Histórico

Em meados da década de 1970, a partir de Relatório feito a pedido do Ministério da Saúde e Bem Estar do Canadá, foi divulgado um novo conceito de campo da saúde considerando que, todas as causas de doenças e mortes decorriam de quatro fatores determinantes e interligados: as características biofísicas do indivíduo, o estilo de vida ou fatores comportamentais, a inadequação dos serviços de saúde, além da poluição e dos agravos ambientais, vistos desde então, como causas fundamentais de morbi-mortalidade em todo planeta e que vinham sendo desconsideradas pelo modelo biomédico vigente na época (LALONDE, 1996). Pode-se dizer que a partir de então, tem-se considerado importante, dentre outras coisas, modificar favoravelmente o ambiente para a promoção da saúde dos indivíduos.

Até bem pouco tempo atrás, os indicadores de saúde eram somente negativos, isto é, muitas vezes tomava-se como base do nível de saúde de determinada localidade, apenas a taxa de mortalidade infantil. Com o surgimento dessas novas idéias, passaram também a ser considerados indicadores positivos, levando-se em conta outros determinantes para alcançar a almejada qualidade de vida, tais como: orgânicos ou biológicos (saúde e doença), psicológicos (identidade, auto-estima, criatividade, habilidade), sociais (vida familiar, vida sexual, relacionamentos), comportamentais (vida profissional, hábitos, repouso, lazer), materiais (habitação, bens, renda) e estruturais (concepção sócio-política, posição social).

Para PELICIONI (1998),

o conceito de qualidade de vida, portanto, transcende o conceito de padrão ou nível de vida, de satisfação das necessidades humanas do 'ter' para a valorização da existência humana do 'ser' e deve ser avaliada pela capacidade que tem determinada sociedade de proporcionar oportunidades de realização pessoal a seus indivíduos no sentido psíquico, social e espiritual ao mesmo tempo em que lhes garante um nível de vida minimamente aceitável (p. 24).

Ainda com relação ao estado de satisfação ou insatisfação, FORATTINI (1991) afirma que este "constitui na verdade, experiência de caráter pessoal e está ligado ao propósito de melhores condições de vida. O grau de ajustamento às situações existentes, ou então, o desejo de mudança, poderá servir para avaliar a presença ou ausência de satisfação" (p.76).

De acordo com MINAYO (2002), a qualidade de vida em sua subjetividade vai apresentar diferentes abrangências de acordo com o grau de democracia, pois o reconhecimento do bem-estar se funda em um processo de construção de novas subjetividades, sendo que quanto mais aprimorada é a democracia de uma nação, mais ampla é a noção do grau de qualidade de vida.

Diante de uma situação de insatisfação com o modelo biomédico e estimulado pelas novas idéias geradas durante esse período, realizou-se em Alma-Ata, ex-URSS, em 1978, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, cuja Declaração colocava a saúde como componente central do desenvolvimento humano. A preocupação com um meio ambiente saudável para a promoção da saúde, já aparecia, mesmo que discretamente, incluindo a importância do acesso à água de boa qualidade e ao saneamento básico.

A partir das idéias aí apresentadas, realizou-se em Ottawa, Canadá, em 1986, a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde.

Nesta Conferência foi definido como promoção da saúde “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo” (MS, 2001, p.19). Envolve uma combinação de ações sociais, políticas, educacionais, econômicas, culturais e de serviços de saúde para proporcionar condições saudáveis e prevenir o surgimento de doenças.

De acordo com ANDRADE e BARRETO (2002), o termo promoção da saúde foi utilizado pela primeira vez por Henry Sigerist, na segunda metade do século XIX, em uma tentativa de reordenar a medicina, no que foi chamado de Medicina Social, e que teria quatro funções: promoção da saúde, prevenção de enfermidades, cura e reabilitação.

Porém, pode-se dizer que os trabalhos e as idéias de Lalonde influíram bastante para a nova concepção de saúde, a qual considerava urgente mudanças no ambiente e no comportamento humano, visando a promoção da saúde dos indivíduos, em consonância com as diferentes realidades socioeconômicas e culturais (PELICIONI, 2000).

A Carta de Ottawa, documento resultante da Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde (1986) identificou cinco campos de ação urgentes e prioritários para a promoção da saúde, e dentre estes está a criação de ambientes favoráveis, destacando-se que a proteção do meio ambiente e a utilização adequada dos recursos naturais devem fazer parte de qualquer estratégia de promoção da saúde. O termo “ambientes favoráveis” incluía os aspectos físicos e sociais, atingindo, portanto, não só a natureza, mas todos os espaços nos quais as pessoas viviam: a comunidade, as casas, o trabalho, as escolas e os ambientes de lazer (MS, 2001).

Os participantes desta Conferência assumiram então alguns compromissos de agir contra a degradação dos recursos naturais e as condições

ambientais de vida não saudáveis, focalizando sua atenção para os novos temas de saúde pública relacionados ao meio ambiente, destacando-se aí a poluição.

Neste mesmo ano, 1986, realizou-se no Brasil a VIII Conferência Nacional de Saúde onde considerou-se que a “saúde é resultante das condições de alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”. Ressalta-se que nesta pesquisa adotou-se esse mesmo conceito, que entende a saúde como resultante do estilo e das condições de vida.

Com a promulgação da Constituição Brasileira, em 5 de outubro de 1988, no que se refere à questão ambiental, ficou determinado que “todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida, impondo-se ao Poder Público e à coletividade o dever de defendê-lo para as presentes e futuras gerações” (BRASIL, 1988, Cap. VI, Art. 225).

No que se refere à saúde, o Art. 196 estabelece que "a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos de doenças e de outros agravos, e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (BRASIL, 1988).

Para conseguir atingir esses objetivos, constitui no Art. 198, o Sistema Único de Saúde - SUS, organizado em uma rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera do governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Este modelo, baseado na Reforma Sanitária italiana, aprovada em 1978, é segundo BERLINGUER (1989; 1993), mais do que uma reforma legislativa e institucional, é principalmente um movimento social e cultural, uma vez que deve ter como prioridade desenvolver a prevenção, humanizar a assistência e garantir a qualidade do tratamento, entendendo a saúde como um direito dos indivíduos e interesse da coletividade. Ressalta-se aqui a fundamental importância de Giovanni Berlinguer na aprovação e implementação da Reforma Sanitária italiana.

O SUS norteia-se ainda pelos seguintes princípios: da *universalidade*, onde todas as pessoas tem direito ao atendimento independente de cor, raça, religião, local de moradia, situação financeira, etc.; da *eqüidade*, onde todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme as suas necessidades; e da *integralidade*, por meio do qual as ações de saúde devem ser combinadas e voltadas ao mesmo tempo para a prevenção e a cura, ou seja, garantindo-se o acesso dos indivíduos às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (ALMEIDA *et al.* 2001).

No mesmo ano em que se regulamentou o Sistema Único de Saúde no Brasil, em 1988, por meio da Constituição Federal, realizou-se a Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Adelaide, Austrália, cujo tema central foi a “Criação de Políticas Públicas Saudáveis”, visando a criação de ambientes favoráveis para que as pessoas pudessem viver vidas saudáveis. Esta Conferência destacou a importância da biodiversidade para melhorar as condições de vida do ser humano, e que os movimentos ambientalistas e a saúde pública deveriam unir-se para a obtenção de um desenvolvimento sócio-econômico sustentável (MS, 2001).

Pode-se dizer que a Terceira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Sundsvall, Suécia, em 1991, foi a que maior ênfase deu à interligação da saúde e do meio ambiente. O tema central foi “Ambientes Favoráveis à Saúde” e chamava a atenção para a situação de milhares de

peças que viviam na pobreza e privação em um ambiente degradado ameaçador para a saúde.

Segundo dados da UNESCO (1999), mais de um bilhão de pessoas, isto é, mais ou menos um terço da população total dos países em desenvolvimento, vive em condições de pobreza desesperadora. Não se pode esperar que pessoas que não conseguem cuidar de si próprias venham a proteger eficazmente o meio ambiente. Essa pobreza, não é exclusivamente resultado da escassez de produtos naturais, mas é principalmente causada pelo domínio, pela exploração a que estão submetidos pelos países hegemônicos, pela exclusão e falta de acesso a necessidades humanas básicas.

Esta Conferência realizada em Sundsvall procurou mostrar que as soluções para esses problemas estruturais vão muito além de um sistema eficiente de serviços de saúde, mas que dependem também de ações sociais, capacitação de recursos humanos e de um forte compromisso político com criação e implementação de políticas sustentáveis de saúde e ambiente.

Estabeleceram-se algumas propostas para ação, as quais têm dimensões físicas, sociais, espirituais, econômicas e políticas, e estão ligadas e em interação dinâmica. Segundo a Declaração de Sundsvall, resultante desta Conferência, as propostas de ação devem refletir dois princípios fundamentais:

1. A equidade deve ser a prioridade básica na criação de ambientes favoráveis à saúde, reunindo energia e poder criativo com a inclusão de todos os seres humanos num único esforço.
2. As ações para criar ambientes favoráveis à saúde devem considerar a interdependência entre todos os seres vivos e considerar as necessidades das futuras gerações quanto ao uso dos recursos naturais. Os povos indígenas, que têm uma peculiar

relação com o ambiente físico, devem servir de exemplo, e serem envolvidos nas atividades de desenvolvimento sustentável e nas negociações que dizem respeito ao seu direito à terra e à sua herança cultural (MS, 2001).

Destaca-se ainda, que “não será possível sustentar a qualidade de vida para os seres humanos e demais espécies vivas sem uma mudança drástica nas atitudes e comportamentos, em todos os níveis, com relação ao gerenciamento e à preservação do ambiente” (MS, 2001, p.37).

A Conferência Internacional de Promoção da Saúde realizada em Santafé de Bogotá, Colômbia, em 1992, apresentou conclusões que vieram responder em grande parte aos problemas e anseios específicos das nações latino-americanas, por apresentar uma situação epidemiológica regional caracterizada pela persistência ou ressurgimento de endemias como, malária, cólera, tuberculose e desnutrição, algumas das quais resultantes da deterioração ambiental.

Os participantes desta Conferência, da mesma forma, assumiram o compromisso de incentivar políticas públicas para garantir a equidade e favorecer a criação de ambientes e opções saudáveis (MS, 2001).

De acordo com LAURELL (1995), nas últimas décadas houve na América Latina um “retrocesso social dramático”, gerando o empobrecimento da população trabalhadora, além da incorporação de novos grupos sociais à situação de pobreza ou miséria. Ao mesmo tempo, reduziu-se consideravelmente os gastos sociais, o que indica também uma redução dos serviços sociais públicos, dificultando o acesso às necessidades básicas como alimentação, habitação, saúde e educação, e contribuindo para deteriorar as condições de vida da maioria absoluta dessa população.

Em 1997, quase 20 anos após a formulação da Declaração de Alma-Ata, e 10 anos depois da realização da Primeira Conferência sobre Promoção da Saúde, realizou-se em Jacarta, Indonésia, a Quarta Conferência Internacional de Promoção da Saúde, possibilitando uma reflexão sobre o que se aprendeu e o que tinha sido feito até então.

Os determinantes da saúde, estabelecidos na Carta de Ottawa, foram reexaminados nesta Conferência, e ao invés de diminuir, eles aumentaram, e como pré-requisito aparece novamente a citação “um ecossistema estável”, quando na realidade pretendia-se referir a uma situação de equilíbrio do ambiente natural, e o uso sustentável dos recursos. Sabe-se porém, das constantes transformações a que o meio ambiente está sujeito, sejam elas naturais ou provocadas. A promoção da saúde, por meio de políticas e práticas que protejam o meio ambiente, também estava presente na Declaração de Jacarta (MS, 2001).

Mais recentemente, em junho de 2000, realizou-se a Quinta Conferência Internacional de Promoção da Saúde, no México, a última do século XX, cujo tema foi “Promoção da Saúde – a luta por maior equidade”. Dentre as discussões presentes nesta Conferência, destacou-se a necessidade de ampliar a capacidade das comunidades para promover a saúde e criar um meio ambiente saudável, através de estratégias participativas para alcançar a equidade pretendida (PELICIONI, 2000).

No âmbito da promoção da saúde, a equidade diz respeito ao acesso e oferta dos serviços de saúde e ao acesso às informações sobre os determinantes que afetam a sua qualidade, considerando-se as características e necessidades específicas de cada população ou grupo social, visando diminuir as desigualdades existentes nesse sentido (IERVOLINO, 2000; ALMEIDA *et al.*, 2001).

Para CHIESA (1999, p.30),

a equidade apresenta-se sob duas perspectivas diferentes, aquela relativa ao nível de saúde dos diferentes grupos e a que diz respeito ao dimensionamento e distribuição dos serviços de saúde. Para se alcançar a equidade, as políticas de saúde deveriam voltar o foco de suas ações para eliminar os problemas evitáveis, aqueles decorrentes da injustiça social; e para se obter assistência equânime de saúde redimensionar, disponibilizar e ampliar os serviços e o acesso aos mesmos, de forma que 'todos' possam usufruir da tecnologia e do conhecimento em saúde.

Em agosto de 2005, realizou-se a Sexta Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em Bangkok, na Tailândia, onde enfatizou-se a importância de formar recursos humanos para implementar as idéias propostas pela promoção da saúde, a fim de disseminar a “nova cultura da saúde” e garantir a efetividade das ações.

Nesse sentido, a Carta de Bangkok propôs uma nova orientação para a promoção da saúde, preconizando políticas coerentes, inversões e alianças entre os governos, as organizações internacionais, a sociedade civil e o setor privado, a fim de assumir quatro compromissos fundamentais, a saber: que a promoção da saúde constitua uma peça chave na Agenda de Desenvolvimento Mundial; que seja de responsabilidade básica de todos os governos; que seja parte das boas práticas institucionais; e que seja um foco de iniciativas da comunidade e da sociedade civil (WHO, 2005).

Este documento destacou ainda as transformações que têm ocorrido na saúde mundial e os problemas a serem superados, entre eles, a crescente carga de enfermidades transmissíveis e crônicas que têm afetado seres humanos, em particular as cardiopatias, os acidentes cérebro-vasculares, o câncer e a diabetes. É necessário ainda, abordar e controlar os efeitos sobre a saúde resultantes da rápida urbanização, deterioração do meio e conseqüente aumento das desigualdades (WHO, 2005).

Assim, desde a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, em 1986, até a mais recente, realizada em Bangkok, no ano de 2005, evidenciou-se uma constante preocupação com os aspectos que têm influenciado negativamente as condições do meio ambiente e consequentemente a saúde e a qualidade de vida dos indivíduos.

1.1.2. Saúde, Ambiente e Saneamento

De acordo com AUGUSTO *et al.* (2005a), “as relações entre saúde e ambiente integram as dimensões históricas, espaciais e coletivas das situações vividas pelos indivíduos e sua populações. Seu estudo deve ter como ponto de partida um compromisso ético com a qualidade de vida das populações e dos ecossistemas em jogo” (p.5).

Sabe-se que os efeitos de ações antrópicas, não só sobre os ambientes naturais, mas também sobre as áreas urbanas, tem sido cada vez mais evidentes, intensificando-se os processos de degradação socioambientais, aumentando a exposição à riscos e afetando a saúde humana. Como afirmam PELICIONI *et al.* (2000), existe uma total inter-relação entre as alterações do meio ambiente e a qualidade de vida dos indivíduos.

Segundo dados divulgados pelo jornalista Washington Novaes, baseados no Painel Intergovernamental sobre Mudanças Climáticas (IPCC), nas últimas décadas, a temperatura da Terra subiu 0,8°C, e estima-se que até o final deste século, esse aumento poderá estar entre 1,4° e 5,8°C, principalmente em função da emissão de gases por ações antrópicas. Isso poderá elevar o nível dos mares entre 9 e 88 centímetros, e provocar a inundação de áreas costeiras onde vivem 40% da população mundial com o desaparecimento de mais de 30 países ilhas (IPCC, 2005).

Nos últimos 10 anos, os "desastres naturais" causaram prejuízos financeiros de cerca de US\$ 691 bilhões, deixando 2,5 bilhões de vítimas e 673 mil mortos. No Brasil, neste mesmo período, houveram 12,7 milhões de vítimas, sendo 11,5 milhões vítimas de secas, 510 mil de inundações e 153 mil de deslizamentos (IPCC, 2005).

O aumento da concentração das populações nas cidades também trouxe sérios problemas afetando gravemente a saúde humana, principalmente devido à falta de planejamento urbano e de saneamento básico, pois a disposição inadequada de esgotos domésticos provoca a contaminação microbiana do solo e dos cursos d'água, oferecendo riscos à saúde pública, principalmente quanto à disseminação de doenças de veiculação hídrica (ROUQUAYROL *et al.*, 1999; CONFALONIERI, 2005).

Da mesma maneira, AUGUSTO *et al.* (2005b) também consideram que a ocupação e uso do solo para habitação, sem a infra-estrutura necessária, resultam em processos de poluição, por meio da contaminação do solo, da água, dos alimentos e do ar, colocando em risco um grande número de pessoas. Para esses autores são "novos e velhos problemas que exigem vigilância e ação de prevenção permanente" (p.43).

Estima-se que, atualmente, em torno de 2,4 bilhões de pessoas no mundo não tem saneamento básico e há 1,1 bilhão de pessoas sem acesso a água potável. Cerca de 3 milhões de pessoas morrem por ano de doenças relacionadas à contaminação da água (PNUD, 2001).

De acordo com NATAL *et al.* (2005), a concentração populacional em um meio artificial, como o das cidades, favorece a produção de elevado volume de esgoto, o qual não sendo tratado adequadamente, irá infiltrar-se no solo, dependendo das características locais, podendo também atingir o lençol freático, contaminando-o. Ao acumular-se na superfície, além da geração de odores, irá constituir-se em um hábitat para a proliferação de vetores e a

dispersão de agentes patogênicos sobre a população. Assim, a ausência de um sistema de saneamento ambiental irá produzir impactos sobre o meio ambiente e à saúde humana.

Segundo a Lei Federal Brasileira 8080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços, “a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (BRASIL, 1990, Art. 3º).

Para FORATTINI (2004) é de fundamental importância o estudo destes aspectos, o qual chama de ecologia da doença, pois “o encadeamento desses determinantes, de natureza física, biológica e social, são propiciatórios das condições necessárias para a ocorrência da doença e do baixo nível de qualidade de vida” (p. 389).

Apesar de o saneamento básico ser considerado, inclusive legalmente, como condição necessária para a manutenção da saúde, no Brasil, 79,8% dos municípios não dispõem de qualquer tipo de tratamento de esgotos domésticos (IBGE, 2002a) e 60% das internações hospitalares no país devem-se às doenças de veiculação hídrica (ROCHA, 1993). Só na área urbana, aproximadamente 20 milhões de pessoas não têm acesso à água tratada, 75 milhões não possuem tratamento de esgoto em seus domicílios e 60 milhões não são atendidos pela coleta de resíduos sólidos. Situações como estas têm favorecido a adaptação de endemias em áreas urbanas, que antes permaneciam nas áreas rurais, como a malária e a leishmaniose, por exemplo. (NAVARRO *et al.*, 2002).

Dados do IBGE do censo de 2000 mostraram que os piores indicadores de saneamento básico do país estavam na região Norte onde, do total de água

distribuída em sistemas públicos, 32,4% não recebiam tratamento, e 92,9% dos municípios não possuíam sequer redes coletoras de esgotamento sanitário (IBGE, 2002a).

A Amazônia, comparada a outras regiões do país apresentou em 1996 alto índice de internação hospitalar por doenças infecciosas e parasitárias, 12,7%, enquanto a média nacional foi de 8,3%; a região concentra ainda 98% dos casos de malária do país; 35% dos casos de hanseníase e a segunda maior taxa de tuberculose (CONFALONIERI, 2005).

Em recente documento publicado pelo Ministério da Saúde, intitulado “Diretrizes operacionais dos pactos pela vida em defesa do SUS e de Gestão”, estabeleceu-se como meta para 2006, a redução em 15% da incidência parasitária anual de malária na região da Amazônia Legal, formada pelos estados do Amazonas, Acre, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins, Mato Grosso e parte oeste do Maranhão (BRASIL, 2006).

Segundo afirmam NAVARRO *et al.* (2002), observam-se na atualidade, a emergência e reemergência de uma série de doenças, e para estes autores, este fenômeno está diretamente relacionado à intensificação de processos de degradação socioambiental, interesses econômicos, deterioração de programas de saúde pública e à transformação nos padrões de comportamento. Com relação à degradação socioambiental, intimamente ligada aos outros fatores, resulta da adoção de modelos de desenvolvimento predatórios e excludentes que têm provocado inúmeras transformações sociais submetendo grande parcela da população a inúmeros riscos e contribuído para a disseminação de agentes etiológicos e mudanças no padrão epidemiológico de doenças como a dengue, a febre amarela, entre outras.

Ressalta-se que relatos de trabalhos de campo realizados na Amazônia, entre 1825 e 1829 (expedição Langsdorff) e entre 1905 e 1913 (expedições de Oswaldo Cruz, Carlos Chagas e Afrânio Peixoto) revelaram o acometimento dos habitantes locais, indígenas e não-indígenas, por mazelas como a malária, a leishmaniose, entre outras. Na expedição Lagsdorff, seu líder retornou da Amazônia à Europa com uma doença febril, posteriormente reconhecida como febre amarela (REIS, 1972; FLORENCE, 2001).

De acordo com UJVARI (2003), após a descoberta da existência dos micróbios por meio da ciência e dos avanços obtidos no sentido de prevenir e tratar as doenças pensou-se que isto seria suficiente para melhorar as condições de saúde. No entanto, quando a ciência não está ao alcance de todos, e a desigualdade socioeconômica prevalece, a medicina popular deixa de obter resultados satisfatórios, tornando-se bastante difícil controlar as doenças e o surgimento de novas epidemias é favorecido.

ROUQUAYROL e ALMEIDA (1999) consideram a saúde pública não apenas como a ciência e a arte de evitar doenças e prolongar a vida, mas também de desenvolver a saúde física e mental da população, por meio do saneamento ambiental, diagnóstico, controle e tratamento de doenças e organização dos serviços médicos e paramédicos, de modo a assegurar um padrão de vida adequado à manutenção da saúde.

Da mesma maneira, PHILIPPI Jr. (1988) afirma que a saúde pública, além de conservar e melhorar a saúde deve prevenir também a doença e investigar suas causas no ambiente, uma vez que muitas delas procedem do meio físico ou biológico que se encontra em condições inadequadas.

Isso pode ser percebido claramente quando trata-se da precariedade em saneamento básico, que inclui não apenas a coleta e o tratamento de esgotos sanitários, mas também o abastecimento de água e a coleta e

disposição de resíduos, mostrando-se como um importante determinante de saúde e qualidade de vida.

Contudo, em termos de saneamento básico, por exemplo, quanto à disposição e tratamento adequados de resíduos sólidos, muitas vezes não são considerados como problemas prioritários para a maioria da população. Para GOLUEKE e DIAZ (1996), esse fato pode ser reconhecido porque, geralmente, os problemas resultantes da prática de dispor os resíduos a céu aberto são percebidos apenas por uma pequena parcela da população, principalmente aquela situada próxima a esses locais de despejo.

Nesse mesmo sentido, os esgotos lançados a céu aberto são reconhecidos enquanto inconvenientes por aqueles que vivem em proximidade dessa degradação ambiental, contudo, nem sempre é compreendida a relação de tal problema com as elevadas incidências de doenças infecciosas que ocorrem dentre populações expostas.

Sabe-se que até o século XIX, a ocorrência de doenças era atribuída à emanções de gases, tida como Teoria dos Miasmas. No entanto, segundo UJVARI (2003), essas crenças não impediam que povos da Antiguidade apresentassem alguns cuidados quanto à hábitos de higiene e infra-estruturas de saneamento. O autor apresenta alguns exemplos: os etruscos, primeiros habitantes da Península Itálica, preocupados com o surgimento das febres na população, segundo eles, originadas dos pântanos ali existentes, providenciaram a drenagem destes e o suprimento de água limpa e potável. Hoje, sabe-se que era a malária a responsável pelas febres e que após a drenagem dos pântanos foram eliminados os reservatórios de água parada onde os mosquitos se reproduziam. Percebeu-se que as febres terminaram, mas não se fazia associação da drenagem à eliminação dos mosquitos, mas sim ao fim do mau odor que a região apresentava, e, portanto ao “mau ar” (origem da palavra malária) que havia sido eliminado.

Foi também na antiguidade, no final do século IV a.C., que se construiu o primeiro aqueduto, e a construção de mais 13 se seguiram com o crescimento da cidade de Roma, oferecendo-se água limpa para ser consumida pela população. No século II a.C. Roma tinha também uma rede coletora de esgotos eficaz. Assim, mesmo desconhecendo a existência de bactérias, os romanos construíram um sistema de saneamento responsável pela profilaxia de doenças (UJVARI, 2003).

Em pesquisa realizada por GIATTI (2004) no Bairro da Serra, região do Vale do Ribeira, São Paulo, caracterizada como uma das mais carentes do Estado verificou-se que o precário saneamento básico local, onde a disposição dos esgotos domésticos é feita em sua maioria em fossas rudimentares e os resíduos sólidos dispostos inadequadamente a céu aberto ou coberto por camadas de solo, tem resultado na degradação ambiental da região e na perpetuação de ciclos de transmissão de doenças parasitárias intestinais e demais moléstias de veiculação hídrica dentre os moradores locais. Para o autor, sem que ocorram melhorias no saneamento e um processo de educação em saúde, torna-se difícil o equacionamento desses problemas, apenas “o atendimento clínico e a medicação não são suficientes para a obtenção de resultados positivos, pois o ambiente contaminado e os hábitos dos moradores tendem a incrementar a ocorrência de novas e sistemáticas infecções” (p.174).

GIÓIA (1995), da mesma maneira, identificou fragilidades quanto ao saneamento básico e conhecimento da população sobre a transmissão de verminoses, associando tais aspectos negativos com elevadas prevalências de parasitos e comensais intestinais na ordem de 73,5% entre a população investigada em região de Mata Atlântica, demonstrando o poliparasitismo com média de 2,3 parasitos por indivíduo.

Assim, quanto à implementação de infra-estrutura e real efeito ao combate de doenças infecciosas associadas, supõe-se que exista um limiar sócio-

econômico, abaixo do qual as medidas de saneamento não são suficientemente profiláticas, tendo em vista que estas infecções também podem estar ocorrendo em domínio doméstico, e a educação em saúde com devido respeito à aspectos culturais apresenta relevância na eliminação dessas doenças (SOARES *et al.*, 2002).

Em termos de exeqüibilidade, o saneamento ambiental deve levar em conta o espaço geográfico e a cultura da população local onde será implantado, pois existem diferenças primordiais quando instalados em centros urbanos ou em pequenas comunidades, principalmente àquelas que possuem algumas particularidades como, por exemplo, regiões afastadas ou em precárias condições de higiene. Isso se deve a dificuldade de adequar esses sistemas à realidade local, resultando em baixa qualidade operacional, baixa adesão da população, com a grave consequência de não se atingir aos objetivos de melhoria da saúde e da qualidade de vida da população desses locais (ORRICO, 2003).

No caso de terras indígenas, escopo desse estudo, a implantação de sistemas de saneamento ambiental deve então considerar suas características geográficas, as necessidades destes povos e, principalmente seus hábitos e questões culturais envolvidas. Para que esse processo seja bem sucedido, deve vir acompanhado de processos de educação em saúde e educação ambiental formatados na interlocução com a cultura e a realidade local.

1.1.3. Saúde, Ambiente e Cultura

De acordo com LANGDON (2003), discussões no âmbito da antropologia, já na primeira metade do século XX, também começam a questionar o modelo biomédico que colocava a doença apenas como um processo biológico/corporal. Para aqueles que questionavam este modelo, o processo

saúde-doença deveria ser considerado também como resultante de contextos psicológicos e socioculturais. A autora reforça afirmando que “as velhas preocupações com opostos binários, tais como natural/sobrenatural, magia/ciência e medicina primitiva/medicina moderna, obscurecem um entendimento da dinâmica cultural e da construção sócio-cultural da experiência da doença” (p. 93).

Sobre esse aspecto MENDONÇA (2004, p. 12) afirma que,

o conhecimento científico, hoje considerado hegemônico partiu da prática, porém, dela se distanciou. Da mesma maneira, a ciência médica emergiu da prática, a partir de vários sistemas de cura tradicionais e populares, e dessa prática se afastou. Assim como aconteceu com outras ciências, o modelo biomédico positivista destacou o homem de seu contexto cultural, social e psíquico. Passou a valorizar apenas o aspecto biológico das doenças e do funcionamento do corpo.

Sabe-se que as noções de saúde e doença são construídas social e culturalmente, pois os indivíduos consideram-se doentes ou saudáveis, dentre outros fatores, segundo a classificação de sua sociedade e dos critérios e modalidades que ela estabelece. Essas diferentes representações socioculturais da doença revelam-se, basicamente, em três dimensões: subjetiva (quando a pessoa se sente doente); biofísica (alterações orgânicas, perceptíveis); e sociocultural (quando a doença é atribuída pelo grupo social) (FERREIRA, 1994; MENDONÇA, 2004).

Para LANGDON (2003), a doença deve ser vista como um processo constituído por uma seqüência de eventos motivada por dois objetivos: entender o sofrimento e aliviá-lo. Neste processo ocorrem situações bastante diferenciadas culturalmente que vão desde o reconhecimento dos sintomas, a escolha do tratamento, até a avaliação dos resultados. Assim, no reconhecimento dos sintomas buscam-se sinais que mostram que o ‘todo’ não está bem, e estes indicadores dependem de cada cultura. Da mesma

maneira, a escolha do tratamento e a avaliação dos resultados dependem de uma leitura destes sinais, feita inicialmente no contexto familiar, mas que podem envolver várias pessoas e grupos mobilizados para buscar significados nas relações sociais, ambientais e espirituais.

Ao refletir, por exemplo, na sensação da dor, tem-se uma experiência corporal que também é mediada pela cultura. Assim, esta pode ser expressa e experimentada de formas diferentes sob influência de fatores como sexo, classe social e etnicidade. “As representações simbólicas não só expressam o mundo, mas, através da experiência vivida, elas também são incorporadas ou internalizadas a tal ponto de influenciarem os processos corporais” (p. 100), ou seja, diferentes experiências e interpretações influenciam no processo de adoecer e sarar (LANGDON, 2003).

FERREIRA (1994) corrobora afirmando que,

as sensações corporais experimentadas pelos indivíduos e as interpretações médicas a estas sensações serão feitas de acordo com códigos específicos a estes dois grupos. A capacidade de pensar, exprimir e identificar estas mensagens corporais está ligada a uma leitura que procura determinada significação. Esta leitura está na dependência direta da representação de corpo e de doença vigente em cada grupo (p. 102).

De acordo com PIOVESAN (1970), a conduta humana é uma das variáveis de maior influência sobre a saúde, sendo que esta é condicionada pela percepção que o ser humano tem de si mesmo e do mundo a sua volta. Para o autor, o processo de percepção é constituído de dois elementos: a sensação, por meio da qual o ser humano entra em contato com o meio que o rodeia; e a interpretação, fenômeno pelo qual ganham significado os objetos ou fatos captados pelas sensações. Reforça ainda dizendo que as diferentes culturas influenciarão decisivamente essa interpretação. Assim, considerando-se que as ações são movidas por diferentes percepções, influenciadas culturalmente, supõe o autor que estas desempenham um

importante papel na forma como os indivíduos procuram resolver os seus problemas de saúde.

Da mesma maneira, as pessoas possuem diferentes percepções e entendimentos sobre os riscos a que estão expostas, reagindo de acordo com suas experiências, ideologias, valores culturais e condições sociais. Reconhece-se, portanto, a importância de procurar conhecer as diferentes culturas para buscar compreender as condutas dos indivíduos, e vice-versa, para a partir daí formular possíveis propostas de mudança, lembrando que estas devem partir de uma reflexão dos envolvidos sobre a sua realidade e do diálogo entre o conhecimento científico e o popular.

Para RABELO (1994), a passagem da doença à saúde pode corresponder a uma reorientação do comportamento do doente, na medida em que transforma a perspectiva pela qual este percebe seu mundo e relaciona-se com os outros. Nas práticas tradicionais de cura os doentes são geralmente conduzidos a uma reorganização da sua experiência no mundo. O uso de meios como a dança, o canto, discursos formais, entre outros, durante a “performance” facilita a construção de certos cenários que irão reorientar a ação dos indivíduos em função dos novos contextos construídos.

Conhecer os processos terapêuticos e tradicionais de cura implica em explorar as perspectivas dos atores envolvidos, pois trata-se de uma realidade social e culturalmente construída. “Enquanto as análises permanecerem restritas aos símbolos e práticas rituais, dificilmente se poderá compreender o que garante o sucesso da ordenação imposta pelo ritual”, já que este depende de uma rede de relações sociais que o sustentem enquanto discurso dotado de autoridade (RABELO, 1994, p. 55).

1.1.4. Enfoque Ecosistêmico na Relação Saúde e Ambiente

Identificam-se ainda na atualidade duas vertentes na base dos estudos que adotam o que tem sido denominado de enfoque ecossistêmico: a abordagem da saúde de ecossistemas e a abordagem ecossistêmica da saúde. Embora com nomes semelhantes, apresentam algumas particularidades.

A abordagem da saúde de ecossistemas procura integrar as ciências naturais, sociais e da saúde procurando identificar como as mudanças nos ecossistemas podem afetar negativamente a saúde dos mesmos e a saúde humana, privilegiando a construção de informações científicas que subsidiem as intervenções necessárias a serem tomadas para a melhoria dessas condições (FREITAS, 2006 *apud* Rapport, 1998a; JORGENSEN *et al.*, 2005; ARON e PATZ, 2001).

A abordagem ecossistêmica da saúde baseia-se na premissa de que as manifestações do processo saúde-doença ocorrem em contextos sócio-ecológicos complexos, caracterizando os ecossistemas como sistemas abertos auto-organizáveis (SOHO – *Self organizing holarquic open*), e busca identificar os elos entre a saúde humana e as atividades que modificam o estado e as funções dos ecossistemas. Esse processo deverá envolver tanto especialistas como atores locais para a tomada de decisões (FREITAS, 2006 *apud* Walter-Toews, 2001 e 2004; KAY *et al.*, 1999).

Para FREITAS (2006), apesar da abordagem da saúde dos ecossistemas procurar sensibilizar quanto às inter-relações existentes entre a saúde e o meio ambiente, na prática parece manter a dicotomia sociedade-natureza. Já a abordagem ecossistêmica da saúde, embora na maioria das vezes ainda de maneira localizada, procura formular mudanças políticas e institucionais e estimular a participação dos envolvidos nesse processo.

De acordo com MINAYO (2002), o modelo da abordagem ecossistêmica da saúde baseia-se no estudo das condições, situações e estilos de vida de grupos populacionais e seus reflexos na saúde e no ambiente. Os marcos que compõem o campo semântico dessa reflexão são a sustentabilidade ambiental, a democracia, os direitos humanos, a justiça social e a qualidade de vida. E para a autora o objetivo deste enfoque é,

desenvolver novos conhecimentos sobre a relação saúde e ambiente, em realidades concretas, de forma a permitir ações adequadas, apropriadas e saudáveis das pessoas que ali vivem. De tal forma que ciência e mundo da vida se unam na construção da qualidade de vida através de uma melhor gestão do ecossistema e da responsabilidade coletiva e individual sobre a saúde (MINAYO, 2002, p. 181).

Esta abordagem deverá ser viabilizada por meio dos seguintes aspectos: mapeamento e levantamento histórico das interações que geraram a degradação ambiental e os prejuízos à saúde; delimitação empírica dos problemas a serem estudados; diagnóstico do problema por meio de uma análise técnica dos diversos componentes envolvidos (sociais, antropológicos, questões de gênero, históricos, econômicos, culturais, políticos, epidemiológicos, biológicos, geofísicos, químicos, entre outros); utilização de instrumentos práticos e participativos; participação direta na investigação das pessoas envolvidas no problema, não só as afetadas por ele, mas também gestores públicos, empresários, e outros envolvidos direta ou indiretamente (MINAYO, 2002).

Na opinião de CHAME (2002) embora já há muito tempo se considere nos estudos sobre o processo saúde-doença variáveis como a identificação e distribuição geográfica dos patógenos, seus hospedeiros e vetores, fatores socioeconômicos, culturais e as condições ambientais, pode-se dizer que um estudo aprofundado, que considere os sistemas populacionais como um todo em interação com um meio ambiente dinâmico e complexo (a

sinecologia) ainda não se consolidou de fato nos programas de saúde pública.

De qualquer maneira, a questão que se coloca aqui é que independente do nome que se dê ao entendimento do processo saúde-doença e da busca por melhores condições de vida, as questões socioambientais e culturais devem ser igualmente consideradas, sendo variáveis que se interrelacionam.

1.1.5. A Cultura como Processo Dinâmico

De acordo com MALINOWSKI (1984), cujas referências são sempre atuais,

cada cultura possui seus próprios valores, as pessoas têm suas próprias ambições, seguem a seus impulsos, desejam diferentes formas de felicidade. Em cada cultura encontramos instituições diferentes por meio das quais o homem busca seu próprio interesse vital, costumes diferentes nos quais ele satisfaz suas aspirações; diferentes códigos de lei e moralidade que premiam suas virtudes ou punem seus defeitos (p. 34).

Na Antropologia Clássica, as sociedades ditas não-ocidentais ou sociedades tradicionais eram vistas como resistentes às mudanças e baseadas em um equilíbrio constante, o que levava ao entendimento da cultura como algo cristalizado e dotado de padrões de comportamentos e lógicas estáticas. Porém, as sociedades tradicionais também são marcadas por desigualdades, hierarquias e tensões influenciadas por questões como relações de parentesco, interétnicas, ambientais, entre outras (ARRUDA, 1992).

Para REIGOTA (1999a), a Antropofagia e o Tropicalismo podem ser considerados como precursores do pós-modernismo, perspectiva cultural que no final dos anos de 1970 contribuiu para o início de um processo de desconstrução de modelos de “cultura e civilização” tidos como superiores,

pautados na ideologia ocidental e cristã e nos padrões colonialistas europeus. Com esses movimentos, segundo o autor, “a noção de cultura foi ampliada, não sendo mais entendida como resultado de um longo processo de elaboração, sofisticação e erudição de indivíduos, grupos sociais, ou instituições, mas sim como um processo de ‘deglutição’ cotidiana de inúmeras referências” (p.26), o qual ocorre por meio de constantes trocas, questionamentos, e pela dialogicidade, conflitual ou pacífica, entre diferentes tradições.

Hannerz (1992), citado por REIGOTA (1999a) considera ainda a cultura como produto de um conjunto de “idéias, experiências e expressões” (p.27).

A cultura, portanto, é um processo dinâmico de construção e reconstrução da realidade de acordo com as necessidades adaptativas de cada ser humano e de cada momento histórico, onde se acumulam conhecimentos obtidos anteriormente e as novas descobertas do cotidiano.

De acordo com MELUCCI (2004), a cultura pode ser representada por tarefas simples voltadas para assegurar a sobrevivência do grupo, a sua reprodução, e também para atender às necessidades básicas. Lembra ainda, que pode ser expressa quando se “elabora regras até mesmo para funções fisiológicas, delimitando o limpo e o sujo, o puro e o impuro” (p.39).

Da mesma maneira, REIGOTA (1999b) considera que a cultura de determinado grupo caracteriza-se por suas representações sociais e processos peculiares de normatização e relacionamento com o tempo concreto e abstrato.

Segundo LANGDON (2003), é por meio da interação social que a cultura se expressa, sendo dessa forma um sistema aberto e fluido diante de um mundo em constante transformação. Não se caracteriza mais, portanto, como uma unidade estanque de valores e crenças. Reforça também que

indivíduos pertencentes à mesma cultura podem possuir pensamentos diferentes e formas de agir também diferenciadas, isso porque, além de estarem em contato com outras culturas, apresentam diferentes percepções frente às experiências individuais.

Para CUNHA (1987), a cultura, como algo dinâmico e constantemente reelaborado, é o produto de um grupo étnico, e não seu pressuposto.

Da mesma maneira, a Fundação Nacional do Índio - Funai considera a cultura como o conjunto de respostas que uma determinada sociedade humana dá às experiências por ela vividas e aos desafios que encontra ao longo do tempo. Lembra ainda que, nas populações indígenas, essa constante reelaboração, comum a qualquer população humana, aconteceria mesmo que não houvesse ocorrido o contato com as sociedades de origem européia e africana (FUNAI, 2006).

BARTH (1998) reforça afirmando que a diversidade cultural não depende de um isolamento geográfico, assim como, o contato interétnico também não levará necessariamente a uma perda das diferenças culturais ou a uma aculturação.

CARVALHO (1997) lembra ainda que,

a história da cultura é principalmente o registro de como se dá a ação humana sobre a natureza. Assim, as relações sociais definem o modo de ser, de pensar seu universo, de atuar sobre seu meio, através de um conjunto de mecanismos de controle (planos, regras e instruções) que governam o comportamento, moldando a particular visão de mundo de cada agrupamento étnico sobre o meio ambiente em que está inserido, formando, desse modo, o substrato da cultura (p. 17).

Assim, a questão que se coloca é como a partir dessas situações de contato entre diferentes culturas, os grupos envolvidos têm procurado construir e reconstruir sua identidade e ao mesmo tempo recriar uma nova cultura?

1.2. A QUESTÃO INDÍGENA NO BRASIL

1.2.1. Indígenas: Critérios e Identidade

Segundo o Estatuto do Índio, disposto na Lei Federal 6.001, de 19 de dezembro de 1973, define-se como índio ou silvícola “todo indivíduo de origem e ascendência pré-colombiana que se identifica e é identificado como pertencente a um grupo étnico cujas características culturais o distinguem da sociedade nacional” (BRASIL, 1973, Art. 3º; Parágrafo I).

Sabe-se, porém, que a denominação “índio” foi criada pelos colonizadores europeus, e imposta aos habitantes originais do território, no processo de conquista da terra e extermínio dessas populações, as quais sempre se identificaram por suas diversas etnias. Os europeus pensavam estar chegando ao território das Índias, e mesmo após a descoberta do engano continuaram a rotular as mais diferentes populações que aqui habitavam, do norte ao sul do continente americano, de índios. Atualmente, as várias nações indígenas, embora tendo línguas e hábitos distintos, acabaram por identificar características comuns e diferenças que os separam dos chamados “civilizados” (MELATTI, 1980; DOETHYRÓ TUKANO/MACHADO, 2003).

SANTILLI (2000) lembra ainda que, ao se referir aos indígenas, deve-se ter claro de que para eles não existe o índio, senão como uma referência do branco, mas existem os caiapós, os xavantes e outras diversas etnias. Da mesma maneira, para eles o branco pode representar também o negro, ou qualquer não-índio.

De acordo com DIEGUES e ARRUDA (2001), no âmbito internacional a expressão *indigenous* refere-se aos povos nativos, e são aqueles que vivem em áreas geográficas próprias e apresentam as seguintes características: ligação com os territórios ancestrais; auto-identificação e reconhecimento

pelos outros povos como grupos culturais distintos; linguagem própria; instituições sociais e políticas próprias e tradicionais; e sistemas de produção voltados principalmente para a subsistência desses povos e baseados em uma economia tradicional, sem preocupação com o lucro.

Sobre esse aspecto relacionado ao uso dos recursos naturais, DASSMANN (1988) citado por DIEGUES e ARRUDA (2001, p. 24) apresenta a seguinte classificação: *povos dos ecossistemas* para aqueles que vivem por longos períodos por meio do uso sustentado dos recursos naturais; e os *povos da biosfera* para aqueles com alto poder de transformação da natureza, causadores do desperdício de recursos naturais e em interligação com a economia global.

CUNHA (1987) apresenta alguns critérios utilizados ao longo da história para caracterizar o pertencimento a um grupo étnico. Segundo a autora, durante muito tempo associou-se um grupo étnico a um grupo racial constituído de descendentes “puros”, sem miscigenação com grupos em contato, o que é praticamente impossível. Com relação aos indígenas brasileiros, por exemplo, a miscigenação foi fruto tanto de alianças com os portugueses, quanto de aldeamentos que reuniam grupos distintos. Lembra-se ainda que, mais tarde, com a Lei de Terras (Lei 601, de 18 de setembro de 1850), esta miscigenação acabou sendo utilizada como pretexto para expulsar os índios de suas terras.

Baseado na “teoria das raças”, BANCEL e BLANCHARD (2004) trouxeram o conceito de “zoo humano”, que diz respeito a exposições humanas de povos “exóticos” provenientes de terras colonizadas. Estas exposições do “selvagem”, do “diferente” originaram-se na Europa e nos EUA, em um contexto de crescente urbanização e conseqüentemente de resgate pelo contato com a natureza.

Para esses autores, pode-se dizer que, os “zoos humanos” tinham dois eixos principais: a ciência, com foco na “teoria das raças” e portanto, funcionando como um “laboratório vivo” de classificação e hierarquização destas; e a expansão dos impérios coloniais, preocupando-se então, em mostrar a dominação e justificar a colonização ao expor o outro, o “não civilizado” (BANCEL e BLANCHARD, 2004). O que se percebe é que estas exposições contribuíam na verdade para a construção de auteridades radicais, de selvageria e de um imaginário social sobre o outro.

De acordo com PINTO (2005), o pensador Buffon desempenhou um importante papel na construção da identidade europeia e nas idéias trazidas sobre o Novo Mundo. Ao referir aos indígenas da Amazônia, por exemplo, os identificava como portadores de costumes tribais selvagens, como o da guerra, da antropofagia, dentre outros, além de considerá-los, em sua maioria, resistentes aos chamados valores da civilização, classificando-os, portanto, como povos mais primitivos, já que o parâmetro de civilização era o do ‘homem branco’ europeu.

Outro critério que passou a ser utilizado para substituir o da “raça pura”, principalmente após os eventos de genocídio da Segunda Guerra Mundial, foi o critério da cultura, onde um grupo étnico seria aquele com valores, hábitos e costumes culturais semelhantes e uma língua própria. Porém, este critério também sofreu inúmeras oposições, pois como comentado anteriormente “um mesmo grupo étnico exibirá traços culturais diferentes, conforme a situação ecológica e social em que se encontra, adaptando-se às condições naturais e às oportunidades sociais que provêm da interação com outros grupos” (CUNHA, 1987, p. 115).

Reforça a autora que, o critério atualmente mais aceito baseia-se em uma auto-identificação e auto-atribuição de pertencimento a determinado grupo étnico (CUNHA, 1987).

De acordo com MELATTI (1980) cinco critérios já foram utilizados ao longo do tempo para definir quem deve ser considerado um indígena: racial; legal; cultural; econômico; e de auto-identificação étnica, que aliás, o autor considera como o mais satisfatório.

BARTH (1998), também chama atenção para o fato de que na maioria das vezes, as categorias étnicas se referem apenas ao que ele chama de “conteúdos culturais”: sinais ou signos manifestos, como o vestuário, a língua, a moradia, ou o estilo geral de vida; e orientações de valores, como padrões de moralidade e excelência pelos quais as ações são julgadas. Porém, como dimensionar a relevância de tais “traços culturais”?

Para o autor, os grupos étnicos são uma forma de organização social e categorias de atribuição e identificação realizadas pelos próprios atores, ou seja, “a pertença étnica é, ao mesmo tempo, uma questão de origem, assim como de identidade corrente” (BARTH, 1998, p.214).

RIBEIRO (1977) considera que os indígenas sobreviventes ao processo de colonização, marcado pelo extermínio e dominação, mudaram hábitos e costumes, mas permaneceram indígenas à medida em que se reconhecem como tais e se diferenciam de outros brasileiros.

De acordo com DIEGUES e ARRUDA (2001), a auto-identificação e a identificação por outros são critérios que servem também para caracterizar as sociedades tradicionais de maneira geral. Assim, segundo os autores, estas podem ser reconhecidas por uma relação direta com o uso dos recursos naturais para a construção de seu modo de vida; pelo conhecimento aprofundado da natureza e de seus ciclos, transmitido oralmente entre as gerações; pela noção de território e ocupação deste por várias gerações; pela importância dada às atividades de subsistência, à unidade familiar e às relações de parentesco; pela reduzida acumulação de capital; pela valorização atribuída aos mitos e rituais associados à práticas

tradicionais de caça, pesca e extrativismo; pelo uso de tecnologia simples e de baixo impacto sobre o meio ambiente, bem como de técnicas artesanais; pelo fraco poder político, que geralmente reside nos grupos de poder dos centros urbanos; e como já mencionado, pela auto-identificação ou identificação por outros quanto ao pertencimento a uma cultura distinta, considerado pelos autores, este último, o critério mais importante.

Observam-se na atualidade, dentre a população de modo geral, diversas visões estereotipadas e por vezes dicotimizadas sobre os indígenas, as quais são reforçadas pela literatura e pelos meios de comunicação, tais como as de que os indígenas são: “bons ou violentos”; “metáfora da liberdade natural”; “imagem do atraso” (comparando-se aos “brancos adiantados”); “explorados ou privilegiados”, entre outras (ARRUDA, 1992; SANTILLI, 2000). Sabe-se que esses estereótipos e dicotomias envolvem aspectos econômicos, políticos e socioculturais e influenciam constantemente a opinião pública, afetando diretamente, de forma negativa, a auto-estima desses povos.

1.2.2. População Indígena Brasileira: Quantos Eram e Quantos São

No século XVI, por volta do ano de 1531, iniciou-se o processo de colonização no país e os europeus passaram a ocupar inicialmente a costa litorânea brasileira, expulsando de suas terras os povos indígenas que ali viviam. Muitos foram escravizados e outros simplesmente dizimados.

Para CARVALHO (1997) “o encontro das sociedades indígenas, do isolamento aos primeiros contatos, até se estabelecer o contato permanente com as frentes de expansão da sociedade nacional, sempre chocou as duas culturas, incidindo brutalmente sobre as primeiras” (p. 52). De acordo com a autora, os conquistadores não encontraram muitas dificuldades no processo de conquista, pois traziam dois tipos de armas: as de fogo e as doenças,

como varíola, sarampo, catapora, tuberculose, febre amarela e gripe, que dizimaram grandes grupos.

Sobre o processo de colonização na Amazônia brasileira e seus efeitos sobre a população indígena HECK *et al.* (2005) afirmam que,

a perspectiva histórica desses povos foi interrompida de forma brusca e violenta pelo projeto colonial que, valendo-se da guerra, da escravidão, da ideologia religiosa e das doenças provocou na Amazônia uma das maiores catástrofes demográficas da história da humanidade, além de um etnocídio sem precedentes (p. 237).

Acredita-se que a população indígena no Brasil, na época da colonização era de 2 a 5 milhões de pessoas, entre os mais de 1000 povos. No final da década de 1950 esse número era de aproximadamente 70 mil, como mostra a tabela 1 abaixo. Apesar dessa diminuição brutal e de estimativas oficiais que previam seu desaparecimento total até 1998, no final da década de 1970, contrariando as expectativas, a população indígena voltou a crescer.

Segundo HECK *et al.* (2005) a conquista dos espaços territoriais influenciou diretamente no crescimento dessa população, permitindo que os próprios indígenas passassem a lutar contra estimativas que subestimavam a sua população. Também os que omitiam sua identidade voltaram a se declarar indígenas, além dos que se encontravam vivendo nos centros urbanos.

A tabela 1 a seguir mostra a demografia indígena entre 1500 e 2000, fazendo uma comparação com a população brasileira.

Tabela 1. Demografia indígena e sua % em relação a toda população nacional, entre os anos de 1500 e 2000, no Brasil.

Ano	População indígena	% sobre a população nacional
1500	5.000.000	100,00
1570	800.000	94,00
1650	700.000	73,60
1825	360.000	9,14
1940	200.000	0,40
1950	200.000	0,37
1953	150.000	0,30
1957	70.000	0,10
1979	210.000	0,17
1980	227.801	0,19
1995	330.000	0,20
2000	350.000	0,20

Fonte: Museu do Índio/Funai/Rio de Janeiro, 2000, citado por SIMÃO (2003).

Pelo fato de não haver um censo específico para a população indígena no Brasil, as estimativas são feitas por diversas instituições como a Fundação Nacional do Índio - Funai, a Fundação Nacional de Saúde – Funasa, pela Igreja Católica, por meio do Conselho Indigenista Missionário – Cimi, e por organizações não-governamentais, como o Instituto Socioambiental - ISA. Os números mostram que hoje há mais de 200 povos indígenas no Brasil, somando uma população que varia, dependendo da fonte, entre 350 a 730 mil aproximadamente, o que representa de 0,2 a 0,5% da população do país (PAGLIARO, 2005; ISA, 2006; FUNAI, 2006; FUNASA, 2006).

Assim, para a Funai, há atualmente cerca de 460 mil indígenas no Brasil distribuídos em 225 sociedades indígenas, considerando-se apenas aqueles indivíduos que vivem em aldeias. Além destes, há entre 100 e 190 mil vivendo fora de suas terras, inclusive em áreas urbanas e 63 referências de indígenas ainda não-contatados (FUNAI, 2006). As estimativas da FUNASA (2006) são de aproximadamente 400 mil indígenas, pertencentes a 215 povos. Para o ISA (2006), há em torno de 370 mil indígenas distribuídos em 220 povos. O CIMI (2006) mostra um número maior, 241 povos indígenas, e apresenta dados do IBGE (2000) para quantificar a população indígena brasileira, que em seu último censo demográfico, 734.131 pessoas se

autodeclararam indígenas. Esclarece-se que este último dado populacional considerou não somente os indígenas que viviam em aldeias, mas também aqueles que habitavam áreas urbanas.

A maioria (60%) dos povos indígenas vive atualmente na Amazônia Legal, uma área de 4.871.000 Km², e como mencionado anteriormente é formada pelos estados do Amazonas, Acre, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins, Mato Grosso e parte oeste do Maranhão (INPE, 2004; MACHADO, 2004; ISA, 2006).

Para ARRUDA (1992) “a constatação de que as sociedades indígenas podem não estar num estado terminal; de que são povos contemporâneos, companheiros do passado no presente e possivelmente parceiros no futuro, não significa que os processos sócio-econômicos e políticos anti-indígenas não continuem predominantes, podendo levar à reversão destas possibilidades” (p.3). O autor reforça ainda que, no Brasil, a questão indígena parece estar sempre subordinada a outras discussões prioritárias, como desenvolvimento econômico, reforma agrária, estratégias de fronteiras, questões ecológicas, entre outras, e nesses contextos o indígena muitas vezes acaba sendo considerado uma entrave ao crescimento do país.

1.2.3. Terras Indígenas e Política Indigenista

Segundo o Artigo 2º e Parágrafo IX do Estatuto do Índio,

cumprir à União, aos Estados e aos Municípios, bem como aos órgãos das respectivas administrações indiretas, nos limites de sua competência, para a proteção das comunidades indígenas e a preservação dos seus direitos: garantir aos índios e comunidades indígenas, nos termos da Constituição, a posse permanente das terras que habitam, reconhecendo-lhes o direito ao

usufruto exclusivo das riquezas naturais e de todas as utilidades naquelas terras existentes (BRASIL, 1973).

Vale lembrar aqui que muitos indígenas foram expulsos de suas terras antes da existência da sua garantia legal, obrigando-os a deixar de habitá-las, resultando na perda de sua posse.

O Artigo 231, da Constituição Federal Brasileira, de 1988, considera como terras indígenas aquelas "por eles habitadas em caráter permanente, as utilizadas para suas atividades produtivas, as imprescindíveis à preservação dos recursos ambientais necessários a seu bem-estar e as necessárias a sua reprodução física e cultural, segundo seus usos, costumes e tradições" (BRASIL, 1997), legitimando direitos originários dos indígenas.

De acordo com MORAES (2002), os povos indígenas têm uma relação histórica com suas terras e desenvolveram um conhecimento próprio sobre elas e seus recursos, devendo, portanto, desfrutar com plenitude seus direitos e liberdades, sem impedimentos ou discriminações, para alcançarem o bem estar cultural, social, econômico e físico de sua população.

Atualmente, são 611 terras indígenas (TIs) no país (quadro 1) e estão em quase todos os estados brasileiros, exceto Piauí e Rio Grande do Norte. A superfície delas, cujos processos de demarcação estão minimamente na fase "delimitada", ocupam uma área de 105.673.003 hectares, representando 12,4% do total das terras do país, já que a extensão territorial do Brasil é de 851.196.500 hectares. As terras em estudo, que ainda estão por serem identificadas, não podem ter suas possíveis superfícies somadas ao total indicado (FUNAI, 2006).

Quadro 1. Situação atual das terras indígenas no Brasil, segundo FUNAI (2006).

SITUAÇÃO	Em estudo	Delimitada	Declarada	Homologada	Regularizada	TOTAL
Nº de TI's	123	33	30	27	398	611

Quanto à localização dessa terras indígenas no país, a maioria (98,7%) está na Amazônia Legal, e as demais (1,3%) se distribuem pelas regiões Nordeste, Sudeste, Sul e estado do Mato Grosso do Sul (MACHADO, 2004).

Sabe-se, porém, que a demarcação de terras indígenas não tem impedido que sejam constantemente invadidas por madeireiros, fazendeiros, garimpeiros, biopiratas, mineradores, pescadores, caçadores e posseiros, ou ainda impactadas por estradas, ferrovias, linhas de transmissão ou inundadas por usinas hidrelétricas. Ações de degradação no entorno dessas áreas que provocam o desmatamento, a poluição do solo e de cursos d'água por agrotóxicos, por exemplo, também influenciam diretamente os povos indígenas.

Sobre os conflitos pela posse das terras indígenas e seu significado para esses povos, o Cacique Guarani Marcos Tupã, da Aldeia Krucutu, em evento¹ realizado no mês de abril de 2006 afirmou que “nunca quiseram entrar em conflito pela terra por acreditar que ela é uma unidade pertencente a todos os povos”. Explicou ainda que somente a partir da década de 1980 é que alguns caciques se organizaram para lutar pela terra e se necessário, entrar em conflito, e afirmou que “os pajés tradicionais simplesmente continuavam abandonando suas terras para evitar os conflitos, por questões religiosas. Porém, alguns se organizaram para lutar pelo espaço, pela terra, pois não queriam mais ficar mudando de lugar”.

¹ Tratou-se da 4ª Semana Orlando Villas Boas – Fórum Nacional de Identidade Brasileira, realizada na Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo, entre os dias 26 a 28 de abril de 2006. O Cacique Guarani Marcos Tupã falou no dia 26, sobre o tema Conflitos de Terras.

Esse depoimento mostra claramente como é importante que a sociedade envolvente conheça o significado da terra para o indígena e se posicione, com urgência, a favor da demarcação das terras indígenas.

Outro problema a ser enfrentado é a atual situação de sobreposição de terras indígenas e unidades de conservação, especialmente as de Proteção Integral.

No Brasil, a legislação vigente sobre a criação e uso de áreas protegidas não permite, naquelas classificadas como de uso indireto, a presença de moradores em seu interior, mesmo no caso de comunidades tradicionais que ali habitavam antes da criação da unidade de conservação (BRASIL, 2000).

Na região do médio e alto rio Negro, por exemplo, estão sobrepostos parte do Parque Nacional do Pico da Neblina com as TI Yanomami, Balaio e Médio Rio Negro II; a Reserva Biológica Estadual Seis Lagos incide com a área do Parque Nacional do Pico da Neblina e está parcialmente sobreposta à delimitação provisória da TI do Balaio; além de 11 Florestas Nacionais sobrepostas à TI Alto Rio Negro (CABALZAR e RICARDO, 2000).

Para DIEGUES e ARRUDA (2001) este modelo que impede a presença humana em unidades de conservação parte do princípio de que todas as relações estabelecidas entre a sociedade, seja ela urbano-industrial, ou tradicional, e a natureza, é degradadora dos recursos naturais. No entanto, lembram ainda os autores que a biodiversidade não é somente um produto da natureza, mas muitas vezes é produto da ação das sociedades e culturas humanas, em particular das sociedades tradicionais.

Estas populações vêm sendo afastadas dessas áreas naturais protegidas, muitas vezes sem poder contribuir na elaboração das políticas públicas regionais, e sem beneficiarem-se com as políticas de conservação, o que acaba obrigando estas comunidades a irem para as periferias das cidades,

agravando suas condições de vida, ou ainda, provocando maior degradação ambiental, já que se vêem obrigadas a ocupar outras áreas ainda intactas, gerando também inúmeros conflitos e um descumprimento da legislação (ARRUDA, 1997).

Sobre a presença de indígenas no interior de áreas protegidas o Cacique Marcos Tupã (*op. cit*) afirmou que

a criação de unidades de conservação é importante, mas eles (os brancos, a sociedade envolvente) não entendem que precisamos usar os recursos naturais dessas áreas, e em muitas delas isso é proibido. O governo tem uma postura conservacionista, pois acha que o indígena é uma ameaça para a conservação dessas áreas, impedindo que esses povos as habitem ou que utilizem seus recursos. Esses são os conflitos atuais enfrentados quando solicitamos demarcação de terras em áreas de preservação. Mas eles dizem que nessas áreas as pessoas não podem viver. Além de tudo, às vezes os indígenas são até processados por retirar recursos naturais, mas nós sabemos as épocas de proteger (fase da lua) e época de plantar, caçar.

No tocante a minimização das práticas de desmatamento, FERREIRA *et al.*, (2005) consideram que tanto a demarcação de terras indígenas, como a criação de unidades de conservação, contribuem para isso, e fazem uma análise dessa situação nos estados de Rondônia, Mato Grosso e Pará, na Amazônia Legal. Os autores fizeram uma comparação espacial do desmatamento dentro e fora dessas áreas, considerando as Unidades de Conservação de Proteção Integral, as de Uso Sustentável e as Terras Indígenas. Segundo os autores, proporcionalmente, o desmatamento dentro das áreas protegidas correspondia a apenas 2%, enquanto fora delas ele era de 23,6%, ou seja cerca de 12 vezes maior (figura 1).

Figura 1. Proporção de desmatamento dentro e fora de áreas protegidas (unidades de conservação e terras indígenas) na Amazônia Legal.

Fonte: MPEG/ CCTE-LGC (2004) citado por FERREIRA et al., (2005).

Não há dúvidas sobre a importância da proteção de áreas naturais e de seus recursos, principalmente diante da atual situação de expansão dos processos predatórios de degradação ambiental, resultantes do modelo de desenvolvimento sócio-econômico que vem sendo adotado, no entanto, ao criar unidades de conservação em áreas onde residem populações tradicionais locais, indígenas ou não-indígenas, geram-se outros conflitos e processos de degradação social, afetando seriamente o modo de vida desses habitantes. Em alguns casos acontece de haver retomada de terras, as quais atualmente encontram-se na forma de unidades de conservação, como o Parque Estadual da Ilha do Cardoso, Parque Estadual Fazenda Intervalles, entre outros.

Para CUNHA (1987), “o que deveria estar claro é que a posição especial dos índios na sociedade brasileira advém de seus direitos históricos nesta terra: direitos constantemente desrespeitados, mas essenciais para sua defesa e

para que tenham acesso verdadeiro a uma cidadania da qual não são os únicos excluídos. Direitos, portanto, e não privilégios, como alguns interpretam” (p. 112).

Embora a preocupação com o direito e a proteção do índio já tenha surgido no século passado, muito pouco tem sido efetivamente realizado como política pública nesse sentido.

De acordo com MELATTI (1980), durante o período colonial, o governo português, no tocante à legislação e política indigenista, oscilou entre os interesses dos colonos, que desejavam escravizar os índios, e o interesse dos missionários, que queriam convertê-los ao cristianismo e aos costumes dos ditos “civilizados”. No período imperial destacou-se uma lei criada em 1850 que regularizava as propriedades territoriais no Brasil em duas categorias: as públicas, pertencentes ao Estado; e as particulares, provenientes de um título legítimo de propriedade ou de uma posse legalizada. As terras concedidas aos índios eram da categoria de particulares, no entanto, eles não sabiam quais providências deveriam tomar para assegurarem seus direitos, sendo bastante prejudicados.

Somente em 1910 é que foi criado o primeiro órgão responsável pelos povos indígenas do Brasil, o Serviço de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais (SPI), vinculado ao Ministério da Agricultura, e que objetivava, além de proteger o índio, promover sua atração e pacificação, integrá-lo e enquadrá-lo no sistema produtivo nacional, por meio de projetos educacionais e agrícolas (ARRUDA, 1992; SERAFIM, 2004).

Para SIMÃO (2003), o modelo adotado pelo SPI na época de sua criação, além de ser pautado em uma política assistencialista, favorecia a desestruturação social, a exploração do trabalho indígena e a perda de valores tradicionais.

SANTILLI (2000), da mesma maneira afirma que as agências de contato, para facilitar o controle social e a prestação de serviços assistenciais, acabam muitas vezes por estimular a concentração populacional próximo a equipamentos públicos, como pistas de pouso, escolas, posto de saúde, entre outros, o que conseqüentemente tende a gerar a sedentarização, a exaustão de recursos naturais e inviabilizar os modos de vida tradicionais de subsistência, contribuindo ainda mais para as situações de dependência para com a sociedade envolvente.

Em 1967, para substituir o SPI foi criada a Fundação Nacional do Índio - Funai, a qual já na década de 1970 começou a enfrentar dificuldades financeiras e de escassez de recursos humanos, a qual se estende até os dias atuais, frente à grande diversidade e dispersão geográfica da população indígena brasileira (SERAFIM, 2004).

Segundo PELICIONI e MORAES (2005) é de responsabilidade da Funai prestar assessoria técnica quanto à aspectos: antropológicos e fundiários, incluindo a identificação, revisão e demarcação de terras indígenas; ambientais; educacionais; de proteção de índios isolados; culturais; de serviço social; de direitos indígenas; de atividades produtivas; de cultura material; de documentação e de relações públicas, nacionais e internacionais. Além de acompanhar o trabalho desenvolvido pela Fundação Nacional de Saúde - Funasa, que a partir de 1991, passou a coordenar as ações de saúde indígena, como será discutido mais a frente, no item 1.2.5.

De qualquer maneira, como afirma DOETHYRÓ TUKANO/MACHADO (2003), “apesar de, na Constituição Federal, ser reconhecido como povo, e isso ser alardeado constantemente pelos meios de comunicação, o índio está distante, não participa e não participou da construção desse país que foi construído por ‘gringos’. Os povos que aqui habitavam foram relegados à marginalidade e sofreram um processo de genocídio” (p. 241).

Esclarece-se que está ‘não participação na construção do país’, diz respeito ao processo de constituição das leis, políticas públicas, gestão de recursos e principalmente à tomada de decisões. Na atualidade, mesmo tendo 12,54% de seu território formado por terras indígenas, o governo brasileiro continua ignorando o direito originário desses povos e menosprezando a participação destes em assuntos que lhe dizem respeito.

1.2.4. Alguns Impactos do Contato e as Noções de Território e Urbanidade Rural

Ao longo desses mais de 500 anos de contato com a sociedade envolvente as populações indígenas têm enfrentado diversos tipos de impactos que se inter-relacionam, como os ambientais, os sociais, os culturais, os econômicos e os epidemiológicos.

Para SANTILLI (2000), as relações de contato podem acontecer pela força bruta, como por meio da guerra, ou por indução, como pelo “varal de presentes”, que se estende na mata para facilitar a primeira aproximação. Para o autor, essas relações acabam por gerar a dependência, e explica: “não faz sentido afiar pedra com pedra depois que se incorpora o uso da faca de metal. Doença de branco demanda remédio de branco. Consumo, mesmo o básico, depende de recursos que têm que ser introduzidos por alguém ou gerados por meios próprios” (p.24).

No tocante às transformações no meio ambiente, advindas desse contato, como o desmatamento e a poluição do ar, do solo e de cursos d’água, provocam a escassez de recursos necessários à subsistência de grupos indígenas, desde fontes alimentares como o peixe, até a palha necessária à cobertura de suas moradias. As alterações climáticas, originadas também por agressões ao meio ambiente em escalas provavelmente globais, também interferem nos ciclos de plantio e colheita. O uso indiscriminado de

agrotóxicos na agricultura e de outras substâncias químicas, como o mercúrio utilizado na mineração, também provocam danos irreversíveis ao solo e aos recursos hídricos de que dependem os indígenas, afetando diretamente sua saúde. Soma-se aos resultados desses impactos o acometimento dos indígenas por doenças como a febre amarela, a leishmaniose, a malária, entre outras. E com essas doenças surge também a dependência da assistência médica vinda de fora (CARVALHO, 1997).

Deve-se ressaltar que tanto a medicina ocidental quanto a medicina tradicional indígena têm muito a contribuir para a melhoria das condições de saúde desses povos, já que doenças infecciosas e outros problemas como, por exemplo, acidentes que resultam em lesões ortopédicas, já existiam antes do contato com a sociedade envolvente, porém o que se quer destacar são os efeitos negativos gerados pela dependência por assistência médica externa, principalmente quando esta é resultante de impactos do contato.

De acordo com DIEGUES e ARRUDA (2001),

no Brasil, os povos indígenas sobreviventes do genocídio e da espoliação – típicos da primeira fase de contato com a sociedade nacional – que têm conseguido conservar um território minimamente adequado à manutenção de seu modo de vida, tendem a reconstruir sua sociedade recriando laços de continuidade com o passado, mas já num contexto de reduzida autonomia política e econômica, forçados a se ‘reinventarem’ numa velocidade vertiginosa, desencadeando processos de reordenação sociocultural muito contraditórios e ambíguos (p. 28).

Verifica-se, portanto, que o contato com a sociedade envolvente tem levado os indígenas à transformações no seu modo de vida, e neste “território em construção”, observam-se novos modos de organização, onde apesar de muitas vezes apoiados em lógicas urbanas, mantém-se especificidades de uma área rural e uma identidade territorial própria é por eles reconstruída.

A esse processo de transposição das práticas de planejamento urbano aos espaços rurais, mantendo-se determinados valores tradicionais e uma forte organização comunitária, MOQUAY (2001) chama de urbanidade rural.

Assim, baseada em uma gestão participativa, a urbanidade rural é apresentada por esse autor como sendo “sustentada” por três pilares essenciais, a saber: o *princípio da sementeira*, que corresponde a um conjunto de instituições em associação responsáveis pela tomada de decisões; o *funcionamento por carta*, que diz respeito a acordos estabelecidos em função de objetivos estratégicos comuns e de uma distribuição de papéis; e o *espírito de país [esprit de pays]*, relacionado a uma ética de responsabilidades pela qual a sociedade deverá basear-se (MOQUAY, 2001).

Dessa forma, entende-se aqui a noção de “território em construção” como associado à práticas sociais e a um sentimento de pertencimento, sustentado por uma historicidade e por atores com objetivos comuns.

CARVALHO (1997) lembra que “o território indígena não se caracteriza fundamentalmente por estatuto de ‘produtividade’. Os fatores que consideram essenciais para integrá-lo decorrem de coordenadas culturais particulares, oriundas das relações sociais de parentesco e organização social” (p. 15).

Acredita-se, portanto, que são as ações sociais de mobilização que garantem o contínuo e permanente processo de construção de um território, pois sem essa ação social o território torna-se apenas um lugar.

Semelhante a essa dicotomia entre lugar e território, SANTOS (2002) apresenta uma distinção para as expressões paisagem e espaço. Segundo este autor, a paisagem é constituída por aquilo “que se vê”, é uma configuração territorial. Já ao espaço associa-se um sistema de valores em

constante transformação, caracterizando-se, portanto, como a sociedade em si.

De qualquer maneira, para aqueles indígenas que sobreviveram ao contato, independente da forma como tenham reagido a esse processo, esses povos têm hoje seus direitos garantidos por lei, seja no Estatuto do índio ou na Constituição Brasileira.

Além destes, na Agenda 21 Global, documento resultante da Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, realizada no Rio de Janeiro, em 1992, recomenda-se o “respeito à integridade cultural e aos direitos dos indígenas e de suas comunidades” (p. 33). Considerados no documento como grupos vulneráveis, sua proteção visa “garantir que todos os indivíduos tenham oportunidade de desenvolver plenamente seus potenciais (inclusive desenvolvimento saudável físico, mental e espiritual) e apoiar populações indígenas através de oportunidades educacionais, econômicas e técnicas” (p. 71). Recomenda também o reconhecimento de “seus valores, conhecimentos tradicionais e suas práticas de manejo de recursos para a promoção de desenvolvimento ambientalmente saudável e sustentável” (CNUMAD, 1997).

No que diz respeito ao modo de vida atual das populações indígenas, merece destacar aqui a afirmação de DOETHYRÓ TUKANO/MACHADO (2003):

a maioria dos livros didáticos retrata o índio brasileiro como um passado remoto da história do Brasil, mas não explica que eles ainda existem e lutam para manter suas tradições, e hoje adquiriram hábitos diferentes, como os de usar panelas de alumínio, roupas, lanternas, rádios a pilha, fósforo, sapatos e meios de comunicação. Alguns aprenderam a falar português (p. 236).

Portanto, percebe-se que as visões românticas e ingênuas que apresentam o indígena como o eterno “bom selvagem” são apenas imagens estereotipadas disseminadas pelo senso comum, as quais nada têm a contribuir para o respeito a esses povos primeiros da América, independente dos hábitos que tenham adquirido pelo contato com a sociedade envolvente ou interétnico ao longo da história.

1.2.5. Saúde Indígena

Em 1950, o Ministério da Saúde criou o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (Susa), primeiro órgão voltado para desenvolver ações básicas de saúde junto à população rural que habitava áreas de difícil acesso, incluindo a população indígena, cujas ações eram basicamente vacinações, atendimento odontológico e controle de algumas doenças transmissíveis (SERAFIM, 2004).

Em 1967, com a criação da Fundação Nacional do Índio, este órgão passou a assumir a responsabilidade sobre os indígenas, inclusive no âmbito da saúde, e o modelo de atenção adotado baseou-se no atendimento realizado pelo Susa, sendo então criadas Equipes Volantes de Saúde (EVSs) que realizavam trabalho semelhante ao anterior (SERAFIM, 2004).

A partir de debates realizados na I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, em 1986, elaborou-se uma proposta de atenção à saúde dos povos indígenas, tendo como estratégia a criação de Distritos Sanitários Especiais Indígenas - DSEI, visando garantir o direito universal e integral à saúde, envolvendo a população indígena em todas as etapas do processo, desde o seu planejamento, até a avaliação das ações realizadas (SERAFIM, 2004).

A partir de 1991, com o Decreto Presidencial 23, e criação oficial dos DSEIs, a atenção à saúde indígena foi transferida para o Ministério da Saúde, por meio da Fundação Nacional de Saúde – Funasa. Porém, em 1994, pelo Decreto 1141, foi criada a Comissão Intersectorial de Saúde do Índio (Cisi), com a participação de vários Ministérios e atribuindo-se à Funai a responsabilidade de ações de recuperação da saúde indígena e à Funasa, ações de prevenção por meio de imunizações, saneamento ambiental, formação de recursos humanos e controle de endemias. Essa divisão de atribuições permaneceu durante a década de 1990, resultando em ações “fragmentadas e conflituosas”, e em 1999, procurando compatibilizar as Leis Orgânicas da Saúde com as da Constituição Federal, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas, e para regulamentar as propostas no tocante à saúde dos povos indígenas, o Decreto 3156, de 27 de agosto de 1999 e a Lei Federal 9836, de 23 de setembro de 1999, que estabeleceu o Subsistema de Atenção aos Povos Indígenas, no âmbito do SUS (SERAFIM, 2004).

Assim, de acordo com a Lei Federal 9836, que acrescenta o Capítulo V, do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, à Lei Federal 8080, de 19 de setembro de 1990, “caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena” (BRASIL 1999, Art. 19-C) e “os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações” (BRASIL, 1999a, Art. 19-E), e completa ainda que,

dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos Indígenas e o modelo adotado para a atenção à saúde indígena, que deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando aos aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional (BRASIL, 1999a, Art. 19-F).

Para acelerar a criação dos DSEIs e ampliar as áreas de cobertura, no início de 2000, a Funasa definiu como estratégia o estabelecimento de convênios com organizações não-governamentais - ONGs, as quais ficaram encarregadas de contratar pessoal e adquirir equipamentos necessários, por meio de recursos públicos repassados pela Funasa. Os atuais 34 DSEIs (figura 2) são subordinados pelo Departamento de Saúde Indígena da Funasa, em Brasília e pelas Coordenações Regionais nos Estados. Foram dispostos em uma rede de serviços de assistência básica hierarquizada e integrada ao Sistema Único de Saúde, por meio de Pólos-Base de Saúde, tanto nas comunidades como nas sedes de municípios. Estes são compostos por uma equipe formada por médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde (AIS) que prestam atendimento à população indígena. Casos graves são encaminhados à rede de referência do SUS e recebem apoio das Casas de Saúde Indígena (Casai), que surgiram na mesma época que o SPI. Compõem ainda o sistema os Conselhos Locais de Saúde, formado por representantes das comunidades indígenas, para avaliar os serviços, e os Conselhos Distritais de Saúde, de caráter deliberativo e formado por indígenas e outros segmentos envolvidos (SERAFIM, 2004; MACHADO, 2004).

Figura 2. Localização dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas/DSEIs.

Durante muito tempo, em fases anteriores ao início do processo de colonização e contato com a sociedade envolvente, os indígenas foram capazes de manter com autonomia a sua saúde. CARVALHO (1997) apresenta alguns fatores que considera determinantes para este fato: transmissão de conhecimentos adaptados ao meio e às situações do cotidiano, de geração para geração; sistemas tradicionais de prevenção e cura de doenças, por meio do xamanismo e do uso de plantas medicinais; dietas alimentares ricas e variadas; e um sistema natural de saneamento do meio baseado na alternância de ocupação das áreas que habitavam ou na constituição de pequenos grupos dispersos.

Sobre esse aspecto CROSBY (1993) afirma que os povos nômades ou semi-nômades, de hábitos caçadores e coletores, por apresentarem uma mobilidade mais intensa sobre o território, podem, por exemplo, obter uma maior variedade de alimentos nutritivos, além de não propiciarem o acúmulo

de sujeira e a proliferação de “pragas”, fatores estes que, segundo o autor eram responsáveis pela melhor saúde destes povos.

De acordo com SERAFIM (2004), o estado atual da saúde das populações indígenas é um reflexo de 500 anos de história, pois com a chegada dos colonizadores europeus vieram não apenas as epidemias, que dizimaram grande parte da população, mas também um novo modo de vida, impondo o trabalho escravo e o confinamento. Como conseqüência, iniciou-se um contínuo processo de perda de auto-estima e desestruturação socioeconômica que até os dias atuais repercute na saúde desses povos.

MACHADO (2004) lembra ainda que a saúde dos povos indígenas está intimamente ligada à questão da terra, pois o reconhecimento oficial de uma área como terra indígena é muito importante para a garantia e manutenção de uma etnia, e conseqüentemente de sua saúde.

Em sua pesquisa sobre o estado de saúde das populações indígenas após impactos do contato com a sociedade envolvente, CARVALHO (1997) fez as seguintes inferências: a maioria das patologias eram causadas por fatores de origem externa, relativas aos impactos do contato; a desorganização dos sistemas tradicionais somada à incompatibilidade aos novos costumes levou os indígenas à condições precárias de saúde; essa nova situação gerou a dependência por recursos médicos externos; apesar da grave situação, a maioria das patologias era passível de resolução por meio da atenção primária (prevenção, promoção e assistência à saúde); os serviços de saúde oferecidos à essas populações eram voltados somente para a cura, portanto inadequados e paliativos, apresentando constantes reincidências de doenças principalmente no que se referia à carência alimentar e às verminoses.

Essa mesma autora lembra que,

a partir do contato e com a proximidade da sociedade envolvente, paulatinamente vão sendo dificultadas as possibilidades de manutenção com autonomia das organizações sócio-econômicas tradicionais de garantir a subsistência. Essas formas só podem perdurar na medida em que há espaço territorial e ambiental para sua reprodução; sem isso ocorre a desestruturação do sistema de organização, o que vem acarretar prejuízos à saúde (CARVALHO, 1997, p.14).

Como já comentado anteriormente, as relações existentes entre as alterações do meio ambiente e a qualidade de vida dos indivíduos são cada vez mais evidentes, e muitas doenças são resultado de condições socioambientais inadequadas, tornando-se claro que não basta apenas a existência do espaço territorial, mas também a sua qualidade deve ser preservada para garantir a saúde da população que ali habita e usufrui.

SANTOS e COIMBRA Jr. (2003) afirmam que “uma característica marcante da grande maioria das áreas indígenas é a precariedade das condições de saneamento” (p.26). Estes autores ainda citam diversas investigações recentes sobre parasitismo intestinal dentre populações indígenas, indicando em geral, que mais de 50% dos indivíduos são acometidos por mais de uma espécie de helminto, cujas espécies de maior prevalência são Ascaris lumbricoides, Trichuris trichiura, Strongyloides stercorales e ancilostomídeos, também revelando prevalências variáveis de infecção por protozoários intestinais, como Giardia lamblia e Entamoeba histolytica.

Segundo levantamento geral de morbidade feito pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas em 2002, as principais doenças diagnosticadas nas comunidades indígenas, foram as doenças infecto-parasitárias (DIP), correspondendo a 35,8% dos casos, e as doenças do aparelho respiratório, representando 29,8%. Dentre as DIP, as que mais se destacaram foram a helmintíase, a diarreia, a micose, a pediculose, a tuberculose e a malária; e

dentre as doenças do aparelho respiratório as mais freqüentes foram a infecção respiratória aguda - IRA, a pneumonia, a bronquite e a asma (SERAFIM, 2004).

Para CONFALONIERI (2005) as doenças infecciosas e parasitárias têm nas populações amazônicas de modo geral, sobretudo entre os indígenas, alta relevância, seja como processos diretamente relacionados às condições naturais dos ecossistemas, ou resultante de transformações socioambientais, ou ainda como processos tipicamente urbanos.

De acordo com os relatórios da Funai, de 1998, o coeficiente de mortalidade infantil (CMI) foi de 96,8 por 1000 nascidos vivos, sendo que quase 50% dos óbitos em menores de 5 anos teve como causa mais freqüente doenças transmissíveis, como as infecções respiratórias, as enteroparasitoses, a diarreia, a malária, a desnutrição e a tuberculose. Porém, entre os anos de 1998 e 2002, este coeficiente diminuiu em média 10,6% ao ano, apresentando em 2002 um valor de 55,7 por 1000 nascidos vivos (SERAFIM, 2004).

Ressalta-se que, dos 34 DSEIs, no levantamento de 2002, apenas 12 apresentaram CMI menor que 40 por 1000 nascidos vivos e 5 apresentaram valor acima de 100, sendo os maiores valores deste índice encontrados na Amazônia (SERAFIM, 2004).

A partir de levantamento em registros de internações hospitalares da população indígena atendida no DSEI, de Porto Velho/RO, ESCOBAR *et al.* (2003) afirmam que as doenças infecciosas e parasitárias eram a segunda causa mais freqüente de internação (15,6% do total de internações). Dentre esse grupo, 41% dos acometimentos foram diarreias, moléstias que desempenham importante papel no perfil de morbi-mortalidade de populações indígenas, sobretudo entre crianças de 0-5 anos de idade.

Especificamente na área de estudo do presente trabalho, segundo dados de morbidade obtidos no DSEI/Pólo Base de Iauaretê, no período de maio a dezembro de 2003, as doenças gastrointestinais (diarréicas e parasitoses intestinais) representaram 25% do total dos casos de moléstias notificadas nesse distrito, como mostra a tabela 2 abaixo.

Tabela 2 Número e porcentagem de casos notificados no Pólo Base de Iauaretê – DSEI/ARN/FOIRN, São Gabriel da Cachoeira/AM, de maio a dezembro de 2003, segundo tipo de doença.

DOENÇAS NOTIFICADAS	NÚMERO DE CASOS	%
Doenças do Aparelho Respiratório	897	21,6
Gastrointestinais	1037	25,0
Dermatológicas	500	12,1
Afecções oftalmológicas	116	2,8
Afecções do ouvido	72	1,7
Afecções do músculo esquelético	464	11,2
Afecções ginecológicas	30	0,7
Afecções urológicas	18	0,4
Acidentes com animais	7	0,2
Traumatologia	208	5,0
Outras	799	19,3
Total	4148	100,0

Os valores apresentados acima, agora distribuídos por faixa etária revelam que 26,6 % dos casos foram notificados em crianças menores de 5 anos de idade, como mostra a tabela 3 a seguir.

Tabela 3. Número e porcentagem de casos de doenças gastrointestinais notificados no Pólo Base de Iauaretê – DSEI/ARN/FOIRN, São Gabriel da Cachoeira/AM, de maio a dezembro de 2003, segundo faixa etária.

FAIXA ETÁRIA	NÚMERO DE CASOS	%
0-5 anos	276	26,6
5-9 anos	136	13,1
10-14 anos	87	8,4
15-19 anos	53	5,1
20-29 anos	80	7,7
30-39 anos	96	9,2
40-49 anos	84	8,1
50-59 anos	99	9,6
> de 60 anos	124	12,0
IGN	2	0,2
Total	1037	100,0

O médico Drauzio Varella, em visita a sete comunidades do município de São Gabriel da Cachoeira/AM - Pari-Cachoeira, Iauaretê, Tunuí-Cachoeira, Querari, São Joaquim, Maturacá e Cucuí, resumiu a situação precária da saúde dos povos indígenas que encontrou: “mortalidade materno-infantil elevada, crianças desnutridas, dermatites e feridas na pele, dentes em mau estado, envelhecimento precoce, alcoolismo disseminado”. E reforça ainda que esta é “uma imagem oposta à do bom selvagem de corpo atlético, arco e flecha, que a imaginação romântica dos brancos insiste em manter”. (VARELLA, 2006, p. 96).

No tocante às doenças diarreicas, parasitárias e às dermatoses que acometem as populações indígenas, CARVALHO (1997) identificou como causa social provável os seguintes fatores: diminuição da mobilidade espacial; processo de sedenterização; contaminação ambiental de formas ininterruptas; e incorporação de hábitos exógenos (como criação de animais junto à população, lixo não degradáveis e maior contaminação dos ambientes). Afirma ainda a autora que, para esses tipos de agravos à saúde, a medicina tradicional indígena, que lhes garantiu durante muito tempo as condições necessárias para a manutenção e o controle de sua saúde, diante desta nova situação torna-se insuficiente, havendo uma dependência de

atenção médica externa, recomendando ainda, como forma preventiva o saneamento básico e a educação em saúde.

Outra doença de alta incidência dentre as populações indígenas é o tracoma. Trata-se de uma cerato-conjuntivite causada pela bactéria *Chlamydia trachomatis*, sendo uma doença bastante contagiosa. A transmissão se dá por meio do contato direto com secreções oculares, ou indiretamente, pelo contato com objetos contaminados, ou por vetores como a mosca. Consideram-se como fatores de risco que interferem na incidência do tracoma a disponibilidade e qualidade da água para a manutenção de hábitos de higiene, a presença de moscas dentro do domicílio ou no seu entorno, a ausência de saneamento básico, aglomerações humanas (dentro de uma só casa ou de casas próximas), e ainda a presença de fogo no dormitório, fatores estes freqüentemente presentes em comunidades indígenas (ALVES, 2000).

Em seu estudo sobre a prevalência de tracoma em quatro grupos populacionais culturalmente distintos, na região do alto rio Negro, ALVES (2000) identificou níveis expressivos da doença. Dentre indígenas Maku/Hupda, das comunidades Nova Fundação e Barreira, próximas ao rio Tiquié, o tracoma foi identificado em 56,3% das pessoas examinadas; dentre os Maku/Dãw, de uma comunidade próxima à cidade de São Gabriel da Cachoeira, 52,3% dos examinados estavam acometidos pela doença; já entre os indígenas do tronco lingüístico Tukano e Aruak, da comunidade de Camanaus, o tracoma foi identificado em 50,9% dos examinados; e dentre uma amostra de habitantes da sede do município de São Gabriel da Cachoeira, constituída por indígenas Tukano e Aruak (62% da amostra) e por não-indígenas (38% da amostra), identificaram-se 34,3% de casos. Essa mesma autora afirma que a melhoria das condições sanitárias, possibilitando maior higiene facial, acompanhada de processos de educação em saúde, podem contribuir para o controle da doença nessas áreas e diminuição de sua incidência. Lembra ainda a importância de se considerar as

peculiaridades culturais de cada grupo, principalmente no que diz respeito às suas crenças.

De acordo com ATHIAS (2002), na região de São Gabriel da Cachoeira/AM, no tocante à cultura em saúde dos moradores nativos, tem-se que desde a chegada dos atuais missionários salesianos, em 1916, novos conceitos, higienistas e discriminadores, foram introduzidos e diversas práticas xamânicas da medicina tradicional coibidas. Com tal contato, diversas doenças não-endêmicas na região foram introduzidas, sendo que apesar dos indígenas não conhecerem a etiologia de tais moléstias, estes atribuem explicações mitológicas sobre o aparecimento das mesmas, como será exemplificado mais adiante, nos resultados dessa pesquisa.

Verifica-se, portanto, que prevalecem ainda entre os indígenas componentes culturais e crenças referentes à interpretação do adoecimento, elementos característicos da cultura ancestral desses povos, transmitida por meio de tradição oral, ao longo de centenas de anos. Além disso, sabe-se que algumas formas tradicionais de prevenção e cura de doenças ainda são bastante praticadas, como o benzimento, o uso de plantas medicinais, entre outras.

Segundo pesquisas realizadas por GARNELO e WRIGHT (2001), sobre representações e práticas do povo Baniwa quanto ao processo saúde-doença, há um conjunto de estratégias terapêuticas utilizadas por esse grupo, sendo os principais agentes de cura os xamãs, que utilizam plantas medicinais e cânticos religiosos em seus rituais. A procura pelos agentes indígenas de saúde e o uso de remédios industrializados também fazem parte deste conjunto.

BUCHILLET (1995) lembra que, nas sociedades tradicionais, a doença não pode ser analisada fora do seu suporte (o indivíduo, na sua singularidade pessoal e social), e fora do contexto histórico que presidiram o aparecimento

da doença. Devem, portanto, ser levadas em consideração as representações que estes indivíduos possuem, bem como as relações por eles estabelecidas entre os mundos humano, natural e sobrenatural. As doenças devem então, ser interpretadas dentro de um quadro sócio-cultural de referência.

Em concordância com Buchillet, CARVALHO (1997) afirma que para os indígenas “a doença não é vista separada da individualidade do doente, de suas relações, emoções, de sua posição diante do meio social a que pertence, ou de suas crenças quanto à ordem do mundo” (p. 44).

De acordo com GARNELO e WRIGHT (2001), pela mitologia indígena pode-se evidenciar tanto o movimento transicional de instauração da ordem social, quanto condições geradoras de doença, estreitamente relacionadas ao caos, ao comportamento anti-social, à sujeira, à putrefação, às transgressões das regras alimentares, de higiene pessoal e de obediência às gerações mais velhas.

Para explicar a atuação de pajés e o surgimento de determinadas doenças dentre o povo Tukano, GENTIL (2005) afirma que, por meio de visões os pajés demonstram os tipos de doenças, se são transmissíveis, ou se são de castigo. Os sonhos são avisos dos Criadores. As doenças de rim, por exemplo, atacam quando não se faz jejum depois de ritual ou depois de trabalho pesado. Muitas doenças vêm dos pajés, dos animais ou de feiticeiros, que são os grandes provocadores de doenças. O amargo que sai da boca é um sinal de doença do Criador. Dores no coração, estômago e pulmões são sinal de feitiço, doenças do Criador (GENTIL, 2005).

Sobre a cura de doenças e o uso de ervas medicinais, esse mesmo autor esclarece que para o(s) criador(es) estas são alimento, já os indígenas as procuram quando estão doentes. Assim, os humanos estão imitando o(s) criador(es) ao consumir ervas medicinais (GENTIL, 2005).

Diante da situação aqui exposta, resultante de um processo sociocultural de mudanças, evidencia-se a necessidade de que a atenção à saúde indígena seja feita por profissionais devidamente formados e com conhecimentos ambientais, antropológicos, epidemiológicos e de saúde pública, e se assim não for possível, que procurem trabalhar em parceria com profissionais dessas diferentes áreas.

Para PELICIONI e MORAES (2005, p.745), uma sociedade indígena saudável

é aquela em que os recursos naturais existentes permitem sua sobrevivência física e cultural, segundo seu modo de vida. É aquela que possui um ambiente saudável que permite viver uma vida saudável, uma vida de índio, como a vida que viveram seus pais, seus avós, seus antecessores, com seus usos, costumes, tradições e sagrados direitos originários sobre as terras tradicionalmente habitadas.

1.3. CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO E DE SUA POPULAÇÃO

1.3.1. Localização, Características Geográficas e Socioambientais

O município de São Gabriel da Cachoeira, com aproximadamente 29.951 habitantes, tem a maior população indígena do Brasil, sendo que deste total, cerca de 80% que vivem em sua sede e 99% que vivem no interior são indígenas (IBGE, 2002b). Localiza-se ao noroeste do Estado do Amazonas em uma região conhecida como “cabeça do cachorro” (vide figura 3) e tem cerca de 110 mil quilômetros quadrados.

Sua sede, construída na margem esquerda do rio Negro, a 1146 quilômetros de Manaus, via fluvial, constitui o principal pólo econômico e administrativo do Alto e Médio rio Negro, e vem sofrendo crescentes acréscimos populacionais nos últimos 20 anos. Essa concentração da população local em núcleos urbanos é um fenômeno social decorrente de um conjunto de fatores: o estabelecimento de contingentes militares; o incremento do comércio e outros serviços; e o fluxo migratório das comunidades indígenas (CABALZAR e RICARDO, 2000).

O segundo maior pólo de concentração humana no município, o Distrito de Iauaretê, objeto deste estudo, situa-se na Terra Indígena do Alto Rio Negro, divisa Brasil – Colômbia, nos arredores da foz do rio Papuri no médio rio Uaupés. Este último, após percorrer cerca de 845 quilômetros em território colombiano (Mapa - Figura 3) e 530 quilômetros no Brasil, deságua no rio Negro. Mesmo Iauaretê sendo considerado o maior Distrito Municipal de São Gabriel da Cachoeira, e ser assim conhecido, não consta como tal na Lei Orgânica do Município que foi promulgada em 05 de abril de 1990, isso porque, naquele momento encontrava-se em discussão a transformação do “Distrito” em Município, assim, para não complicar o processo de municipalização, o Poder Executivo, em conjunto com o Legislativo, não

incluíram Iauaretê no ato das Disposições Transitórias Artigos 036 a 039 que criaram os Distritos de Cucuí, Taracuí, Içana e Pari-Cachoeira.

Figura 3. Localização do Distrito de Iauaretê do Município de São Gabriel da Cachoeira/AM, Brasil.

(Toda área em tonalidade verde corresponde ao município de São Gabriel da Cachoeira).

Merece destacar aqui a recente aprovação (3/08/2006) do tombamento da Cachoeira de Iauaretê (figura 4) como Patrimônio Imaterial da Nação pelo Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional – Iphan. Considerado lugar sagrado dos povos indígenas do rio Uaupés e rio Papuri, este será o oitavo Patrimônio Imaterial brasileiro e o primeiro registrado no Livro dos Lugares do Iphan.

Figura 4. Cachoeira de Iauaretê (Patrimônio Imaterial da Nação / Iphan)

Leandro Luiz Giatti (maí/2005).

No tocante à hidrografia, o rio Negro, maior rio de águas pretas do mundo, assim como o rio Uaupés, caracterizam-se por serem pobres em nutrientes, isto porque, em sua origem e curso drenaram solos empobrecidos e lixiviados, como os arenosos, que impedem que o material orgânico derivado da vegetação seja completamente decomposto, e é esse material dissolvido que torna essas águas pretas e bastante ácidas. Essas características justificam o fato desses rios possuírem pouca quantidade de peixes, sobretudo se comparados aos rios de “água branca” (barrenta), como o Solimões (GOULDING, 1997; CABALZAR e RICARDO, 2000).

Por outro lado, os rios de águas pretas, em razão das características anteriormente citadas obrigaram, ao longo da história natural, o desenvolvimento de espécies para ocupar nichos específicos, sendo portanto esses rios, reconhecidos por elevada diversidade de espécies de peixes (WALLACE, 2002) .

Quanto às características da vegetação na região da bacia do rio Negro, esta se distingue em cinco sub-tipos: a *floresta de terra firme*, que ocupa terras mais altas e não inundáveis; a *campina*, *campinarana* ou *caatinga amazônica*, tipo de floresta baixa, com características arbustivas, que cresce em solos arenosos e inundáveis; a *floresta de igapó*, que permanece a maior parte do tempo inundada e é invadida por peixes nas enchentes para se alimentar e se reproduzir, apresentando maior diversidade de espécies que a campinarana, e menor que a floresta de terra firme; o *chavascal ou buritizal*, que permanece todo o tempo inundado; e as *capoeiras*, matas em crescimento secundário, que foram abandonadas após terem sido usadas para o cultivo de roças ou formação de comunidades (CABALZAR e RICARDO, 2000; AB’SABER, 2002).

Esses sub-tipos não estão distribuídos de forma homogênea por toda bacia do rio Negro. Nas proximidades de Iauaretê é mais comum a presença da

campinarana e nas áreas mais afastadas das margens do rio Uaupés, encontra-se mais floresta de terra firme.

Os povos indígenas que habitam essa região considerada de baixa fertilidade adaptaram-se a essas condições, utilizando, por exemplo, espécies da caatinga amazônica, como a palmeira caranã (*Mauritia sp.*) ou a paxiúba (*Socratea exorrhiza*) como fonte de recursos para a cobertura de palha de algumas construções; as áreas de terra firme para seus roçados; e as florestas de igapós para a prática da pesca, explorando assim grandes áreas para atender às suas necessidades.

Para RIBEIRO (1995), os indígenas que habitam a região do alto rio Negro, além de identificar e classificar a flora e a fauna de seu ambiente desenvolveram estratégias adequadas a seu manejo, tais como: manutenção de pequenas aldeias e roças; dispersão das comunidades; manutenção de uma “terra de ninguém” entre as áreas ocupadas para a formação de reservas faunísticas; mobilidade freqüente das roças; pequena taxa de incremento populacional; tabus alimentares destinados a salvar espécies ameaçadas; e plantio de espécies nas margens dos rios e nas capoeiras para atrair a caça.

De acordo com MELATTI (1980),

o número de membros de uma sociedade e a maneira como estão organizados dependem dos recursos naturais de que se utilizam para a sua sobrevivência e dos instrumentos e conhecimentos de que se valem para explorá-los e transformá-los em objetos prontos para o consumo. (...) As limitações impostas pelo meio geográfico e as técnicas usadas para tirar dele aquilo de que necessitam para viver se ligam intimamente com a forma que toma a organização de suas sociedades (p. 57).

Os povos indígenas de maneira geral, por terem o conhecimento da capacidade limite do meio ambiente em atender às suas necessidades, tradicionalmente costumam organizar-se em pequenos agrupamentos humanos, utilizando os recursos a sua volta de forma diversificada, sem comprometer o equilíbrio ambiental. Porém, em Iauaretê, a atual situação de elevada concentração populacional, como será comentado mais adiante, tem dificultado o atendimento a essas necessidades, e, portanto, a manutenção da qualidade de vida.

1.3.2. Diversidade Étnica e Famílias Lingüísticas

Os primeiros levantamentos étnicos sistemáticos realizados, na segunda metade do século XVIII, tabulados por Bruzzi (1977) e citado por ANDRELLO (2004, p.97) apresentaram a existência de 33 etnias nas povoações do rio Negro: Manao, Paraviana, Uaranacocena, Carahiahi, Baré, Passe, Cocuana, Aroaqui, Tacu, Baniba, Baiana, Uariquena, Uaupez, Macú, Mepuri, Marapitana, Aruniê, Cubeuana, Coeuana, Duanáis, Júri, Japíuna, Jaruna, Juma, Mendó, Maquiritare, Puiteno, Pexuma, Termairarí, Turimarí, Uauuana, Xamá e Xapuená. Já em meados do século XIX os registros apresentaram apenas 22 etnias nessa região. Algumas explicações para essa redução são sugeridas por ANDRELLO (2004), tais como os processos de escravização e descimento do século XVIII, pois o fracasso de experiências de aldeamentos teria provocado a dispersão de grupos até então “descidos” para suas áreas de origem, como as cabeceiras dos rios Uaupés e Içana.

Para a região do Uaupés o mesmo levantamento apresentou 25 etnias no século XVIII e 49 no século XIX, a saber: Agarani, Arapaço, Baniua, Baúna, Beiju, Boanari, Cainatari, Carapanã, Caua, Uananá, Coro-Coró, Cubeo, Cutia, Deçana, Gi, Giboia, Ipeca, Iravassú, Jacamí, Jurupari, Juruá, Macú, Macucoena, Macuná, Macura, Mamengá, Mirití, Omaua, Onça, Panenoá,

Pirá-Tapuia, Piraiurú, Puçá, Quaty, Coeuna, Quanacá, Tabaiana, Quatitu, Tanimbuca, Tapirira, Tariana, Tatu, Tijuco, Timamará, Tocandira, Tucano, Uacará, Uaracú e Urinaná. Ao contrário do que ocorreu no rio Negro, nesta região observa-se um aumento nas etnias. Também se comparadas com a do rio Negro, as listas do Uaupés apresentam uma consistência surpreendente com as etnias contemporâneas, pois dos 12 grupos étnicos atuais, nove já estavam na lista (ANDRELLO, 2004).

Os últimos levantamentos mostraram que na região brasileira do médio e alto rio Negro convivem atualmente 22 povos indígenas, que falam cerca de 20 idiomas pertencentes a 4 famílias lingüísticas: Aruak, Maku, Tukano e Yanomami. Dentre os indígenas que habitam a região do rio Uaupés o idioma prevalente é o Tukano (CABALZAR e RICARDO, 2000).

Quadro 2. Povos e famílias lingüísticas do Alto e Médio Rio Negro, e suas principais áreas de ocupação.

GRUPOS ÉTNICOS	FAMÍLIA LINGÜÍSTICA	PRINCIPAIS ÁREAS DE OCUPAÇÃO
Tukano Desana Kubeo Wanana Tuyuka Pira-tapuya Miriti-tapuya Arapaso Karapanã Bará Siriano Makuna Tatuyo * Yurutí * Barasana * Taiwano *	TUKANO ORIENTAL (TUKANO)	- rio Uaupés; - rio Tiquié; - rio Querari; - curso alto do rio Negro; - povoados em trecho da estrada que liga São Gabriel da Cachoeira a Cucuí; - rio Curicuriari - rio Apapóris e seu afluente Traíra; - Departamento de Vaupés e Guaviare (Colômbia).
Baniwa Kuripako Baré Werekena Tariana	ARUAK	- rio Içana; - rio Aiari; - rio Cuiari; - rio Xié; - curso alto do rio Negro; - médio curso do rio Uaupés; - Departamento de Guainia (Colômbia); - Estado Amazonas (Venezuela). - região entre o Tiquié, Uaupés e

Hupda Yuhupde Dow Nadöb Kakwa * Nukak *	MAKU	Papuri; - afluentes da margem direita do rio Tiquié; - rio Apapóris e Traíra. - proximidades da cidade de São Gabriel da Cachoeira; - rio Uneiuxi e no paraná Boa-Boá; - rio Teá; - Departamento do Vaupés e Guaviare (Colômbia).
Yanomami	YANOMAMI	- bacias dos rios Padauri, Marauia, Inambu, Cauaburi.

Fonte: CABALZAR e RICARDO (2000, p.31).

(*) etnias que habitam território colombiano.

Cada um destes grupos étnicos presentes no quadro anterior é formado por grupos menores denominados de *sibs*, unidades de descendência a partir de um único ancestral, que obedecem a uma disposição hierárquica. O *sib*, na região do Alto Rio Negro, como será exemplificado mais adiante e segundo descrevem alguns autores, é também denominado de clã, e considerado a unidade básica do sistema social, onde geralmente as trocas matrimoniais são efetuadas. Assim, um *sib* de um determinado nível hierárquico deverá manter troca de cônjuges com *sibs* de status equivalente pertencentes a outros grupos exogâmicos (RIBEIRO, 1995; CABALZAR e RICARDO, 2000; GARNELO e WRIGHT, 2001).

RIBEIRO (1995) completa ainda que cada *sib* ocupava um lugar hierarquicamente determinado ao longo do rio, onde os de mais alta hierarquia viviam nos baixos cursos, áreas mais ricas em peixe e solo mais fértil; enquanto que os de hierarquia mais baixa localizavam-se mais próximos das nascentes.

Esclarece-se que, ainda hoje, a criança nascida de pai e mãe pertencentes à diferentes etnias terá a etnia de seu pai. Porém, ANDRELLO (2004) lembra dos filhos de soldados vindos de fora, que para receberem a etnia da mãe indígena precisam da aprovação e reconhecimento do avô materno.

Entre esses grupos étnicos podem-se encontrar muitas características comuns, principalmente com relação à cosmogonia (conjunto de crenças, ritos e práticas que explicam sua origem e seu modo de ser), atividades de subsistência, arquitetura tradicional e cultura material. Por outro lado, prevalece um multilingüismo como um dos principais fatores que os diferencia (RIBEIRO, 1995; CABALZAR e RICARDO, 2000).

Destacam-se aqui algumas especializações de grupos étnicos quanto aos artefatos que produzem e por meio dos quais estabelecem relações de troca que persistem com o tempo. Os Tukano produzem bancos de madeira escavados em um único tronco, cuja forma e desenhos pintados têm uma simbologia muito bem definida; os Baniwa confeccionam os ralos de mandioca, feitos em uma tábua côncava e incrustados com pedrinhas de quartzo; os Maku produzem os aturás, cestos cargueiros feitos de cipó-imbé utilizados principalmente para o transporte e armazenamento da mandioca, além de fornecerem também sarabatanas e curare. Para RIBEIRO (1995), esses mecanismos de especialização e troca de manufaturas entre diferentes grupos étnicos, além da prática da exogamia, são fatores que contribuíram para o processo de conexão inter-étnica presente na região.

Chernela (1993), citada por RIBEIRO (1995) estudando os sistemas de trocas entre diferentes grupos étnicos, identificou que, para os Wanano, essas relações são de quatro tipos: entre grupos com afinidades recíprocas e equivalentes; entre grupos que habitam as proximidades do rio ou o interior da floresta; entre indígenas diferenciados hierarquicamente; e entre *síbs* de alta hierarquia.

1.3.3. Um Pouco da História

No início do processo de colonização havia duas colônias de língua portuguesa na América do Sul: uma batizada de Brasil, tida como “descoberta” por Cabral em 1500, que se estendia nos limites do atual estado do Piauí, descendo por uma estreita faixa do litoral nordestino, até as margens do rio da Prata, hoje o Uruguai; a outra, inicialmente conhecida como Grão-Pará e Maranhão, foi tida como “descoberta” por Vicente lañes Pinzón, em 1498, ocupada efetivamente pelos portugueses apenas em 1630 e fundada somente em 1751, sendo que sua área era a equivalente aos atuais estados do Maranhão, Pará, Amapá, Amazonas, Roraima, Rondônia e parte do Acre. Em 1722, essa segunda colônia passa a se chamar Grão-Pará e Rio Negro, devido ao crescimento da região oeste proporcionado principalmente pela exploração extrativista primária das drogas do sertão. Essas duas áreas coloniais se desenvolveram distintamente até 1823, quando o Império do Brasil começou a anexar a colônia nortista (SOUZA, 2005).

O modelo de exploração do colonizador na Amazônia foi sempre devastador, começando pelo sistema de sesmarias, em 1627, seguindo-se o das capitanias hereditárias e os engenhos de açúcar instalados na colônia Grão-Pará e Maranhão, tanto para abastecimento local quanto para exportação, sendo que na primeira metade do século XVII, a região do rio Negro era a principal fornecedora de escravos indígenas dessa colônia do Grão-Pará e Maranhão (RIBEIRO, 1995; LASMAR, 2002; ANDRELLO, 2004).

Por volta de 1840, a população ao longo de todo rio Negro era de quase 19.000 pessoas, sendo a maior parte (15.000) residente no baixo rio Negro e em Manaus. O restante (cerca de 4.000) era de moradores de aldeias do alto rio Negro (na época, considerada acima do município de Santa Izabel). Em meados do século XIX já havia alguns comerciantes às margens do alto curso do rio Negro que trocavam com os índios alguns produtos como:

castanha, farinha, peixe seco, salsaparrilha, piaçava, peles, couros, drogas e artesanato; por mercadorias como: panos, panelas, machados, facões, anzóis, facas, espingardas, agulhas, linhas e principalmente cachaça, o que tornava o escambo bastante favorável aos comerciantes (WRIGHT, 1992; LASMAR, 2002; ANDRELLO, 2004).

Em Iauaretê já perfazem mais de dois séculos de contato com a sociedade envolvente e a região do alto e médio rio Negro é habitada há pelo menos 2.000 anos por um conjunto diversificado de povos indígenas.

Até as primeiras décadas do século XX, o rio Uaupés era chamado de Caiary –Uaupés, uma palavra de origem aruak que significa “rio dos Uaupés” em referência aos antigos grupos que ali viviam. Os povos que habitavam as margens desse rio, desde a foz do Tiquié, eram chamados de Boaupés, um nome genérico que representava uma categoria étnica, ao mesmo tempo Tukano e Aruak, culturas sobrepostas pelo processo de colonização. No fim do século XVIII ocorreu um importante fenômeno histórico na região do noroeste amazônico, onde a língua Tukano foi adotada por certos povos Aruak do Uaupés, como os Baniwa do Querary e Cuduiary, os Tariana do médio Uaupés e os Kabiari, em um processo de intercâmbio que foi denominado tukanização dos Aruak (DOETHYRÓ TUKANO/MACHADO, 2003).

Os Tariano, embora sejam atualmente maioria em Iauaretê, não são originariamente do rio Uaupés, tendo ali chegado entre os séculos XIV e XV e se estabelecido pelas imediações de Iauaretê muito antes da chegada dos brancos. Esse grupo étnico teria vindo do rio Aiari, afluente do rio Içana, onde segundo a narrativa mítica teriam surgido como “gente”. Deslocaram-se por terra até chegarem no rio Uaupés, indo para Iauaretê. No caminho, os Tariano entraram em litígio com os índios que já moravam por ali, como os Wanana e Tukano. A primeira geração que se deslocou para o Uaupés era a do ancestral *Koivathe*, e segundo alguns autores, tinha na época um chefe

chamado Buopé. Chegando em Iauaretê, ele resolveu fazer uma maloca no alto da serra do Jurupari para poder se defender. Terminadas as brigas, os Tariano desceram para o rio Uaupés e começaram a se casar com as mulheres Tukano. Mais tarde os Tariano vieram a se considerar os “donos” de Iauaretê porque os Tukano se retiraram provavelmente com medo da chegada dos brancos (CABALZAR e RICARDO, 2000; ANDRELLO, 2004).

Ao se deslocarem e se distribuírem pela região do rio Uaupés, com o tempo foram deixando sua língua, pois uma vez vivendo no Uaupés, os homens da maior parte dos *sibs* passou a se casar com mulheres Wanano e Tukano, de modo que as crianças nascidas dessas uniões foram se habituando às línguas maternas. Hoje praticamente todos são falantes do Tukano, que funciona como língua franca no Uaupés (ANDRELLO, 2004).

Relatos mostram que no ano de 1932, havia em Iauaretê cerca de 163 pessoas (142 Tarianos, 15 Pira-Tapuia, 4 Tukano e 2 Cubeo) vivendo em torno de um posto do Serviço de Proteção ao Índio (SPI), na margem direita do rio Uaupés. Essa população habitava duas grandes malocas e outras 24 casas menores ao redor. O Posto do SPI foi instalado nesse local em 1921, mas deixou de funcionar pela primeira vez em 1932. Foi reaberto em 1943 e novamente fechado em 1952, principalmente devido aos constantes conflitos com os missionários que estavam instalados em Iauaretê (ANDRELLO, 2004).

1.3.4. As Missões Salesianas e o Sistema de Ensino

A primeira missão salesiana na região do alto e médio rio Negro foi fundada na sede do município de São Gabriel da Cachoeira, no ano de 1914. A esta seguiu-se a instalação de mais seis: a de Taracuá, no rio Uaupés, foi fundada em 1923; a de Iauaretê, também no rio Uaupés (figura 5), em 1929; em Pari-Cachoeira, no alto curso do rio Tiquié, em 1940; em Santa Izabel,

no médio rio Negro, em 1942; e em Assunção do Içana, no rio Içana, em 1952.

Figura 5. Missão Salesiana de Iauaretê

Para ANDRELLO (2004), de certa maneira, a chegada dos missionários na região contribuiu para melhorar a situação de grupos indígenas que naquele período estavam sendo explorados por comerciantes e seringueiros, pois os missionários se opunham às práticas realizadas por eles.

DOETHYRÓ TUKANO/MACHADO (2003), até certo ponto compartilha da mesma opinião ao afirmar que “o contato com os missionários trouxe também a proteção dos índios em relação a outros grupos nacionais hostis, educação e assistência médica” (p. 216).

Antes da chegada dos missionários salesianos, merece destacar um episódio envolvendo os missionários franciscanos e uma tentativa frustrada de se instalarem na região, pois acabaram sendo expulsos pelos indígenas.

Segundo relata KOCH-GRÜNBERG (2005), a ação missionária ao longo do rio Caiary-Uaupés (hoje apenas rio Uaupés), após algumas tentativas anteriores no século XVIII, começou a se firmar com a chegada de três missionários franciscanos. O primeiro a chegar foi Pe. Venâncio, em 1880.

Juntaram-se a ele o Pe. Matheus, em 1881 e o Pe. José, em 1883. Durante esses anos algumas estações missionárias foram instaladas por uma extensão de 800 km. Dentre estas, destacaram-se as de Taracuí, onde o Pe. Matheus residia e a de Ipanoré, onde residia o Pe. José. Mas, de acordo com o autor, o trabalho desses missionários que parecia ir bem, chegou ao fim em outubro de 1883, quando os “Pe. José e Pe. Matheus deixaram se arrastar pelo seu zelo excessivo para uma loucura fatídica, de profanar os instrumentos de culto dos Tariana em Ipanoré, o que por um triz quase lhes custou a vida” (p.375). Isso porque, Pe. José, após ter conseguido com os Tariana de lauaetê uma máscara de “Yuruparý” (utilizada nos rituais de iniciação masculina, e que não podia ser vista pelas mulheres) escondera na igreja, e durante uma missa de domingo, onde estavam presentes muitos indígenas, inclusive mulheres, mostrou-lhes a máscara para mostrar que não deviam ter medo do demônio. Feito isto, “as mulheres jogaram-se no chão, com medo, escondiam os rostos, e queriam fugir, mas acharam todas as portas trancadas. Os homens avançaram sobre o Pe. José com paus e outras armas para arrancar-lhe o “Yuruparý” e para matar o criminoso, o qual batia fortemente contra seus agressores com um crucifixo de bronze” (p. 378). Os missionários só se salvaram da morte por interferência do chefe indígena local. Porém, foram obrigados a partir imediatamente.

Outro relato, já envolvendo os missionários salesianos, é apresentado por ANDRELLO (2004) sobre a visita à lauaetê do Mons. Pedro Massa, que viria a ser Prefeito Apostólico da Missão no local. Assim, em 28 de setembro de 1927, após ter sido muito bem recebido pelo chefe dos Tariano que ali viviam, este senhor celebrou uma missa e apresentou sua intenção de instalar ali, na margem esquerda do rio Uaupés uma missão salesiana, e nos próximos dois anos, até a sua fundação, ocorreram visitas regulares ao local.

DOETHYRÓ TUKANO/MACHADO (2003) relata suas impressões sobre o primeiro contato de seu povo com o homem branco:

os salesianos foram o primeiro grupo de homens brancos a ter contato conosco, quando aportaram na barranca do rio com seus barcos. Nunca tínhamos visto algo parecido, pele e olhos claros, homens compridos e cobertos com panos que lhes escondiam os corpos. Homens que traziam a vergonha e o temor a Deus. O Trovão deixou de ser nosso Deus, passamos a ter um Deus que ficava preso em um altar. Um Deus que não podíamos ver e escutar, um Deus distante, um Deus estranho a nós. Passamos a ver o mundo com olhos diferentes (p. 216).

Esse relato mostra novamente expresso os sentimentos de um indígena ao se deparar com valores religiosos que confrontavam com suas crenças, e principalmente subestimavam e denegriam sua cultura.

O primeiro internato na Missão Salesiana de Iauaretê começou a funcionar em maio de 1930, abrigando os primeiros 15 alunos e 3 missionários. No decorrer deste mesmo ano, com mão-de-obra indígena, principalmente da etnia Tukano vindos de Taracúá, iniciaram-se a construção de outros prédios, como a casa dos salesianos com internato para os meninos, a casa das irmãs com internato para as meninas, a igreja, um hospital e diversas barracões para hospedagem, serralha e olaria.

Segundo o relato de DOETHYRÓ TUKANO/MACHADO (2003), as crianças entre 9 e 12 anos, de ambos os sexos, eram levadas pelos salesianos para um regime de internato, onde ficavam por períodos de oito meses (de março a outubro), retornavam por quatro meses para a aldeia e passavam mais oito meses na companhia exclusiva dos padres salesianos, durante quatro anos consecutivos. Além da evangelização, aprendiam a ler, escrever e falar a língua portuguesa (o ensino ministrado era de primeira a quarta série), e adquiriam novos hábitos, como usar roupas e ter horário para tudo. Eram proibidos de falar a língua nativa. Esse convívio trouxe um grande desgaste cultural.

Para ARRUDA (1992), este sistema de internato adotado pelas missões religiosas junto às populações indígenas era uma forma de melhor atingir os objetivos de catequese, pois sendo os mais velhos muitas vezes resistentes as doutrinas dos missionários, manter as crianças e os jovens afastados do convívio daqueles e do cotidiano das aldeias era uma forma de minimizar possíveis recaídas aos hábitos e costumes indígenas.

LASMAR (2002), ao referir sobre as posturas dos missionários salesianos e aos meios adotados por eles em sua missão de 'catequizar e civilizar os indígenas' afirma que, "um dos artifícios utilizados para levar a cabo este projeto era o de minar as bases tradicionais de autoridade através da formação de lideranças jovens, educadas nas missões" (p. 14). Lembra também a autora da repressão efetuada frente aos costumes e rituais indígenas.

De acordo com ANDRELLO (2004), as Missões Salesianas na região do Uaupés desempenharam por várias décadas o papel de autoridade local, pois seu projeto de "civilizar e catequizar os índios" contava com o apoio financeiro do Estado, que lhes permitia coibir os excessos praticados por comerciantes brasileiros e colombianos na região. Porém, segundo este autor,

os padres cobriam um preço caro por aquela "civilização", pois exigiram o abandono das malocas, dos rituais com flautas sagradas e entrega dos instrumentos e adornos cerimoniais. Em troca da civilização, eles exigiram a própria riqueza dos índios. E inúmeros foram os expedientes que lançaram mão para obtê-la: negar sacramentos, proibir a entrada nas missas ou recusar trocas de artesanato ou farinha pelas mercadorias da despensa (p. 311).

Atualmente, embora isso possa ainda vir a acontecer, de acordo com o Estatuto do Índio, em seu Art. 47. "é assegurado o respeito ao patrimônio

cultural das comunidades indígenas, seus valores artísticos e meios de expressão (BRASIL, 1973).

No final da década de 1930, o internato em Iauaretê já tinha 250 alunos, e as primeiras turmas já estavam se formando. O que era esperado pelos missionários é que os indígenas que se formassem, ao retornar para suas comunidades, disseminassem o que haviam aprendido, atuando como catequistas e estimulando inclusive o abandono das malocas em favor da constituição de casas de barro ao redor de uma capela. Em 1950, a Missão de Iauaretê já tinha o maior internato da região. Em 1958, com a instalação de uma pista de pouso em Iauaretê, construída por 9 anos com mão-de-obra indígena, entre alunos dos internatos e moradores locais, a Força Aérea Brasileira – FAB passou a prestar apoio à Missão, o que se refletiu no binômio FAB/Missões, cuja ideologia era a de integração nacional na Amazônia (ANDRELLO, 2004).

Ao final dos anos de 1960, o regime de internato começou a entrar em decadência, principalmente em função das primeiras escolinhas rurais instaladas nas próprias comunidades, e da criação de um Grupo Escolar Misto em Iauaretê, em 1968, onde começaram a atuar os primeiros professores indígenas que haviam sido formados pelos salesianos (ANDRELLO, 2004). Na atualidade, há um programa da Universidade do Estado do Amazonas – UEA para formação de professores no interior. Os cursos são desenvolvidos na sede do município de São Gabriel da Cachoeira e as aulas presenciais ocorrem na época de férias escolares, permitindo que os adultos possam se deslocar com seus filhos de Iauaretê para a sede do município.

No início da década de 1970, a missão salesiana de Iauaretê já mantinha além do colégio, hospital, serraria, olaria, marcenaria, uma fábrica de vassouras de cipó titica, controlando toda sua atividade comercial. Em 1975, havia uma produção de 13 toneladas de cipó titica e uma pequena

quantidade de sorva e breu. Também em 1975, foi construído um novo colégio de alvenaria e estrutura metálica, com material enviado pela FAB e mais uma vez, a mão-de-obra utilizada era de alunos internos que recebiam como pagamento materiais escolares, incluindo até premiações para os que trabalhassem mais. O então Colégio São Miguel Arcanjo oficializou nesse período sua nova grade curricular de quinta a oitava séries (ANDRELLO, 2004).

Esse novo sistema de ensino contava, no final dos anos de 1970, com 1200 alunos em todo Distrito, 400 na Missão e o restante em escolinhas rurais nas comunidades. Em 1988, o internato foi fechado oficialmente, o que coincidiu com o aumento da grade curricular até segundo grau no Colégio S. Miguel (figura 6). Porém, havia a necessidade e o desejo dos indígenas em manter os filhos nas escolas, o que acabou se tornando um dos principais atrativos de deslocamento de famílias indígenas. Iauaretê, por localizar-se em uma área de confluência de duas sub-regiões densamente povoadas – o rio Papuri e o médio/alto rio Uaupés, começou então, a apresentar um rápido crescimento populacional (ANDRELLO, 2004).

Figura 6. Colégio São Miguel

Luciana Pranzetti Barreira, (mai/2005).

Em conversa com dois indígenas que viviam em Iauaretê no ano em que desenvolveu sua pesquisa, ANDRELLO (2004) fez a seguinte reflexão sobre a atuação dos missionários salesianos, principalmente no tocante àquela ideologia inicial de “civilizar e catequizar os índios” e as formas utilizadas para isso. Segundo o autor,

não era o caso de trocar uma coisa pela outra. Os índios queriam a civilização dos brancos para incrementar a sua própria, valorizando nomes e objetos, através dos mesmos parâmetros que valorizam sua própria riqueza ancestral. Os índios claramente subjetivaram as coisas dos brancos. E isto não parece ter passado despercebido aos salesianos, que, para obter caixas de adornos e instrumentos cerimoniais utilizaram-se do expediente de distribuir ou negar mercadorias. Se os padres não entenderam o essencial do costume dos antepassados, puderam avaliar suficientemente o papel central da maloca, dos enfeites e das flautas na cosmologia desses povos, atacando-os por todos os meios que dispunham. Há muitas caixas de adornos em museus em Manaus. Se eram coisas “do diabo” porque não foram queimadas, ao invés de ficarem expostas no museu ajudando os padres a ganharem dinheiro com os turistas que pagam para vê-las? (p. 418).

Atualmente, como afirma DOETHYRÓ TUKANO/MACHADO (2003) especificamente sobre seu povo, “a realidade Tukano se caracteriza pela progressiva perda de importância dada pelos índios a esses missionários, pelas pressões de garimpeiros e empresas de mineração e pelo conflito com o exército brasileiro” (p. 216). Questão essa que será tratada brevemente a seguir.

1.3.5. Militarização das Fronteiras

Em 1970, o governo federal brasileiro, sob comando dos militares anunciou o Plano de Integração Nacional que objetivava, como o próprio nome já diz, integrar a região amazônica ao restante do país. No final dos anos de 1980, a região tornou-se campo de teste de um experimento militar de colonização das fronteiras, por meio da instalação de quartéis e núcleos de povoados, o chamado Projeto Calha Norte.

Na atualidade, sete pelotões de fronteira são responsáveis pelos 1,6 mil quilômetros de fronteira no noroeste do Brasil, posicionados nas seguintes localidades: Pari-Cachoeira, Querari, Tunuí-Cachoeira, São Joaquim, Maturacá, Cucuí e Iauaretê, onde está o Primeiro Pelotão Especial de Fronteira instalado em 1988.

Esses pelotões têm recrutado já há algum tempo soldados das comunidades indígenas, pois como afirmou o general Francisco de Albuquerque, comandante do Exército Brasileiro, em conversa com o médico Drauzio Varella que visitou esses pelotões, “o militar do sul pode ser mais preparado intelectualmente, mas nas missões na selva ninguém se compara a um soldado indígena” (VARELLA, 2006, p. 88).

A esse respeito, OLIVEIRA (1995) afirma que “a miscigenação reaparece na atualidade, reiterando no discurso militar, o desejo de *ver os índios como*

brasileiros de verdade, capazes de, ocupando regiões fronteiriças, cumprirem o papel de *guardiões da nacionalidade*” (p.131).

Assim, a presença desses pelotões de fronteira nessas terras indígenas e a oportunidade de emprego a ela associada, juntamente com outros fatores, como a oferta de ensino, já comentada anteriormente, tem sido um dos principais motivos para a atração dos indígenas para esses núcleos.

Para AB’SABER (2005), essa política de militarização das fronteiras no noroeste amazônico tem sido responsável pelas mudanças socioambientais observadas na região. Afirma que “ninguém pode avaliar o que seja a colocação de grupos humanos de um só gênero no ambiente singelo de distantes cidades amazônicas, como é o caso de São Gabriel da Cachoeira” (AB’SABER, 2005, p.32).

O fato é que trabalhar para o Exército Brasileiro parece ser hoje almejado por muitos indígenas de Iauaretê, não somente pelo salário que recebem, mas também pelo prestígio que essa ocupação passou a representar entre eles, como será melhor relatado nos resultados dessa pesquisa. Porém, evidencia-se que o “modo de pensar” dos militares, pautado no autoritarismo, é bastante diverso do “modo de pensar” desses povos, onde de maneira geral, questões do cotidiano são discutidas democraticamente. Não há dúvidas, portanto, que esse “confronto” cultural tem influenciado negativamente a estrutura do pensamento indígena.

1.3.6. Demarcação das Terras Indígenas no Médio e Alto Rio Negro e a Atuação da Política Indigenista no Local

Como já comentado anteriormente, em 1921 instalou-se em Iauaretê um posto do Serviço de Proteção ao Índio (SPI), o qual após sucessivos fechamentos (em 1932 e 1952) e reaberturas (em 1943), principalmente

devido à conflitos de intenções entre os funcionários deste e os missionários, foi reaberto em 1975 pela Fundação Nacional do Índio – Funai (figura 7). Estavam previstas, por intermédio deste órgão e pelo Plano Alto Rio Negro, a realização de ações no campo da saúde e da agricultura na região.

Figura 7. Local onde funcionava o antigo posto da Funai em Iauaretê.

Apesar dos constantes conflitos entre missionários e funcionários do SPI, de acordo com ANDRELLO (2004), há relatos da instalação de uma cooperativa, para comercialização de artesanato em Iauaretê, a qual recebia apoio tanto da Funai como dos missionários, mas que não funcionou por muito tempo.

As terras indígenas identificadas na faixa de fronteira do noroeste amazônico para serem demarcadas, por serem consideradas muito extensas, foram vetadas pelos militares em 1987. A primeira medida tomada pelo governo foi neste mesmo ano, pelo Decreto (94.946/87) que distinguia dois tipos de terras: as áreas indígenas, que seriam destinadas a grupos considerados não-aculturados; e as colônias indígenas, já previstas no Estatuto do Índio (Capítulo IV – Das condições de trabalho, Lei Federal 6001/1973), destinados àqueles já aculturados (ANDRELLO, 2004).

O governo brasileiro, nessa época sob comando de militares, ao considerar a extensão das terras indígenas grande demais e propor a separação de grupos, revela seu desconhecimento sobre o direito originário desses povos, bem como de que é por meio da ocupação e uso da terra que os indígenas sobrevivem e se organizam socialmente.

Porém, essa idéia de colônias indígenas parecia representar um caminho para o progresso dos índios dos rios Uaupés e Tiquié, e acaba conseguindo adesão também dos chefes indígenas de Iauaretê. Para obterem serviços de saúde, educação e projetos econômicos pelo Governo Federal bastava que admitissem os termos do decreto e o reconhecimento da distinção aculturados e não-aculturados, incluindo-se na primeira categoria. Entre 1988 e 1989 essas idéias foram difundidas em uma região que ficou conhecida como Triângulo Tukano, por meio de uma articulação política entre lideranças indígenas e lideranças dos centros missionários salesianos de Pari-Cachoeira, Iauaretê e Taracá, logisticamente viabilizada pelo Calha Norte (ANDRELLO, 2004).

Em 1996, segundo levantamento realizado pelo Instituto Socioambiental e pela Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro, na região do alto e médio rio Negro havia 732 povoados indígenas, ao longo dos rios Negro, Uaupés, Tiquié, Papuri, Içana, Aiari, Cuiari, Cubate, Xié. Destes, 392 correspondiam a unidades domésticas isoladas, também chamadas de sítios, constituídas por uma ou duas casas. Dentro das terras indígenas que já haviam sido identificadas e que seriam demarcadas somente em 1998 haviam 509 povoados (17.587 pessoas), sendo 245 sítios (2.133 pessoas) e 264 comunidades (15.454 pessoas), estas últimas variando entre 5 a 15 unidades domésticas.

A extensa área contínua conhecida como “cabeça de cachorro”, com 10,6 milhões de hectares teve suas terras oficialmente reconhecidas pelo governo federal entre 1995 e 1996, demarcadas entre 1997 e 1998 e homologadas

em abril de 1998. São elas: Terra Indígena Alto Rio Negro, com 7.999.381 hectares; Terra Indígena Médio Rio Negro I, com 1.776.138 hectares; Terra Indígena Médio Rio Negro II, com 316.194 hectares; Terra Indígena Rio Teá, com 411.865 hectares; e Terra Indígena Rio Apaporis, com 106.960 hectares (figura 8) (CABALZAR e RICARDO, 2000).

Figura 8. Terras indígenas e famílias lingüísticas do Alto e Médio Rio Negro

Fonte: CABALZAR e RICARDO (2000, p. 14).

O processo de demarcação dessas terras indígenas ocorreu com recursos do PPTAL (Programa Integrado de Proteção das Terras Indígenas da Amazônia Legal), um componente do PPG-7 (Programa de Proteção das Florestas Tropicais do Brasil, financiado pelo Grupo dos Sete). O PPTAL foi financiado por órgãos alemães (KfW) e supervisionado por técnicos da GTZ, órgão de cooperação técnica do governo alemão (ANDRELLO, 2004).

Ressalta-se que o Distrito de Iauaretê faz parte da Terra Indígena Alto Rio Negro.

1.3.7. As Malocas

As malocas eram as antigas moradias dos indígenas que habitavam a região do médio e alto rio Negro, as quais começaram a ser abandonadas com a chegada dos missionários salesianos, sendo a última delas abandonada em 1961, no alto rio Papuri.

De acordo com GENTIL (2005), a maloca, com seu formato retangular, sustentada por madeiras amarradas com cipó, recobertas no teto com palha de caranã e nas paredes laterais com casca de árvore (figura 9), não era apenas o local de moradia, mas também onde se realizavam as danças indígenas e rituais tradicionais antigos. Representava a maloca, portanto, o Mundo Simbólico, Mitológico, onde os pajés realizavam as curas e onde se reviviam a todo momento as tradições dos antepassados.

Figura 9. Maloca (construída em 2005 pelo Instituto Socioambiental - ISA)

Leandro Luiz Giatti (mai/2006).

O etnólogo C. Nimuendaju (1927), citado por LASMAR (2002, p.14), relata por carta a um amigo um episódio por ele vivido em uma festa de despedida que acontecia em uma maloca em Urubuquara, a qual seria destruída conforme ordem dos salesianos.

(...) Em Urubuquara, encontrei índios Tariana no início de uma festa em estilo antigo: humildemente os chefes se chegaram a mim para me pedir desculpas que ainda assim procediam, pois esta dança seria a última, a despedida dos costumes antigos, e assim que a festa tiver acabado eles tratariam imediatamente de cumprir as ordens do governo aniquilando os seus enfeites antigos e tratando de construir casinhas em alinhamento em lugar da sua imponente maloca que media exatamente 30m X 40m; assim João Padre lhes tinha ordenado. Não pude deixar de protestar: expliquei-lhes que o Governo não lhes proibia absolutamente o uso de seu caxirí, contanto que não cometessem desordens; que tampouco ele proíbe as suas danças e cerimônias como aquelas dos brancos; que eu estimava muito vê-los honrar os costumes dos seus antepassados; que a sua grande maloca era muito mais bonita que as gaiolas dos civilizados, etc. (...).

O etnólogo segue ainda na carta apresentando sua indignação e raiva, pois provavelmente estava observando o que seria a última festa daquela maloca, e afirma, “eu iria embora, mas João Padre ficaria” (Nimuendaju (1927), citado por LASMAR, 2002, p.15).

Apresenta-se a seguir, de forma resumida, um relato de dois indígenas Tukano residentes em Iauaretê sobre a maloca, a distribuição dos moradores em seu interior e algumas atividades diárias.

A maloca era ocupada por um conjunto de irmãos casados, sendo o mais velho, ou se ainda vivo, o pai desses irmãos, o chefe da unidade residencial. O compartimento do chefe e sua família ficava no lado direito da maloca, e dos irmãos menores no outro. O irmão menor era como um “braço direito” do chefe. Pela manhã, após todos voltarem do banho ou da pescaria, o chefe convocava todos para a refeição matinal. Sua esposa se encarregava de dizer às outras mulheres para trazerem ao salão frontal a comida. Com os adultos, participavam da refeição os jovens já iniciados e as moças que já tinham tido a primeira menstruação. Para os homens a comida era posta no centro, a quinhampira e a mujeca com beiju. Para as mulheres, a esposa do chefe juntava todas as

mujecas feita por todas as mulheres da maloca em um camoti de tuyuca. Depois redistribuía a elas para que alimentassem os filhos que ficavam nos compartimentos familiares. O que sobrava era a refeição das mulheres. Nessa reunião, o chefe falava sobre como devia ser a vida das pessoas ali e lembrava como seus avós haviam vivido naquela maloca e de como se esforçavam para manter a ordem. Ao final da refeição cada mulher colocava a cuia de mingau sobre um suporte na entrada dos compartimentos familiares e todos os homens passavam por lá para tomar uma pequena quantidade. Em seguida, dirigiam-se aos seus trabalhos. Os homens pescavam pelo entardecer para que tivesse peixe na refeição noturna e para a manhã seguinte. Quando havia a necessidade de realizar algum trabalho coletivo o chefe convocava antes os homens, para que suas mulheres preparassem o caxirí (bebida fermentada a base de mandioca). Os jovens solteiros já iniciados ocupavam um lugar específico na maloca, ao lado do compartimento do chefe, em um dos cantos do salão frontal. A mãe desses jovens dava farinha e beiju à esposa do chefe para que eles se alimentassem com a família do chefe. Muitas vezes, em dias normais, esses jovens sentavam ao redor do fogo com o chefe que ensinava cantos e hierarquias do *sib*, encantações para o parto e como proceder no ritual com cigarro. Quando fosse haver festa com caxirí, o chefe ia bem cedo banhar-se com esses jovens, onde tocavam instrumentos e, para as festas mais importantes, obrigavam esses jovens a ingerir um preparado com raspas de cipó, que estimulava o vômito, para assim purificar o estômago. Cabia ao chefe zelar para que as festas fossem excitantes e pacíficas, pois ao mesmo tempo que comandava a distribuição do caxirí e a execução dos cantos, cuidava para evitar as brigas, que eram freqüentes, sendo os envolvidos retirados da maloca. Era responsável também por encerrar a festa quando percebia que as pessoas estavam satisfeitas. Se restasse caxirí, poderia ser consumido no dia seguinte. Nas festas, haviam pessoas específicas para a execução de algumas tarefas, como cantos, cerimônia do cigarro, narrativa de histórias (ANDRELLO, 2004, p.170-174).

GENTIL (2005) também relata a presença de um Chefe da maloca, que a comandava junto com sua esposa, e a presença de pessoas com funções

específicas que ali conviviam, como cantores, serventes, guardas, curadores, pescadores, agricultores, guerreiros, filhos e crianças.

Observa-se, portanto, que o abandono das malocas e a sua substituição por unidades domésticas, constituídas por pequenos grupos familiares de parentesco próximo, como pai, mãe e filhos, resultaram em uma série de transformações que não se limitam aos novos sistemas de ocupação da área, mas incluem também mudanças na convivência, produção e transmissão oral de conhecimentos de uma geração a outra e no regime de partilha dos alimentos e utensílios domésticos, que ficou restrito apenas à reuniões de sábado, como será visto mais adiante.

1.3.8. Saber Tradicional, Ritos, Mitos e Origem

Para DIEGUES e ARRUDA (2001) o saber tradicional é definido como “o conjunto de saberes e saber-fazer a respeito do mundo natural e sobrenatural, transmitido oralmente, de geração em geração” (p.31). Reforçam ainda os autores que, para as populações indígenas, “há uma interligação orgânica entre o mundo natural, o sobrenatural e a organização social” (p. 32).

MELATTI (1980) considera que o saber indígena não está presente apenas no combate às doenças, mas também na caça, na pesca, na educação, na guerra, no preparo de alimentos, entre outros, e baseia-se em conhecimentos que vão da astronomia à ecologia.

Ritos

Aquelas ações ou sistemas de ações onde predominam aspectos simbólicos são denominados de ritos e os símbolos utilizados dizem alguma coisa a respeito das pessoas que os empregam, porém, tanto os ritos quanto os mitos estão estreitamente relacionados com os sistemas de organização

social. Todo ato ou seqüência de atos pode apresentar aspectos técnicos e simbólicos, predominando um ou outro (MELATTI, 1980).

Para esse mesmo autor, os ritos de passagem, por exemplo, como o próprio nome já diz, marca a passagem de um indivíduo ou grupo de uma situação para a outra, e se desenvolvem teoricamente por meio de três fases: a separação, a transição e a incorporação. São considerados ritos de passagem os ligados ao nascimento, os de iniciação, os matrimoniais, entre outros (MELATTI, 1980).

De acordo com DOETHYRÓ TUKANO/MACHADO (2003) “os padrões culturais que caracterizavam os Tukano do noroeste eram os ritos de iniciação masculina, centrados no uso de trombetas e flautas sagradas, e os sistemas de organização social em *sibs*, ordenados segundo hierarquias de papéis ritualísticos e associados a determinados territórios e recursos” (p. 226).

Em Iauaretê, assim como em outras localidades, os ritos de iniciação masculina (*a'mo-yee*) deixaram de ser realizados com a chegada dos missionários, pois para estes os cerimoniais indígenas eram considerados “culto ao demônio”.

Segundo ANDRELLO (2004), as flautas secretas do Jurupari (*miriã*) eram usadas nestes ritos de iniciação masculina, onde grandes cerimônias aconteciam depois de um longo período de preparação de um grupo de rapazes. Essa preparação, que incluía dietas alimentares, era realizada principalmente no interior da floresta, onde esses jovens passavam a maior parte do tempo sob orientação de um homem mais velho, responsável por transmitir-lhes os conhecimentos do *sib*.

Outro ritual bastante conhecido e que ainda é praticado em Iauaretê é o dabucuri, onde são ofertados artefatos e principalmente alimentos, para a celebração de alianças entre grupos.

Antigamente, os dabucuris eram grandes festas que envolviam alguns requintes. Caixas de ornamentos rituais eram abertas e instrumentos musicais e cantos específicos eram apresentados de acordo com o que tivesse sendo oferecido: peixe, caça, frutos do mato ou artefatos (bancos ou cestarias). O alucinógeno caapi (*Banisteriops caapi*) era consumido pelos mais velhos, o que lhes permitia entrar em contato com o mundo mítico invisível. Comida e bebida eram preparadas para todos os participantes com antecedência e a festa podia durar até dois dias (RIBEIRO, 1995; ANDRELLO, 2004).

Apesar da ausência de adornos e instrumentos cerimoniais, os dabucuris realizados nos dias atuais em Iauaretê, seguem uma sequência de movimentos, relatados por ANDRELLO (2004).

Coloca-se ao centro uma grande quantidade do alimento a ser oferecido e uma fila de homens seguida pelas mulheres entram no centro comunitário carregando os frutos e fazendo uma grande volta pelo salão antes de colocá-los no chão ou em uma mesa. Dançam então ao som de uma flauta feita de tabocas. Depois de servido o caxiri servido pelas mulheres, se posicionam em frente às dádivas ofertadas. Quem está ofertando fica do lado oposto de quem está recebendo, e começam uma espécie de confronto verbal, onde afirmam suas diferenças, fazendo referências aos antepassados, a seus nomes, origem e domínio territorial. Depois de novas danças, os receptores juntam as dádivas, rodam o salão e as levam para fora (p.208).

Segundo o autor, “dabucuris como esse parecem se prestar a reforçar ou criar novos vínculos entre diferentes grupos que hoje convivem em um mesmo bairro” (ANDRELLO, 2004, p. 208).

LASMAR (2002) considera que a oferta de grandes quantidades de caxirí nos dabucuris representa abundância de recursos, principalmente da mandioca, que é a base alimentar dos indígenas do Uaupés. A autora faz ainda uma análise de gênero sobre o trabalho feminino de produção do caxirí, e afirma que a existência de bastante bebida nesses rituais representa também alto grau de harmonia interna, já que mulheres descontentes não dispõem a trabalhar tanto para sua produção. Esses aspectos são, portanto, de grande relevância para anfitriões e hóspedes de um dabucuri.

Provavelmente, o ritual tradicional indígena de maior conhecimento para o senso comum seja a pajelança.

TAIGUÃ PATAXÓ/DANTAS (2003) considera que, a maioria dos povos indígenas professa a pajelança ou pajelismo por se identificar com a natureza apesar da existência de diversas expressões religiosas peculiares a determinados grupos. É, segundo este autor, uma cerimônia mágica que acontece ao som de maracás, tambores e sob a fumaça das baforadas do cigarro de palha, que é usado como defumador. Nesse ambiente, o pajé invoca entidades sobrenaturais para ajudar a tirar os feitiços, reza para limpar os corpos dos doentes e receita remédios à base de ervas silvestres.

Reforça ainda TAIGUÃ PATAXÓ/DANTAS (2003) que ritos como a pajelança têm também uma função social, como formas espontâneas de vida coletiva, pois têm a capacidade de aproximar as pessoas, que muitas vezes vivem isoladas à beira dos rios e igarapés ou no interior das florestas.

Com o abandono das malocas, onde muitos rituais eram realizados, algumas práticas passaram a ser feitas no interior dos novos domicílios, portanto distante dos olhos dos missionários.

Mitos

De acordo com MELATTI (1980) toda sociedade indígena tem uma forma própria de entendimento do universo, de como foram criados, como aprenderam a sobreviver utilizando os recursos naturais, e qual posição ocupam diante dos demais grupos étnicos. Muitos destes conhecimentos estão presentes nos mitos, que são antes de tudo narrativas.

Ao corroborar com Melatti, MORAES (2002) afirma que “todos os fenômenos naturais, sejam quais forem, compõem explicação sujeita a vários mitos que regem seus universos, distintos entre si, de acordo com a etnia, particularmente pelas diferenças lingüísticas” (p.8).

Nesse sentido, LÉVI-STRAUSS (1989) lembra que os mitos podem revelar como os aspectos da natureza eram observados e refletidos pelos povos indígenas, adaptando-os às diversas situações e necessidades do cotidiano.

ARRUDA (1992) considera que “as sociedades tradicionais, de cultura oral, onde a palavra deve assumir o suporte da memória, têm nos mitos sua forma mais abrangente e característica de transmissão cultural e apreensão do real” (p.357).

Apesar de muitas pessoas considerarem os mitos apenas como descrições deturpadas de fatos históricos, MELATTI (1980) considera que estes estão mais relacionados ao presente do que ao passado de uma sociedade, pois ao narrar acontecimentos ocorridos em tempos remotos, não deixam de refletir o presente.

De acordo com TAIGUÃ PATAXÓ/DANTAS (2003), nas comunidades indígenas os mitos e lendas, quando associados à fatos do cotidiano, sempre fizeram parte da pedagogia indígena e foram usadas como métodos de ensino, pois o estudo era empírico e as crianças educadas no dia-a-dia, ao levantar-se, caminhando, brincando ou ao deitar-se.

Em seu estudo sobre os Rikbaktsa, ARRUDA (1992) afirma que a pedagogia desse grupo indígena baseia-se na “observação, imitação, no partilhar de vivências (‘ninguém me ensinou, fui eu que aprendi’)²; mais do que na explicação abstrata, na compreensão do modelo. O conhecimento para eles, parece ser intransferível sem o compartilhar da experiência”(p.61).

GARNELO e WRIGHT (2001) lembram que os saberes regulados pelos mitos são uma referência primordial da cognição, da ética e dos princípios de ação, mas são redimensionados de acordo com o momento histórico vivido e as diversas situações do cotidiano a que os indígenas estão submetidos.

Mitos e origem dos Tukano

Em seu livro sobre o povo tukano, GENTIL³ (2005) afirma que os relatos que apresenta destinam-se especialmente aos seus parentes Tukano, pois os brancos já têm suas sabedorias escritas, enquanto que seu povo não. Afirma que,

antes nós Tukanos tínhamos maiores segredos, mas com o passar do tempo, muito rápido, nossas sabedorias desapareceram da terra. Os chefes das tribos também. Os pajés eram nossos médicos, nossos professores, tradicionais e sábios; os pajés eram os representantes dos Criadores. Assim é triste nossa vida. Apenas ficaram histórias nos livros (p. 43).

Provavelmente, uma das narrativas mais conhecidas sobre os povos da região do Uaupés, presente em várias obras, relata o evento chave da mitologia desses indígenas, a viagem da cobra-canoa que trouxe em seu

² responde um garoto ao pesquisador ao ser questionado sobre quem havia lhe ensinado tocar uma flauta.

³ Gabriel dos Santos Gentil faleceu em maio de 2006, vítima de diabetes, doença que em fase final relutou em tratar pela medicina ocidental. Em seu livro “Povo Tukano: cultura, história e valores” afirma “fiquei doente de diabete, quase morri, fui operado no Hospital 28 de Agosto, em Manaus, em 1997, sem repassar os escritos. Aí, eu senti que o Tuxaua tinha razão. Então resolvi de escrever estas histórias para os Tukanos” (p.120).

interior a futura humanidade (figura 10). Este mito, embora comum a toda região, apresenta algumas diferenciações entre os grupos étnicos.

Figura 10. Representação do Mito da Cobra-Canoa (Cobra-Grande)

Fonte: desenho de Gabriel dos Santos Gentil (GENTIL, 2005).

Como surgiram o mundo e a Cobra Grande (Cobra Canoa)

O mundo foi criado à semelhança de uma casa de marimbondos, contendo vários níveis. Em alguns desses níveis vivem os seres eternos ou criados; em outro vivemos nós. *Ye'pã õ'Ãkhë* (o Lua, Pai Criador dos Tukanos) tirou da sua coluna vertebral a sagrada lança cerimonial, que ao ser lançada para o alto, atingiu o cume da bola das trevas e ascendeu a luz: estava criado o Sol. Para fazer a Terra, estendeu uma esteira e fincou em seu centro a lança cerimonial. Isso feito, amarrou com cipós a ponta da lança às extremidades da esteira, visando sustentar os quatro cantos. Na esteira, isolou a semente da terra, obtida de *Ye'pã Õ'Ãkhõ* (Avô do Mundo), que se multiplicou. De um lado a outro da esteira fez o caminho, que é o rio. Nosso mundo estava com o aspecto de uma maloca, abrindo-se portas nas extremidades para produzir ventilação. Nos quatro pontos cardeais, ficam o norte, à esquerda; o sul, à direita; o leste, a boca do rio; o oeste, a nascente do rio. Há ainda a Casa dos Trovões, seres eternos capazes de criar gente. Somente o mais novo dos trovões, *Bëpho*, o do céu, possuía a semente da futura humanidade: a caixa com os adornos festivos (acangatara). O trovão do Céu desceu para o

Lago de Leite, transformando-se em Cobra Grande ou Cobra Canoa, uma embarcação que conduzia em seu bojo a futura geração humana rio acima. Chegando em Ipanoré, no rio Caiary-Uaupés desembarcaram já com corpo humano. Os representantes das tribos desembarcaram: Tukano, Desana, Piratapuia, Tuyuca, e os brancos tocaram a terra pela primeira vez. Quem tocasse primeiro a terra ganharia o maior respeito daqueles que desembarcassem atrás. Por meio desse gesto simbólico, criou-se a hierarquia do clã dos Tukano e das demais tribos. Estes teriam o respeito e a reverência dos que estivessem abaixo deles e respeitariam os que estivessem acima (DOETHYRÓ TUKANO/MACHADO, 2003).

Essa relação de hierarquia, presente até os dias atuais, pode ser claramente percebida na relação de dominação entre os índios Tukano e os Maku-Hupda, que residem em Iauaretê.

Assim, os Tukano, posicionados na cabeça da Cobra Grande, foram os primeiros a desembarcar e tocar a terra. Já os representantes Maku-Hupda, posicionados na cauda da Cobra Grande, foram os últimos a desembarcar (DOETHYRÓ TUKANO/MACHADO, 2003).

Sobre esse aspecto ANDRELLO (2004) afirma que a hierarquia entre os *sibs*, presente na maioria das descrições etnográficas, aparece sempre associada à origem mítica de seus ancestrais, trazidos ao Uaupés no ventre da cobra-canoa, onde os primeiros que saíram para a terra por meio do grande buraco existente em uma cachoeira são considerados mais velhos, e os que vieram em seguida os mais novos.

GENTIL (2005), também narra o mito de origem do seu povo Tukano a partir do Lago de Leite, terminando com o surgimento dos humanos em Ipanoré-cachoeira, de onde saíram da barriga da Cobra-Canoa para a superfície da terra. ANDRELLO (2004) relata duas viagens da cobra-canoa, a primeira

que promove a separação genérica entre índios e brancos, e a segunda, que promove a diferenciação dos índios entre si.

A origem das ervas medicinais utilizadas tanto para curar, como para matar é explicada por GENTIL (2004) no Mito do Jurupari, narrado a seguir.

Mito do Jurupari para o povo Tukano

Na língua tukano, o Jurupari é o Miri. Todos os pedidos dos Pajés sempre foram atendidos rápido pelo Deus Jurupari. O Jurupari era um velho Pajé da tribo Gente Pedra. Era o filho mais querido do Deus Sol. Pertencia a família do Deus Sol, da mesma tribo Gente Pedra Quartzito. Moravam na beira do Lago de Leite, em cima das montanhas frias, nas Cordilheiras dos Andes. O Jurupari derretia as pedras com forças de rituais, cerimônias, assim fazia as formas de relâmpagos ou faíscas. Esses artes de pintar os rupestres nas pedras eram os segredos da família tribo Gente Pedra. Com os mesmos líquidos o pai dele, o Sol, construía as casas de pedras. Depois, o Jurupari foi expulso da família porque matou o irmão menor dele. Foi amaldiçoado, transformou o monstro alma do Jurupari, tornou o Curupira. Muitas tribos de vários idiomas do Alto Rio Negro Amazônia faziam culto ao Deus Jurupari, dançando, cantando. A alma do Jurupari, depois da morte de queimar no fogo, transformou o espírito comedor de gentes, o Monstro Curupira. Nasceram as ervas medicinais paricá, e venenos para matar gente (GENTIL, 2004, p.4).

Mitos e origem dos Tariano

A palavra lauaretê é a tradução na língua geral para a expressão tariano *Yawi-pani*, ou “cachoeira da onça”.

Apresentam-se, a seguir, de forma resumida, trechos da narrativa do mito pelo qual os Tariano fundamentam suas reivindicações como “moradores verdadeiros” de lauaretê.

No início, quando não existia nada, só existia um ser, o Trovão. Em seu corpo ele tinha vários enfeites; também levava seu cigarro encaixado na forquilha, sua cuia de ipadu e sua cuia de bebidas doces. Ele vivia só em casa, no alto, e começou a pensar sobre a possibilidade de criar novas pessoas. Pensou em um homem e em uma mulher, *Kui* e *Nanaio*. Pensou nos meios para conseguir isso. Depois disso, ele fumou seu cigarro e soprou a fumaça no chão e todas as coisas que haviam em seu pensamento apareceram ali. *Kui* e *Nanaio* apareceram também. Eles não eram pessoas como nós, pois seu corpo não era ainda como o nosso. Chamava-os de “gente-pedra”, não porque fossem feitos de pedra, mas porque a duração de sua vida é indeterminada. O Trovão fez surgir depois os rios, a terra, os peixes, as aves e os animais. Deu origem também as árvores frutíferas e a todos os outros “gente-pedra” que vieram naquele tempo do começo. Eles se distribuíram ao longo dos rios e vieram a formar muitos dos acidentes geográficos, sendo uns bons, outros maus. Vivem hoje nas pedras das cachoeiras. Outros seres como o *Boraró* e *Okômi* também tiveram sua origem neste mito. O *Boraró* é uma espécie de espírito da mata, a quem se atribui a responsabilidade por roubar pessoas para lhes sugar os miolos através de um buraco na cabeça. Dizem ser grande, peludo e fazer uma zoadada forte. Já *Okômi* é aquele através do qual os Tariano deveriam ter se originado. Os gente-pedra moram nas imediações de Iauaretê, na região encachoeirada da foz do rio Papuri. *Okômi* morava em uma parte elevada do povoado, conhecida hoje como “morro do Cruzeiro”, onde está o bairro do Cruzeiro. *Okômi* iria ser o chefe de um grande e muito poderoso grupo, por isso acabou sendo torturado até a morte, mas três pequenos ossos de um de seus dedos foram atirados para o alto. Mais tarde, caíram no rio Uaupés com uma trovoadas e se transformaram em peixes. Foram recolhidos por sua esposa e levados para casa. Transformaram-se em grilos, que por começarem a importunar a mulher foi colocado em um pilão e jogado no rio. O pilão boiou, encostando-se na outra margem e foi então que os irmãos *Diroá*, pela primeira vez com aparência humana apareceram. São os Tariano, “filhos do sangue do Trovão” (ANDRELLO, 2004, p. 314-317).

De acordo com ANDRELLO (2004), a forma pela qual os Tariano articulam o mito e a história para produzir um relato coerente sobre seu surgimento, deslocamento e estabelecimento em Iauaretê, remete àquela associação virtual de continuidade entre esses dois tipos de relato há muito tempo sugerida por Lévi-Strauss, autor do celebre artigo “Como morrem os mitos”. Assim, no mito e na história, ao passar sucessivamente de um grupo a outro, as transformações míticas podem atingir, por assim dizer, pontos de exaustão. Uma das possibilidades seria, então, a transformação do mito em história, e suas mensagens articulam-se às situações concretamente vividas por um grupo social.

1.3.9. As Comunidades de Iauaretê e o Modo de Vida Atual

Na atualidade, a área central de Iauaretê agrega dez comunidades indígenas, também chamadas de bairros ou vilas, sete na margem esquerda do rio Uaupés e três na margem direita, a saber: Vila Dom Bosco, Vila Aparecida, Vila São Miguel, Vila Cruzeiro, Vila Dom Pedro Massa, Vila São José e Vila Domingos Sávio, na margem esquerda; e Vila Santa Maria, Vila São Pedro e Vila Fátima, na margem direita (figura 11).

Figura 11. Mapa georeferenciado com a localização das vilas da área central do Distrito de Iauaretê, em 2005.

Fonte: Produzido por Leonardo Rios, em visita de campo à Iauaretê, em jul/2005.

Cabe aqui discutir brevemente o conceito de comunidade. Segundo IPEA (1990a), etimologicamente refere-se ao comum; a sociologia a define como o conjunto social orgânico, ao qual são incorporados elementos referentes à ocupação de um espaço físico delimitado, interesses comuns e certa correspondência quanto à aspectos econômicos, sociais e culturais.

Na ecologia, o conceito de comunidade não se restringe aos seres humanos e refere-se ao conjunto de todos os organismos estabelecidos numa determinada área e que dependem um do outro para existir. É a somatória das populações presentes num determinado local (ART, 1998).

De acordo com MERCER (1956), citado por IPEA (1990a, p.16),

uma comunidade humana é um agregado de pessoas funcionalmente relacionadas, que vivem numa determinada localização geográfica, em determinada época, compartilham uma cultura comum, estão inseridas numa estrutura social e revelam uma consciência de sua singularidade e identidade distinta como grupo.

Assim, considerando os aspectos apresentados acima, podem-se considerar os agrupamentos humanos presentes em Iauaretê como comunidades, segundo a definição de Mercer (1956).

O início da formação dessas comunidades deu-se neste local por influência dos missionários salesianos que exigiam o abandono das antigas malocas. Aos poucos as casas foram sendo construídas próximas às capelas, disposição esta que permanece até os dias atuais (figura 12).

Figura 12. Vila Dom Pedro Massa (moradias ao redor da capela)

Leandro Luiz Giatti (mai/2006).

No final da década de 1970, Iauaretê era composta apenas por quatro comunidades: Santa Maria, São Miguel, Dom Bosco e Domingos Sávio. Na comunidade São Miguel, em 1930, haviam famílias de um único grupo local Tariano. Dom Bosco e Domingos Sávio formaram-se em seguida, a primeira

com grupos que antes habitavam áreas do território colombiano e grupos locais, e a segunda originou-se do deslocamento de uma família Tariano do baixo rio Papuri. A maior delas era a comunidade Santa Maria, constituída pelo núcleo Tariano original de lauaretê, com membros das duas malocas que ali existiam antes da chegada dos missionários. Mas, com a chegada de novos moradores na década de 1980, decidiu-se reintroduzir a divisão das antigas malocas e formou-se assim, a comunidade São Pedro. Essas cinco comunidades são consideradas até hoje, como as “comunidades tradicionais de lauaretê” (ANDRELLO, 2004).

Em 1982, formou-se a comunidade de Fátima, até hoje a menor, composta exclusivamente por indígenas do grupo Maku-Hupda, os quais se fixaram em uma área cedida por membros da comunidade de Santa Maria, com os quais relacionam-se mais diretamente, prestando-lhes serviços em troca de roupas e ferramentas. São originários da região do igarapé Abacate, há cerca de 5 Km em direção sudeste de lauaretê (ANDRELLO, 2004).

Os indígenas Maku-Hupda diferenciam-se dos demais grupos habitantes de lauaretê, principalmente por serem tradicionalmente semi-nômades e caçadores-coletores. Costumam habitar áreas mais no interior da floresta, portanto mais afastadas dos grandes rios, utilizando-se da água de igarapés e nascentes. Porém, pelo desejo de matricular seus filhos na escola, também fixaram-se em lauaretê em uma área um pouco mais distante do rio Uaupés, embora ainda hoje caminhem por longos períodos nos interflúvios.

No final da década de 1980, lauaretê já contava com uma infra-estrutura composta de: colégio, internato (praticamente fechado, já que isso aconteceria definitivamente em 1988), ambulatório, agência postal, Pelotão Especial de Fronteira do Exército Brasileiro (PEF), posto da COMARA (Comando Geral de Operações Aéreas da Amazônia) para cuidar da nova pista de pouso e um Hospital do Calha Norte, a atual Unidade Mista de Saúde da Superintendência de Saúde do Estado do Amazonas – SUSAM

(figura 13), que permaneceu fechado até 2002. Já havia fornecimento de energia desde os anos de 1970, com a instalação de um grande gerador pelas Centrais Elétricas do Amazonas, e ao final dos anos de 1980, a prefeitura de São Gabriel da Cachoeira, instalou também canais de televisão. Em todas essas instituições os indígenas assumiram cargos, com exceção dos postos de comando do PEF (ANDRELLO, 2004).

Figura 13. Unidade Mista de Saúde - Susam

Assim, com o fim do internato salesiano, a oportunidade de ensino para os filhos, a oferta de emprego, o incremento do comércio e de serviços como correio e posto de saúde, entre outros já mencionados, intensificou-se o processo de migração desses indígenas, de pequenas comunidades dispersas principalmente ao longo dos rios Uaupés e Papuri, para a área central de Iauaretê.

Os bairros tradicionais de Iauaretê começaram então a receber novos moradores, e a incorporação destes dava-se por parentesco, afinidade ou mesmo transação comercial. Outras áreas começaram a ser também ocupadas e em 1988 Iauaretê já contava com oito bairros. Além dos cinco tradicionais e de Fátima, já tinham sido formadas as comunidades de Aparecida e Cruzeiro, nas quais além dos Tariano estavam presentes os

grupos Pira-Tapuia, Tukano, Arapasso, Wanano e outros. Em levantamentos de 1992 e 1997 já aparece a comunidade Dom Pedro Massa, que teria se subdividido da comunidade Cruzeiro. Em 2002, já estava presente a comunidade São José, a última a se formar. (ANDRELLO, 2004).

Na atualidade, em cada uma dessas comunidades há uma capela e um centro comunitário (figura 14). Neste último, realizam-se as festas e encontros, além de todo sábado abrigar uma reunião para resolver assuntos do cotidiano, a qual é comandada geralmente pelo líder ou capitão de cada vila. Além deste, identificam-se outras lideranças por eles denominadas de vice-líder ou vice-capitão, animador, catequista e agente indígena de saúde. Esclarece-se que o capitão procura manter a organização e a boa convivência entre os moradores da sua comunidade, já o animador é a pessoa responsável pela indicação de trabalhos comunitários a serem realizados. O catequista dá cursos de catecismo uma vez por semana, que podem ser de primeira eucaristia, perseverança ou de crisma. Alguns oferecem também cursos de batismo e de matrimônio. Essas lideranças são, para LASMAR (2002, p.75), “agentes instituídos da sociabilidade cotidiana”.

Figura 14. Centro comunitário da Vila Dom Pedro Massa

Leandro Luiz Giatti (mar/2005).

Para essa mesma autora, em algumas comunidades, a chefia pode dividir-se entre o capitão, representante reconhecido pelos missionários, e uma liderança tradicional, baseada no sistema de descendência, da qual muitas vezes os não-indígenas nem mesmo tomam conhecimento (LASMAR, 2002).

Sobre os centros comunitários ANDRELLO (2004) comenta que,

as festas e eventos que este espaço abriga parecem substituir os antigos rituais das malocas, pois é através deles que a atmosfera de mutualidade que o líder se esforçava para preencher na maloca é perseguida nesse novo contexto. O índice mais visível desse movimento é a partilha do caxirí (...). (...) É no centro comunitário que a vida ritual coletiva ganha expressão, e a idéia de uma comunidade unida é permanentemente repostada (p.190).

E como lembra um indígena Tariano, da Vila S. Miguel, “esse negócio de comunidade já existia no tempo das malocas” (ANDRELLO, 2004, p.190).

LASMAR (2002), em seu estudo etnográfico sobre a população indígena que deixou as pequenas comunidades ao longo do rio Uaupés para residir na sede do município de São Gabriel da Cachoeira, AM, explica que aquilo que define a vida comunitária indígena é principalmente a partilha e que “o centro comunitário ocupa, hoje em dia, o espaço físico e conceitual da parte central da casa coletiva, lugar de realização das cerimônias” (p.59) e como afirmam os índios “na comunidade (referindo-se aos pequenos povoados), conta-se mais com os parentes; na comunidade, vive-se como irmão. Por outro lado, na comunidade falta tudo, falta sabão, falta médico, falta escola” (p.30).

Em Iauaretê, apesar da relativa infra-estrutura presente, caracterizando-a como um núcleo urbano, a população local mantém rituais de partilha, além de inúmeras práticas e hábitos milenares, tanto sanitários como alimentares.

No tocante a alimentação, como afirma CARVALHO (1997), as estratégias de subsistência dos diferentes grupos indígenas variam em função das condições do ambiente em que vivem e de suas tradições culturais, mas, de maneira geral, costumam praticar a agricultura itinerante e o extrativismo (caça, coleta e pesca), em maior ou menor escala, dependendo da situação e do grupo indígena.

Em Iauaretê, com exceção dos indígenas Maku-Hupda, os outros grupos de hábitos ribeirinhos que ali habitam, praticam prioritariamente a agricultura itinerante e a pesca, sendo a caça apenas realizada quando passam algum tempo nos sítios, geralmente nos períodos de férias escolares.

Na agricultura, fazem uso da técnica da coivara em processo itinerante que consiste na derrubada da floresta, queima dos galhos e material acumulado, seguido do plantio, cultivo e colheita.

O principal alimento cultivado é a chamada mandioca brava (*Manihot esculenta* Crantz), considerada a base da alimentação indígena local, a qual tem suas vantagens, pois além de se adaptar bem ao solo da região, que é pobre em nutrientes (PRIMAVESI, 1982), é um alimento nutritivo, rico em carboidrato, do qual pode-se produzir vários derivados.

Apesar de serem utilizados na alimentação também órgãos superiores de algumas plantas como a folha da mandioca, o uso preferencial da raiz é segundo MARTINS (2005) uma adaptação cultural para enfrentar problemas de armazenamento dos alimentos, principalmente em regiões de clima quente e úmido como as áreas tropicais. Assim, as raízes não precisam ser colhidas em uma determinada estação do ano, apenas quando necessárias, pois seu armazenamento é feito na própria natureza e o abastecimento garantido o ano todo. Além disso, embaixo da terra, o alimento está protegido contra predação.

Sabe-se também que, em uma mesma roça, apesar do predomínio da mandioca, coexistem outras espécies de tamanhos e formas diferentes, como cará, batata, batata-doce, abacaxi, ingá, cucura (conhecida também como uva silvestre), cubio e outras árvores frutíferas. De acordo com MARTINS (2005), essas plantas utilizam estratos diferentes de luminosidade, o que é chamado por ele de *habilidade de combinação ecológica*. Isso ocorre também abaixo da superfície, pois por apresentarem sistemas radiculares diferentes, essas plantas exploram profundidades do solo que variam entre si. Essa combinação ecológica, portanto, minimiza a competição e aproveita melhor recursos como a energia solar, água e nutrientes.

Próximo às moradias pode-se encontrar plantadas também a pimenta, a pupunha, o açaí, entre outras.

O cultivo continuado de uma mesma roça na região por mais de três anos conduz à diminuição da produtividade pelo empobrecimento do solo. Costumam então cultivar a terra em determinadas áreas por um tempo menor do que a deixam em pousio (em descanso), permitindo que o solo adquira novamente força produtiva e a floresta se regenere (CARVALHO, 1997).

Mesmo sendo considerado com pouca variedade de nutrientes, o solo de florestas tropicais é constituído por uma abundante camada de húmus, que abriga inúmeros microorganismos, os quais irão decompor a matéria orgânica, e é nesse processo que são incorporados ao solo dois elementos químicos muito importantes para a regeneração da floresta, o carbono e o nitrogênio (SIMONETTI, 2001).

Em estudo realizado por MORAES (2002), sobre as condições do solo de áreas de pousio de cultivos de indígenas Guarani, no litoral de São Paulo, evidenciou-se que, em áreas de florestas primárias e secundárias utilizadas

para plantio, quanto maior o tempo de pousio mais elevado o nível do teor de matéria orgânica, e que mesmo após a queima esse nível permanecia alto.

De acordo com GIATTI (2004), a agricultura de coivara em processo de cultivo itinerante, praticada também pela população tradicional do Vale do Ribeira, São Paulo, “é um autêntico método de utilização de recursos naturais, pois se baseia na utilização de nutrientes advindos do ciclo de regeneração da cobertura florestal nativa. Ou seja, para a perpetuação dessa prática durante tanto tempo foi necessária a conservação da floresta” (p. 74).

A esse respeito BALÉE (1992) afirma que nas florestas tropicais, onde populações indígenas praticam a agricultura itinerante, intercalando períodos de cultivo e pousio (descanso) da terra, admite-se que o abandono da área cultivada, permite a regeneração da floresta, podendo contribuir para a manutenção e aumento da biodiversidade.

Vale destacar aqui a diferenciação lembrada por MELATTI (1980) quanto à coleta e a colheita. A primeira consiste na procura de frutas, caules e raízes de vegetais não cultivados e animais pequenos, como gafanhotos, larvas e formigas, além de matéria-prima para elaboração de produtos de cura e para a fabricação de artefatos; e a segunda é o recolhimento do que se plantou.

A prática da pesca realizada em lauaretê varia de acordo com época do ano, sendo utilizadas técnicas diversas, tais como: com timbó, com iscas, malhadeiras e armadilhas. Esclarece-se que o timbó é uma planta que intoxica os peixes obrigando-os a subir para respirar, quando então são apanhados com puçás e peneiras. Esta prática é realizada geralmente nas curvas de rios e igarapés. Dentre as armadilhas utilizadas, destaca-se o “caiá” colocado junto às corredeiras (Figura 15).

Figura 15. Caiá - armadilha para captura de peixes

As atividades de caça, realizadas com mais frequência por indígenas de hábitos nômades e semi-nômades, como os do grupo Maku-Hupda, envolvem a utilização de arcos, flechas, lanças e sarabatanas, que podem conter venenos nas pontas. Para esta prática torna-se fundamental o conhecimento pelos indígenas dos hábitos dos animais a serem caçados. Ressalta-se que após o contato com a sociedade envolvente, essa prática passou a ser realizada esporadicamente, mesmo entre os Hupda, e introduziu-se também o uso de arma de fogo.

Quanto à criação de animais para consumo, começou a ser realizada por um número limitado de pessoas, da mesma maneira, após o contato com a sociedade envolvente, incluindo-se principalmente a criação de galinhas e porcos. Antes disso, era comum apenas a domesticação de filhotes de alguns animais como macaco (figuras 16) e aves, dentre elas, tucanos e araras, pratica realizada até o presente.

Figura 16. Convívio com animais

Leandro Luiz Giatti (mar/ 2005).

Observa-se nas populações indígenas e também em Iauaretê uma nítida divisão de trabalho por gênero, cabendo aos homens a derrubada e queima da floresta; a pesca e a caça; a construção de moradias, de artefatos, além de algumas atividades artesanais. Para a derrubada das árvores mais altas em floresta primária são chamados vários homens de uma comunidade e após o trabalho é oferecido caxiri pelo proprietário da futura roça.

Às mulheres cabe a responsabilidade por atividades rotineiras de subsistência como o plantio, a colheita e a manutenção da roça; a produção diária dos alimentos, incluindo os derivados da mandioca; o provimento de água e lenha para o domicílio; e o cuidado com os filhos menores. As mulheres mais idosas são responsáveis, dentre outras coisas, por trabalhos mais leves como pela fiação da fibra de tucum.

Sobre esse aspecto LASMAR (2002) afirma que a divisão de tarefas por gênero fornece “a matriz simbólica para a constituição das identidades sexuais” (p. 99). Completa ainda a autora que, em vários contextos do cotidiano pode-se notar uma associação entre o trabalho produtivo e a identidade feminina, como durante os rituais de iniciação das jovens, que ocorrem na primeira menstruação, onde são instruídas sobre assuntos

referentes ao seu futuro papel de mulher adulta, inclusive no tocante ao trabalho diário na produção dos derivados da mandioca. Assim, a conduta de uma jovem recém-casada costuma ser motivo de preocupação e comentários entre os membros de uma comunidade, sendo que a mulher que se recusa a cozinhar para o marido irá gerar grande aborrecimento. De qualquer maneira, segundo a autora, o bom relacionamento entre marido e mulher se expressa, dentre outros aspectos, na disposição, não somente da mulher, mas de ambos, para cumprir suas tarefas diárias.

No tocante às condições sanitárias, um levantamento realizado em lauaretê no ano de 2001 por integrantes do Instituto Socioambiental junto com alguns moradores locais, identificou que a maior parte dos moradores fazia uso de água para consumo e uso doméstico provenientes de poço, chuva, torneira ou biqueira, cacimba, igarapé e rio, e para o banho utilizavam o rio e o igarapé; para a deposição dos dejetos humanos, a maioria fazia uso do campo, mato, igarapé ou dos arredores da casa; quanto aos resíduos gerados, os principais destinos eram a queima, o despejo no próprio quintal, no barranco, no rio ou igarapé e o uso como adubo (ANDRELLO *et al.*, 2002), situações estas que também foram identificadas por esta pesquisa, e que serão melhor descritas no capítulo 4 referente aos seus resultados.

Os indígenas de lauaretê, em sua maioria de hábitos ribeirinhos, têm uma relação de perfeita integração com o rio Uaupés, sendo este utilizado como via de acesso a outras localidades ou à sede do município de São Gabriel da Cachoeira (figura 17). Também é no rio que a maioria das pessoas se banha (figuras 18), lavam suas roupas e onde também muitas das crianças brincam (figura 19).

Leandro Luiz Giatti, (mar/2005).

Figura 17.

Leandro Luiz Giatti, (mai/2005).

Figura 18.

Leandro Luiz Giatti (mai/2005).

Figura 19.

A atual concentração populacional de Iauaretê, associada à ausência das condições mínimas de saneamento e à introdução de novos costumes, têm acarretado inúmeros prejuízos à população, principalmente quanto à saúde desta. Neste sentido, CARVALHO (1997) afirma que esta situação é resultante, dentre outros fatores, da difícil adaptação aos novos hábitos requeridos, como os de higiene, diferentes daqueles costumeiramente praticados. A autora apresenta alguns exemplos: a introdução do açúcar na alimentação e a ineficiência da escovação dentária aumentou a incidência de cáries e a perda da dentição; a incorporação do uso de roupas e a pouca frequência com que são lavadas, principalmente pela dificuldade em se obter o sabão, propicia a reincidência de agravos; o aumento da geração de resíduos não orgânicos e o seu acúmulo, bem como a disposição de dejetos humanos próximo às habitações e fontes de água, tem contaminado o ambiente e provocado o surgimento de doenças; a criação de animais como cães, gatos, porcos e galinhas, os quais muitas vezes convivem com as famílias no interior das moradias junto aos alimentos, utensílios ou redes de dormir, tem também aumentado a incidência de doenças de pele, como a escabiose, ou doenças parasitárias.

SANTILLI (2000) descreve Iauaretê da seguinte maneira: “uma pequena cidade (...), na fronteira com a Colômbia, com cerca de 3 mil habitantes, ruas asfaltadas, casas de alvenaria e postes de energia elétrica, problemas com lixo e o saneamento básico” (p.16).

Esclarece-se que, na verdade, apenas a rua principal local é pavimentada (figura 20), embora tenha sido revelado pelos participantes da pesquisa o desejo pelo asfaltamento das ruas, como será apresentado e discutido mais adiante.

Figura 20. Imagem aérea de Iauaretê (destaque para rua principal)

Sobre os serviços de saúde locais, há em Iauaretê uma Unidade Mista de Saúde (SUSAM) onde médicos, enfermeiros e dentistas do Exército Brasileiro fazem atendimentos diários à população. Também há um Pólo-Base do Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Negro (DSEI/ARN), originado a partir de um convênio celebrado em 1999, entre a Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro (FOIRN), uma organização não-governamental, e a Fundação Nacional de Saúde (Funasa). O Pólo-Base DSEI/ARN/FOIRN é responsável pelo cadastro das famílias, imunizações, exames pré-natal, visitas domiciliares, treinamento e acompanhamento dos agentes indígenas de saúde, e também em prestar atendimento médico e odontológico diário à população, sendo a maior parte deste de caráter assistencial. Possui uma sala para examinar os pacientes e outra para guardar medicamentos, como analgésicos, antibióticos, soro antiofídicos, vermífugos, entre outros (figura 21). Conta com uma equipe fixa formada por uma enfermeira, três técnicos de enfermagem e um dentista. Também há um médico que faz visitas periódicas ao Pólo-Base de Iauaretê.

Figura 21. Medicamentos do Pólo Base do DSEI/ARN/FOIRN

Renata Ferraz de Toledo, (fev/ 2004).

A contratação de funcionários do DSEI é de responsabilidade da Foirn, porém realizado por meio do repasse de verbas da Funasa. Os recursos para a compra de medicamentos também são oriundos desse órgão. Em entrevista ao Instituto Socioambiental⁴, funcionários do DSEI, o médico Dr. Oscar Soares e o coordenador Hernane Guimarães falaram dos constantes atrasos no repasse desses recursos, gerando a suspensão no pagamento de salários e a falta de medicamentos e equipamentos necessários ao atendimento da população.

Há ainda em Iauaretê o Hospital São Miguel (figura 22), mas este encontrava-se quase desativado por falta de verbas.

⁴ Entrevista realizada em 27/06/2006 e publicada em Notícias Socioambientais, no site do Instituto Socioambiental (<http://www.socioambiental.org.br>). Acesso em 11 de jul de 2006.

Figura 22. Hospital São Miguel

Leandro Luiz Giatti (mar/2005).

Outro aspecto importante é a crescente circulação de dinheiro em Iauaretê, a qual teve seu início, no final dos anos de 1960, por intermédio da Missão Salesiana, tendo como fonte pagadora a Aeronáutica. Nessa época, os indígenas começaram a receber dinheiro pelo fornecimento de materiais necessários para obras de construção, como a pista de pouso de aeronaves. Posteriormente, em 1976 instalou-se em Iauaretê o FUNRURAL para o pagamento de aposentadoria aos moradores indígenas que tinham mais de 65 anos. Segundo levantamento feito por ANDRELLO (2004), no ano de realização de sua pesquisa, 375 moradores recebiam rendimentos mensais, dentre aposentados e demais assalariados.

Em função disso, observa-se em Iauaretê um constante crescimento do número de estabelecimentos comerciais de propriedade dos próprios indígenas, localizados principalmente na Vila Cruzeiro (figura 23), cujas mercadorias apresentam preços altíssimos, principalmente pelas dificuldades em seu transporte. Somente da sede do município de São Gabriel da Cachoeira até Iauaretê as barcas levam de três a quatro dias, dependendo das condições do rio, além disso, uma difícil e trabalhosa operação de carga e descarga das mercadorias tem que ser realizada para transpor por terra o trecho onde se localiza a cachoeira de Ipanoré.

Ressalta-se que os preços dos produtos vendidos são incompatíveis com a renda dos poucos moradores assalariados ou pensionistas, gerando freqüentes e crescentes dívidas com os comerciantes. Por outro lado, há também grande consumo por parte dos não-indígenas habitantes locais, como militares, salesianos, funcionários do DSEI, entre outros, que acabam contribuindo com o comércio local.

Figura 23. Estabelecimento comercial na Vila Cruzeiro

Renata Ferraz de Toledo (fev./2004).

Sobre a entrada de produtos industrializados em terras indígenas Hugh-Jones (1992) citado por LIMA e POZZOBON (2005) lembra que,

se na primeira fase de contato com o comércio, as mercadorias são artigos de luxo, a cuja utilidade os índios costumam agregar um valor estatutário (possuí-los torna um indivíduo mais importante aos olhos de seus pares), ou enquadrá-las a um referencial simbólico que lhes confere valor segundo significados particulares ao grupo, na segunda fase certas mercadorias deixam de ser apenas a marca de um *status* diferenciado e passam a ser consideradas indispensáveis (p.56).

De acordo com CARVALHO (1997), tradicionalmente, as populações indígenas caracterizam-se por uma economia destinada a prover somente o necessário para a satisfação diária, para cumprir os ritos alimentares ou para

realizar as trocas necessárias. O interesse na troca permanece como um interesse de consumo e não interesse pautado no lucro.

Porém, a lógica do mercado capitalista, que transforma cidadãos em consumidores, parece estar caminhando para se instalar também em Iauaretê, principalmente por influência direta de meios de comunicação, como a televisão, já incorporada ao cotidiano indígena local (figura 24).

Figura 24. Interior de moradia (destaque para a televisão)

Renata Ferraz de Toledo (fev/2004).

Como afirma GRINOVER (1996),

viver nas cidades pode significar que as necessidades humanas de sobrevivência sejam atendidas de modo satisfatório a partir da existência de bens disponíveis para todos. Pode significar também estar à frente de grandes possibilidades de ocupação, educação, treinamento, habilitações que permitem canalizar conhecimentos, aptidões, projetos e aspirações das mais diversas para os diferentes tipos de realizações (p. 6).

Sabe-se porém, que a migração para as cidades pode representar também uma caminho para a marginalidade e a exclusão, caso as necessidades buscadas não sejam atingidas. Para os indígenas, o acesso aos novos bens de consumo e a essas novas possibilidades como de estudo, emprego, entre

outras, sejam elas buscadas em outra localidade ou presentes no interior de suas terras, pode representar tanto uma forma de tornarem-se autônomos, como também, caso tenham a sua cultura desrespeitada, mais um mecanismo voltado para o assistencialismo.

Para ANDRELLO (2004), “do mesmo modo como a força da vida indígena está associada a determinados objetos rituais, o dinheiro e as mercadorias parecem figurar como suportes materiais das capacidades subjetivas dos brancos, isto é, da civilização” (p. 234). Os indígenas de Iauaretê parecem cada vez mais buscar essa “civilização” dos ‘brancos’. Apesar dos assalariados não participarem tão ativamente das atividades da vida comunitária, devido a seus compromissos profissionais, cada vez mais esses cargos empregatícios são procurados e almejados por eles, pois representam também certo prestígio, não apenas pelo dinheiro que recebem, mas pelos conhecimentos necessários para realizarem “trabalho de brancos”.

ARRUDA (1992) também reconhece que as novas funções exercidas pelos indígenas, como de professores, motoristas, agentes de saúde, entre outras, criaram ou alteraram as hierarquias entre eles, as quais anteriormente diziam respeito, por exemplo, ao domínio de conhecimentos tradicionais ou relações de parentesco.

Esse mesmo autor lembra que os processos de alfabetização junto a esses povos, tendem a interferir na sua dinâmica sociocultural e política, uma vez que acabam por introduzir a classe dos analfabetos entre os mais velhos, por optarem pela não alfabetização, ou em alguns casos, por serem excluídos desse processo. De qualquer maneira, essa situação é bastante contraditória, pois são justamente os mais velhos os detentores originais do saber tradicional e do poder.

LASMAR (2002) considera que, embora o acesso à escola, ao emprego e ao consumo de mercadorias configure atualmente na obtenção de prestígio entre os indígenas de Iauaretê, há indícios também de que relações hierárquicas entre os diversos *sibs*, como entre os Tariana, ainda permanecem em alguns contextos do cotidiano local.

De qualquer maneira, essa procura dos indígenas por estes cargos, está, para TURNER (1993), associada a uma necessidade de assumir “o comando da estrutura institucional de dependência” (p.49), ou seja, a partir do momento que a população local passou a depender de serviços prestados pela sociedade envolvente, como por exemplo os oferecidos pela subprefeitura ou os de assistência médica, ocupar cargos relacionados a esses serviços possibilita que participem da tomada de decisões sobre assuntos que lhe dizem respeito.

Na opinião de FRAZER (1984) as forças econômicas são muito importantes em todos os estágios do desenvolvimento humano, pois a espécie humana precisa de um alicerce material ao qual pode sobrepor uma vida melhor, em nível intelectual, moral e social.

Sobre esse aspecto OLIVEIRA (1995) afirma que “à idéia de desenvolvimento associam-se outras tais como: progresso, modernidade e principalmente mudança e transformação” (p.122).

OLIVEIRA (1995) apresenta ainda a seguinte preocupação a esse respeito.

As cidades, seja São Gabriel da Cachoeira ou Cucuí, por mais tênue que sejam suas características urbanas, ensejam a clássica distinção rural-urbano (...). A coexistência entre trabalho agrícola e o trabalho assalariado, reorienta o segmento indígena no sentido da negação de sua “pertença” étnica, pela incorporação da idéia de “ser civilizado”. Desta forma, quanto mais afastado estiverem os grupos indígenas urbanos, das ocupações que caracterizam sua condição histórica

(como o trabalho na roça), e mais engajados em ocupações que os caracterizem como assalariados, sobretudo as ocupações ligadas a cargos públicos ou burocráticos (como por exemplo, na prefeitura, no correio, no hospital, escolas da missão etc.), mais diluída se torna sua identificação étnica (p.115).

De fato, este novo cenário de laualetê tem resultado em inúmeras transformações no modo de vida dos indígenas que ali vivem, e neste confronto cultural cada vez mais inevitável, destaca-se a influência desta nova situação, sobretudo no comportamento dos jovens, incluindo uma diminuição da sua identificação étnica. Seus interesses, como em qualquer sociedade, tendem a se tornar antagônicos aos dos mais idosos; mas em laualetê, esse contraste parece mais evidente.

Para CARVALHO (1997), as atuais transformações no modo de vida dos povos indígenas têm levado a uma contínua desestruturação de seus sistemas de conhecimento, pois estes parecem não atender suficientemente a muitas situações novas requeridas após o contato com a sociedade envolvente, levando ao desuso e ao esquecimento de muitas práticas que eram realizadas principalmente pelos mais velhos, e conseqüentemente à falta de “aprendizado” dos mais jovens; da mesma forma tem ocorrido com a transmissão oral de conhecimentos tradicionais que se dava anteriormente de geração em geração, sua perda também tem se dado nesta direção.

Sobre os efeitos psicossociais dessa nova situação, a autora reforça afirmando que,

essas vivências, em todas as áreas da vida, de processos contraditórios sucessivos de ruptura da tradição e atração por seu algoz (sociedade dominante), e assim não podendo exercer os modos tradicionais de ser e pensar o mundo e nem poder participar integralmente do outro mundo “dos brancos”, no qual são extremamente discriminados, causam na maioria das vezes de forma prática, grande inadaptação às atuais condições de vida, resultando, além de gerar sentimentos de

inferioridade, em situações de desespero, e até violência, levando grupos a apresentar, numa situação limite, grande incidência de alcoolismo, ou mesmo de suicídio (CARVALHO, 1997, p. 128).

Situações como estas apresentadas pela autora acima têm sido também observadas em Iauaretê, principalmente no que diz respeito ao alcoolismo.

De acordo com ANDRELLO (2004), a proibição de venda de bebidas alcoólicas em cumprimento às disposições do Estatuto do Índio, que vinha sendo desrespeitada, ocorreu em 1999, momento em que, após constantes pressões dos indígenas, a Funai e a Polícia Federal expulsaram de Iauaretê os comerciantes não-indígenas que ali atuavam.

Sabe-se, porém, que esta proibição não tem impedido a sua comercialização clandestina, principalmente de cachaça vinda da Colômbia.

A bebida tradicionalmente consumida em Iauaretê, o caxirí, é um fermentado de mandioca consumido sempre em festas e após os trabalhos comunitários. Sua produção é de responsabilidade das mulheres e leva geralmente dois dias até que a massa da mandioca, colocada para descansar em um cocho de madeira (figura 25), venha a fermentar. ANDRELLO (2004) apresenta o seguinte relato de um indígena sobre a produção do caxirí: “enquanto descansa no coxo, conta-se que o caxirí “cresce” (...). O caxirí é algo “vivo” e sua “força de vida” aumenta no coxo (...). O coxo do caxirí é, nesse sentido, análogo ao corpo da cobra-canoa que em seu ventre trouxe ao Uaupés os ancestrais da futura humanidade” (p. 336).

Figura 25. Caxirí fermentando em cocho de madeira

Renata Ferraz de Toledo (fev/2004).

As festas onde se consome o caxirí são realizadas em comemoração ao dia das mães, dos pais, feriados religiosos e cívicos, aniversários, entre outras. De certo modo parecem representar o regime de partilha das antigas malocas. Por outro lado, seu consumo excessivo, observado na época do estudo com frequência, acabava gerando uma série de violências, incluindo brigas entre os indígenas e até violência sexual.

Esclarece-se que, a expressão aqui utilizada, “violência sexual”, se justifica pela indignação demonstrada pelos próprios moradores para essas ocorrências, ficando claro, que não se tratava de práticas culturais locais. Para a autora desse trabalho, esta situação pode ser resultante de influência dos meios de comunicação, como a TV, presente no cotidiano atual desses indígenas.

Embora os aspectos abordados neste capítulo venham a ser retomados mais a frente, quando forem apresentados e discutidos os resultados desta pesquisa, procurou-se apresentar aqui um pouco do modo de vida atual dos indígenas de Iauaretê, em um cenário marcado por um crescente processo de urbanização, ausência de saneamento e impactos culturais e socioambientais, situações que não estavam presentes nas pequenas

comunidades por eles habitadas anteriormente, onde a manutenção da qualidade de vida dependia apenas de ações individuais e coletivas da própria população que ali vivia.

Essas novas condições socioambientais implicam na necessidade da construção de novos conhecimentos no tocante ao direito à informação, transparência na gestão dos problemas e processos de educação em saúde e educação ambiental, que serão tratados a seguir.

1.4. A IMPORTÂNCIA DO PROCESSO EDUCATIVO: EDUCAÇÃO AMBIENTAL E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Na busca por melhores condições de saúde e de qualidade de vida, a educação tem um papel fundamental, podendo levar os indivíduos a uma reflexão crítica sobre o seu ambiente, dando-lhes condições de transformar e intervir nessa realidade.

Tendo em vista que as causas dos problemas socioambientais e de saúde envolvem aspectos diversos como culturais, econômicos, políticos, epidemiológicos, e é claro, ambientais e sociais, entre outros, os processos educativos que visam a busca de soluções para esses problemas, sejam eles processos de educação ambiental ou de educação em saúde, devem basear-se em pressupostos teóricos e práticos da educação, e ao mesmo tempo receberem apoio também de outras áreas, entre as quais destacam-se a sociologia, a antropologia, o indigenismo, a economia, a história, as ciências ambientais e a saúde.

Para FREIRE (2002), a educação nasce na relação entre cultura e a história, se processa no contexto histórico e no contexto cultural, e é por isso que não há neutralidade educacional.

BRANDÃO (2002) em um conceito bastante amplo da educação considera que,

tal como a religião, a ciência, a arte e tudo o mais, a educação é, também, uma dimensão ao mesmo tempo comum e especial de tessitura de processos e de produtos, de poderes e de sentidos, de regras e de alternativas de transgressão de regras, de formação de pessoas como sujeitos de ação e de identidade e de crises de identificados, de invenção de reiteraões de palavras, valores, idéias e de imaginários com que nós ensinamos e aprendemos a sermos quem somos e a sabermos viver com a maior e mais autêntica liberdade pessoal possível os gestos de reciprocidade a que a vida social nos obriga (p.25).

De acordo com REIGOTA (2003), devem ser reconhecidos como princípios básicos da educação a autonomia, a cidadania e a justiça social, valores que devem ser construídos cotidianamente não somente por meio de relações pedagógicas, mas também nas relações afetivas e sociais.

Dessa maneira, a educação se efetiva sempre na relação com o outro, envolvendo um processo de transformação do sujeito que, ao transforma-se, modifica seu entorno (FREIRE, 1980).

É preciso, portanto, procurar conhecer o outro com quem se está interagindo, com respeito ao pluralismo e a diversidade de valores, ideologias e conhecimentos prévios existentes entre os indivíduos. Sobre esse aspecto MEYER *et al.* (2006) afirmam que,

a intencionalidade de construir estratégias educativas que permitam investir em possibilidades de transformação das condições de vida nas quais crenças, hábitos e comportamentos ganham sentido, demanda aprender, compreender e dialogar com a multiplicidade de aspectos que modulam as crenças, os hábitos e os comportamentos dos indivíduos e grupos com os quais interagimos (p. 1340).

PILON (1998), também reconhece a importância de considerar o contexto histórico-cultural no qual educandos e educadores estão inseridos, e faz o seguinte paralelo:

as águas de um rio se formam em suas cabeceiras e dependem de seus afluentes e do percurso ao longo de campos e cidades: não se pode melhorar a qualidade das águas quando chegam no oceano. Assim, as formas de estar-no-mundo, construídas ao longo da história das diferentes culturas, exigem permanente exame da qualidade de suas águas, nas próprias fontes, em seu percurso e nos estuários (p.101).

GUIMARÃES (2004) utiliza-se da mesma metáfora para dizer que “o rio representa a sociedade; a sua correnteza, o paradigma dominante; e o curso do rio, o processo histórico. Para mudarmos o rio (sociedade), precisamos interferir na correnteza (paradigmas) do seu curso (processo histórico)” (p. 29). O autor lança ainda o seguinte questionamento: “como fazer se não quero ser carregado pela correnteza?” (p.30). Neste caso, sugere como uma das alternativas, a criação de uma contra-correnteza por meio de um movimento coletivo de resistência.

Para SANTOS (2001), diante da gravidade da atual crise socioambiental, política, econômica e cultural há apenas uma saída: “reinventar o futuro, abrir um novo horizonte de possibilidades, cartografado por alternativas radicais às que deixaram de ser” (p. 322).

Assim, a educação, enquanto um processo contínuo e participativo pode oferecer subsídios para que a população “nade contra-correnteza” e “reinvente o futuro” atuando na busca de soluções e na tomada de decisões sobre os problemas que lhes dizem respeito, satisfazendo não apenas suas necessidades, mas também seus anseios diversos.

Como afirma PELICIONI (2000),

educar é prover situações ou experiências que estimulem a expressão potencial do homem e permitam a formação da consciência crítica e reflexiva. Implica em adesão voluntária. Assim, para que a educação se efetive, é preciso que o sujeito social motivado incorpore os conhecimentos adquiridos, que a partir de então, se tornarão parte de sua vida e serão transferidos para a prática cotidiana” (p. 9).

Esclarece-se que, no presente trabalho, a educação ambiental e a educação em saúde serão teorizadas e discutidas separadamente, embora entenda-se que na prática fazem parte de um mesmo processo, pois se mais diretamente a educação em saúde visa a melhoria das condições de saúde

da população, a educação ambiental, indiretamente, ou mesmo diretamente, também tem esse objetivo. Haja vista que a educação ambiental se intensificou a partir do momento que os problemas ambientais começaram a afetar a saúde da população. Também são cada vez mais evidentes as relações entre meio ambiente e saúde, onde a manutenção desta última depende, dentre outros aspectos, da qualidade ambiental. Assim, a educação ambiental e a educação em saúde fazem parte, e nada mais são do que a mesma educação, com a mesma fundamentação teórica, tendo como base a filosofia e resse trabalho são reafirmadas, a teoria crítica e sociocultural de Paulo Freire.

1.4.1. A Educação Ambiental

Como afirma DIAS (1998), muitas vezes coube à educação ser o agente de mudanças de situações indesejáveis na sociedade, e por sua natureza integradora, a ela se associaram as “educações” sexual, para o trânsito, para a saúde, e também a ambiental.

Sobre esse aspecto LAYRARGUES (2004) afirma que a educação ambiental é uma expressão composta por um substantivo, a *educação*, e um adjetivo, o *ambiental*. O primeiro confere a essência da educação ambiental, e o segundo anuncia o contexto desta prática educativa.

Durante algum tempo perdurou uma visão fragmentada do meio ambiente que enfatizava apenas seus aspectos físico-naturais e/ou ecológicos, o que se refletia nos programas de educação ambiental, porém, esta visão parece estar sendo superada, ao menos nas discussões teóricas. Sabe-se que uma compreensão integrada do meio ambiente é fundamental para buscar as raízes dos problemas socioambientais e para o desenvolvimento de programas com esta preocupação (TOLEDO, 2002).

A educação ambiental que aqui se apresenta, concordando com ZIAKA, SOUCHON e ROBICHON (2003), além de não preocupar-se apenas com problemas relativos a impactos ambientais e ao uso dos recursos naturais, também considera que não basta avaliar danos e riscos, deve-se ir além da análise e reflexão, deve-se assumir plenamente a vontade de agir.

Nesse sentido, REIGOTA e SANTOS (2005) lembram também que,

o processo de educação ambiental tem como objetivo fazer que a população participe da busca de soluções para os problemas ambientais que vivencia. Dessa forma, é necessário que se identifiquem quais são esses problemas e quais as representações que a população, nos seus diferentes segmentos, tem a respeito desses problemas (p. 855).

Para SAUVÉ (2003), a educação ambiental visa a reconstrução de relações entre as pessoas, o grupo social e o meio ambiente, que inclui: a natureza a ser respeitada; os recursos naturais a serem compartilhados; um sistema de relações para a tomada de decisões adequadas; a biosfera como um todo, onde possa-se viver por muito tempo ainda; e principalmente nosso ambiente habitual a ser reordenado.

Outro aspecto a ser considerado é a ênfase dada por muitos programas de educação ambiental à necessidade de mudança de comportamento, o que segundo PELICIONI e PHILIPPI Jr. (2005), “desloca e fragiliza a discussão das verdadeiras causas dos problemas ambientais, escamoteando o modelo de sociedade de consumo vigente, a tecnologia por ela produzida e as relações de poder existentes, que provocaram o conseqüente desequilíbrio na distribuição de renda e no acesso a bens e serviços” (p. 8).

Dessa maneira, entende-se que a educação ambiental não deve estar voltada apenas para ações corretivas, mas, sobretudo para reconstrução de valores e para a transformação da realidade como um todo.

Segundo REIGOTA e SANTOS (2005), “não se pode esperar da educação ambiental resultados fixos, definidos e mensuráveis; a expectativa é que seja um processo aglutinador, dialógico, participativo, democrático e autônomo” (p. 856).

Sobre esse aspecto JACOBI (2005) também considera que “o desafio político-ético da educação ambiental, apoiado no potencial transformador das relações sociais, encontra-se estreitamente vinculado ao processo de fortalecimento da democracia e da construção da cidadania ambiental” (p.247).

No tocante à legislação brasileira, em 1999, instituiu-se a Política Nacional de Educação Ambiental, pela Lei Federal 9795, de 25 de abril, a qual foi regulamentada pelo Decreto 4281, de 25 de junho de 2002. Segundo a Lei, entendem-se por educação ambiental “os processos por meio dos quais os indivíduos e a coletividade constroem valores sociais, conhecimentos, habilidades, atitudes e competências voltadas para a conservação do meio ambiente, bem de uso comum do povo, essencial à sadia qualidade de vida e sua sustentabilidade” (BRASIL, 1999b, Cap. I, Art. 1º). Embora o estabelecimento da Política Nacional de Educação Ambiental no Brasil represente um avanço para a discussão desta temática, esta definição apresenta certa fragilidade, uma vez que enfatiza apenas a conservação do meio ambiente e não aborda aspectos relacionados ao caráter político da educação ambiental e de seu potencial transformador de sujeitos e de realidades.

Por meio de uma articulação entre os Ministérios do Meio Ambiente e da Educação, instituiu-se também em 1999, o Programa Nacional de Educação Ambiental (ProNEA), cujas ações destinam-se a

assegurar, no âmbito educativo, a interação e a integração equilibradas das múltiplas dimensões da

sustentabilidade ambiental – ecológica, social, ética, cultural, econômica, espacial e política – ao desenvolvimento do país, buscando o envolvimento e a participação social na proteção, recuperação e melhoria das condições ambientais e de qualidade de vida (MMA/MEC, 2005, p.33).

Tratando-se de comunidades indígenas, escopo desta pesquisa, a educação ambiental também é recomendada pelo Decreto Federal 1.141, de 5 de maio de 1994, como uma forma de envolvê-las na manutenção da qualidade ambiental das terras que habitam e usufruem. Assim, neste Decreto está disposto que “as ações voltadas à proteção ambiental das terras indígenas e seu entorno destinam-se a garantir a manutenção do equilíbrio necessário à sobrevivência física e cultural das comunidades indígenas” (BRASIL, 1994, Capítulo II, Art. 9). Essas ações devem contemplar, entre outros aspectos, “educação ambiental, dirigida às comunidades indígenas e à sociedade envolvente, visando à participação na proteção do meio ambiente nas terras indígenas e seu entorno” (BRASIL, 1994, Art 9, Inciso IV).

Observa-se porém que, mesmo com este suporte legal, pouco tem sido feito. Na prática, permanecem ainda muitos programas de educação ambiental preocupados apenas com os comportamentos tidos como ambientalmente inadequados, inclusive junto aos povos indígenas, sem questionar as reais causas para a atual situação de degradação socioambiental.

Para MORAES (2002), a educação ambiental junto às populações indígenas deve contribuir para o fortalecimento institucional desses povos na interface com a sociedade envolvente, e afirma ainda que,

o trabalho de educação ambiental com as comunidades indígenas, diante do processo por elas vivenciado na fricção interétnica, tem o papel fundamental de possibilitar o resgate de seus valores socioculturais, quando necessário, e de estimular sua participação consciente na proteção do meio ambiente em seus territórios. Para tanto, deve-se procurar ampliar a compreensão por parte dessas comunidades, de forma reflexiva e

problematizadora, a respeito das interrelações entre o meio ambiente e a qualidade de vida nas atuais circunstâncias, caracterizadas por novos elementos, promovendo o intercâmbio de seus conhecimentos, com o objetivo da sustentabilidade (p.32).

De qualquer maneira, deve-se ter claro que os processos educativos, sejam eles de educação ambiental ou para a saúde, são voltados para os seres humanos, pois como afirma LAYRARGUES (2001), a crise que enfrentamos é civilizacional, “não é a natureza que está em desarmonia, é a nossa sociedade (...)” (p. 140); embora se saiba que a capacidade de ação das pessoas origina-se a partir de relações de conflito, as quais por sua vez, podem gerar movimentos de luta e conquistas sociais.

No entanto, esta crise civilizacional tem se refletido diretamente tanto sobre a natureza como sobre a própria sociedade, afetando a vida de todos os seres, inclusive as condições de saúde dos seres humanos.

Para GOMIDE e SERRÃO (2004), a educação ambiental pode ser considerada um instrumento de promoção da saúde, “capaz de criar condições à participação dos diferentes segmentos sociais, tanto na formulação de políticas, quanto na aplicação das decisões que afetam a qualidade do meio natural e social e, conseqüentemente, influenciam as condições de saúde” (p. 82).

Lembra-se aqui, como discutido anteriormente, que desde a Primeira Conferência sobre Promoção da Saúde, o papel da educação é salientado e considerado importante para que as idéias propostas sejam colocadas em prática. Assim, não apenas a educação ambiental, mas também a educação em saúde, que será tratada a seguir, são fundamentais nessa constante busca por melhor qualidade de vida.

1.4.2. A Educação em Saúde

A educação em saúde é considerada uma estratégia fundamental para a promoção da saúde, uma vez que, por meio do conhecimento da realidade, capacita os indivíduos e grupos sociais para buscarem soluções aos problemas que afetam suas condições de vida, e assim poderem assumir o controle sobre sua saúde.

Segundo a OMS (1991) a educação em saúde é um processo de “ação social e experiências de aprendizagem planejadas, que visam capacitar as pessoas para adquirirem controle sobre os determinantes da saúde, o comportamento em saúde e as condições sociais que afetam seu próprio estado de saúde e dos outros”.

Nesse processo educativo deve ser trabalhada a autonomia, a auto-estima, a liberdade, o fortalecimento e a ampliação de poder do indivíduo como sujeito social, o que na promoção da saúde é chamado de *empowerment*, ou empoderamento.

Da mesma maneira que na educação ambiental, na educação em saúde também já foram e continuam sendo adotadas diferentes práticas no seu desenvolvimento, de acordo com a representação de saúde vigente e o momento histórico vivido. O entendimento de saúde dos educadores e demais profissionais de saúde também reflete nas diferentes práticas encontradas.

Assim, diante de um processo conflitivo entre a medicina curativa e a medicina preventiva surgiu um modelo de educação sanitária que predominou na maior parte dos programas, até o final da década de 1970. Tinha um caráter técnico-normativo pautado em estratégias de campanhas de divulgação, enfocando na maioria das vezes, aspectos relacionados à higiene corporal. Nessa vertente, a saúde era vista como a ausência de

doença e o processo educativo se dava pela transmissão/divulgação de conhecimentos sobre saúde/doença. Esclarece-se que este modelo ainda está presente em alguns programas de educação em saúde.

A partir da década de 1980 muitos esforços foram feitos no sentido de implementar processos educativos participativos. Assim, passou a ser chamada de educação em saúde, não mais educação sanitária, considerando a saúde como resultante de um processo multicausal de saúde-doença, e a educação como resultante de um processo de troca e construção de conhecimentos.

Ressalta-se que devem ser considerados como processos participativos aqueles onde os indivíduos são envolvidos na tomada de decisões, pois são observadas muitas vezes situações paliativas que mascaram a realidade e contribuem na verdade para a manutenção do *status quo*.

Segundo MEYER *et al.* (2006), a maioria dos projetos de educação em saúde ainda baseia-se na mudança de comportamentos e na transmissão de um conhecimento especializado, detido pelo educador para um educando, cujo saber que já detém por suas experiências é desvalorizado, assumindo-se que para aprender o que o especialista sabe, deve-se desaprender grande parte do conhecimento adquirido no cotidiano.

Os programas de educação em saúde pautados apenas na mudança de comportamentos tidos como inadequados, têm sua origem nas práticas sanitárias que ganharam hegemonia no século XX a partir de modelos clássicos de explicação do processo saúde-doença, como mencionado anteriormente. Acreditava-se que práticas de higiene e normatização de comportamentos seriam suficientes para prevenir riscos e atingir o bem estar, como se os fatores de risco estivessem circunscritos apenas ao comportamento de cada indivíduo (MEYER *et al.*, 2006).

De acordo com PELICIONI (2000), a educação em saúde desenvolvida, por exemplo, nas escolas baseou suas ações durante muito tempo nas individualidades, tentando assim mudar comportamentos e atitudes tidas como inadequadas, sem considerar as influências provenientes da realidade na qual as crianças estavam inseridas.

A educação em saúde, portanto, deve estar voltada para uma reflexão crítica, levando os indivíduos ao real entendimento das causas e efeitos dos problemas que afetam sua saúde, e por meio da construção de novos conhecimentos e novas habilidades auxiliá-los a fazer escolhas e a tomar decisões de como resolvê-los.

Deve ainda, ao invés de tentar ajustar os indivíduos à sociedade, por meio do confronto de culturas e da tentativa de imposição de valores, promover o respeito à diversidade sócio-cultural e econômica, levando em consideração os diferentes contextos em que os grupos sociais estão inseridos.

Nesse sentido, MEYER *et al.* (2006), lembram que as diferentes condutas das pessoas que as tornam muitas vezes mais vulneráveis do ponto de vista da saúde pública, não deve ser vista como uma ação voluntária, isolada de qualquer contexto, mas ao contrário, estão diretamente relacionadas às condições ambientais, culturais e sociais de que fazem parte, bem como do grau de consciência que essas pessoas têm sobre tais comportamentos e sua capacidade para transformá-los.

Nem sempre as dificuldades se devem à falta de informação e conhecimento dos problemas, por outro lado, sabe-se que a assimilação e a incorporação destes passa por um processo de reflexão crítica. Assim, quanto mais próximo da realidade cotidiana dos educandos, mais facilmente estes novos conhecimentos farão sentido em suas vidas e poderão transformar-se em práticas adequadas ao bem comum.

Como afirma PELICIONI (2000) “a informação por si só não leva as pessoas a adotarem estilos de vida saudáveis, a lutar pela melhoria de suas condições de vida e ambientais, ou a modificar práticas que conduzam à doença. A informação é um aspecto imprescindível da educação, mas deve permitir a promoção de aprendizagens significativas para que funcione” (p.32).

Portanto, ressalta-se a necessidade da educação ambiental e da educação em saúde caminharem juntas para a melhoria das condições de vida da população, por meio de processos participativos de construção de conhecimentos, que ofereçam subsídios para a solução concreta de problemas que afetam o meio ambiente e a sua saúde.

Acredita-se ainda que, em se tratando de processos educativos relacionados à impactos socioambientais e à saúde, a participação da comunidade poderá contribuir para a superação de um posicionamento passivo - de simples beneficiária de possíveis melhorias estruturais, para um posicionamento ativo, na qual a população vai gradativamente assumindo suas responsabilidades.

Diante do que foi apresentado neste capítulo, a pesquisa proposta se justifica pelas visíveis alterações do modo de vida tradicional, as quais trouxeram sérios agravos à saúde e à qualidade de vida da população indígena do Distrito de Iauaretê, pois a manutenção de práticas sanitárias, como a disposição de dejetos humanos em locais peri-domiciliares, ou ainda o despejo inadequado de resíduos sólidos, em uma área onde se concentra um número cada vez maior de pessoas, têm exposto esses indígenas a maiores riscos epidemiológicos.

Fazem-se então necessárias e urgentes, ao lado de medidas sanitárias, uma investigação desta realidade sócio-cultural e uma intervenção educacional visando a construção de conhecimentos e a busca participativa de soluções

exeqüíveis que garantam assim, a melhoria da qualidade de vida da população.

2. OBJETIVOS

2.1. GERAL

Identificar os problemas sanitários e socioambientais relevantes que interferem diretamente na saúde e qualidade de vida da comunidade estudada, visando a melhoria dessas condições.

2.2. ESPECÍFICOS

- ◆ Identificar as representações, percepções e hábitos da comunidade quanto à saúde, doença, saneamento, meio ambiente, bem como os principais problemas sanitários locais e anseios da comunidade.
- ◆ Desenvolver um processo de construção de conhecimentos em saúde pública e ambiental unindo saber popular local e conhecimento científico norteador da problemática e de suas respectivas soluções.
- ◆ Identificar alternativas viáveis e adequadas para o abastecimento de água, para a disposição de dejetos humanos e de resíduos sólidos adaptadas à cultura local, visando interromper ciclos de transmissão de doenças infecciosas e a promoção da saúde integral.

3. METODOLOGIA

Optou-se nesta pesquisa por utilizar uma abordagem metodológica quali-quantitativa, sendo que os dados quantitativos limitaram-se aos aspectos populacionais e relativos aos domicílios.

De acordo com MINAYO (2005), a abordagem quantitativa, como o próprio nome já diz objetiva dimensionar e quantificar dados de processo e/ou de resultados. As abordagens qualitativas visam aprofundar o estudo, dentro de um contexto histórico e de uma dinâmica relacional hierárquica, entre pares ou com a população, e compreender as representações e os sinais evasivos que não podem ser entendidos por meios formais.

A abordagem qualitativa considera, portanto, a compreensão, a inteligibilidade dos fenômenos sociais, o significado e a intencionalidade que os atores atribuem às suas ações no meio em que vivem e que se relacionam, considerando os vínculos indissociáveis das ações particulares com o contexto social em que estes se dão (CHIZOTTI, 1995; MINAYO *et al.*, 2005b).

Segundo IERVOLINO e PELICIONI (2001), os estudos qualitativos têm sido utilizados para verificar como as pessoas avaliam uma experiência, idéia ou evento; como definem um problema, bem como quais opiniões e sentimentos estão envolvidos nesse processo.

Nesta pesquisa, a abordagem qualitativa foi utilizada associada à Teoria das Representações Sociais, que teve sua origem na Europa, nos estudos de Serge Moscovici, em 1961.

Moscovici, em sua obra clássica “*A Representação Social da Psicanálise*”, apresenta a representação social como “uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a

comunicação entre indivíduos” (Moscovici, 1978, p.26, citado por PELICIONI, 2002, p.17).

Essa mesma autora destaca que as representações dos sujeitos estão vinculadas a um sistema de valores, e produzem além de comportamentos, relações com o meio ambiente e o mundo a sua volta. PELICIONI (2002), afirma ainda que “as novas representações sociais, produzidas dinamicamente pela “sociedade pensante”, revelam a visão de mundo de determinada época, porém também possuem elementos do passado em sua conformação” (p.20).

De acordo com REIGOTA (1999c), a teoria das representações sociais tem sido utilizada em estudos sobre problemas contemporâneos nas mais diversas áreas, e apesar de algumas divergências entre elas, há pelo menos um ponto em comum: o entendimento de que os conhecimentos tradicionais, étnicos, populares e científicos, bem como as diferentes visões de mundo que os indivíduos e os grupos sociais possuem, influenciam fortemente nas representações sociais.

Segundo SOUZA e ZIONI (2003, p. 77),

nos últimos anos a teoria das representações sociais tem se apresentado como uma forma de abordagem das questões de saneamento ambiental, na medida em que propicia, a partir do desvelamento da subjetividade de um dado grupo, a compreensão em profundidade de uma faceta da relação homem – meio ambiente, a partir do universo de significados que aqueles sujeitos constroem na sua relação com o mundo.

Para JODELET (1989) as representações sociais auxiliam não somente na forma de interpretar, mas também de intervir na realidade, visto que são formas de conhecimento construídas socialmente.

Considera-se então, que as representações de cada indivíduo fazem parte de um todo coletivo, ou seja, não há como dissociar os indivíduos de sua cultura e das influências que recebem do grupo em que estão inseridos, em determinados momentos históricos e políticos. Existe, portanto, uma forte interação entre as representações das pessoas e as práticas sociais por elas adotadas.

As representações sociais revelam assim os conhecimentos apreendidos pelos sujeitos em sua vida cotidiana, não apenas por meio das experiências vividas, mas também aqueles que se originaram de processos educativos e de comunicação social entre diferentes gerações, sendo fundamental buscar identificar essas representações em se tratando de processos que objetivam intervir em determinada realidade, como é o caso desta pesquisa.

3.1. POPULAÇÃO DE ESTUDO

O Distrito de Iauaretê, constituído por 10 comunidades (ou bairros), tem como representantes alguns indígenas que recebem a denominação de líder, vice-líder, agente indígena de saúde, animador e catequista, conforme a função que exercem. Em princípio, pensou-se em trabalhar diretamente apenas com estas lideranças como intermediários da pesquisa, porém, no decorrer do processo de pesquisa-ação identificaram-se também outras lideranças, não necessariamente assim denominadas, mas que exerciam importantes papéis junto aos moradores, como por exemplo, os professores indígenas locais. Além destes, outros moradores também demonstraram interesse em participar da pesquisa, sendo então, na maioria das vezes, todos os habitantes, separados por vila, convidados a participar das atividades.

Segundo MINAYO (2004), nas pesquisas qualitativas não há restrições quanto à inclusão de novos grupos ou segmentos destes na população de estudo, em função de necessidades sentidas no decorrer da pesquisa.

3.2. MÉTODO

O método utilizado foi a pesquisa-ação definida por THIOLENT (2000, p.14) como "um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo".

THIOLENT (2000) lembra que a ação deverá ser definida em função dos interesses e das necessidades encontradas, e que todas as partes ou grupos interessados na situação ou nos problemas investigados devem ser consultados.

A pesquisa-ação não é constituída apenas pela ação ou pela participação, sendo necessário também produzir conhecimentos, adquirir experiências, contribuir para a discussão e avançar acerca dos problemas levantados. A relação entre conhecimento e ação está no centro da problemática metodológica da pesquisa social voltada para a ação coletiva.

É importante ressaltar também a relação de troca de conhecimentos que se estabelece em função deste envolvimento direto de pesquisadores e atores sociais representativos da problemática, no decorrer do processo de pesquisa-ação. Como afirma SILVA (1991, p.43), "fazendo pesquisa me educo e estou me educando com os grupos populares".

O termo pesquisa-ação existe há quase 50 anos e tem como seu precursor Kurt Levin, com seus estudos organizacionais e educacionais realizados na Inglaterra em 1960. Na América Latina, tanto a Pesquisa Participante, como a Pesquisa-Ação surgem na década de 1970, nas experiências de Paulo Freire, Carlos Rodrigues Brandão, Danilo Streck, entre outros, preocupados com a participação dos grupos sociais considerados excluídos da tomada de decisões para a solução de problemas que lhes diziam respeito, tendo, portanto, um conteúdo bastante politizado. Apesar de hoje ser usado em várias áreas, teve sua evolução nas Ciências Sociais.

A pesquisa-ação e a pesquisa-participante, embora originadas no mesmo contexto histórico, apresentam algumas diferenças. Ambas envolvem a participação de representantes da situação problematizada em todas as etapas do seu desenvolvimento, porém, a pesquisa-ação está voltada para a capacidade de ação, ou seja, para a realização de intervenções sociais orientadas para a resolução de um problema, enquanto que na pesquisa-participante, a produção de conhecimento não necessariamente precisa estar vinculada a uma ação direta (MINAYO *et al.*, 2005b).

Uma outra abordagem da pesquisa-ação é a denominada por André Morin de pesquisa-ação integral e sistêmica (PAIS) que se fundamenta em cinco dimensões:

- estabelecimento de um “contrato”, que deve ser explícito, em linguagem comum e coerente com a ideologia do grupo.
- a “participação” deve basear-se em representação, cooperação e co-gestão, exigindo também engajamento pessoal.
- a “mudança” aparece como sinônimo de transformação completa e é a finalidade global para novas reflexões, envolvendo os valores dos participantes.
- o “discurso” presente deve ser espontâneo, esclarecido, engajado e interdisciplinar.
- a “ação” não deve ser individual, mas coletiva, comunitária (MORIN, 2004).

Para MORIN (2004), a pesquisa-ação integral e sistêmica é aquela que: tem por finalidade o fazer comunitário por meio da reflexão; interessa-se tanto pelo processo, quanto pelo produto; promove a ampliação de conceitos pelas interconexões dos componentes; o diálogo é destinado a modelagem coletiva; integrando pessoas assegura a flexibilidade da indução de fenômenos novos e suas inter-relações; e o funcionamento coopera com a percepção da globalidade, da complexidade e da coerência real.

De acordo com GIL (2005), a pesquisa-ação mostra-se como sendo bastante útil em processos de educação ambiental, já que se objetiva a solução de um problema prático geralmente, por meio do desenvolvimento de um projeto.

A metodologia de pesquisa-ação, realizada neste trabalho principalmente em reuniões comunitárias, recebeu suporte técnico e interdisciplinar por meio da participação de profissionais de distintas áreas, envolvidos no projeto como um todo. Assim, os procedimentos técnicos para avaliação de pontos de depósito de resíduos sólidos, fontes de água de abastecimento, estudo de alternativas para saneamento básico, georeferenciamento de informações ambientais, populacionais e de saúde foram ocorrendo nos períodos de visita à campo, permitindo que esses profissionais participassem das reuniões comunitárias nas quais tanto ofereceram como receberam subsídios, legitimando premissas da prática de pesquisa-ação.

Nesse sentido, ressalta-se que as reuniões comunitárias (figura 26) constituíram importantes momentos de discussão de conteúdos interdisciplinares, identificação de demandas da sociedade local e de subsídios para adequação das etapas de trabalho, beneficiando a população não só com os resultados da pesquisa, mas também durante o desenvolvimento de seu processo, o que é próprio da pesquisa-ação.

Figura 26. Reunião comunitária na Vila Domingos Sávio

3.3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para THIOLENT (2000) o processo de pesquisa-ação deve iniciar-se com uma fase exploratória para estabelecer um primeiro estudo da situação, dos principais problemas e das possíveis ações a serem desenvolvidas. Nos primeiros contatos com os interessados procura-se identificar algumas expectativas, necessidades, bem como características da população e representações prévias. Paralelamente a esses primeiros contatos, realiza-se também um levantamento bibliográfico constituído de documentação, produções científicas sobre o tema, assim como outros materiais relevantes.

Em seguida, pesquisadores e membros significativos dos grupos implicados no problema em observação deverão reunir-se para examinar, discutir e tomar decisões acerca do processo de investigação, além de centralizar as informações coletadas e procurar interpretações. Com as informações reunidas, e dentro da perspectiva teórica adotada, elaboram-se diretrizes de pesquisa e de ação (THIOLENT, 2000).

Durante o processo de pesquisa-ação desenvolvido realizaram-se constantes avaliações visando analisar criticamente os resultados do processo para melhorar a efetividade das ações propostas e reorientá-las caso necessário, procurando sempre atender as expectativas da população de estudo. Além disso, procurou-se verificar se o processo estava propiciando respostas para o fenômeno observado, se os envolvidos estavam motivados e se a pesquisa-ação estava caminhando para sua autonomia.

Assim, foram realizadas cinco visitas de campo, de cerca de 20 dias cada, em fevereiro de 2004, março, maio e julho de 2005 e maio de 2006, nas quais os procedimentos metodológicos, embora sempre em acordo com o projeto inicial, foram evoluindo e se adequando com relação à realidade local identificada. Distintas técnicas interdisciplinares de trabalho de campo foram desenvolvidas no sentido de contemplar o levantamento de dados pertinentes e, da mesma maneira, distintas ações foram programadas e executadas de acordo com demandas da sociedade local.

Sobre o trabalho de campo, DURHAM (1984) explica que este surgiu no final do século XIX e início do século XX contrapondo-se a modelos tradicionais de manipular dados empíricos e estabelecendo uma novo método de investigação e interpretação que ficou conhecido como “escola funcionalista”, sendo os britânicos Radcliffe-Brown e Malinowski seus principais representantes. Ainda segundo este autor “para os funcionalistas, os elementos culturais não podem ser manipulados e compostos arbitrariamente porque fazem parte de sistemas definidos, próprios de cada cultura e que cabe ao investigador descobrir” (DURHAM, 1984, p. X).

Os procedimentos metodológicos adotados envolveram então etapas de diagnóstico situacional feito com a comunidade, caracterização do problema em campo quanto às condições ambientais do entorno, no que diz respeito a fontes de água, bem como aos locais de disposição de dejetos humanos e

de resíduos sólidos, análise e discussão dos resultados obtidos, intervenções educacionais e práticas. É importante ressaltar que essas etapas são inteiramente interligadas podendo ocorrer durante o mesmo período de tempo em um processo em que as ações demandaram pesquisas e as pesquisas foram fundamentadas pelas ações.

A cada nova visita de campo e encontro com a população procurou-se apresentar e discutir os resultados obtidos até aquele momento tentando identificar se representavam de fato a realidade e se estavam em concordância com a opinião da maioria dos moradores.

A pesquisadora reuniu-se também freqüentemente com os demais participantes externos para a troca de informações, conhecimentos e interpretações construídas individualmente, dentro da especialidade profissional de cada um, buscando uma análise consensual da realidade estudada.

Apresentam-se a seguir os procedimentos metodológicos adotados para o desenvolvimento da pesquisa-ação.

3.3.1. Observação Participante

Uma das práticas realizadas em alguns momentos do trabalho de campo desta pesquisa foi a observação participante, que segundo MALINOWSKI (1984) é desenvolvida por meio da convivência e participação direta do pesquisador no universo do cotidiano da comunidade estudada, que deve ser complementada por uma coleta sistemática de dados e a sua interpretação.

Algumas condições e princípios metodológicos são sugeridos por MALINOWSKI (1984) para a prática da observação participante em uma

pesquisa etnográfica, tais como: possuir objetivos científicos e conhecer valores da etnografia moderna; assegurar boas condições de trabalho, vivendo entre os nativos, sem depender de membros da sociedade envolvente; aplicar métodos especiais de coleta e registro de evidências; buscar identificar o que os nativos consideram como “boas” ou “más” maneiras; ser ativo, porém cauteloso; não sobrecarregar-se de idéias pré-concebidas, entre outros.

MALINOWSKI (1984) afirma ainda que o pesquisador deve realizar um

levantamento geral de todos os fenômenos, e não um mero inventário de coisas singulares e sensacionais – e muito menos ainda daquilo que parece original e engraçado (...). Deve-se analisar com seriedade e moderação todos os fenômenos que caracterizam cada aspecto da cultura tribal sem privilegiar aqueles que causam admiração ou estranheza em detrimento dos fatos comuns e rotineiros (p. 24).

Embora todos estes princípios não tenham sido seguidos à risca, devido às condições da área de estudo e dos objetivos desta pesquisa, muitas das recomendações de Malinowski, como registrar informações e impressões pessoais em diário de campo, estar atenta à todas as situações do cotidiano, buscar constantes mecanismos de aproximação com respeito à cultura local, entre outras, foram orientações fundamentais para o bom andamento dos trabalhos realizados em campo.

Assim, nesta pesquisa, a técnica da observação participante foi aplicada apenas em alguns momentos, principalmente no estudo de fenômenos que MALINOWSKI (1984) chama de “imponderáveis da vida real”, como por exemplo, a rotina do trabalho diário, a preparação e o consumo dos alimentos, e detalhes da vida social. Segundo o autor, fenômenos como estes são de suma importância e não podem ser registrados apenas com auxílio de instrumentos como o questionário, devendo ser observados em sua plena realidade.

3.3.2. Questionário/Formulário

O questionário é definido como um instrumento de coleta de dados constituído por um rol de perguntas apresentadas por escrito às pessoas que se deseja investigar. Quando é aplicado mediante entrevista, como no caso da pesquisa que aqui se apresenta, é designado também como formulário (GIL, 2005).

Em cada uma das dez comunidades indígenas, também chamadas de vilas ou bairros, aplicou-se um formulário (anexo 4) com os Agentes Indígenas de Saúde - AIS de cada comunidade, preenchido com o auxílio dos pesquisadores. Foram levantadas informações populacionais, sobre as habitações e ocorrências de doenças.

3.3.3. Entrevista

Utilizada como um dos instrumentos de coleta de dados dessa pesquisa, a entrevista segundo GIL (2005) é uma maneira de interação social que objetiva obter dados que interessam à investigação. “É uma forma de diálogo assimétrico em que uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação” (p. 591).

As entrevistas (anexo 5) realizadas em um total de vinte, forneceram informações e interpretações dos indígenas quanto à saúde, doença, causas e tratamento de enfermidades, nutrição e saneamento básico.

Quanto à escolha do número de entrevistas realizadas, baseou-se na reincidência das informações obtidas, prevista por MINAYO (2004) como uma das formas de definir uma amostragem em pesquisa qualitativa.

3.3.4. Mapa-Falante

O Mapa Falante é uma técnica que objetiva representar graficamente uma situação problematizada da realidade comunitária, a qual deve ser elaborada coletivamente por pessoas interessadas em conhecer e resolver problemas identificados. É recomendável a sua aplicação quando se deseja a participação da população na realização do diagnóstico de determinada situação que os envolve e na formulação de planos e programas de ações, visando mudar a situação diagnosticada (SES, 1993, PELICIONI, 1999).

Cada participante deve desenhar o lugar onde vive, sua casa e/ou o entorno, incluindo elementos importantes de sua vida familiar, vizinhança, entre outros. Esses desenhos serão fixados em uma parede. Podem também ser anotadas informações que os participantes julgarem necessárias nos desenhos. Utilizar gravuras de revistas e jornais pode ser uma alternativa, caso os participantes demonstrem alguma resistência em desenhar. Quando todos terminarem, os participantes poderão explicar seus desenhos ou fazer comentários sobre os outros. A discussão sobre o tema objeto do mapa falante será então estimulada pelo coordenador, de modo a aprofundar a reflexão sobre as causas e conseqüências do problema, anotando-se ou gravando as conclusões (SES, 1993, PELICIONI, 1999).

De acordo com REIGOTA (1999b) as imagens, como desenhos e fotos, trazem consigo, de forma explícita ou implícita, as representações sociais de quem as produziu, e o uso destas em práticas pedagógicas participativas contribui para a dialogicidade entre os atores envolvidos e para a busca conjunta de soluções para determinada problemática, por meio de análise, discussão e troca de idéias sobre as diferentes interpretações sobre elas. Lembra ainda o autor que “no processo pedagógico, as imagens exigem muito mais que um rápido olhar: um aprofundamento analítico sobre as representações sociais subjacentes nos discursos visuais” (p.115).

As técnicas de construção de imagens são consideradas por AZEVEDO (2001) um importante instrumento de discussão sobre a temática ambiental, pois possibilita a identificação, desconstrução e reconstrução de representações sociais. Recomenda ainda a autora que estas técnicas devem ser trabalhadas enquanto processo pedagógico de ensino-aprendizagem, observando-se e aproveitando-se os conflitos, as escolhas e os consensos estabelecidos no decorrer do seu desenvolvimento.

Nesta pesquisa a técnica de construção de mapas-falantes foi aplicada em reuniões comunitárias em cada uma das dez vilas centrais de Iauaretê, em dois momentos distintos: no primeiro, objetivou a identificação dos principais problemas socioambientais e de saúde pública na opinião dos indígenas moradores locais (anexo 6), sendo realizada na segunda visita de campo; no segundo, objetivou identificar anseios e sonhos da população para o futuro de Iauaretê (anexo 8), bem como incentivar a mobilização dos moradores para ações práticas, necessidade sentida em atividades anteriores, sendo realizada na quarta visita de campo.

É importante ressaltar que apenas os problemas e anseios relacionados a aspectos socioambientais e de saúde pública, identificados por meio dos desenhos e relatos destes, foram analisados e discutidos tendo em vista os objetivos propostos, a problemática identificada por meio de dados secundários, contatos prévios e observações realizadas no reconhecimento da área.

3.3.5. Painel de Fotos

Ainda com o intuito de identificar a representação da problemática pelos indígenas, complementando os questionários, entrevistas e mapas-falantes, solicitou-se a alguns moradores de cada vila que fotografassem aspectos do ambiente e de práticas cotidianas que julgassem influenciar de maneira negativa na sua saúde e na saúde da população. Os filmes fotográficos foram então revelados posteriormente e as fotos utilizadas na terceira visita de campo na construção de painéis para identificação de causas e soluções para aqueles problemas socioambientais e de saúde por eles diagnosticados.

Foram montados seis painéis com fotos agrupadas por temas: fontes de água, práticas cotidianas, resíduos, animais, alimento, verminoses (anexo 7), os quais foram levados para as reuniões comunitárias das dez comunidades, realizadas na terceira visita de campo .

3.3.6. Palestra sobre Resíduos Sólidos e Curso sobre Alimentos

De acordo com a abordagem sobre o problema dos resíduos sólidos nas reuniões comunitárias e com demandas levantadas principalmente na terceira etapa de campo, identificou-se a necessidade de oferecer orientações específicas quanto a possíveis soluções para os problemas locais de resíduos sólidos, sendo programadas para a quarta visita de campo, conforme solicitado pelos indígenas, e de acordo com o tempo que se dispunha naquele momento, a realização de palestras sobre o manejo e a disposição final de resíduos sólidos para professores e estudantes, bem como para funcionários da Unidade Mista de Saúde/SUSAM.

Da mesma maneira, verificou-se por meio de observação participante e das reuniões comunitárias demanda por orientações quanto à manipulação,

aprovisionamento e valor nutritivo dos alimentos consumidos pelos indígenas do Distrito de Iauaretê. Para suprir tal necessidade foi feita solicitação de apoio ao Centro de Educação Tecnológica Amazonas – CETAM para oferecimento de um curso específico de curta duração, executado por nutricionista, também na quarta visita de campo.

3.3.7. Análise dos Resultados

Os resultados desta pesquisa serão apresentados separadamente, de acordo com os diversos instrumentos utilizados, porém sua análise foi feita de forma conjunta, procurando-se seguir algumas recomendações da técnica de Triangulação de Métodos, para que assim fosse obtida uma melhor compreensão do conteúdo dos relatos e desenhos produzidos, bem como das práticas do cotidiano observadas e dos dados obtidos com o diagnóstico ambiental.

A expressão ‘triangulação’ remonta a Norman Denzin em seu livro *The Research Act*, de 1973. Nesta obra, o autor afirma que em pesquisa qualitativa a compreensão da realidade se faz por aproximação, sendo necessário olhá-la por vários ângulos. Assim, a estratégia da triangulação baseia-se na combinação de diferentes métodos e técnicas de investigação, e portanto, diferentes formas de olhar a realidade (MINAYO *et al.*, 2005a).

A triangulação de métodos caracteriza-se ainda por integrar a análise das estruturas, dos processos e dos resultados, a compreensão das relações envolvidas na implementação das ações e as diferentes visões dos atores. Valoriza também a quantificação, porém entende a quantidade apenas como indicador e parte da qualidade dos fenômenos, dos processos e dos sujeitos sociais, diferenciados social e culturalmente (MINAYO, 2005).

Dessa maneira, entende-se que a triangulação de métodos mostra-se como extremamente adequada, tanto para a análise dos resultados, como do processo de desenvolvimento dessa pesquisa-ação como um todo.

Procurou-se seguir as seguintes etapas: 1) organização do material obtido com os diversos instrumentos (anotações do diário de campo, referente às observações e impressões pessoais e resultados dos questionários, entrevistas, mapas-falantes e dos painéis de fotos); 2) leitura, transcrição e codificação dos resultados de cada instrumento; 3) busca de representações e idéias coincidentes e divergentes presentes nos diversos instrumentos; 4) interpretação dos dados procurando ultrapassar as falas e os desenhos, e analisá-los de forma contextualizada mediante outros conhecimentos obtidos por meio de revisão bibliográfica.

3.4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A presente pesquisa teve seu projeto aprovado pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP (registro 10848) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública/USP - CEP (protocolo 1302), o qual recomendou a elaboração de uma Declaração (anexo 2) assinada por todos pesquisadores membros da equipe, autorizando a utilização dos dados coletados para o desenvolvimento desta Tese de Doutorado.

Procurou-se seguir as Resoluções 196/1996 e 304/2000 do Conselho Nacional de Saúde - CNS no que diz respeito aos aspectos éticos da pesquisa, no caso envolvendo povos indígenas.

De acordo com o item III, 2.4 da Resolução 304/2000 do CNS,

qualquer pesquisa envolvendo a pessoa do índio ou a sua comunidade deve ter a concordância da comunidade alvo da pesquisa que pode ser obtida

por intermédio das respectivas organizações indígenas ou conselhos locais, sem prejuízo do consentimento individual, que em comum acordo com as referidas comunidades designarão o intermediário para o contato entre pesquisador e a comunidade. Em pesquisas na área de saúde deverá ser comunicado o Conselho Distrital.

Para tal, em visita de reconhecimento à área de estudo, realizou-se uma reunião com lideranças indígenas locais e integrantes das comunidades, no Salão Paroquial do Distrito de Iauaretê, no dia 10 de fevereiro de 2004, para esclarecimento da proposta de pesquisa. Os indígenas presentes compreenderam a importância desse tipo de trabalho e demonstraram grande interesse na sua realização, e concordaram com a participação de todas as comunidades, seus moradores e os líderes que as representavam.

Essa anuência fez parte do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que acompanha este projeto (anexo 1).

O projeto de pesquisa foi também encaminhado e aprovado pelo Conselho Distrital de Saúde Local, conforme recomendado (anexo 3).

Lembra-se ainda que a participação dos membros e representantes das comunidades aconteceu livre de qualquer tipo de coação, não havendo qualquer risco para os pesquisados em razão da coleta de dados e do desenvolvimento da pesquisa.

Procurou-se adaptar os instrumentos de pesquisa a uma linguagem compreensível aos participantes.

O ingresso na Terra Indígena Alto Rio Negro também foi devidamente autorizado pela Fundação Nacional do Índio – Funai (processo 0480/04).

4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Serão apresentados e discutidos a seguir, de forma cronológica, de acordo com as cinco visitas de campo realizadas ao Distrito de Iauaretê, os resultados obtidos com os diversos instrumentos de pesquisa utilizados em processo de pesquisa-ação, como observação participante, questionários, entrevistas, técnicas de construção de mapas-falantes e de painéis. Procurar-se-á também apresentar e discutir o próprio processo de construção da pesquisa.

Os resultados das diversas atividades realizadas representam o produto de um trabalho dialógico realizado com a cooperação de uma equipe multiprofissional e, como afirmam MINAYO *et al.*, (2005a), esta interação é condição *sine qua non* de um trabalho científico interdisciplinar.

4.1. PRIMEIRA VISITA DE CAMPO (FEVEREIRO/2004)

No período de 5 a 18 de fevereiro de 2004, realizou-se visita de reconhecimento à sede do Município de São Gabriel da Cachoeira/AM e ao Distrito de Iauaretê, objetivando a realização de encontros com lideranças de instituições e organizações locais e um reconhecimento prévio da área de estudo, assim como um levantamento das condições de saúde e saneamento, para a elaboração adequada de um projeto de pesquisa.

Na sede do Município de São Gabriel da Cachoeira/AM, foram realizadas reuniões com algumas instituições locais, tais como: Fundação Nacional do Índio - Funai, Distrito Sanitário Especial Indígena - DSEI, Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro - FOIRN e Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis - Ibama, para os esclarecimentos necessários à viabilização e elaboração da pesquisa.

Na visita ao Distrito de Iauaretê, por convocação da Coordenadoria das Organizações Indígenas do Distrito de Iauaretê - COIDI organizou-se uma reunião no salão paroquial com as lideranças locais, a fim de esclarecer os objetivos da pesquisa a ser desenvolvida (figura 27). Estiveram presentes cerca de 30 pessoas que manifestaram interesse na realização desta, expondo suas necessidades, além de fazer alguns questionamentos, que foram devidamente esclarecidos durante a reunião.

Figura 27. Reunião com lideranças indígenas de Iauaretê

Luciane Viero Mutti (fev/2004).

Merece destacar aqui a preocupação expressa pelos indígenas com relação aos reais benefícios que teriam com a pesquisa, porque, segundo eles, muitas já haviam sido desenvolvidas na região, porém a maioria, até aquele momento, não havia trazido melhorias efetivas para a população e nem mesmo devolutiva dos resultados. Procurou-se esclarecer na ocasião, que tratava-se de pesquisa-ação e que portanto, com sua participação direta, resultados positivos da intervenção seriam produzidos ao longo do processo, e não apenas ao final da pesquisa.

Ao término da reunião, representantes das comunidades ali presentes, agendaram visitas das pesquisadoras ali presentes, a autora deste trabalho

e nutricionista membro da equipe, às dez comunidades/vilas centrais do Distrito de Iauaretê.

Nos centros comunitários de cada vila procurou-se então reunir as principais lideranças e os moradores para os esclarecimentos necessários, bem como fazer um levantamento prévio de necessidades e expectativas. Em seguida, caminhou-se pelos arredores de cada vila, procurando identificar os locais de coleta de água para consumo e preparo de alimentos, locais de banho, lavagem de roupas, deposição de dejetos humanos e resíduos sólidos. O interior de algumas moradias também foi visitado, tendo-se analisado principalmente as condições de armazenamento e preparo de alimentos, e os cuidados com as roupas e materiais de uso pessoal, como redes de dormir.

Em algumas comunidades, na ausência do líder, por motivo de viagem ou outro, as visitas foram acompanhadas pelos vice-líderes ou animadores.

Pôde-se constatar a gravidade da problemática, do ponto de vista de saúde pública, principalmente pela insalubridade dos locais utilizados para coleta de água destinadas ao consumo humano e pela disposição inadequada de dejetos humanos e resíduos sólidos domésticos em áreas ao redor dos domicílios e próximas as nascentes, caracterizando a manutenção de práticas tradicionais incompatíveis com a atual elevada concentração populacional local, expondo os indígenas à riscos epidemiológicos. O freqüente acometimento da população por diarreias e parasitoses intestinais foi também bastante relatado pelos moradores que participaram dessas primeiras reuniões.

Em virtude do tempo escasso de permanência na área neste primeiro momento, as visitas foram de reconhecimento, com muita observação e conversas informais de forma a contribuir para a elaboração de um projeto

de pesquisa mais adequado às necessidades e exeqüível perante a cultura e condições locais.

Foi consenso o interesse das lideranças locais e dos moradores em geral a realização da pesquisa-ação no Distrito de Iauaretê, objetivando por meio da educação em saúde e ambiental a participação dos moradores na busca de soluções para os problemas identificados.

4.2. SEGUNDA VISITA DE CAMPO (MARÇO/2005)

A primeira atividade desenvolvida nesta visita ao Distrito de Iauaretê foi a participação do grupo de pesquisadores em uma Reunião do Conselho Local de Saúde no Centro Comunitário da Vila São Miguel, com a participação de cerca de 40 pessoas, entre agentes indígenas de saúde e lideranças do centro do Distrito, do médio e alto rio Uaupés e baixo rio Papuri. Estavam também presentes enfermeiros, técnicos e dentistas do Distrito Sanitário Especial Indígena - DSEI, além de membros da diretoria da Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro - FOIRN e da Associação dos Agentes Indígenas de Saúde do Alto Rio Negro - AAISARN.

Nessa reunião pôde-se esclarecer novamente aos presentes os objetivos da pesquisa, bem como as etapas previstas e as atividades que seriam desenvolvidas junto à população da região central do Distrito, que agrega as dez comunidades já mencionadas. As lideranças locais aproveitaram a ocasião para agendar as atividades que seriam realizadas durante o período de permanência no Distrito.

Nas reuniões comunitárias que ocorreram em todas as vilas, foram preenchidos questionários/formulários, aplicadas algumas entrevistas e desenvolvida a técnica de construção do Mapa-Falante, procurando-se contemplar a tradição de comunicação oral de povos indígenas. Nesta visita,

realizou-se também um primeiro diagnóstico das condições socioambientais e de práticas cotidianas, por meio de observação participante. Os resultados destas atividades serão detalhados a seguir.

4.2.1. Resultados dos Questionários/Formulários

De acordo com as respostas fornecidas pelos agentes indígenas de saúde (AIS), o Distrito de Iauaretê tinha naquele momento uma **população** de 2683 habitantes, sendo a Vila Aparecida a mais populosa com 498 habitantes, e a Vila Fátima, com 101 habitantes, a menos populosa. O quadro 3 mostra algumas divergências quanto à distribuição dos habitantes por vila, segundo informações obtidas por meio do questionário/formulário e análise documental do cadastro de registros do DSEI/ARN/FOIRN.

Quadro 3. Número de habitantes por vila, segundo cadastro DSEI/FOIRN (2004) e segundo resultado dos questionários/formulários (2005).

VILAS	Nº DE HABITANTES (segundo cadastro DSEI/FOIRN - 2004)	Nº DE HABITANTES (segundo AIS / Questionário - 2005)
São Miguel	343	328
Dom Pedro Massa	276	260
Cruzeiro	376	327
São José	211	228
Domingos Sávio	215	230
Dom Bosco	332	278
Aparecida	425	498
Fátima	120	101
Santa Maria	290	312
São Pedro	118	121
TOTAL	2.706	2683

De acordo com as respostas obtidas, a população do Distrito de Iauaretê era constituída de 13 **etnias** diferentes, pertencentes a 3 famílias lingüísticas. Da família lingüística Aruak, as etnias Tariana, Baniwa e Baré; da família lingüística Tukano Oriental, as etnias Tukano, Desano, Kubeo, Wanano, Tuyuca, Pira-Tapuya, Miriti-Tapuya e Arapasso; e da família lingüística

Maku, a etnia Hupda; além de Yuruti, etnia do território colombiano, as quais estavam distribuídas por comunidades/vilas, como mostra o quadro 4.

Quadro 4. Distribuição das etnias por vila do Distrito de Iauaretê, segundo resultado dos questionários/formulários.

VILAS	ETNIAS
São Miguel	Tariana, Tukano, Pira-Tapuya, Desano, Arapasso, Wanano e Kubeo;
Dom Pedro Massa	Tukano, Desano, Wanano, Pira-Tapuya, Tariana, Baniwa, Arapasso e Miriti-Tapuya;
Cruzeiro	Tariana, Tukano, Pira-Tapuya, Desano, Arapasso e Baré;
São José	Tukano, Pira-Tapuya, Desano e Tariana;
Domingos Sávio	Tariana, Tukano, Pira-Tapuya e Arapasso;
Dom Bosco	Tariana, Tukano, Wanano, Pira-Tapuya e Desano;
Aparecida	Tariana, Pira-Tapuya, Tukano, Desano, Tuyuca e Wanano;
Fátima	Hupda e duas famílias com membros Pira-Tapuya;
Santa Maria	Tariana, Tukano, Tuyuca, Arapasso, Pira-Tapuya, Wanano e Desano;
São Pedro	Tariana, Pira-Tapuya, Wanano e Yuruti.

Observou-se que, segundo as respostas, com exceção das Vilas Fátima e São Pedro, as etnias Tariana, Tukano e Pira-Tapuya estavam presentes em todas as outras 8 vilas do Distrito de Iauaretê em 2005, sendo que, de acordo com os relatos obtidos, a maioria da população pertencia a etnia Tariana. Destaca-se também a existência da etnia Hupda apenas na Vila Fátima.

Por este trabalho não ter sido dirigido especificamente à área antropológica e à identificação das etnias presentes na área de estudo, sendo esta informação buscada apenas de forma complementar, mediante o uso de questionários/formulários, deve-se considerar, portanto, pesquisa realizada por ANDRELLO (2004), de cunho antropológico, que identificou no local 15 etnias, dentre as quais, com exceção da Yuruti, não identificada pelo autor, incluem-se, além das outras 12 já mencionadas, as etnias Carapanã, Barasana e Baré,

Com relação aos **domicílios**, houve algumas divergências quanto aos números informados pelos AIS e os números obtidos em documento

fornecido pelo DSEI/ARN/FOIRN dos cadastros das famílias e dos domicílios, como mostra o quadro 5, a seguir. A última atualização deste documento foi realizada no ano de 2004 e as informações dos AIS foram fornecidas em março de 2005.

Quadro 5. Número de domicílios de cada vila, segundo cadastro do DSEI/FOIRN e segundo resultado dos questionários/formulários.

VILAS	Nº DE DOMICÍLIOS (segundo cadastro DSEI/FOIRN-2004)	Nº DE DOMICÍLIOS (segundo AIS/ Questionário-2005)
São Miguel	54	54
Dom Pedro Massa	47	42
Cruzeiro	61	49
São José	34	46
Domingos Sávio	40	45
Dom Bosco	56	62
Aparecida	70	98
Fátima	15	13
Santa Maria	46	43
São Pedro	17	12
Total	440	464

A maioria das **moradias** do Distrito era de madeira, sendo que havia também algumas de alvenaria, de barro (pau-a-pique), e algumas revestidas de paxiúba (figura 28), uma palmeira da região. A cobertura de grande parte das casas era de zinco (figura 29), havendo também algumas cobertas por palha de caranã (figura 30) e uma minoria por telha de barro. Na Vila Fátima, a maioria das moradias era de pau-a-pique e revestida por palha de caranã.

Figura 28. Moradia revestida lateralmente de folha de paxiúba.

Renata Ferraz de Toledo (mar/2005).

Figura 29. Moradia de madeira com teto de telha de zinco.

Leandro Luiz Giatti (mai/2005).

Figura 30. Moradia de madeira com teto de palha de caranã.

Renata Ferraz de Toledo (fev/2004).

Segundo relato dos moradores, a opção pela substituição do teto de palha pelo de zinco, deve-se a sua maior durabilidade e resistência à fatores climáticos, como a chuva, já que a região apresenta alto índice pluviométrico. No entanto, pelas elevadas temperaturas locais, do ponto de vista de saúde pública, o teto de zinco torna-se inadequado.

De acordo com as respostas, em cada domicílio viviam geralmente duas famílias, o que equivalia a presença de 5 a 10 pessoas em média.

Sobre o tipo de moradia onde viviam antigamente e o surgimento das novas habitações individuais e da formação das vilas, DOETHYRÓ TUKANO/MACHADO (2003) esclarece que,

até a chegada do "branco" e da "evangelização", meus antepassados viviam em uma grande maloca, na qual moravam várias dezenas de habitantes, e era como uma casa universo: compartilhavam com a mesma alegria, sentimentos de igual para igual, ajuda mútua entre eles. A maloca era a nobreza máxima em todos os sentidos. Mas, um dia, essa maloca foi destruída, e cada chefe de família construiu uma habitação individual. Seu conjunto foi denominado "vila" ou "povoado" (...) (p.228).

Este relato mostra claramente o início de um processo de mudança de padrão de habitação que gerou conseqüências no modo de uso e ocupação do solo em comunidades indígenas, e no modo de vida tradicional, inclusive quanto a transmissão oral de conhecimentos que ocorria no interior dessas malocas.

Eram faladas no Distrito cerca de 11 línguas diferentes: tukano, pira-tapuya, wanano, kubo, baniwa, tariana, desano, tuyuca, hupda, português e espanhol, porém o tukano era o **idioma** predominante entre a população local. Os Hupda da Vila Fátima utilizavam sua própria língua, contudo faziam uso também do tukano para se comunicar com os demais. Da mesma maneira, o português era falado pela maioria da população em todas as vilas, principalmente para se comunicar com os brancos.

Quanto à **ocorrência de doenças**, não houve diferença significativa quanto as mais freqüentes entre homens, mulheres, recém-nascidos, crianças e jovens, sendo as mais citadas nas respostas, “diarréia”, “vômito”, “verminoses”, “malária” e “gripe”. Foram mencionadas também “febre”, “disenteria”, “coceira”, “impinge”, “dor de cabeça”, “pneumonia”, entre outras. Esclarece-se que algumas dessas citações são na verdade sintomas e não doenças.

Dentre as mais freqüentes nas mulheres foram citadas também como doenças a “menopausa” e “doença do útero”.

O “reumatismo” também foi bastante citado entre homens, mulheres e, principalmente entre os idosos. “Pressão alta”, “colesterol alto”, “problemas na vesícula”, “gripe”, “diarréia”, “vômito”, “febre” e “hérnia” também foram mencionadas, dentre as doenças mais comuns nos idosos.

Dentre as doenças citadas por eles, percebe-se que muitas delas têm relação direta com as precárias condições de saneamento e a manutenção de hábitos insalubres, resultantes das alterações do modo de vida tradicional desses indígenas.

De acordo com as respostas, de maneira geral essas doenças **poderiam ter sido evitadas** de diversas maneiras, e segundo seus depoimentos, pela “prevenção”, “palestra na comunidade”, tendo “água limpa”, “banheiro próprio”, “higiene”, “não colocar caxiri no isopor, só no cocho”, “remédio caseiro” e por meio do “benzimento” e da “proteção do pajé”.

Foram mencionadas também algumas **medidas** para evitar doenças **específicas**, por exemplo, para a diarréia e a verminose, sugeriu-se “tomar água filtrada ou fervida”, “lavar frutas”, “tampar as comidas”, “saneamento básico”, “limpeza da casa e comida” e “ter mais higiene”. Para evitar o

reumatismo, recomendou-se "não pegar sol demais e depois tomar banho frio", "não tocar em secreção de besouro e outros animais", "movimentar o corpo", "não trabalhar muito carregando peso". Para se evitar a coceira (ou impinge) sugeriu-se "limpar o cachorro, o gato". Para tumores, "carapanãs grandes quando espeta dá tumor, ou alimentação, água suja, quebra das pedras traz poeira e dá tumor", "não usar roupa suja". Para se evitar a malária recomendou-se "cuidado com água parada".

Sobre as formas utilizadas de maneira geral no **tratamento das doenças**, foram mencionadas por alguns, primeiro a procura de um pajé, benzimento ou remédio caseiro, e depois a procura de um médico ou remédio "de branco"; para outros, o tratamento era feito concomitantemente com o uso de medicamentos alopáticos e benzimento ou orientações do pajé. Havia também pessoas que preferiam procurar apenas tratamento "de branco", na Unidade Mista de Saúde/SUSAM ou no Pólo Base/DSEI.

Também foram mencionados alguns **tratamentos específicos** para determinadas doenças. Foi bastante freqüente nas respostas o uso de "pini-pinu", uma espécie de urtiga que segundo eles, era utilizada no tratamento de reumatismo, acompanhada de benzimento (lembraram também que os idosos não gostam de ir ao Pólo Base ou Hospital). Para diarreia, disenteria ou verminose foram mencionados o uso de vermífugo (fornecido pelo DSEI), soro caseiro e "suco do mato, bem amargo". Para o tratamento da gripe recomendava-se beber sucos de limão, cupuaçu, laranja, maracujá e "a própria urina". Para coceira mencionou-se o uso de um remédio caseiro feito com limão e pólvora.

Nota-se que algumas vezes foram citados a mistura de conhecimentos tradicionais indígenas com aqueles adquiridos dos brancos.

Merece destacar aqui, a importância dada por eles ao benzimento dos bebês logo ao nascer, e de acordo com a maioria das respostas, é esta proteção

que irá prevenir doenças que acometem os recém-nascidos, inclusive a diarreia, sendo esta prática também indicada muitas vezes como a única forma de tratamento dessas doenças em recém-nascidos. Pôde-se perceber esse fato em respostas como: "todo recém-nascido é benzido logo que nasce, senão pega todo tipo de doença, chora muito, cai o umbigo, tem diarreia, não consegue fazer xixi direito"; "pai da família tem que benzer bem (o recém-nascido), aí não pega"; "a doença no recém-nascido depende do benzimento"; "em recém-nascido aparece uma doença da região que chama sopro, é uma diarreia que não acaba, assadura, manchas na pele, mas não tem como prevenir e trata com benzimento"; "tira meio copo de leite do peito da mãe e leva para o benzedor, que benze e a criança toma, mas tem que ser leite da mãe para o bebê não estranhar".

De acordo com ATHIAS (2002), existem "benzimentos" específicos para todas as situações do indivíduo, de acordo com as tradições dos habitantes da região: antes de nascer, durante o nascimento e pós-parto, relacionados à criança e aos pais da criança. Segundo o autor, os benzedores e os demais indígenas de modo geral, consideram essas práticas como preventivas de grande parte das doenças existentes.

Sobre os "sopros", GARNELLO e WRIGHT (2001) esclarecem que visam causar dano à vítima, tendo como veículo principal a fumaça do cigarro soprada no ar e podem ser feitos por pajés, benzedores ou pessoas comuns que conheçam a prática. Dentre os diversos danos que podem causar destacam-se algumas doenças femininas e outras infantis, como hemorragias pós-parto, excesso de menstruação, morte pré e pós-natal do feto, infertilidade e falta de leite materno.

Também surgiram em algumas respostas a indicação de tratamento diferenciado para doenças consideradas "doenças de branco", como sarampo, gripe, sendo então recomendado para combatê-las remédio "de

branco", e para as doenças consideradas "de índio" - (feitiço), como dor de cabeça, febre, diarreia, indicavam o uso de remédio caseiro ou benzimento.

Segundo GARNELO e WRIGHT (2001), as chamadas "doenças de branco" são representações acerca de doenças trazidas pelo contato com a sociedade envolvente, e para os indígenas da etnia Baníwa, o que as distingue das "doenças de índio" é seu caráter de transmissibilidade, sendo as mais reconhecidas por eles o sarampo, a malária, a gripe, a diarreia com sangue, a tuberculose, entre outras. Os autores lembram ainda que, de maneira geral, essas classificações seguem a lógica do pensamento mítico e não premissas da microbiologia.

BUCHILLET (1995), ao estudar as representações de doenças entre os índios Desana da região do alto rio Negro, assinala que, esta distinção genérica entre doenças autóctones e de contato leva muitas vezes ao entendimento de que as sociedades indígenas atribuem as epidemias exclusivamente aos efeitos do contato interétnico, o que segundo a autora, nem sempre é verdade. As representações de doenças infecciosas baseiam-se tanto na experiência histórica do contato das sociedades afetadas, como em características epidemiológicas de cada patologia.

Para muitos indígenas, dentre eles os Hupda, o rio (meio de comunicação), assim como as mercadorias trazidas por ele, são considerados como um veículo de transmissão de algumas doenças infecciosas, como a gripe (ATHIAS, 2002).

Sobre a atuação de pajés e benzedores os respondentes esclareceram que, "o pajé cura e o benzedor protege", "o pajé vê no sonho que doença que a pessoa tem", "o pajé recebe o poder da natureza e cura, suga a doença", "os pajés são preparados desde criança pelos pais, com jejum, não comem comida quente, não podem namorar".

Para DOETHYRÓ TUKANO/MACHADO (2003), "o pajé é dotado de poderes sobrenaturais, podendo evocar os raios do relâmpago, afastar espíritos malignos, manter a natureza sob equilíbrio e sem poluição, para que seus habitantes possam viver em paz. Ele é o profeta de sua gente" (p.232).

De acordo com ATHIAS (2002), apesar de existirem diferenças entre os diversos sistemas médicos dos Tukano, Aruak e Maku, alguns elementos são comuns entre eles, como nos processos terapêuticos e na forma como os pajés e agentes tradicionais de cura atuam, considerados como capazes de oferecer um diagnóstico e posteriormente a cura.

4.2.2. Resultados das Entrevistas

Das 20 entrevistas realizadas, 13 foram respondidas individualmente (figura 31), 5 por duplas, 1 por um trio, e 1 foi respondida coletivamente, por um grupo de 7 pessoas (figura 32). A escolha dos entrevistados deu-se por meio da solicitação de voluntários entre os participantes que estivessem dispostos a responder (de ambos os sexos e idades entre 20 e 60 anos), durante as reuniões comunitárias de cada vila.

Figura 31. Entrevista individual realizada com morador da V. S. Pedro.

Figura 32. Entrevista coletiva realizada com moradores da V. S. Miguel.

Leandro Luiz Giatti (mar/2005).

Na Vila Fátima realizou-se apenas uma entrevista devido à dificuldade com o idioma Hupda, já que o líder da comunidade não falava português. Pôde-se na ocasião contar com a ajuda do presidente da Coordenadoria das Organizações Índígenas do Distrito de Iauaretê - COIDI como intérprete (figura 33). Na Vila São Miguel foram realizadas 3 entrevistas e nas outras 8 vilas, 2 entrevistas em cada vila.

Figura 33. Entrevista com a ajuda de um intérprete realizada com morador da V. Fátima.

Leandro Luiz Giatti (mar/2005).

Etnia, sexo e idade

Dos entrevistados, 17 pertenciam a etnia Tariana, 5 eram Tukano, 5 Pira-Tapuya, 1 Desano, 1 Wanano, 1 Kubeo, 1 hupda e 1 não informou a qual etnia pertencia. Destes, 18 eram do sexo feminino e 14 do sexo masculino. Com relação à idade, 4 entrevistados tinham entre 20 e 35 anos, 7 tinham entre 36 e 45 anos, 8 tinham entre 46 e 55 anos, e 3 tinham entre 56 e 60 anos.

Saúde

Ao perguntar aos entrevistados se eles achavam que as pessoas da sua comunidade tinham saúde, 11 deles responderam que "sim", 3 disseram que "alguns sim outros não", 3 responderam que a "saúde é regular", 2 responderam que "quando não estão doentes, sim" e 1 deles respondeu que "a minoria tem saúde".

Vida das pessoas com saúde

De acordo com as respostas, foi recorrente a relação estabelecida pelos entrevistados entre **ter saúde** e "sentir-se bem", "animado", "disposto", e esta disposição estava principalmente relacionada ao trabalho, ou seja, sentindo-se bem havia **disposição para o trabalho**, e isto era (para eles) fundamental para se ter saúde, pois pelo trabalho diário de subsistência na roça, pautado por uma economia tradicional, garante-se, ainda para a maioria da população, o alimento de cada dia. É como um ciclo: sem disposição não se pode trabalhar, sem trabalhar não se produz alimentos, e sem alimentos não se tem saúde.

Percebe-se esta interpretação dos indígenas em respostas como as transcritas abaixo:

"Quem tem saúde, sente bem, trabalha".

"É mais difícil de pegar doença, acorda cedo, vai pra roça, carrega mandioca, toma banho cedo".

"Vontade de trabalhar, vai na roça".

"Se a roça não dá certo, dá desânimo, depois doença".

"Através do nosso trabalho nós temos nossa saúde".

"Vontade de trabalhar".

O reconhecimento da **importância da alimentação** para a saúde, já demonstrado acima em sua relação com o trabalho, também foi mencionado diretamente em respostas como:

"(A saúde) depende da alimentação".

"Tem que ser bem alimentado, na hora certa, (assim as pessoas) vivem fortes, faz o que eles fazem sem precisar ajuda".

"Tem comerciante aqui também, mas os nossos pais comiam só peixe, caça, ia pra roça e ficava bem, hoje (com essa alimentação) ficam mais doente".

Este último relato refere-se à transição dos hábitos alimentares desses indígenas ocorrida em função da atual dinâmica econômica e cultural, onde novas práticas alimentares foram incorporadas como o consumo de alimentos industrializados. Ressalta-se ainda que os habitantes de Iauaretê vêm enfrentando situação de escassez de alimentos protéicos, como o peixe e a caça, decorrente principalmente da elevada concentração populacional em contraste com a capacidade suporte do ambiente.

A disposição também foi reconhecida por eles como importante para a **prática de outras atividades**, como de lazer ou religiosas. Isso ficou claro em respostas como as que se apresentam a seguir:

"Elas (as pessoas) fazem tudo, vão pra roça, trabalham, vão para a oração, vão para o lazer também".

"Se diverte na festa, vão na missa também, porque se sente bem, trabalha na comunidade".

"Vontade de trabalhar, conversar, praticar esportes"; "vê pela aparência, demonstra ser alegre, muita participação".

Vida das pessoas que não tinham saúde

Ao perguntar aos entrevistados como era a **vida das pessoas que não tinham saúde**, houve novamente nas respostas forte associação com a **falta de disposição, principalmente para o trabalho**, ficando demonstrado inclusive um sentimento de tristeza quando diante desta possível situação. Percebe-se isso em respostas como as que seguem (referindo-se às pessoas que não tem saúde):

"Fica mole, triste, parado, molezinho, deitado na rede, não pensa em trabalhar, cria preguiça".

"Muito triste, sem vontade de ir na roça".

"Fica fraco, desanimado, fraco pra trabalhar, triste".

"Triste, doente, fica sem roça, sem farinha, sem beiju".

"Fica triste, tem que ficar em casa, tratando da saúde, tomando remédio caseiro e de branco".

"Sente-se desanimado, triste, preocupado".

Motivos pelos quais as pessoas não tinham saúde também foram mencionados nas respostas, ao invés de contar como viviam as pessoas nessa situação, conforme solicitado nesta pergunta da entrevista. Essas justificativas apareceram associadas a uma alimentação inadequada, hábitos precários de higiene, como também a ausência de saneamento, como mostram as respostas abaixo transcritas.

"Pessoal do interior usa água suja do rio, comida que fazem não é bem tratada, são fracos pois não se alimentam bem, descuida da própria saúde".

"A gente vê que a família tem higiene pessoal, vestimenta apresenta saúde, a gente percebe na cara".

(A doença aparece) "por falta de alimentação, nós não alimentamos todo dia (...), é difícil aqui, principalmente a pescaria, de manhã só toma mingau e quinhapira e seguimos pra roça".

"Por falta de alimentação, não tem comida, maioria que vem do (rio) Papuri e do alto (rio) Uaupés vem pra cá e não encontra terreno para plantar, aí fica difícil; hoje em dia é assim, antigamente não".

"Porque não se alimentam bem, trabalham sem comer, quem tem salário se alimenta melhor".

Justificativas para o adoecimento

As justificativas mais recorrentes mencionadas pelos entrevistados com relação aos motivos pelos quais as pessoas têm ficado doentes foram de aspectos associados à **crenças mitológicas**, por feitiço, sopro, veneno, relâmpago, trovão e profanação, como mostram algumas respostas abaixo transcritas.

"Feitiço pode causar doença, doença daqui para a mão, braço, costas (mostrando) é de feitiço".

"Os pajés que sabem quem assopra, aí dá dor de cabeça, vômito, tudo é sopro, veneno".

"Trovão forte vem malária, febre, dor de cabeça, trovão mata, pajé manda".

"Febre também é provocada por profanação, tipo na casa da COMARA (Comando Geral de Operações Aéreas da Amazônia) que manda quebrar pedras com marreta, pedras que eram sagradas".

A existência de doenças também foi justificada por uma **má alimentação** ou por **falta de cuidados com a manipulação e armazenamento dos alimentos**. Percebe-se isso em respostas como as que seguem abaixo.

(Quando) "falta alimento não trabalho, sem comida, vem doença".

"Porque muitas vezes não tem comida, as pessoas vão pra roça mesmo sem se alimentar direito, toma sol, sente fome, aí aparece as doenças".

"Fica doente por descuido dos alimentos, água suja, cuidado com alimento, carne mal cozida, às vezes, a comida está um pouco estragada, a gente compra e fica doente".

"Porque as pessoas descuida das coisas, mas tem que ter alimentos bem tampado".

A **falta de hábitos de higiene e a ausência de saneamento** como tratamento de água e esgoto e a coleta de resíduos, também foram justificativas mencionadas, tais como as que se apresentam a seguir.

"Porque não tem higiene, as pessoas sabem que está errado, mas não corrigem".

"Higiene, limpeza pessoal, água suja que contamina quando banha no rio".

"Por causa do lixo, tá quase dominando, não tem sanitário, a gente faz (as necessidades) em todo lugar, cachorro faz sujeira na rua".

"Depende da condição do ambiente, no inverno devido o saneamento (falta de) tomamos banho no igarapé, chove e leva sujeira para a água, nesse tempo de chuva tem mais doença, carrega muita coisa para o igarapé; no verão as pessoas tem seus poços e o igarapé não é tão sujo porque chove menos".

Questões associadas à **situações de preguiça ou indisposição** para o trabalho também foram apresentadas pelos entrevistados para explicar o surgimento de doenças, como mostram as respostas abaixo transcritas.

"Nós também somos culpados, porque não sabemos trabalhar, eu começo a trabalhar e paro, comecei galinheiro e desanimei".

"Porque (tem) preguiça, eu acho, ele não pensa em procurar trabalho, comida".

"Quem não trabalha procura doença".

"Primeiro é preguiça, porque as pessoas sadias são trabalhadoras, aqui a terra da tudo, é só ir pra roça, mas hoje é diferente, tem muita desnutrição, por influência da globalização eles querem comprar e deixam de plantar; quando chegou o PET (embalagem plástica descartável), qualquer dinheiro eles vão comprar, e o pouco que ganha não dá pra sustentar e ao mesmo tempo não querem plantar".

Percebem-se claramente nesses depoimentos sentimentos de culpa por parte dos indígenas ao se considerarem, por exemplo, preguiçosos diante de situações em que não podiam trabalhar. Da mesma maneira, em relatos anteriores, este mesmo sentimento é demonstrado ao julgarem-se como sendo pessoas sem hábitos de higiene. Ressalta-se que essas representações são reflexos do contato com a sociedade envolvente que pré-julgou as populações indígenas por se recusarem, por exemplo, a trabalhar para os colonizadores, ou por terem hábitos culturais e valores diferentes dos adotados pela sociedade européia, que era considerada um “modelo de civilização” a ser seguido. O fato é que essas idéias preconceituosas de que os indígenas eram “preguiçosos”, “sujos”, “impuros” e “pagãos” foram adotadas pelos mais diversos setores da sociedade em contato com esses povos, como missionários, militares, entre outros, afetando profundamente a auto-estima deles.

Assim como nas respostas obtidas pelos questionários/formulários, percebeu-se nas entrevistas a distinção estabelecida pelos indígenas para “doenças de branco”, aquelas que são trazidas de fora, e “doenças de índio”, originadas no local, nas justificativas para o surgimento delas, como mostram as seguintes respostas.

"Gripe vem de baixo (pelo rio), dos brancos, contamina o ar".

"Vômito e diarreia, doença de índio que o pajé cura, tuberculose o pajé não cura".

"Doença vem da cidade de São Gabriel da Cachoeira, como gripe, sarampo, febre; malária vem daqui mesmo".

"Gripe vem da cidade; febre, malária se origina daqui mesmo, muito carapanã".

Justificativas específicas para determinadas doenças também foram apresentadas por entrevistados, como por exemplo, para o surgimento da diarreia explicaram: "diarreia é feitiço, não passa nada"; "diarreia é por

comida estragada, azeda"; "diarréia é pela falta de higiene e água limpa"; "diarréia, de comer tudo misturado, doce, peixe, tanta quinhapira, quando come muita pimenta"; "diarréia é porque não tem água boa para bebe, come fruta sem lavar, ou come comida estragada".

Em estudo realizado junto ao povo Baniwa, GARNELO e WRIGHT (2001) identificaram situação semelhante, em que as doenças diarreicas são atribuídas por esse grupo indígena ao não cumprimento de regras alimentares, como à inadequada preparação dos alimentos e também à falta de rituais de proteção no recém-nascido, já comentado anteriormente.

Para explicar o surgimento da gripe, foram dadas as seguintes justificativas: "gripe, vai pra roça com gripe, apanha sol, chuva e fica doente"; "porque apanha muita chuva, quando não tem cobertor, quando pega muito sol"; "poeira que levanta das festas". Além daquelas respostas já transcritas acima, que relatam a gripe como uma doença trazida pelo branco das cidades.

O reumatismo foi explicado das seguintes maneiras: "os velhos diziam que dor no corpo, reumatismo vem através do relâmpago"; "reumatismo de tanto carregar peso".

Quanto às justificativas para o surgimento da malária, foi recorrente a afirmação da presença de focos de mosquitos em tanques de criação de peixes, como nas seguintes respostas: "poços de piscicultura, malária, brancos trouxeram esta idéia"; "malária vem do poço de peixe"; "malária antigamente não tinha tanto, agora porque tem água parada, viveiro de peixe, carapanã"; "malária é porque os borrifadores não passaram aqui, é muito carapanã", "malária, tanques da piscicultura fora do padrão, antes não tinha, é recente, proliferação de carapanãs", entre outras. Também foram dadas justificativas ligadas à crenças mitológicas, como: "malária também por trovão, e os velhos bendiziam e acabava, agora o benzimento está

acabando, quando tiraram pedras sagradas começou a malária"; "trovão forte vem malária" .

Esclarece-se que, a prática da piscicultura citada por eles, refere-se a uma iniciativa do Instituto Socioambiental, em parceria com a Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro, que vem sendo desenvolvida pelo projeto Manejo Sustentável de Recursos Naturais nas Terras Indígenas do Alto Rio Negro, mais conhecido como Projeto de Piscicultura e Manejo Agroflorestal, visando aumentar a segurança alimentar de comunidades indígenas por meio da implantação de experiências-piloto em piscicultura e em manejo agroflorestal, com atividades complementares de treinamento técnico e capacitação administrativa dos parceiros locais. Em curto prazo, objetiva implementar estações de piscicultura em três áreas críticas da Terra Indígena Alto Rio Negro (Caruru, Iauaretê e Tunuí) e a longo prazo, introduzir a piscicultura familiar na região de uma forma permanente. A Estação de Iauaretê começou a ser construída em outubro de 2001 pelo sistema indígena de trabalho coletivo (*wayuri*), sendo inaugurada em outubro do ano seguinte (ISA, 2006).

No entanto, como mostram as respostas acima, a maioria destes tanques construídos pelos moradores perto de suas casas encontrava-se em estado de abandono e conseqüentemente propiciando a criação de mosquitos. Essa situação parece resultar do fato de ter sido estimulada a construção desses tanques sem levar em consideração que os indígenas não estavam habituados à criação de animais em cativeiros, ou seja, ignorando-se aspectos culturais locais de suma importância.

Tratamento para as doenças

De acordo com as respostas, a população do Distrito de Iauaretê procurava **tratamento para as doenças** tanto na Unidade Mista de Saúde/SUSAM, no Pólo Base/DSEI e no Hospital São Miguel, como recorrendo aos agentes de indígenas de saúde e junto aos pajés, benzedores e feiticeiros.

Mencionaram a utilização de medicamentos alopáticos, por eles chamados de "remédios de branco", e de remédios caseiros. Casos "considerados" mais graves eram encaminhados à sede do Município de São Gabriel da Cachoeira ou para Manaus.

Notou-se por meio das respostas, a preferência dos indígenas em recorrer primeiro à medicina tradicional, ou seja, procuravam orientação de um pajé ou benzedor, ou faziam uso de remédio caseiro, principalmente para identificar se era uma doença "de branco" ou "de índio". Caso o resultado não fosse satisfatório, recorriam então à medicina alopática, procurando por um enfermeiro ou médico no Pólo Base/DSEI ou na Unidade Mista de Saúde/SUSAM. Percebe-se isso nos relatos abaixo.

"Primeiro procura benzedor, remédio caseiro, depois hospital. O benzedor reza, a gente fala o que sente e ele reza e usa cigarro, pinu-pinu, a gente leva".

"Primeiro remédio caseiro, benzedor; segundo remédio de branco, pólo base. As vezes, o benzedor não sabe benzer, daí passa para o remédio de branco. Pra feitiço não adianta remédio de branco".

(Levo) "no hospital, mas primeiro vai no pajé, o remédio é importante, usamos remédio caseiro, pajé".

"Primeiro tratamento com pajé, benzedor, principalmente doença da natureza que o pajé pode cuidar; o pajé através do seu estudo sabe muito da natureza, sonho. Quando a doença vem da poluição da cidade, o pajé não consegue curar, daí tem curado com drogas artificiais, hospital, posto de saúde. O pajé indica ervas e benzimento".

Havia também indígenas que preferiam primeiro procurar tratamento para as doenças junto à Unidade Mista de Saúde (SUSAM) ou no Pólo Base (DSEI/ARN/FOIRN), para depois procurar o auxílio de um pajé ou benzedor, como mostram as respostas a seguir.

"Primeiro na Unidade Mista e pólo base e Hospital São Miguel, depois benzedor; e tem também aqui uma enfermeira da saúde que trabalha no pólo base".

"Quando não cura no hospital acha melhor procurar pajé, feiticeiro".

"Pólo base, se não cura benzedor e pajé. Tem remédio caseiro para doença do branco. Para úlcera usa cubio (uma fruta), suco puro".

"Primeiro com AIS (agente indígena de saúde) que encaminha para o Pólo Base. Casos graves vão para São Gabriel. Depende da doença. Se o pajé disser que pode curar determinada doença, ele trata. A mãe que sabe fazer remédio caseiro cura a criança em casa".

De acordo com MENDONÇA (2004), não só os indígenas, mas as pessoas de modo geral, ao optarem por diferentes formas de tratamento para suas doenças, privilegiando muitas vezes os métodos tradicionais, "estão à procura de agentes de cura que lhes devolvam o equilíbrio, não só biológico, mas a própria identidade sociocultural, a sua aceitação e o seu acolhimento em seu meio social" (p.12). Para os indígenas, essa busca parece ainda mais evidente.

Vale ressaltar aqui a importância do trabalho dos agentes indígenas de saúde que, por serem representantes das comunidades, têm maior facilidade tanto para compreender os processos de saúde-doença dentro do universo mitológico e cultural indígena, como também maior aproximação do cotidiano das famílias, podendo desenvolver ações de prevenção e de promoção da saúde no ambiente domiciliar e do entorno contando com grande credibilidade na população local.

Em conversa com uma agente indígena de saúde local ela descreveu seu trabalho da seguinte maneira: "uma vez por semana, geralmente de terça, visito as casas da comunidade para ver se tem alguém doente, se sim, vejo o que é e peço medicamento no Pólo Base ou encaminho a pessoa para lá. Para ser AIS fazemos um curso de capacitação com os enfermeiros do Pólo

Base/DSEI, de dez a dezoito dias. No período de janeiro a março faço o cadastramento das famílias e moradias. Também faço palestras para a comunidade sobre diarreia, higiene ambiental. Gosto bastante do meu trabalho”.

Segundo GARNELO e WRIGHT (2001), para o agente indígena de saúde é conferido certo prestígio, semelhante ao de um pajé, por tornar-se capaz de dar nome às doenças e indicar remédios para tratá-las. Completam ainda os autores, no que diz respeito à aceitação dos indígenas pela medicina ocidental que o desejo e o consumo de medicamentos simbolizam para os indígenas, uma das formas de acesso ao processo civilizatório.

Entretanto, em estudo realizado sobre a formação e o trabalho desenvolvido por Agentes Indígenas de Saúde, SOUZA *et al.*, (2002), identificaram dificuldades por parte dos AIS no desenvolvimento da educação em saúde, principalmente pela diferença entre o processo educativo tradicional indígena e as estratégias que vêm sendo utilizadas.

A esse respeito, PELICIONI (1996) relata a importância do uso de metodologias participativas em cursos de capacitação de agentes indígenas de saúde, e afirma serem estas fundamentais para exercitar a análise e o dimensionamento dos fatores que influenciam no processo saúde-doença, uma vez que contribuem para a superação de concepções individuais e familiares e para a organização de atividades que objetivam a busca de soluções para alguns dos seus problemas cotidianos.

Dessa forma, reforça-se aqui a importância do desenvolvimento de uma capacitação dos agentes indígenas de saúde, por meio do diálogo entre o conhecimento tradicional local e conhecimentos de saúde pública e de meio ambiente, utilizando estratégias participativas adequadas à tradição e à realidade cultural, como será devidamente proposto mais adiante.

Local onde viviam

Dirigida a pergunta aos entrevistados de como era o **local onde vivia** sua comunidade, observaram-se respostas que procuravam descrever desde detalhes do cotidiano diário, até características do ambiente local ou de infra-estrutura, sendo apresentado, de maneira geral, muito mais aspectos positivos do que negativos.

Dentre os **aspectos positivos** sobre o dia-a-dia e os valores culturais dos indígenas foram mencionados: as reuniões de sábado, o trabalho comunitário, o trabalho na roça, a união da comunidade, as atividades de lazer, as festas, as orações na capela, a presença de lideranças, viver na mesma etnia (no caso dos Hupda), entre outros.

Foram relatados também nas respostas aspectos do ambiente e estruturais, como a tranquilidade do local, a presença de água perto, não ter muito carapanã (mosquito), a escola, a merenda na escola, o hospital, a TV e a oferta de empregos.

Dentre os **aspectos negativos**, foram mencionados: a falta de saneamento, o lixo espalhado, a sujeira de animais, a poluição do rio e de igarapés (sendo denunciado como uma das fontes poluidoras, o próprio hospital), o crescimento de lauaretê, brigas causadas pelo consumo excessivo de bebida, a falta de dinheiro, a morte, a falta de orientação, a separação por vilas e o fato de estarem hoje fixos em lauaretê.

Seguem abaixo algumas outras respostas.

“É bom aqui. Tem água, rio perto, colégio é perto. Brinca de domingo. Vai no colégio com as Irmãs, tem merenda lá. Quem tem dinheiro compra pão, dim-dim (suco de fruta congelado dentro de saco plástico), picolé. Pra quem não tem dinheiro toma chibé (água com farinha de mandioca). Quase todo mundo tem TV”.

Outros depoimentos mais longos falam de mudanças que ocorreram ao longo do tempo:

“Aqui é um local antigo, os primeiros missionários chegaram já tinha gente. O ambiente aqui hoje é formado por pessoas de vários lugares, tem muita gente. Chegou o branco, mas uma parte é bem vista, por exemplo o hospital. Mas o esgoto (do hospital) tá feio para nós, ninguém explica para nós. Onde polui mais é S. Miguel por causa do hospital. O lixo é um questionamento muito grande aqui. Quando não tinha latas, descartáveis, o lixo não era um problema. A gente não sabe onde jogar. Teve uma época que tinha muito rato. Mas é um lugar bom de morar. Tem que buscar as soluções, se não tem peixe, tem que criar, criar galinha. Éramos nômades, esse sangue ainda corre nas veias, mas somos mal-acostumados, porque começamos a receber tudo, agora estamos abrindo o olho. Precisamos hoje de um técnico que ajude a buscar soluções, sozinha não consigo produzir”.

“Vila Dom Pedro Massa a comunidade é unida, bem organizado. São pessoas que tem cargo, escolas, hospital. União política e religiosa. O povo aqui gosta de criar cachorros, isso é ruim, ficam soltos, sujando. Aqui é diferente de São Gabriel, não tem gente pra cuidar da rua. A cidade está crescendo”.

“Atualmente tem excesso de gente, então não tem onde depositar resíduo, fica ambiente com cheiro ruim, então precisa de saneamento”.

“O mais importante aqui é a vida de amor e união. Às vezes, quando tem bebida fortes ocorre brigas. Nossa moradia falta fossa, faz cocô e suja. No porto, a água do rio é suja, não dá pra fazer bochecho. Jogam lixo de todo tipo”.

“A convivência entre eles (Hupda) é melhor, porque é distante das outras comunidades. Dentro da mesma etnia eles conseguem viver, trabalhar tranquilo, proteger com cigarro” (ritual de pajelança).

“Aqui é grande nossa vila. É bom. A gente vive bem na comunidade. Reúne no dia de sábado. Vive bem unido com jovens. Trabalha na comunidade. É bom viver assim na comunidade. Se não vem na reunião,

meu marido (líder) fala que tem que participar. Ele é como um pai para a comunidade. Quando uma pessoa não trabalha é ruim também. É bom se dar bem com a comunidade. A gente se reúne pra esclarecer essas coisas no sábado, para o povo saber. Se o capitão não fizer assim não tem melhoria na comunidade".

"Coisas boas: escola, campos de futebol, todos sábados tem reunião. As vezes tem festas boas, algumas sai briga. É bom que aqui não tem carapanã".

"Coisa boa trabalho na comunitário, na roça. Dabucuri (festa da comida na comunidade) é bom, de peixe, de farinha, de açaí, depende da época".

"Minha comunidade fica no Distrito de Iauaretê. No começo, Cruzeiro e D. P. Massa e S. José eram uma só. Agora se separou. A gente se sentia uma família só antes. Agora que separou parece desconhecido, estão distantes. Mesmo assim são parentes. Nós de D. P. Massa viemos de sítio. Gosto mais do sítio, lá é mais calmo, escuto a natureza, mas aqui é muita gritaria".

"Aqui não temos muito ambiente direito, lixo fica jogado em qualquer parte".

"Pra nós aqui falta água, o mais importante é água. Banheiro também. Aqui é bom pra morar, para estudos dos filhos".

"Estamos vivendo bem unidos, com nossa família, trabalhando, tendo nosso divertimento. Tá faltando só água. A prefeitura deixou uma caixa d'água, mas é suja. Precisamos água branca para beber".

"Aqui é bom, a gente vive em comunidade. Tem uma capela que todo dia a gente reza de manhã. No sábado, a gente se reúne no centro para comer a quinhapira, mojeira, sopa. É o dia mais importante da comunidade. Porque não tem aula para os alunos, então reúne todo mundo. Depois da reza e da quinhapira faz algum trabalho comunitário. No dia a dia, depois da reza vai na roça, tira a mandioca, faz beiju, farinha. Isso é o mais importante para o índio".

"O nosso povo aqui precisa de orientação para a família, bons hábitos e higiene".

A leitura e análise destes relatos mostraram que em algumas respostas foram apresentados tanto aspectos positivos quanto negativos sobre o local onde viviam. Ao mesmo tempo que alguns indígenas demonstraram valorizar elementos como o dinheiro, o comércio e a escola, outros destacaram o cotidiano tradicional indígena, como a vida em comunidade, o trabalho na roça e o contato com a natureza.

LASMAR (2002), em seu estudo sobre a migração dos indígenas habitantes de pequenas comunidades dos rios Uaupés e Papuri para núcleos urbanos, fez a seguinte reflexão, "se o processo de deslocamento para a cidade é um fato, isso não subtrai da vida em comunidade o papel de referência simbólica. Ao buscar, na cidade, o que falta na comunidade, as famílias estão abrindo mão daquilo que, segundo afirmam, só a vida em comunidade pode propiciar verdadeiramente: uma existência baseada nos princípios do parentesco" (p.132). Observa-se, portanto, que mesmo vivendo atualmente em um núcleo com características urbanas, os indígenas de Iauaretê procuram constantemente resgatar valores da vida em comunidade.

Pelas respostas, identificou-se também que foram unânimes ao demonstrar insatisfação quanto ao aumento populacional de Iauaretê, e os problemas advindos desse processo como a poluição da água e o acúmulo de resíduos, por exemplo, uma vez que este crescimento ocorreu sem um adequado planejamento territorial e uma gestão sustentável dos recursos.

Sobre este aspecto BARTH (1998) afirma que "cada vez que uma população depende da exploração de um nicho natural, isso implica um limite superior na altura que ela pode atingir, correspondente à capacidade portadora daquele nicho; e qualquer adaptação estável implica um controle do tamanho da população" (p.203). Esta explicação permite compreender

porque em situação original, os indígenas da região do médio e alto rio Negro viviam em pequenos grupos, não ameaçando assim, o equilíbrio demográfico e os limites naturais.

Nesse sentido, é pertinente lembrar que de acordo com relatos obtidos, nos períodos de férias escolares muitos indígenas se dirigem com suas famílias para pequenas comunidades mais distantes, sendo muitas delas locais de origem dessas pessoas. Esse é um período de fartura para eles, pois voltam a ocupar o território de maneira dispersa, sem comprometer sua capacidade suporte, e assim podem ter maior acesso a caça e a pesca. Esse constante retorno a essas pequenas comunidades é um importante indicador da dinâmica de ocupação de Iauaretê, mostrando claramente que as famílias se fixam principalmente para dar oportunidade de ensino aos jovens.

Problemas do bairro ou comunidade

De acordo com as respostas foi bastante recorrente a afirmação de que um dos **principais problemas** da comunidade eram as **brigas** associadas principalmente ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas (caxiri).

Em visita não só a Iauaretê, mas também à outras comunidades do município de São Gabriel da Cachoeira, o conhecido médico paulista Drauzio Varella afirmou que “o alcoolismo e o cortejo de violência física e tragédias médico-sociais causadas por ele constituem o problema mais grave de saúde pública da região” (VARELLA, 2006, p.92).

Aspectos relacionados à **falta de saneamento básico**, como a ausência de banheiros, de água limpa e de coleta de lixo, assim como a **sujeira deixada por animais** domésticos e **focos de carapanãs** transmissores da malária em tanques de criação de peixes também foram mencionados como problemas para a população.

As **promessas não cumpridas por políticos** da região, a **desunião**, a **inveja**, a **falta de empregos** e a **concentração populacional**, foram da mesma maneira relatados em algumas respostas.

Para exemplificar, são transcritos abaixo alguns relatos.

"Quando toma caxirí ficam brigando, depois no outro dia ficam falando que brigou".

"Inveja. As pessoas não vivem unidas. Eu gostaria que as pessoas se juntassem, às vezes a gente faz trabalho comunitário, mas tem gente que não gosta. A bebida é um grande problema, traz inveja, aí que as pessoas se mostram. Tem muita briga. Quando bebe começa falar muita besteira, depois no outro dia nem se incomoda".

"Tem muito (problema). Falta de bueiro, porque a água da chuva estraga a rua, sujeira do cachorro. Lixo sem coleta. Sem banheiro. Poço de peixe que cria carapanã. Os políticos chegam aqui e dizem que vão colocar tambor para o lixo, mas só faz promessa, não cumpre. Os poços deram carapanãs, malária. Teve um prefeito que fez poços manuais, mas começaram a obra e não continuaram, isso cria carapanãs. Em S. Miguel não tem coleta de lixo, a gente joga em todo canto, mas na V. Cruzeiro tem e jogam na cabeceira da pista".

"Falta de emprego. Porque aqui tem lojas com as coisas que precisamos, mas não temos dinheiro pra comprar. Bom é quem tem salário porque compra comida".

"Falta de água branca, sanitários, lugar para jogar lixo, cerca para cuidar dos animais que ficam soltos e contaminando. As crianças brincam na areia e pegam frieira; é dos animais. Político chega, mas depois não pensa mais, não dá apoio".

"Por causa da bebida. Quase não temos controle de bebida, bebemos até cair e brigamos".

"Falta de água, maior problema. Falta de sanitário, lixo, que são fontes de doenças".

"Muita gente, aumentou muito a população".

Ressalta-se que muitos dos problemas relacionados pelos respondentes há muito tempo parece preocupar os moradores de lauaretê, haja vista, segundo relata ANDRELLO (2004) os assuntos tratados em uma reunião realizada em 1997, em uma assembléia da Associação das Mulheres Indígenas de lauaretê (AMIDI), tais como: a reabertura do internato da missão, reconstrução de malocas, excesso de festas com consumo de álcool, melhorias de infra-estrutura como reforma no porto e calçamento de ruas. O autor destaca ainda que percebia-se nas falas preocupação com a situação de crescente urbanização de lauaretê e da chegada de novos moradores.

Locais de coleta de água e sua qualidade

De acordo com as respostas, a população do Distrito de lauaretê **coletava água**: de poços rasos (perfurados no quintal de algumas moradias), das biqueiras (torneiras que fornecem água de poço tubular profundo), da chuva, do rio, do igarapé, de nascente, do "poço da Funai" e do "poço do Padre" (figuras 34, 35, 36 e 37).

Figura 34. Poço raso (nascente)

Leandro Luiz Giatti (mar/2005).

Figura 35. Caixa d'água e biqueira (torneira) de água de poço profundo

Leandro Luiz Giatti (mar/2005).

Figura 36. Sistema para coleta de água da chuva

Leandro Luiz Giatti (mai/2006).

Figura 37. Poço perfurado pela Funai.

Luciane Viero Mutti (fev/2004).

Ao perguntar sobre a **qualidade da água** que utilizavam, aquela coletada de poço profundo ou de poço em bom estado de conservação era considerada de boa qualidade na opinião dos entrevistados, como mostram essas respostas: "é boa, bem branquinha"; "é boa, vem lá do fundo do poço artesiano"; "da biqueira é boa, pelo que percebemos, de poços alguns são bons, bem conservados"; "sim (é de boa qualidade), estamos acostumados".

Em outras respostas dadas, a água utilizada não era considerada de boa qualidade: "não, porque traz muita doença, diarreia, eles fazem necessidade no campo e chuva leva para igarapé"; "rio água contaminada, pegamos porque não tem alternativa"; "não, do poço às vezes cria carapanã, entra rato, sapinho, porque deixam aberto, do rio também não".

A incerteza quanto a qualidade da água que utilizavam também surgiu em respostas como: "pra nós água branca é boa, mas a gente não sabe"; "não tenho certeza, acho que sim"; "acho que sim, mas nunca foi examinado"; "acho que não, mas tomo assim mesmo porque não tem outro lugar".

Verificou-se que para os respondentes a "água branca", ou seja, aquela que não é proveniente do rio ou de igarapés era considerada por eles como

sendo a de melhor qualidade, ficando também demonstrado que o principal critério utilizado para este julgamento era o aspecto visual da água. Sabe-se, porém, que esta forma de avaliação não indica a sua qualidade, principalmente no que diz respeito aos indicadores microbiológicos.

Sobre as **dificuldades** para se coletar água foram mencionados: a falta de água na biqueira (torneira do poço tubular profundo) por falta de energia ou quando quebra a bomba; a distância; a poluição/sujeira; a inclinação do barranco até o rio; e o peso. Três respondentes consideraram não haver nenhuma dificuldade para a coleta de água.

De acordo com todas as respostas obtidas, a **água coletada era usada** para beber e cozinhar (figura 38). Também foi mencionado em algumas respostas o uso dessa água para lavar roupas, utilizando-se principalmente, a proveniente do rio e do igarapé para esta finalidade.

Figura 38. Água armazenada para uso doméstico

Ao perguntar se a água utilizada para beber ou cozinhar era tratada de alguma maneira, todos foram unânimes em afirmar que **não tratavam a água**. Segue abaixo algumas justificativas dadas por eles.

"A água do poço já é boa. Pra nós que estamos acostumado, não faz mal".

"Às vezes, o AIS dá hipoclorito, mas as pessoas não usam porque tem cheiro".

"Algumas vezes tinha um líquido trazido pelo AIS, mas agora falta. Mas quando tinha nem todos usavam, pois sentiam mal cheiro".

"O prefeito não filtrou".

"Pro índio, água fervida não tem gosto".

"A gente é acostumado assim. Não é gostoso. Os velhos cuidavam do igarapé que pegava água, não deixa fazer cocô, lavar roupa, até benzia o lugar de pegar água. Hoje não".

"Não conhecemos tipo de tratamento".

"O ideal seria tratar, mas as pessoas não conhecem hábitos de higiene. Falta orientação".

Como apresentado anteriormente, para os respondentes que consideravam a água que consumiam como sendo de boa qualidade, este julgamento estava relacionado principalmente ao seu aspecto visual, e também ao cheiro e ao gosto, entendimento este que provavelmente justifique o fato de não realizarem tratamentos domiciliares da água. Ficou demonstrado também nas respostas acima, a falta de orientação para uso, bem como o uso inadequado do hipoclorito, pois quando aplicado na quantia certa, deixando-se descansar pelo tempo necessário, o uso deste produto não deixa cheiro nem gosto ruim na água. Recomenda-se aplicar 2 gotas para cada litro de água e aguardar cerca de 1 hora antes de consumi-la.

Local do banho

De acordo com as respostas, a maior parte dos indígenas de lauaretê costumava tomar **banho** no rio (figura 39). Foram mencionados também o uso do igarapé, do tanque para criação de peixe, e ainda a utilização de água de poço raso ou da chuva.

Figura 39. Banho no rio Uaupés

Para aqueles indígenas entrevistados que não consideravam a água do rio utilizada para o banho como sendo limpa, foram apresentadas justificativas como: "de manhã, vêm todas as necessidades, dá até pra ver"; "desce muita sujeira depois da chuva, as pessoas não têm sanitário e com a chuva as fezes do mato descem para o igarapé"; "tem sujeira, lixo"; "porque tem o pessoal que mora mais pra cima, faz sujeira, e na época da seca morre peixe e fica apodrecendo no rio, às vezes, tem cachorro morto, lixo".

Na opinião dos respondentes que consideravam a água utilizada no banho como sendo limpa, justificaram-se da seguinte maneira: "tem correnteza no rio"; "vendo é limpa"; "depois que choveu fica limpa".

Local para fazer as necessidades fisiológicas (cocô e xixi)

De acordo com as respostas, os indígenas faziam suas necessidades fisiológicas (**cocô e xixi**) preferencialmente no mato e no rio, sendo mencionados também outros locais como: no igarapé, na roça, no quintal, no banheiro, ou ainda "em qualquer lugar".

Construção de banheiros

Desde a primeira visita realizada no Distrito de Iauaretê (em fevereiro de 2004, visita de reconhecimento), os indígenas moradores locais mencionaram o desejo por melhorias sanitárias e, dentre elas, a construção de banheiros.

Dessa maneira, ao perguntar sobre a **importância de construir** banheiros em Iauaretê, foram apresentadas justificativas relacionadas à **saúde** da população, à **estética** e à **comodidade**. Percebeu-se isso em respostas como as transcritas abaixo.

"Porque tendo banheiro diminui a contaminação e a população está aumentando, temos que aprender a usar, limpar, educar nossos filhos. Quando tem disenteria não dá tempo de correr lá na Serra do Piolho, às vezes se suja. O "rola-bosta" (inseto que carrega fezes) e o calango não dão mais conta de carregar tudo. Tinha também o pacu para comer no rio".

"Porque às vezes dá vergonha de nós mais velhos fazendo cocô na frente das crianças, das pessoas, isso dá vergonha. Traria mais higiene para nós também. Gostaria de banheiro igual do branco, que não traga carapanã, como aqueles buracos".

"Não contamina mais a água, o solo e não chega mais a mosca".

"Porque tem muita gente aqui. Quando tem diarreia fica difícil ir fazer cocô, não dá tempo".

"Pois quando faz cocô fica cheiro ruim, com banheiro fica tudo limpo".

Sobre afastar as fezes do contato humano

Ao perguntar aos entrevistados se achavam importante **afastar as fezes** das casas e das pessoas, foram unânimes em afirmar que sim, e as justificativas dadas relacionaram-se mais uma vez a aspectos ligados à **saúde**, à **estética** e à **comodidade**, como mostram as respostas transcritas abaixo.

"Cria bicho que vem na comida e dá doença".

"O cocô traz moscas, que vão na cozinha também. Porque cheira ruim e o cheiro traz micróbio, a gente fica doente".

"Muito importante porque dá nojo, tem cheiro ruim, às vezes a gente pisa".

"Provoca mau cheiro, não gostamos, precisa ser mais afastado".

"Crianças descalças. Antes abria-se um buraco e enterrava as fezes. Hoje, alguns ainda fazem assim".

"Com as fezes são eliminados ovos de vermes".

Destino da água do banho, da lavagem de roupas e dos alimentos

De acordo com as respostas, a **água utilizada** no banho, na lavagem de roupas ou para cozinhar era jogada no rio. Foram mencionados também o igarapé, o chão, o mato ou "ali mesmo", como destinos finais para a água utilizada.

"Lixo"

Para facilitar o entendimento por parte da população do que seriam resíduos convencionou-se usar o termo "lixo" nas entrevistas e reuniões comunitárias. Porém, é importante ressaltar que, para designar restos originados pela atividade humana, o mais correto é usar o termo resíduos sólidos.

De acordo com as respostas, os resíduos gerados pelos moradores eram principalmente queimados, mas também jogados no quintal, no barranco (figura 40), no mato, no igarapé e no rio. Alguns respondentes disseram também que enterravam o "lixo", ou ainda faziam adubo com a matéria orgânica que restava.

Figura 40 – Resíduos dispostos em barranco na margem do rio Uaupés

Renata Ferraz de Toledo (fev/2004).

Nota-se por meio das respostas que pelo fato de não haver, na época da pesquisa, um sistema regular de coleta e tratamento adequado dos resíduos gerados, os moradores procuravam adotar soluções alternativas para a sua destinação, como as apresentadas acima. Pôde-se identificar ainda uma área próxima a pista de pouso com grande quantidade de resíduos dispostos de maneira totalmente inadequada, podendo ser considerado, sob o ponto de vista sanitário, um vazadouro ou lixão (figura 41), o que pode acarretar sérios impactos ao meio ambiente e à saúde da população que ali habita.

Figura 41. Vazadouro ou lixão

Luciana Pranzetti Barreira (mai/2005).

Preocupação com o “lixo”

Apenas um entrevistado disse não se preocupar com o lixo, por considerar “algo normal”. Mas, os demais afirmaram **preocupar-se** e justificaram por meio de respostas como as transcritas abaixo:

"Traz muita doença. Tinha um tambor, mas ali ficava uma semana com fralda, absorvente, aí vem a chuva...., então resolvemos tirar o tambor e jogar direto longe".

"Antigamente não era assim, não tinha essas latas de sardinha que não queima, tá cheio no nosso quintal. Plástico queima".

"Porque fica feio né, cheiro mal, doença também, cria carapanã, dengue".

"Traz doenças, machuca".

"Porque a gente sabe que não presta não. Transmite doença pelo mosquito que pousa no lixo, no cocô e vai na comida".

"Faz até compostagem. A água da chuva leva para o rio. Tinha caminhão que coletava, agora falta motorista".

Dirigida a pergunta aos entrevistados se eles achavam que as outras pessoas da comunidade também se preocupavam com o lixo, foi recorrente a afirmação que sim; embora tenha sido também mencionado o contrário, ou ainda, que algumas pessoas se preocupam e outras não. Segue abaixo alguns comentários acrescentados às respostas.

"Principalmente as mulheres se preocupam, porque elas limpam".

"Algumas não tem conhecimento sobre conseqüências, então não se preocupam".

"Não se incomodam, porque jogam ao redor da casa".

"A maioria se preocupa porque cavam buraco, queimam e depois enterram. Plantam coqueiro, abrem outro buraco".

"A maioria se preocupa, mas infelizmente continuam a jogar em local inadequado".

Notou-se que, de maneira geral, os respondentes tanto se preocupavam com os problemas advindos da disposição inadequada dos resíduos, como também consideravam que a maioria dos moradores também se preocupava, o que ficou demonstrado ao questionarem, por exemplo, a interrupção da coleta que antes era realizada, ou ainda, ao destacarem aspectos relacionados ao próprio descuido e a falta de orientação sobre o assunto. Além disso, mencionaram práticas como a de afastar os resíduos das moradias e do contato das pessoas, “solução”, aliás, freqüente em toda sociedade, como se ao afastar os resíduos eles desaparecessem. Na verdade, o problema acaba apenas sendo transferido de local.

Tipo de “lixo”

De acordo com as respostas, eram encontrados perto das casas latas, plástico, matéria orgânica e vidro. Destes, os mais mencionados foram a matéria orgânica, a lata e o plástico. Segundo eles, a matéria orgânica era constituída principalmente de cascas, sementes de frutas e casca de mandioca; as latas foram mencionadas como sendo de alimentos em conserva (a sardinha foi a mais citada); e os sacos plásticos de compras e de frango congelado. Fezes de cachorros e galinhas também apareceram em respostas.

Percebe-se que em Iauaretê, os resíduos produzidos na época do estudo não se restringiam mais aos restos orgânicos, e isto deve-se principalmente à crescente circulação de dinheiro, acompanhada pelo aumento no número de estabelecimentos comerciais e conseqüentemente do maior consumo de produtos industrializados.

Segundo FERREIRA (2000), até poucos anos atrás, os resíduos sólidos domiciliares eram considerados como de pequeno risco para o ambiente, pois continham basicamente resíduos orgânicos e outros materiais pouco impactantes. Entretanto, com a introdução de novos produtos de composição variada em quantidade crescente no mercado e o

desconhecimento dos impactos decorrentes de sua disposição, esses resíduos representam, atualmente, um potencial poluidor já que podem conter itens classificados como perigosos, como por exemplo, tintas, solventes, pilhas, lâmpadas, materiais de limpeza em geral e medicamentos vencidos, resíduos estes também gerados e dispostos inadequadamente em Iauaretê (figura 42).

Figura 42. Resíduos de serviços de saúde

Leandro Luiz Giatti (maí/2005).

Ressalta-se que os resíduos de serviços de saúde são extremamente perigosos, pois contém ou podem conter agentes patogênicos causadores de doenças graves, sendo, portanto, uma problemática que envolve diretamente a saúde e a qualidade de vida dos indivíduos quanto aos riscos que estes estão expostos.

Animal perto do lixo

Segundo os entrevistados diversos **animais eram encontrados próximo ao lixo**, tais como: cachorro, mosca, rato, barata, lesma (centopéia ou tapuru), gato, carapanã (mosquito) e galinhas. Além de cobra, escorpião, aranha, tocandira (formiga), cotia e paca, citados uma única vez.

Por não haver em Iauaretê, na época do estudo, uma coleta regular dos resíduos gerados, bem como uma disposição final adequada, estes acabam

por atrair e abrigar diversos animais, dentre eles alguns vetores de doenças, como moscas e ratos, mencionados nas respostas.

Assim, quando os resíduos encontram-se disponíveis, servem como fonte de alimento pelo seu alto conteúdo energético oferecendo condições adequadas à proliferação de vetores como os citados pelos indígenas, que são de grande relevância epidemiológica enquanto veiculadores ou reservatórios (mecânico ou biológico) de moléstias, podendo inclusive causar a morte (ROCHA, 1980; GÜNTHER e RIBEIRO, 2003).

Tempo de permanência do “lixo” nos locais de despejo

Ao perguntar sobre o **tempo de permanência do lixo** onde ele era jogado, foi recorrente a afirmação de que este permanecia por “muito tempo” no local. Mencionou-se também por “pouco tempo” ou “por três dias”. Fatores como tipo de lixo, época do ano ou da limpeza do local foram ainda consideradas em algumas respostas. Segue abaixo alguns relatos.

“Muito tempo. Casca de banana desaparece, mas lata não desaparece, enferruja, fica séculos”.

“Muito tempo, apodrece lá, ninguém tira de lá”.

“Muito tempo acho. Enquanto a gente não queima fica muitos dias, depois que queima acaba, como o plástico. A lata não acaba, fica mesmo”.

“Até 3 dias. Lata, às vezes joga no rio”.

“Às vezes a pessoa limpa o quintal, junta e queima, se não o lixo fica aí mesmo”.

Casca de mandioca, uma semana. Plástico, um tempão”.

“No verão fica mais tempo; no inverno a chuva leva para o rio”.

“Não é muito tempo não, mas tem que jogar mais longe da casa”.

“Não muito tempo porque sempre queimamos”.

Alimentação

Ao perguntar aos entrevistados **quantas vezes eles se alimentavam por dia**, houveram respostas variadas, como as de que não existia regularidade

para isso, pois se alimentavam somente quando havia comida; três vezes ao dia; ou ainda relatos de que se alimentavam antes de ir para a roça e no seu retorno, portanto, duas vezes ao dia. Abaixo estão transcritas algumas respostas.

“Quando tem, mas geralmente duas vezes. Quando tem come de manhã e vai pra roça. Quando volta come quando tem. Quando fica em casa come mais perto da hora do almoço”.

“Depois que teve essa educação com os missionários mudou. Antigamente quando a família consegue anta chamava todos. Hoje tem café, almoço e janta (pouca gente). Quando tem”.

“Pro índio não tem hora. Manhã mingau, peixe. Aqueles que tem emprego comprem café... Comem no horário. Almoço chibé (água com farinha de mandioca), se tiver, maniquera. Jantar se tiver”.

“A gente não come como vocês, almoço e janta. De manhã a gente toma mingau, come quinhapira (peixe moqueado com molho de pimenta) e já é almoço. Aqui é mais difícil. No povoado vão pescar. Só na hora do almoço come bem. Come antes de ir pra roça e quando volta”.

“Costume modificado, pessoas que tem emprego, café da manhã, almoço e janta. Outros que dependem da roça, de manhã quinhapira; na merenda, chibé, fruta; a tarde retorna e janta sopa”.

“Em nosso costume come quando consegue ou quando tem fome”.

“Pro índio não tem horário. Quando encontra, come”.

“Agora temos horário pra comer, mas os velhos não tinham não. Hoje mais ou menos quatro vezes por dia. Mas só alguns, só quem trabalha com salário pode comprar e fazer almoço e janta. Se não, come quando tem”.

“Tem pessoa que come na hora certa. Tem dia que fica um dia inteiro sem comer. Come quando tem. Se tem come antes de ir na roça e quando volta”.

Tipo de alimento consumido

De acordo com as respostas, não houve diferença significativa sobre os **alimentos que eram consumidos** pelos adultos, jovens, crianças e idosos,

pois geralmente, todos comiam a mesma comida. Destacou-se apenas na alimentação de crianças, o consumo maior de mingau de frutas (banana, pupunha, abacaxi) e cuidados especiais com o espinho dos peixes e com o excesso de pimenta.

Com relação à alimentação dos idosos, comentou-se em uma das respostas que “aposentado tem dinheiro e faz compra, de vez em quando vai na roça ou paga alguém pra fazer roça”. Isso já mostra uma grande mudança nos costumes, pois a prática da agricultura, para os indígenas habitantes de lauaretê, com exceção dos Hupda, é a base de sua economia tradicional.

Os alimentos mais citados nas respostas foram a quinhapira (peixe moqueado com molho de pimenta), o peixe, o chibé e o mingau. Mojeca (peixe cozido com goma de mandioca e pimenta), beiju, banana, açai, abacaxi, japurá (fruta), maniquera e galeto (frango) também foram mencionados algumas vezes. Em menor número, foram citados também carne de caça (paca e cotia), arroz, feijão, farinha, manissoba, cará branco e abiu. Macaxeira, tapioca, caruru, laranja, mamão, ingá, biribá, buriti, enlatados, ovos e muxica foram lembrados apenas uma única vez.

Preparação dos alimentos

De acordo com as respostas a **preparação** dos alimentos era realizada de diversas maneiras, de modo geral, responderam que cozinhavam, fritavam ou assavam os alimentos. Utilizavam o fogão, ou quem não tinha fazia fogo com lenha. O forno era utilizado pela maioria. A quinhapira foi o alimento mais citado para exemplificar a forma de preparação: “na panela, coloca água, pimenta, sal, peixe e cozinha”.

Como guardavam os alimentos

Ao perguntar aos entrevistados se costumavam **guardar os alimentos** que sobravam, todos disseram que sim, e a maioria o fazia esquentando bem o

alimento antes de guardá-lo e novamente antes de consumi-lo. Muitos comentaram também sobre o uso da geladeira por aqueles que a possuíam. O armário e o girau foram locais também citados para guardar os alimentos e em algumas respostas mencionou-se a importância de tampá-los. A prática de moquear (colocar na fogueira para defumar) o peixe foi citada em algumas respostas, como forma de conservá-lo. Abaixo estão transcritas algumas delas.

“Quando tem geladeira guarda tampado, quando não tem esquentar bem, tampa e guarda, assim não azeda. De manhã, esquentar bem de novo”.

“Antigamente eu moqueava, agora eu tenho geladeira”.

“Nós guarda na panela, cobre com tampa. Beiju cobre com pano. Tudo fechado pra não cair bicho. No outro dia, vai pro banho e depois prepara. Sem banho ninguém faz comida”.

“Já cozido guarda para o dia seguinte. Quando tem peixe moqueamos e guardamos por até 1 mês”.

“Carne crua, peixe moqueia ou freezer quem tem. Quinhapira, mujeca, no girau, esquentar, tampa e guarda. Depois que foi esquentado ninguém pode mexer, senão azeda”.

Alimento preferido

Ao perguntar aos entrevistados o que eles mais gostavam de comer, os alimentos mais citados foram o peixe, a carne de caça (paca, veado), a mojeca e a quinhapira. Em menor número foram mencionados ainda o beiju, pimenta, frango, carne e feijão. Japurá, xibé, cachiri, jacu, arroz, manivara, cará e o ipadú foram citados uma única vez. Alguns entrevistados afirmaram preferir “o que tiver”.

Ao analisar esses relatos percebe-se a introdução de uma série de produtos industrializados em suas refeições diárias. Embora isso fosse mais freqüente dentre as pessoas assalariadas ou pensionistas; aqueles que não possuíam renda financeira costumavam fazer uso da troca para adquirir esses bens.

De acordo com CARVALHO (1997), o consumo de produtos industrializados dentre populações indígenas, que deveriam ser complementares, em algumas ocasiões passa a ser o básico, podendo causar deficiências carenciais como a subnutrição ou a desnutrição.

Ressalta-se que, em Iauaretê, apesar do consumo desses novos produtos, ficou demonstrado por meio das respostas apresentadas acima que permanece dentre os indígenas a preferência pelos alimentos tradicionalmente produzidos, como o peixe “moqueado” e os derivados da mandioca.

4.2.3. Resultados da Construção dos Mapas-Falantes para Identificação de Problemas

Esta técnica foi desenvolvida da seguinte maneira: em cada uma das reuniões comunitárias, realizadas nas dez vilas centrais de Iauaretê, foi solicitado aos participantes que divididos em grupos desenhassem o lugar onde viviam, mostrando aspectos do ambiente que interferiam positivamente e negativamente na saúde deles, circulando com verde os aspectos positivos e com vermelho, os negativos. Poderiam também ser anotadas informações que os participantes julgassem necessárias nos desenhos. Quando todos os grupos terminavam, os desenhos eram fixados em uma parede e os participantes convidados a explicá-los para os demais presentes. A discussão sobre o tema objeto do mapa falante, era então estimulada, de modo a aprofundar a reflexão. Essa atividade permitiu obter importantes informações sobre a interpretação dos indígenas quanto ao problema ambiental de saneamento bem como quanto ao processo saúde/doença.

Após os esclarecimentos, os participantes dividiram-se em grupos, de acordo com o número de pessoas presentes nos encontros. Em média, eram formados 3 ou 4 grupos, escolhidos por eles, sendo que na maioria das comunidades optou-se por formar grupos de mulheres, de homens e de jovens (figura 43).

Figura 43. Construção de mapa-falante na V. Fátima.

Leandro Luiz Giatti (mar/2005).

De acordo com GOMES *et al.* (2005), deve-se privilegiar a formação espontânea dos grupos com os quais pretende-se trabalhar em uma investigação, pois segundo os autores, dessa maneira as pessoas podem melhor interagir, a partir de um passado, valores e expectativas semelhantes, garantindo também uma representatividade cultural.

Pôde-se observar que em cada grupo houve uma discussão prévia sobre o que desenhariam, e então davam início aos trabalhos, onde cada integrante dos grupos podia dar a sua contribuição. Observou-se que em alguns momentos o desenho estava sendo construído a três ou quatro mãos, de forma harmônica com devida noção coletiva de espaço, proporções e sentido (figura 44). Após cerca de 90 minutos, iniciavam-se as apresentações e discussões dos mapas (figura 45).

Figura 44. Construção de mapa-falante na V. S. Miguel.

Leandro Luiz Giatti (mar/2005).

Figura 45. Apresentação de mapa-falante na V. Dom Bosco

Luciane Viero Mutti (mar/2005).

Aspectos negativos para a saúde identificados

Quanto aos aspectos negativos para a saúde, por eles representados e assinalados, destacaram-se: a maioria dos desenhos mostrou pessoas defecando e urinando no solo (campo, mato e quintais) e na água (rio e igarapés); da mesma maneira, animais (cachorro e galinha) defecando na rua e nas quadras de areia, com possibilidade, segundo os relatos feitos, de transmitir doenças (figura 46).

Figura 46. Recortes de mapas-falantes - aspectos negativos para a saúde

Ficou claro a interpretação dos indígenas quanto à poluição por cargas difusas, por exemplo, sendo bastante comentado que a chuva levaria os resíduos do solo para igarapés e para o rio. Foi dito também que os peixes se alimentavam das fezes e resíduos, contaminando-se (figura 47).

Figura 47. Recortes de mapas-falantes - aspectos negativos para a saúde

Os resíduos sólidos foram mostrados dispersos no solo (barrancos na beira do rio e quintais) e na água (rio e igarapés) (figura 48). Alguns grupos comentaram sobre a queima de resíduos, e lembraram que latas e garrafas “sempre acabavam sobrando”.

Figura 48. Recortes de mapas-falantes - aspectos negativos para a saúde

Desenharam ainda os tanques para criação de peixes, comentando na apresentação que estes estavam “contaminados com carapanãs” (mosquitos) que transmitiam a malária, e que mesmo assim, utilizavam a água dos tanques ocasionalmente (figura 49).

Figura 49. Recortes de mapas-falantes - aspectos negativos para a saúde

Foi bastante freqüente nos desenhos e em relatos, a notificação de que o esgoto da Unidade Mista de Saúde era despejado diretamente no rio Uaupés, em uma área de remanso, sem nenhum tipo de tratamento. Nesta mesma área existia uma bomba d'água em funcionamento instalada pela prefeitura, destinada ao abastecimento da Vila Dom Bosco, do Pólo Base de Saúde do DSEI e da própria Unidade Mista de Saúde, fato que preocupava os moradores, segundo os desenhos e relatos (figura 50).

Figura 50. Recortes de mapas-falantes - aspectos negativos para a saúde

A diretoria da Unidade Mista de Saúde foi consultada na ocasião, e obteve-se a resposta de que o esgoto do hospital seguia para um sistema de fossa e que a água despejada no rio não era esgoto, embora não tenha sido realizado e mostrado aos pesquisadores nenhum laudo técnico a esse respeito.

Nos grupos formados somente por mulheres, em alguns desenhos, foram representados como aspectos negativos para a saúde, as panelas e vasilhas destampadas com comida, seguidos de comentários de que isto atraía moscas que transmitiam doenças, demonstrando uma relação mais direta estabelecida por elas com o lar e os alimentos (figura 51).

Figura 51. Recorte de mapas-falantes - aspectos negativos para a saúde

Como já comentado anteriormente, havia em Iauaretê uma clara divisão de tarefas por gênero, sendo de responsabilidade das mulheres o trabalho diário na roça, a preparação dos alimentos, os cuidados com a moradia e os filhos e o provimento de água e lenha para a casa.

Aspectos positivos para a saúde identificados

Quanto aos aspectos positivos representados pela maioria das comunidades destacaram-se: a presença de poços rasos (perfurados por eles mesmos) de água branca atrás de algumas casas e de algumas biqueiras (torneiras) também de água branca, porém oriunda de poço tubular perfurado pela prefeitura, as quais segundo eles, beneficiam uma pequena parcela da população que vivia próxima a essas torneiras (figura 52).

Figura 52. Recortes de mapas-falantes - aspectos positivos para a saúde

Algumas árvores frutíferas (açaí, mamão, coco, pupunha) e os peixes também foram representados em vários desenhos, tendo sido relatada a importância destes como fonte de alimentos e vitaminas (figura 53).

Figura 53. Recortes de mapas-falantes - aspectos positivos para a saúde

Em alguns desenhos foram assinalados alguns aspectos positivos e ao mesmo tempo negativos, por exemplo, o tanque para criação de peixes, que é positivo enquanto fonte de alimento, mas negativo por “transmitir doenças e estar contaminado”. Outros animais, como a galinha ou o gado também “são fonte de alimento, mas defecam no chão” (figura 54).

Figura 54. Recortes de mapas-falantes - aspectos ao mesmo tempo positivos e negativos para a saúde

Fotos dos desenhos na íntegra encontram-se no anexo 6.

4.3. TERCEIRA VISITA DE CAMPO (MAIO/2005)

Esta visita objetivou a realização de novas reuniões comunitárias, quando aplicou-se a técnica de construção de painéis e a continuidade do diagnóstico ambiental.

A primeira atividade desenvolvida nesta terceira visita de campo foi a realização de uma reunião no Centro Comunitário de Dom Pedro Massa, que contou com a presença de lideranças das dez comunidades locais e de representantes da FUNASA-Manaus, visando esclarecer sobre o trabalho que estavam desenvolvendo no Distrito e as possibilidades de atuação no local. A equipe da FUNASA esclareceu sobre as etapas necessárias à implementação de novas captações de água e adequada rede de distribuição.

Apresentaram-se as atividades previstas para esta terceira etapa, e como na visita anterior, as lideranças aproveitaram a ocasião para agendar as reuniões nas suas comunidades. Os resultados das atividades desenvolvidas nesta etapa serão descritas a seguir:

4.3.1. Resultados da Construção de Painéis de Fotos para Identificação de Causas e Soluções

Em cada uma das reuniões realizadas nas dez vilas centrais, foi solicitado aos participantes que formassem grupos e escolhessem um dos seis painéis temáticos (anexo 7), previamente montados com fotos tiradas por eles, para a discussão e preenchimento das causas e soluções para tal situação. Para maior entendimento, foram feitas as seguintes perguntas em cada painel: “Por que acontece isso?” e “Soluções?”.

Após os esclarecimentos de como seriam realizadas as atividades e distribuição dos painéis nas mesas, os participantes eram atraídos quase que instantaneamente pela curiosidade em ver as fotos (figura 55).

Figura 55 – Observação das fotos na V. Dom Bosco

Depois de observarem atentamente todos os painéis montados, começavam a se organizar para a escolha dos grupos. Notou-se que algumas vezes, após a observação, os mais velhos permaneciam mais distantes, sendo necessário estímulo para que participassem também. Divididos então em grupos, de acordo com o número de pessoas presentes nos encontros, davam início a atividade (figura 56). Ao seu término, cada grupo apresentava

o painel construído para os demais e uma discussão a respeito era desenvolvida (figura 57).

Figura 56. Construção de painel de fotos na V. Cruzeiro

Jeferson Gaspar dos Santos (mai/2005).

Figura 57. Apresentação de painel de fotos na V. S. Pedro

Leandro Luiz Giatti (mai/2005).

Quanto às causas para os problemas, de maneira geral, foram mencionados por eles desde aspectos relacionados à falta de infra-estrutura de saneamento, como poços artesianos, água encanada nos domicílios e banheiros e ausência de um sistema de coleta de resíduos, até aspectos relacionados ao próprio descuido quanto à ações preventivas e de hábitos

saudáveis. Mencionou-se também a falta de orientação como causa para muitos dos problemas apresentados.

Quanto às soluções propostas por eles destacaram-se melhorias das condições de saneamento quanto ao abastecimento de água, tratamento de esgoto e dos resíduos e a freqüente solicitação por orientação técnica sobre os cuidados com a disposição do lixo, manipulação e preparação de alimentos e práticas preventivas de aspectos sanitários e de hábitos saudáveis.

Observou-se que a busca de causas para os problemas levantados fez com que os indígenas refletissem sobre seus hábitos e costumes, passando a reconhecer que a origem de algumas doenças estava relacionada, além de outros fatores, ao descuido individual e coletivo para com a saúde. A partir desta reflexão, alguns participantes, principalmente lideranças, aproveitaram as reuniões para cobrar dos próprios moradores ações preventivas e de auto-cuidado. Também ficou claro que muitos indígenas já detinham alguns conhecimentos sobre formas de transmissão de doenças e de como preveni-las, e que a partir das reuniões, essa preocupação que parecia “esquecida” voltava a ser discutida entre eles.

4.4. QUARTA VISITA DE CAMPO (JULHO/2005)

Esta quarta etapa do trabalho de campo objetivou a realização de reuniões comunitárias, orientações técnicas por meio de cursos, palestras e discussões sobre resíduos sólidos, alimentos, hábitos saudáveis, ações preventivas de saneamento e de mobilização.

4.4.1. Resultados da Construção de Mapas-Falantes para Identificação de Anseios

Esta técnica, que tanto sucesso obteve na primeira etapa do trabalho de campo, foi novamente desenvolvida nas reuniões comunitárias, agora objetivando identificar junto aos moradores de cada vila, os seus anseios e desejos para o futuro, bem como estimular a mobilização dos participantes para ações que culminassem na concretização destes anseios.

Foi solicitado aos participantes que, divididos em grupos menores, de acordo com o número de moradores presentes nas reuniões, representassem por meio de um desenho em uma cartolina previamente dividida por um traço, como gostariam que a vila onde moravam estivesse daqui 1 ano e daqui 5 anos (figura 58). Após o término, os desenhos eram apresentados por um representante dos grupos e uma discussão era então estimulada, procurando-se identificar quais ações seriam necessárias para que aqueles sonhos e desejos apresentados fossem alcançados.

Figura 58. Construção de mapa-falante na V. Dom Pedro Massa

Para o desenvolvimento desta atividade, em cada reunião comunitária foram formados em média 2 grupos escolhidos por eles, sendo que na maioria das vezes eles optaram novamente por formar grupos de mulheres e de homens.

Antes de dar início aos desenhos pôde-se observar a realização de uma discussão prévia entre os componentes de cada grupo, onde todos podiam dar sua contribuição. Mais uma vez, identificou-se uma grande noção coletiva de espaço, proporções e sentido. Os desenhos eram construídos em cerca de 90 minutos, quando então iniciavam-se as apresentações e discussões sobre estes (figura 59).

Figura 59. Apresentação de mapa-falante na V. Aparecida

De modo geral, foram representados nos desenhos, como anseios dos moradores, melhorias das habitações e centros comunitários, asfaltamento das ruas, bem como soluções provisórias e definitivas para os resíduos, água e esgoto (figura 60).

Figura 60. Mapa-falante sobre anseios futuros (Vila Aparecida)

Estas elaborações e as respectivas apresentações deixaram claro quanto ao desejo dos indígenas por melhorias em saneamento básico no tocante ao abastecimento de água domiciliar, coleta e tratamento de esgoto e de resíduos sólidos. Ficou claro também anseios por outros aspectos de urbanização, como a pavimentação de ruas, a construção de pontes, prédios, entre outros.

A análise desse material revela mais uma vez a influência que a sociedade envolvente está exercendo sobre eles, por exemplo, por meio de programas de TV, seus apelos e propagandas. Por esse contato são incorporadas novas práticas para atender as necessidades que surgem diante do contexto atual de vida desses indígenas, porém sabe-se que o modelo de “modernismo”, “civilidade” e até de “felicidade” mostrado muitas vezes pela mídia supervaloriza o ambiente urbano, em detrimento do ambiente rural, afetando diretamente os valores, a auto-estima e a identidade desses povos.

Destacou-se também a compreensão dos participantes quanto à noção de tempo relacionada a possibilidade de execução de melhorias no Distrito, pois propostas mais simples estavam presentes nos desenhos que representavam anseios para daqui 1 ano, e propostas de melhorias mais elaboradas estavam presentes nos desenhos que representavam anseios para daqui 5 anos (figura 61).

Figura 61. Mapa-falante sobre anseios futuros (Vila Aparecida)

No anexo 8 encontram-se fotos dos demais mapas-falantes produzidos nessa visita de campo.

Durante as discussões que sucederam as apresentações procurou-se identificar junto com os moradores as ações necessárias para a concretização daqueles desejos, e dentre estas, quais dependiam deles e quais dependiam de atuação governamental.

Segundo PELICIONI e PHILIPPI Jr (2005), educar no caminho da cidadania exige estratégias de fortalecimento da consciência crítica. Procurou-se, portanto, por meio da realização dessa atividade incentivar a mobilização dos indígenas, tanto para ações preventivas, quanto para o exercício da cidadania, tendo como base uma reflexão crítica daquela realidade.

4.4.2. Palestras sobre Resíduos Sólidos

Após a identificação do problema relacionado aos resíduos sólidos, bem como devido a constantes solicitações por orientação, como é próprio da pesquisa-ação, procurou-se esclarecer a população sobre os perigos da disposição inadequada, da queima indevida dos resíduos e possíveis soluções para as comunidades de Iauaretê. Para tanto, foram desenvolvidas, por especialista na área, algumas atividades educativas como palestras para estudantes do ensino médio e fundamental, cursos para professores (figura 62) e encontro com os funcionários da Unidade Mista de Saúde. Esclarece-se que a opção pelo uso de palestras deve-se à forte tradição de comunicação oral existente dentre os indígenas locais, além de ter sido uma solicitação dos próprios moradores.

Figura 62. Palestra sobre resíduos sólidos para professores

Renata Ferraz de Toledo (jul/2005).

O curso para os professores teve como objetivo fornecer subsídios para que se trabalhasse a questão dos resíduos sólidos urbanos dentro e fora da sala de aula e interdisciplinarmente, com o intuito de trazer para discussão um problema atual e de difícil solução. O conteúdo da palestra envolveu a problemática da geração de resíduos, seus diferentes tipos, a disposição final e possíveis tratamentos, a relação resíduos-saúde, os 3 R's (Reduzir,

Reutilizar, Reciclar) e o estudo de atividades didáticas que poderiam auxiliar o trabalho docente sobre aquela temática.

As palestras para os alunos do ensino médio e fundamental tiveram o objetivo de fazer com que os estudantes identificassem o problema que envolvia os resíduos sólidos urbanos, como por exemplo, sujeira, vetores, poluição, utilização de recursos naturais, etc. Juntamente com o trabalho dos professores nas diversas disciplinas o intuito maior era, a médio e longo prazos, que os estudantes, futuros adultos do Distrito de Iauaretê, repensassem suas atitudes desde aquele momento, a partir da construção de novos conhecimentos sobre os perigos que os resíduos mal dispostos podem trazer à saúde e à qualidade de vida de toda a população.

O encontro com os profissionais de saúde, ou seja, funcionários da Unidade Mista teve o intuito de fornecer informações sobre os perigos impostos pelos resíduos de serviço de saúde produzidos dentro do hospital, além da melhor forma de acondicionamento para evitar possíveis contaminações e o uso de equipamentos de proteção individual.

4.4.3. Curso sobre Alimentos

Com apoio do Centro de Educação Tecnológica do Amazonas - CETAM, uma nutricionista ministrou o curso “Boas práticas de manipulação e processamento de alimentos e importância dos grupos de alimentos para uma boa nutrição”. Este curso levou em consideração a cultura alimentar regional indígena e contou com a participação de 29 alunas do grupo da Associação das Mulheres Indígenas do Distrito de Iauaretê – AMIDI, indicadas pelas lideranças de cada uma das 10 comunidades do Distrito. (figura 63).

Figura 63 – Curso sobre alimentos

Leandro Luiz Giatti (jul/2005).

Diante da situação local, ter bons hábitos na produção de alimentos e uma alimentação equilibrada e variada com gêneros disponíveis na região, são medidas preventivas que objetivam a manutenção da saúde. Assim, durante o curso foram desenvolvidas atividades teóricas participativas e práticas, abordando-se questões de segurança alimentar, no tocante ao valor nutricional de alimentos, e de boas práticas em manipulação, processamento e aprovisionamento de alimentos, de acordo com os hábitos e possibilidades das indígenas.

Um dos pontos fortes do curso foi a construção de uma roda dos alimentos, de acordo com o que era consumido na região, mostrando a importância de cada um deles e suas funções, o que proporcionou maior entendimento sobre a importância de variar a alimentação para obter os nutrientes necessários para uma boa saúde, principalmente diante da atual situação de transição dos hábitos alimentares. Foram realizadas ainda algumas aulas práticas de produção de receitas dentro das boas práticas de manipulação, sempre enfatizando seus costumes e a realidade local, e utilizando-se gêneros alimentícios produzidos e encontrados em Iauaretê.

Esperou-se com essa ação educativa formar multiplicadoras dos temas abordados no curso, uma vez que as indígenas participantes disponibilizaram-se a compartilhar esses conhecimentos nas reuniões comunitárias realizadas nas manhãs de sábado.

4.4.4. Reunião de Avaliação Parcial

No dia 28 de julho de 2005, ao final de uma das atividades de um Congresso Eucarístico da Igreja Católica, que estava ocorrendo em Iauaretê naquela ocasião, realizou-se uma reunião de avaliação da pesquisa no Salão Paroquial, convidando-se todos os moradores.

Procurou-se relembrar brevemente todas as atividades desenvolvidas em Iauaretê, desde os primeiros contatos feitos na visita de reconhecimento em fevereiro de 2004 até aquele momento (figura 64).

Figura 64 – Reunião de avaliação realizada no salão paroquial

Luciano Malpaga Giatti (jul/2005).

Em seguida, deu-se a palavra aos presentes para que se manifestassem com relação ao andamento da pesquisa e ao final daquela etapa. Prosseguiu-se com uma votação (figura 65) utilizando-se sementes de açaí

e três desenhos (figura 66) seguido dos seguintes dizeres: “gostei do trabalho na USP”; “gostei mais ou menos do trabalho da USP”; e “não gostei do trabalho da USP”.

Figura 65. Votação de avaliação

Luciano Malpaga Giatti (jul/2005).

Figura 66 – Desenhos utilizados para votação na avaliação das atividades

(Desenhos produzidos por Marcellus William Janes, 2005).

Pela votação dos que participaram da reunião 99 gostaram do trabalho, 16 gostaram mais ou menos e apenas uma pessoa não gostou.

4.4.5. Resultados da Observação Participante

A observação participante foi realizada em alguns momentos desta pesquisa, principalmente durante as quatro primeiras visitas técnicas, sendo que a narrativa apresentada a seguir, diz respeito a anotações feitas em diário de campo, relativas tanto às observações realizadas quanto às minhas impressões pessoais desde a primeira visita ao Distrito de Iauaretê.

No dia 7 de fevereiro de 2004, por volta das 11:30 horas, eu e minha colega nutricionista, membro da equipe de pesquisa, saímos da sede do Município de São Gabriel da Cachoeira com destino à Iauaretê. O meio de transporte utilizado foi um barco de alumínio com motor de popa (40 hp), conhecido por lá como voadeira, e para aumentar nossa ansiedade partimos debaixo de muita chuva! O barco estava sendo pilotado por um indígena morador local e também nos acompanhavam o coordenador do DSEI e o diretor da Unidade Mista de Saúde de Iauaretê. Seguimos pelo rio Negro até a foz de um dos seus principais afluentes, o rio Uaupés, pelo qual passamos a navegar até a chegada em Iauaretê.

Pelo fato desses rios estarem com seu volume de água muito baixos, o que era comum para aquela época do ano, uma paisagem maravilhosa se revelava a cada instante, com inúmeros bancos de areia e pequenas praias, por outro lado tornava a navegação mais difícil, fazendo com que chegássemos no local onde passaríamos a noite somente por volta das 20:30 horas. Dormimos então na comunidade indígena de Taracuá, no baixo rio Uaupés, e contamos com o apoio logístico do Pólo Base de Saúde do DSEI existente no local.

Na manhã seguinte seguimos nossa viagem para Iauaretê, porém depois de cerca de uma hora navegando paramos em Ipanoré, antes de nos aproximarmos de uma cachoeira de mesmo nome, a qual é intransponível de voadeira. De caminhão, nos dirigimos até Urubucuará, de onde prosseguimos novamente de barco até Iauaretê.

Chegamos por volta das 16 horas e nos dirigimos ao Pólo Base de Saúde local. Logo uma ocorrência me chamou a atenção: um senhor indígena trazia em seus braços sua filha de 8 meses, que segundo ele estava com diarreia há 1 semana. A criança foi atendida e medicada pelo enfermeiro responsável. Mais tarde, conversando com profissionais da saúde daquele Pólo, me foi relatado que de fato os indígenas habitantes locais geralmente buscavam tratamento para seus males primeiro pela medicina tradicional indígena, procurando por um pajé ou benzedor, e caso não obtivessem o resultado esperado procuravam auxílio médico no Pólo Base do DSEI ou na Unidade Mista de Saúde. Esse procedimento, na opinião daqueles profissionais da saúde, era visto como um problema no caso, por exemplo, de doenças diarreicas, pois com o passar do tempo e o agravamento do quadro aumentavam as chances de óbito por desidratação. Naquela noite, passei a refletir sobre isso.

Na manhã seguinte fomos até a Coordenadoria das Organizações Indígenas do Distrito de Iauaretê para alguns esclarecimentos sobre o projeto e para marcarmos nossa primeira reunião com as lideranças locais. Logo em seguida pudemos ouvir pela “Boca de Ferro” - um sistema de comunicação por meio de autofalantes instalados em postes, o anúncio de nossa chegada à Iauaretê e sobre a reunião que seria realizada na manhã seguinte. Vale lembrar que este comunicado foi feito em língua Tukano, porém, o que nos fez compreender do que se tratava foi o fato de ouvirmos nossos nomes e outras expressões conhecidas, como USP.

Nas visitas posteriores a cada uma das vilas destacou-se a repetição de um mesmo procedimento: ao chegarmos nos centros comunitários um sino era tocado por algum morador para chamar os demais que ainda estavam em suas casas; ao se aproximarem eles nos cumprimentavam e sentavam-se, mulheres de um lado e homens de outro, dinâmica esta que já havia sido observada por mim na primeira reunião realizada somente com a presença

das lideranças. Para dar início àqueles encontros os líderes falavam aos seus moradores em língua tukano, nos apresentavam e nos davam a palavra em seguida. Também foi recorrente o fato de não fazerem nenhum comentário ou pergunta enquanto falávamos, sendo que apenas ao término de nossas explicações é que se manifestavam a respeito. Ao final das reuniões sempre ofertavam algum alimento como quinhapira com beiju, ou alguma bebida, como água de coco, chibé ou vinho de pupunha. Em um desses momentos de confraternização, o comentário de uma senhora indígena sobre a importância da mandioca para eles, me chamou à atenção: “não ter mandioca pra gente, é como vocês não terem conta no banco”. Com o passar do tempo e convivência com aquela população, isto se tornou bastante evidente para mim.

Pode-se dizer, que a primeira prática do cotidiano indígena que participei de fato foi uma das habituais *reuniões das manhãs de sábado*, que ocorrem nos centros comunitários de cada uma das vilas centrais de Iauaretê. Também chamados de palhoças, esses centros comunitários são em sua maioria construídos em formato circular, com paredes de bambu e teto revestido com palha de caranã.

Assim, em todas as manhãs de sábado, após a oração nas capelas de cada vila, os moradores dirigem-se aos centros comunitários para a realização de uma reunião, seguida de merenda comunitária. Como já mencionado, sentam-se mulheres de um lado e homens do outro. No centro da palhoça arrumam uma mesa onde são colocadas panelas com quinhapira e peneiras e bacias com beiju. Na frente, vários caldeirões com mingau de açaí, abacaxi, pupunha, entre outros (figura 67).

Figura 67 – Partilha de alimentos em reunião comunitária

Luciana Pranzetti Barreira (jul/2005).

A reunião foi então iniciada e coordenada pelo líder da comunidade que apresentou e discutiu com os demais moradores assuntos do interesse de todos. Em seguida, como de costume, o animador propôs um trabalho comunitário, por eles chamado de *wajuri* (figura 68 e 69), para ser realizado no decorrer da semana. Dependendo da necessidade, pode ser proposto pelos animadores a troca do revestimento de palha de um centro comunitário, capinar uma rua, entre outros serviços.

Figura 68 – Trabalho comunitário (*Wajuri*) – construção da sede da AMIDI

Leandro Luiz Giatti (mar/2005).

Figura 69 - Trabalho comunitário (*Wajuri*) - preparação de palha de caranã

Luciana Pranzetti Barreira (jul/2005).

Terminada a reunião, iniciou-se a refeição comunitária, onde cada morador havia contribuído trazendo o que tinha em casa. Os primeiros a se servir foram os homens, depois as mulheres. Alimentaram-se primeiro da quinhapira com beiju, e depois de lavarem as mãos em uma panela com água que ficava na entrada do Centro, passaram a consumir, com uma cuia já colocada em cada caldeirão, os diferentes tipos de mingau que estavam organizados lado a lado na mesa para facilitar o andamento da fila. Segundo relatos, essas reuniões seguiam, de maneira geral, sempre essa dinâmica de funcionamento.

Estas habituais reuniões pareciam ser importantes momentos de discussão, troca de idéias e tomada de decisões conjuntas entre os indígenas. Além disso, por meio desses encontros regulares tinham a oportunidade de reviver o regime de partilha de alimento e as reuniões que eram realizadas nas antigas malocas habitadas por seus antepassados, onde a transmissão oral de conhecimentos era feita por uma liderança aos demais co-residentes.

Uma das principais preocupações que tive ao chegar ao Distrito de Iauaretê, era como seria recebida pela população local, mas ao participar de reuniões e encontros com a comunidade logo pude identificar alguns mecanismos de

aproximação para facilitar minha inclusão, dentro do possível, nos grupos ali estabelecidos. Dentre estes mecanismos, o posicionamento das mulheres de um lado e dos homens de outro nos centros comunitários foi uma prática que procurei seguir assim que identificada. Da mesma maneira, pela forma como conversam, pude perceber a importância de nunca interromper um indígena quando ele está falando, ou seja, deve-se primeiro ouvi-lo, para depois expressar minha opinião. A identificação de mecanismos como estes, acredito ter facilitado meu convívio e aproximação.

Retornando a São Paulo, após essa visita de reconhecimento ao Distrito de Iauaretê, pude refletir profundamente sobre as situações observadas, as conversas e sobre a problemática vivenciada pela população local. Não há como negar que a partir daquela primeira visita meu “romantismo indígena” começou a ser transformado, pois havia me deparado com uma realidade bastante diferente da que geralmente é apresentada pelos meios de comunicação de massa, ou mesmo por livros didáticos, e que de certa forma, de acordo com minhas experiências, ou por minha não-experiência no assunto, eu havia incorporado.

Pude também perceber claramente que o desenvolvimento daquela pesquisa-ação seria um grande desafio pra mim enquanto pesquisadora, não apenas por sua essência educativa, que é sempre um desafio, mas também porque haveria a necessidade de se aproximar de ciências como a antropologia, a qual eu não estava habituada a lidar, além é claro, do desafio de conviver com uma cultura diferente da minha. De qualquer maneira essa primeira visita e as reflexões geradas foram fundamentais para adequar o projeto de pesquisa à realidade observada.

Minha segunda ida à Iauaretê, acompanhada de mais dois pesquisadores da equipe, pôde ocorrer apenas um ano depois, pois tivemos que aguardar a aprovação do projeto de pesquisa pela Funasa, Funai e CNPQ. Dessa vez, havíamos conseguido o apoio logístico da Força Aérea Brasileira, por meio

do VII Comando Aéreo Regional. Decolamos então de Manaus, no dia 10 de março, às 8 horas, em Aeronave C-115 “Búfalo” com destino a São Gabriel da Cachoeira, onde fizemos uma parada de cerca de 1 hora. As 12:30 horas já estávamos pousando na pista de Iauaretê e sendo recebidos por alguns militares do Pelotão Especial de Fronteira do Exército Brasileiro.

Já no dia seguinte tive a oportunidade de participar de uma reunião do Conselho Local de Saúde do Distrito Sanitário Especial Indígena (DESI/ARN), o que propiciou o acesso a algumas importantes informações sobre a organização do sistema de saúde na região e também a construção de impressões pessoais a respeito.

Divididos em grupos, ao final da reunião, os participantes tiveram a oportunidade de apresentar suas sugestões e opiniões. Destacou-se o fato de nenhum grupo ter mencionado a importância de ações de prevenção, práticas saudáveis, nutrição, ou problemas relacionados à impactos ambientais, como o acúmulo de resíduos. Os problemas e as sugestões apresentadas relacionavam-se principalmente à falta de medicamentos e de combustível para operações de resgate, ou seja, voltadas para uma assistência curativa. Um dos participantes fez o seguinte relato a respeito: “qualquer dor a gente quer remédio porque passa a dor e a gente pode logo ir pescar e trabalhar, mas estamos deixando de lado nossa cultura tradicional”, o que revela um pensamento bastante imediatista e funcional.

Mas naquele momento, o que mais me surpreendeu foi o fato de que aquelas sugestões, apenas de caráter assistencial, estavam sendo dadas não somente pelos indígenas, mas também por profissionais não-índios responsáveis pela saúde na região, como enfermeiros e dentistas.

Também chamou a atenção o fato de não estarem presentes naquele encontro nenhum representante do exército, da missão salesiana, do

Hospital São Miguel ou mesmo da Unidade Mista de Saúde, demonstrando claramente uma desarticulação dessas instituições ali atuantes.

Não pude deixar ainda de perceber o uso de copos descartáveis para tomar suco e chibé durante a reunião, lembrando que em Iauaretê não existia, na época da pesquisa, nenhum tipo de coleta ou tratamento dos resíduos gerados. Estava claro pra mim que assuntos como esse haveriam de ser tratados com muito cuidado, já que envolviam questões como a praticidade, ou ainda “o desejo de ser moderno”, já discutidos nesse trabalho.

Com o objetivo de promover maior aproximação junto à população, bem como conhecer algumas práticas culturais milenares, pude nessa visita de março acompanhar a rotina diária de uma das famílias indígenas locais, participando direta e pessoalmente da produção, preparação e provisionamento de alimentos, por meio de visita à roça e do preparo artesanal de derivados de mandioca.

Assim, após caminhar por cerca de 20 minutos, passando pela pista de pouso da COMARA, por um areal e por uma fábrica de tijolos, eu, os outros dois pesquisadores e mais a senhora indígena que nos levava a sua roça, passamos a caminhar por uma trilha na mata por mais 40 minutos aproximadamente, até a chegada ao local onde ficava sua roça. Próximo a um igarapé, realizamos uma parada para retirar um pedaço da casca de uma árvore para fazer a alça dos aturás, cestos que eram levados para carregar a mandioca a ser colhida (figura 70).

Figura 70 – Confeção de alça para aturá

Leandro Luiz Giatti (mar/2005).

Logo na chegada à roça, com o auxílio e orientação da senhora indígena acima retratada, demos início aos trabalhos. Inicialmente, a mandioca brava (*Manihot esculenta Crantz*) foi colhida e os pés de maniva arrancados para serem replantados (figura 71). Também arrancamos o mato e foi feito fogo para queimá-lo (figura 72). A senhora nos mostrou na sua roça os locais diferentes em que era plantada a mandioca branca, considerada ideal para a produção do beiju e a mandioca amarela, para a produção de farinha. O trabalho era pesado. Fizemos duas pausas pra tomar um pouco de chibé (água com farinha de mandioca) (figura 73). Para terminar, os caules das manivas foram quebrados em pedaços de aproximadamente 30 cm, e replantados em uma área ao lado, onde a mata já havia sido queimada e o terreno estava, segundo ela, limpo e pronto para ser plantado (figura 74). Os trabalhos na roça duraram cerca de 4 horas.

Figura 71 – Prática em uma roça de mandioca - colhendo

Leandro Luiz Giatti (mar/2005).

Figura 72 – Prática em uma roça de mandioca – queimando o mato

Leandro Luiz Giatti (mar/2005).

Figura 73 – Consumo de chibé

Leandro Luiz Giatti (mar/2005).

Figura 74 - Prática em uma roça de mandioca - plantando

Leandro Luiz Giatti (mar/2005).

Antes de retornarmos, os aturás foram cheios com as mandiocas colhidas, e pendurados pela alças em nossas cabeças, o que era extremamente pesado e desconfortável, deixando a sensação de que o caminho de volta era mais longo do que o da ida (figura 75).

Figura 75 – Transporte da mandioca colhida em aturás

Ao chegar à sua casa, demos início ao processo de produção de alguns derivados da mandioca, a qual foi descascada (figura 76), ralada (figura 77) e espremida em um cumutá (peneira) (figura 78) (pode-se usar também o tipiti). O caldo resultante deve ser fervido por ser extremamente venenoso, e é usado para fazer a manicuera. Depois de espremida e peneirada, a massa foi espalhada no forno para a produção do beiju, considerado o “pão indígena” (figura 79). Ela nos ensinou que não se deve parar de mexer para não queimar, e o beiju vai assim tomando forma. Em seguida, o mesmo foi feito com a mandioca amarela para a produção de farinha. Depois de pronto o beiju, levamos metade pra casa e comemos com manteiga e queijo, o que era muito bom!

Figura 76 – Etapa da produção do beiju – descascando a mandioca

Leandro Luiz Giatti (mar/2005).

Figura 77 – Etapa da produção do beiju – ralando a mandioca

Leandro Luiz Giatti (mar/2005).

Figura 78 – Etapa da produção do beiju – espremendo a mandioca

Figura 79 - Etapa da produção do beiju – assando o beiju

O acompanhamento dessa rotina diária na roça e da produção de alimentos, trabalho comumente atribuído às mulheres, revelou não apenas o modo como trabalham, mas uma prática milenar imbuída de sentimentos e representações culturais para aqueles grupos étnicos. A perfeita adaptação àquele ambiente do qual dependem diretamente também transpareceu às

observações realizadas neste dia, pois como afirma HABERMAS (1987) a linguagem é muitas vezes um instrumento de dominação, os diálogos, portanto, devem ser decodificados e refletidos dentro dos diferentes contextos histórico-culturais.

A data marcada para o retorno à Manaus se aproximava e meu cansaço físico e emocional era evidente, mesmo tendo claro que o processo de pesquisa-ação estava sendo desenvolvido de forma bem sucedida. E as atividades a serem desenvolvidas na próxima ida à Iauaretê foram estruturadas a partir das representações identificadas sobre a interpretação dos indígenas para a problemática local e as questões culturais envolvidas nesse processo.

A terceira visita ao Distrito de Iauaretê, realizada em maio de 2005, também pôde contar com uma equipe multiprofissional em campo, o que foi fundamental para atender as diferentes demandas que surgiram durante as reuniões comunitárias, principalmente porque estes encontros tinham por objetivo identificar juntos com os indígenas habitantes locais, possíveis causas e soluções para os problemas por eles diagnosticados anteriormente.

Pude verificar também, por meio dessas reuniões comunitárias, o papel de destaque dos professores locais como formadores de opinião e como líderes nas vilas do Distrito, os quais estavam atuando diretamente na identificação de concepções e de problemas, nas reflexões sobre causas, soluções e sobre a continuidade deste processo.

Outra observação e reflexão feita nessa visita dizia respeito aos finais de semana que eu havia passado no Distrito de Iauaretê, pude perceber que estes eram bastante semelhantes àqueles típicos de uma pequena cidade de interior, como os que passei na minha infância, na minha cidade natal. Puderam ser observadas em Iauaretê, nas manhãs de sábado, por exemplo, a realização de orações nas capelas, reuniões nos centros comunitários, já

comentadas anteriormente, e muitas atividades esportivas como futebol (figura 80) e volei. As crianças foram observadas também nadando no rio e em igarapés com total liberdade, brincando na areia (figura 81), de boneca, bolinha de gude, entre outras. No domingo, após a missa na igreja principal, os moradores costumavam ficar um tempo próximo à área da igreja, onde eram vendidos picolés. Seguiam-se também várias atividades esportivas, e no final do dia algumas famílias se reuniam para tomar caxirí, bebida tradicional indígena. De fato, muitas destas atividades por eles realizadas se assemelham as de uma pequena cidade.

Figura 80 – Dia de domingo em Iauaretê - futebol

Leandro Luiz Giatti (mar/2005).

Figura 81 – Dia de domingo em lauaretê – brincadeira na areia

Outro aspecto que me chamou atenção nessa visita de campo foi a constante solicitação dos indígenas por “ajuda”, durante as atividades desenvolvidas nessa visita de campo, no tocante, por exemplo, à melhorias em saneamento. Porém, diante daquela situação por eles enfrentada, não seria o saneamento, desde que adequado à sua realidade, um direito dessa população? Afinal, estavam de fato esquecidos pelo poder público? E até que ponto aquela população havia esquecido, ou desconhecia maneiras de lutar e cobrar seus direitos?

Dessa maneira, foi a partir dessas reflexões e questionamentos, que as intervenções para a quarta visita de campo foram elaboradas e programadas, o que é próprio da pesquisa-ação, como já mencionado nesse trabalho. Pensou-se então em intensificar atividades que despertassem e incentivassem a mobilização dos moradores de lauaretê para ações práticas individuais e coletivas.

Merece destacar aqui mais um episódio de grande significado para mim, no que diz respeito ao entendimento do processo de contato daqueles indígenas com a sociedade envolvente. Durante uma das reuniões

comunitárias realizadas nessa quarta visita, enquanto os indígenas construía os mapas-falantes sobre anseios e sonhos futuros, chamava minha atenção e também da outra pesquisadora que estava comigo uma enorme árvore na margem direita do rio Uaupés. Ao falar com uma mulher que estava ao nosso lado sobre a árvore, ela fez o seguinte comentário: “não gosto nada daquela árvore porque por causa dela não consigo ver bem o outro lado, eu queria ser um raio para derrubá-la”. Procurando então refletir sobre esse comentário tão carregado de sentimentos, percebi que o que havia de tão interessante do outro lado era a “cidade”, o “centro de lauaretê”, já que ela era moradora de uma das comunidades da margem direita do rio Uaupés, onde não havia comércio, posto de saúde, correio, entre outras coisas. Enfim, aquelas características de uma cidade, de um núcleo urbano, estavam do outro lado, e portanto, “precisavam” ser vistos por aquela mulher.

Outra reflexão importante para o meu amadurecimento enquanto pesquisadora sobre a realidade atual de alguns povos indígenas foi feita durante minha visita a uma típica maloca que havia sido construída pelos indígenas em lauaretê, no ano de 2005, com o apoio e incentivo do Instituto Socioambiental. De fato sua grandiosidade e beleza me impressionaram, no entanto, aquele era um domingo e um final de semana de festas comemorativas ao Dia das Mães, mesmo assim a maloca estava fechada e vazia. Naquele mesmo momento festas estavam sendo realizadas ao som do forró, e com o consumo de muito caxirí, nas áreas centrais de lauaretê e em alguns centros comunitários. Para quem afinal aquela maloca havia sido construída? Para satisfazer as necessidades de quem? Da sociedade envolvente, que tem procurado reaproximar-se da natureza, ou do indígena, que ao contrário, tem buscado cada vez mais aproximar-se do cotidiano urbano?

Vale ainda relatar aqui o “saldo” deste mesmo final de semana comemorativo do Dia das Mães: consumo excessivo de caxirí em todas as

comunidades; duas meninas adolescentes foram violentadas sexualmente; um homem desmaiou devido a um ferimento na testa resultante de uma briga; um homem espancou sua mulher em frente ao posto de saúde do DSEI. Esclarece-se novamente que, a utilização da expressão, “violência sexual”, se justifica pela indignação dos próprios moradores para o ocorrido, ficando claro para mim que não se tratava de práticas culturais locais.

Foram então apresentados alguns resultados e reflexões sobre as anotações realizadas em diário de campo. Considerou-se que a participação em algumas práticas do cotidiano local e as observações realizadas foram extremamente úteis para complementar a análise dos depoimentos e dos resultados de outros instrumentos utilizados, para assim produzir um conhecimento sobre aqueles aspectos socioambientais e culturais em estudo condizente com a realidade local.

4.5. QUINTA VISITA DE CAMPO (MAIO/2006)

Os objetivos desta etapa foram apresentar e discutir com a população indígena de Iauaretê e representantes de instituições locais, como da Missão Salesiana da Igreja Católica, do Pelotão de Fronteira do Exército Brasileiro, da Unidade Mista de Saúde da SUSAM, da Escola São Miguel e do Distrito Sanitário Especial Indígena - DSEI/ARN/FOIRN, os principais resultados obtidos até aquele momento, bem como delimitar ações para continuidade de pesquisas e intervenções. Com estes mesmos objetivos e também com o intuito de oferecer auxílio técnico a entidades envolvidas com saneamento e saúde na área de estudo foram realizadas reuniões com instituições sediadas no Município de São Gabriel da Cachoeira/AM.

Havia sido programado e agendado um encontro de dois dias em Iauaretê, porém devido ao adiamento de vôo da FAB e conseqüente atraso na chegada ao local, foi possível realizar apenas duas reuniões com a presença

de alguns moradores e representantes de algumas instituições (figura 82). Ressalta-se ainda que as reuniões na sede do Distrito de Iauaretê foram prejudicadas por festividades e excesso de consumo de bebidas alcoólicas entre os habitantes locais.

Figura 82. Reunião para apresentação e discussão de resultados (mai/2006)

Leandro Luiz Giatti (mai/2006).

Melhor resultado foi obtido em reuniões na cidade de São Gabriel da Cachoeira, destacando-se o interesse das instituições convidadas nos resultados obtidos com a pesquisa. Participaram das reuniões representantes das seguintes entidades: Fundação Nacional de Saúde - Funasa, Escola Agrotécnica Federal, Instituto Socioambiental, Hospital de Guarnição, Comando da 2ª Brigada de Infantaria de Selva, Secretaria Municipal de Meio Ambiente e Turismo, Distrito Sanitário Especial Indígena - DSEI/FOIRN, Secretaria Municipal de Saúde e Missão Salesiana da Igreja Católica.

4.6. ANÁLISE CONJUNTA

Procurou-se relatar e discutir neste capítulo os principais resultados alcançados com a realização do diagnóstico situacional por meio dos questionários, entrevistas, atividades desenvolvidas nas reuniões comunitárias (construção de mapas-falantes e de painéis fotográficos) e pela observação participante, realizada em vários momentos distintos, bem como, apresentar resultados do próprio processo de desenvolvimento da pesquisa-ação.

Esclarece-se novamente que, embora estes resultados tenham sido apresentados separadamente, em função dos instrumentos utilizados, sua análise foi feita de forma conjunta para uma melhor compreensão do conteúdo dos relatos e desenhos apresentados, bem como das práticas do cotidiano observadas e dos dados obtidos com diagnóstico ambiental.

Os diversos instrumentos e técnicas utilizadas para identificar o entendimento dos indígenas sobre os principais problemas socioambientais e de saúde pública, e suas representações quanto ao processo saúde-doença foram fundamentais para subsidiar a caracterização da problemática em campo.

Da mesma maneira, as intervenções educacionais desenvolvidas no decorrer da pesquisa, como as palestras realizadas com professores e estudantes sobre resíduos, o encontro com os funcionários da saúde e o curso de nutrição, além do processo educativo de troca de conhecimentos ocorrido principalmente durante as reuniões comunitárias, foram momentos importantes dessa pesquisa-ação.

Observaram-se algumas diferenças quanto aos resultados obtidos por meio de instrumentos de pesquisa de caráter mais individual, como os questionários e entrevistas, e aqueles obtidos por meio de atividades mais

coletivas, como a construção de mapas-falantes e de painéis. Nestes últimos, os participantes pareciam mais inibidos para relatar aspectos associados às questões culturais, como crenças mitológicas presentes na interpretação do processo saúde-doença, bem como sobre práticas tradicionais de prevenção e cura de enfermidades, questões abordadas com maior frequência nos questionários e entrevistas.

Em função dos resultados obtidos, procurou-se ainda realizar uma análise geral baseando-se em alguns aspectos⁵ tais como: a relação dos indígenas consigo mesmo; com os outros; e com o meio ambiente; fatores e comportamentos de risco à saúde; e as questões culturais envolvidas nesses aspectos.

Nesse sentido, quanto à relação dos indígenas consigo mesmo, identificou-se dentre alguns moradores de Iauaretê, principalmente dentre os jovens, uma situação de baixa auto-estima, representada pela falta de mobilização e por uma supervalorização de tudo que se originava na dita “civilização do branco”, independente de sua utilidade ou qualidade, em detrimento da cultura tradicional indígena, situação que provavelmente originou-se em tempos remotos, nos primeiros contatos com os missionários salesianos que objetivavam “civilizar e catequizar os índios”, utilizando-se para isso, como já mencionado anteriormente, dos mais diversos meios. Essa valorização pôde ser percebida também no fato de que atualmente os indígenas conferem certo prestígio àqueles que ocupam cargos profissionais empregatícios, seja no exército, na escola, na subprefeitura ou em órgãos da saúde, prestígio que antigamente estava relacionado apenas às posições que ocupavam hierarquicamente nos grupos étnicos.

Quanto à relação dos indígenas com os demais membros da população identificou-se uma forte organização comunitária, representada nas

⁵ Esses aspectos baseiam-se nos indicadores utilizados na Avaliação do Programa Cuidar realizado pela equipe do Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge

freqüentes reuniões realizadas para a tomada de decisões, na distribuição de funções e na realização de trabalhos comunitários, por eles chamados de *wajuri*. Demonstraram também valorizar a partilha dos alimentos, a união entre os membros de uma comunidade, as relações familiares, incluindo o cuidado especial com os filhos menores, as festas e as atividades de lazer em grupo, como os esportes coletivos. Por outro lado, observou-se também que as brigas entre os indígenas originadas pelo consumo excessivo de bebidas alcoólicas, têm se tornado cada vez mais freqüentes.

A relação dos indígenas com a sociedade envolvente tem sido marcada principalmente pelo assistencialismo e não por ações voltadas para a autonomia dessa população, sejam elas educativas ou não.

Como afirma REIGOTA (2003),

a autonomia caracteriza as pessoas que têm consciência nítida de sua especificidade em determinada sociedade. A educação - seja ela formal, informal ou ambiental - só se completa quando a pessoa em situação de aprendizagem pode, em momentos-chave de sua vida, ser autônoma, independente, exercer uma ação e expressar um pensamento próprio, singular (p. 39).

Quanto à maneira como se relacionam com o meio ambiente ficou clara a compreensão dos indígenas sobre a importância da adequada utilização dos recursos naturais, de forma diversificada, já que a maioria deles ainda vivia de subsistência e, portanto, dependia diretamente destes recursos. Isso ficou demonstrado, por exemplo, na prática da agricultura itinerante. Os indígenas mostraram-se também preocupados com os impactos ambientais no local, no que diz respeito principalmente à poluição do solo e da água devido à ausência de saneamento básico. A valorização da tranquilidade e do contato com a natureza, foi da mesma maneira apresentada,

especialmente ao referirem-se à vida nas pequenas comunidades, habitadas anteriormente.

Quanto aos principais fatores e comportamentos de riscos à saúde foi identificado: uma elevada concentração populacional, acompanhada de um processo crescente de urbanização e da ausência de qualquer sistema de saneamento básico e de processos educativos continuados; proliferação de mosquitos transmissores de doenças como a malária; disposição de dejetos humanos e resíduos sólidos domésticos próximos à domicílios e nascentes; práticas insalubres quanto à manipulação e aprovisionamento de alimentos; julgamento da qualidade da água que consomem preferencialmente por sua aparência; entre outros. Ressalta-se que os indígenas demonstraram-se preocupados com essa situação.

Com relação aos aspectos culturais, assim como em qualquer sociedade, estes estavam presentes no cotidiano dos indígenas, tanto na maneira como se relacionavam com o meio ambiente, como quanto aos cuidados para com a saúde, no entanto, em Iauaretê esta relação parecia mais evidente. Além disso, observou-se um profundo confronto cultural, incidindo negativamente nas tradições indígenas dessa população, a qual parecia estar “no meio do caminho”. Ao mesmo tempo em que houve uma aceitação de lógicas urbanas, com seus empregos remunerados, suas escolas formais, o acesso à meios de comunicação, como a TV e o rádio, e o comércio de produtos industrializados, por outro lado, permanecia a valorização da organização comunitária, do trabalho diário na roça e da partilha dos alimentos, caracterizando uma identidade étnica própria. Ficaram demonstrados também crenças mitológicas para explicar o surgimento de determinadas doenças e a manutenção de práticas tradicionais de cura e prevenção. Identificou-se ainda a mobilização de um grupo de indígenas da etnia Tariana preocupados com o resgate da cultura ancestral, sendo que uma escola Tariana estava em processo de implantação.

A separação por vilas e as atuais habitações representaram para eles o início do processo de urbanização, mas que veio acompanhado da perda de costumes milenares, como a tradição de comunicação oral que ocorria no interior das antigas malocas, considerado um importante momento de reflexão e de ensinamentos por meio de mitos e lendas, muitas vezes relacionados à saúde e ao meio ambiente.

Sabe-se que as doenças anunciadas com maior frequência dentre os indígenas, como as diarréicas e parasitoses intestinais, são em sua maioria evitáveis por meio do saneamento básico e práticas saudáveis. Em diversos momentos do diagnóstico foram mencionados pelos indígenas maneiras de se evitar essas doenças, como "tomar água fervida", "lavar frutas antes de consumi-las"; "tampar alimentos para evitar o pouso de moscas", entre outras, porém, esse discurso, não foi observado em suas práticas cotidianas, o que demonstra a não incorporação das relações de causalidade no seu universo simbólico.

Evidenciou-se também que, apesar do longo contato com a sociedade envolvente, prevaleciam ainda entre os indígenas de Iauaretê, crenças mitológicas não apenas para explicar o surgimento de determinadas doenças, mas também nas práticas utilizadas para evitá-las e na medicina tradicional de cura. Identificou-se inclusive que hábitos de higiene corporal e de limpeza de utensílios por eles praticados estavam muitas vezes associados à representações míticas.

De acordo com VERANI (1993) "as representações e práticas sobre a doença articulam-se com a mitologia, a cosmologia, a organização social, política e econômica e o *ethos* (valores) da cultura específica de cada grupo" (p. 33).

Nesse mesmo sentido, GARNELO e WRIGHT (2001) esclarecem que,

embora os povos indígenas do alto rio Negro tenham bastante familiaridade com idéias e conceitos biomédicos veiculados em interações diversas com as agências de contato, como os serviços de saúde, nas relações comerciais, nos veículos de comunicação de massa e pelo processo de capacitação dos agentes indígenas de saúde, as formas de apropriação dessas idéias caracterizam-se como *bricolage*, pautadas pela lógica do pensamento mítico, que promove considerável resignificação do sentido original com que foram enunciados no discurso científico (p.280).

Sobre esse aspecto ARRUDA (1992) lembra que o fato das sociedades tradicionais, de cultura oral, interpretarem acontecimentos do presente por meio de mitos, acaba por mascarar esse trabalho de “bricolage”, de reinterpretação e de reordenação social que vem sendo desenvolvido ao longo da história.

Para MINAYO (2005) toda proposta de intervenção, seja ela educacional ou prática, envolvendo, por exemplo, mudanças de hábitos, tem seus limites como o da recusa clara, o da resistência camuflada ou da reinterpretação.

Na psicologia social, essa discordância entre o discurso e a prática, é denominada de dissonância cognitiva, e ocorre em situações em que as cognições de um indivíduo, incluindo suas crenças, opiniões, conhecimentos sobre o ambiente e conhecimentos sobre suas ações e sentimentos são incompatíveis, dissonantes entre si (FESTINGER, 1957).

Para diminuir ou eliminar esta dissonância, FESTINGER (1957) afirma que existem três meios: substituir cognições dissonantes; adquirir novas cognições, mais consonantes; ou reduzir a importância de cognições dissonantes. Lembra ainda que, no caso de incompatibilidades entre atitudes e comportamentos, ou entre conceitos e comportamentos, provavelmente o conceito será mudado para acomodar o comportamento, demonstrando que, geralmente as pessoas têm dificuldades no processo de aprendizagem de algo que discorde de suas cognições pré-existentes.

Pelas práticas diárias observadas em Iauaretê e relatadas na pesquisa, evidenciou-se que a existência de hábitos e costumes originados por componentes culturais milenares contribuíram para a construção das cognições que hoje se apresentam entre esses indígenas.

Diante do exposto, e da necessidade de continuidade deste processo, bem como do acompanhamento das melhorias estruturais de saneamento que venham a ser implementadas em Iauaretê, como resultado da pesquisa proposta pela Faculdade de Saúde Pública/USP, por meio de Convênio com a Funasa (convênio 513/04), apresenta-se a seguir uma nova proposta de intervenção educacional, fruto também dos resultados dessa pesquisa, pois baseia-se no diagnóstico e nas intervenções realizadas durante as visitas de campo de 2005.

5. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO EDUCACIONAL EM SAÚDE E MEIO AMBIENTE

Em se tratando de uma pesquisa-ação, e pelo entendimento quanto à importância da participação da população neste processo educativo, partiu-se dos seguintes questionamentos na elaboração desta nova proposta de intervenção: Por que, muitas vezes, programas educativos que buscam o envolvimento direto da população são pouco duradouros? Quais instrumentos utilizar para assegurar a participação e garantir que a opinião da população prevaleça? Como desenvolver um processo educativo que resulte na transformação da realidade, ou seja, que se efetive na prática, por meio de melhorias individuais e coletivas? Como estimular a continuidade do processo educativo na ausência dos pesquisadores externos, que não fazem parte da comunidade?

São apresentados a seguir os pressupostos pedagógicos que fundamentam esta proposta.

5.1. PRESSUPOSTOS PEDAGÓGICOS

Com a preocupação de atender estas demandas os pressupostos pedagógicos que fundamentam esta proposta baseiam-se na pedagogia de Paulo Freire, voltada para uma educação crítica, libertadora, emancipatória, com uma postura pró-ativa, que alia educação à mudança e considera os indivíduos como sujeitos da ação e da busca de soluções para os problemas e situações que geram insatisfação.

Entende-se aqui a educação como um processo político, voltado para a autonomia dos indivíduos e ao exercício da cidadania. De forma contínua e permanente, deve ser um processo prazeroso, pautado na alegria, no amor, na cooperação e na ética.

Essa intervenção será ainda fundamentada em uma abordagem sociocultural, respeitando o educando em sua diversidade, procurando atender às necessidades e a vontade dos atores sociais, por meio do conhecimento prévio da realidade e do contexto histórico-cultural no qual estão inseridos.

Esta proposta tem ainda como premissa a adesão voluntária dos educandos, buscando por meio da motivação a sua participação direta em todas as etapas do processo.

Com este enfoque participativo a educação é vista como

um processo permanente no qual o sujeito vai descobrindo, elaborando, fazendo, reconstruindo seu o conhecimento (conteúdo). É um processo de ação-reflexão-ação, no qual o educando parte de sua experiência concreta, de sua prática social com os demais e é acompanhado pelo educador que estimula ou organiza o processo para facilitar a reflexão ou análise e, em conjunto, construir a nova ação (resultado) (IPEA, 1990b, p.161).

A intervenção educacional proposta preocupar-se-á com a construção de conhecimentos interdisciplinares, considerando os problemas em sua integralidade, por meio de um constante diálogo entre o saber tradicional e o saber técnico, lembrando que, não há um educador "que sabe" e um educando "que não sabe", mas sim pessoas que "sabem" coisas distintas que precisam ser integradas em "um todo".

A estratégia metodológica da ação educativa será baseada na problematização de práticas cotidianas dos educandos, para melhor compreensão da complexa interação de aspectos ambientais, sociais, políticos, culturais e econômicos envolvidos na resolução de problemas socioambientais e de saúde pública.

O processo educativo não deverá pautar-se em uma visão simplista, voltada apenas para ações corretivas, pontuais, mas, ter um enfoque global e uma estrutura pedagógica baseada na reflexão crítica, com vistas à transformação da realidade.

Assim, acredita-se ser fundamental criar condições de aprendizagem que considerem não apenas o domínio cognitivo, mas também o afetivo (atitudinal) e o da ação, uma vez que, não espera-se apenas a construção de novos conhecimentos, mas da mesma maneira, a ressignificação de atitudes, de valores, os quais determinam grande parte dos comportamentos observados, resultantes de experiências concretas de enfrentamento de problemas ao longo da história. Deve-se portanto, trabalhar não só com a razão, mas também com a emoção e com a intuição.

5.2. OBJETIVOS

Tendo em vista estes pressupostos pedagógicos, essa proposta de intervenção educacional em saúde e meio ambiente pretende:

- criar condições para a sensibilização e a reflexão acerca dos problemas que os afetam, visando a transformação da realidade;
- construir conhecimentos, indicar alternativas e desenvolver habilidades necessárias para a solução de problemas socioambientais e de saúde pública, agregando saberes tradicionais e técnicos diferenciados;
- estimular práticas saudáveis e o estudo de fatores determinantes das doenças, assim como das ações antrópicas sobre o meio ambiente, procurando superar uma educação em saúde reduzida à noções de higiene pessoal;

- valorizar a cultura e a memória dos habitantes, resgatando histórias, mitos e lendas, principalmente as relacionadas à saúde e ao meio ambiente, ressignificando valores tradicionais para a promoção do fortalecimento da comunidade;
- elevar a auto-estima da população para que possam atuar de forma participativa, superando a postura passiva diante de determinadas situações;
- estimular o exercício da cidadania e o desenvolvimento de um sentimento de pertencimento local;
- produzir material pedagógico para ser trabalhado nas escolas da região sobre educação, saúde e meio ambiente, a ser construído pelos indígenas moradores locais;
- promover a melhoria das condições do meio natural, social e cultural, portanto, a melhoria da qualidade de vida de toda a população.

5.3. TEMAS E CONTEÚDOS

Os conteúdos específicos a serem desenvolvidos no processo educativo deverão ser definidos juntamente com os educandos, levando-se em consideração que, em populações indígenas, assim como em outras sociedades, a saúde é determinada não só pelas condições ecológicas, demográficas e histórico-culturais, mas também por aspectos mitológicos e visões cosmológicas que se alicerçam em tradições culturais específicas.

De qualquer maneira, em função do diagnóstico realizado, sugere-se a abordagem dos temas abaixo, por sua importância, e que poderão também

constar na proposta final de intervenção, enriquecidos de outras sugestões colhidas durante todo o processo.

- ♦ Saúde e meio ambiente: representações, características e interrelações;
- ♦ Água, esgoto e resíduos sólidos: características e impactos socioambientais e para a saúde;
- ♦ Educação ambiental e educação em saúde: estratégias de ação;
- ♦ Medidas alternativas de saneamento do meio e práticas preventivas;
- ♦ Aspectos do cotidiano domiciliar e alimentar: a importância de práticas saudáveis;
- ♦ A prevenção, a cura e a promoção da saúde;
- ♦ A medicina tradicional e a medicina moderna;
- ♦ O Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), os Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e a Unidade Mista de Saúde de Iauaretê: características e atribuições;
- ♦ Aspectos legais relacionados à saúde, ao saneamento e ao meio ambiente.

5.4. INSTRUMENTOS

Por considerar a tradição de comunicação oral dos indígenas, propõe-se o uso de técnicas de grupo, como "história de vida", "grupo focal", "painel integrado", "seminário", entre outras, e a realização de atividades práticas

nos diversos ambientes do cotidiano, como no interior e no entorno dos domicílios, incluindo a realização de oficinas de capacitação sobre medidas alternativas de saneamento, práticas preventivas, e a adequada manutenção de melhorias de infra-estrutura que venham a ser implantadas em Iauaretê, como poços, filtros, caixas d'água, fossas, entre outros.

Serão utilizados também depoimentos, mapa-falantes e painéis por eles construídos no diagnóstico e em intervenções anteriores, tanto durante o processo educativo, como para ilustrar o material pedagógico a ser produzido. Mitos e lendas tradicionais locais, principalmente relacionados à saúde e ao meio ambiente, também deverão fazer parte deste material.

4.5. DESENVOLVIMENTO

REIGOTA e SANTOS (2005) recomendam que “para participar das atividades de educação ambiental, devem ser identificadas pessoas que possam fazer parte de um pequeno grupo inicial, dispostas a discutir e rever as suas representações de qualidade de vida, e também atuar como multiplicadores junto a seus próximos, ampliando a base de discussão” (p. 852).

Dessa maneira, o início desta nova etapa de intervenção educacional dar-se-á com a realização de uma reunião congregando os habitantes e suas lideranças locais, indígenas e não indígenas, para apresentação e discussão da proposta, seguida da constituição de um grupo a ser capacitado formado por representantes das 10 comunidades indígenas, agentes indígenas de saúde, professores e representantes das diversas instituições locais atuantes em Iauaretê: da Missão Salesiana da Igreja Católica, do Exército, do DSEI, da Unidade Mista de Saúde/Susam e da Subprefeitura, que serão os intermediários do processo de intervenção junto aos demais moradores.

A capacitação deverá ser realizada em 18 encontros, de aproximadamente 4 horas cada, dependendo da disponibilidade e interesse do grupo formado.

Por meio de constantes avaliações, durante todas etapas desse processo educativo, procurar-se-á verificar se os objetivos estabelecidos estão sendo atingidos , ou se existe alguma maneira de melhor atingi-los, e também, se as expectativas dos educandos estão sendo alcançadas.

Assim, com a capacitação, espera-se que os integrantes desse grupo, possam estar aptos e motivados a dar continuidade ao processo educativo junto aos demais moradores de Iauaretê, para que assim, não apenas promovam a busca constante por melhores condições de vida, mas objetivando também maior sustentabilidade das melhorias estruturais de saneamento.

6. CONCLUSÕES

Durante as visitas, pôde-se observar algumas situações, ocorrências e comportamentos em Iauaretê de grande significado para demonstrar a gravidade da problemática do ponto de vista de saúde pública e socioambiental, tais como: locais de coleta de água insalubres; despejo inadequado de resíduos domésticos (como nas proximidades de fontes de água); práticas e hábitos sanitários tradicionais, incompatíveis com a situação atual, como a disposição de dejetos humanos próximo às moradias; práticas insalubres na manipulação de alimentos, desde o preparo ao armazenamento; relatos de diarreias e parasitoses intestinais frequentes; e identificação de comportamentos imediatistas, ou seja, o indivíduo só reconhecia a doença quando era acometido.

Quanto às representações dos indígenas sobre o processo saúde-doença apresentaram-se bastante ligadas à disposição para o trabalho, provavelmente porque a maioria da população vivia de subsistência por meio da agricultura, coleta, caça e pesca, e dependia diretamente do seu trabalho diário para se alimentar e viver com saúde. Para o surgimento de doenças atribuíram desde aspectos mitológicos até os relacionados à contaminação ambiental. Quanto à prevenção e tratamento de doenças faziam uso tanto de práticas tradicionais como da medicina moderna, demonstrando ainda priorizar as primeiras.

Durante as reuniões comunitárias foi possível identificar outras importantes informações relacionadas à saúde e ao meio ambiente na interpretação dos indígenas. Destacaram-se a noção de espaço dos participantes, cadeia alimentar, poluição difusa, e conhecimento sobre transmissão de doenças como malária, diarreias e verminoses, esta última categoria implícita nas afirmações quanto às fezes de animais e o hábito de andar descalço, por exemplo. Vale ressaltar que os indígenas demonstraram reconhecer situações de causa e efeito de doenças relacionadas à inexistência de

saneamento, porém, pareciam ainda não ter incorporado esse conhecimento na vida cotidiana, ou seja, o conhecimento adquirido ainda não havia se transformado em práticas que poderiam contribuir para a melhoria das condições de vida dessa população.

Os indígenas demonstraram ser capazes de mudar alguns comportamentos diante de alguns estímulos, como lavar as mãos antes da merenda na escola, no caso dos estudantes, mas por não terem ainda compreendido a real importância desta ação, provavelmente não tenham mudado seus valores. Isso revela mais uma vez que processos educativos voltados exclusivamente para a mudança de comportamento são ineficazes quando se almeja a transformação da realidade e a melhoria das condições de vida como um todo.

Há ainda provavelmente duas situações que interferem nessa postura: a inexistência de alternativas para ações de prevenção, como água encanada em casa, ou sanitários, e os costumes e hábitos milenares que estão claramente representados em suas práticas diárias.

Outra situação observada foi a falta de mobilização dos mesmos, que aparentemente aguardavam a construção de melhorias de infra-estrutura em saneamento, como sendo a única solução para os problemas.

Os moradores que interagiram na pesquisa demonstraram o desejo por algum tipo de melhoria sanitária, contudo, ficou claro que apenas a oferta de infra-estrutura não será suficiente para garantir a saúde e romper ciclos de transmissão de doenças. Faz-se necessário então, que os atores envolvidos na problemática local, indígenas e não-indígenas (salesianos, militares e funcionários da saúde), interiorizem a importância de práticas saudáveis, por meio de um processo educativo que trabalhe os domínios cognitivos, afetivos, comportamentais e motivacionais, em respeitando a cultura local, a fim de obter resultados satisfatórios.

Foram registradas certa organização política e institucional e preocupação com a solução da problemática que envolve a ausência de saneamento básico e seus reflexos na saúde da população, contudo, a falta de informação técnica e suporte legal constituíram entraves à tomada de iniciativas em esferas locais. Nesse sentido, a universidade, como instituição de pesquisa e ensino, pode dar valorosa contribuição em termos técnicos e educativos.

Quanto à participação da população local na pesquisa, um comportamento espontâneo e considerado positivo foi verificado nas reuniões comunitárias, principalmente na terceira visita de campo: no momento da apresentação das causas e proposição das soluções, os indígenas faziam breves comentários em português referentes à escrita dos cartazes, em seguida passaram a dirigir-se diretamente aos demais presentes, na língua tukano. Obviamente, a dificuldade com o idioma impossibilitava o correto julgamento sobre as explanações, contudo, com o teor dos enunciados explicado em momentos conclusivos, podia-se compreender que ali ocorria uma reflexão sobre os problemas, causas e soluções, assim como, cobranças eram feitas pelos líderes quanto às responsabilidades individuais pertinentes. Consecutivamente, os indígenas que apresentavam as explicações requisitavam ao final das mesmas que, por meio de complementação, os pesquisadores realizassem a legitimação e confirmação daquilo que eles haviam apresentado.

Desse modo, ficou claro que as atividades propostas nessas reuniões forneceram aos participantes uma oportunidade de refletirem sobre sua realidade, e a partir dessa reflexão, puderam ser observados discursos de alguns indígenas que procuravam motivar os presentes quanto à necessária mudança de alguns comportamentos quanto à prevenção de doenças e melhoria das condições de vida e saúde.

Outro aspecto importante observado nas reuniões foi a constante solicitação por orientações, desde as de caráter técnico, como formas adequadas de construção de poços e fossas sépticas, e até as de caráter prático ou conceitual sobre a transmissão de doenças e formas de prevenção. Destacou-se ainda o interesse dos participantes por orientações sobre problemas relacionados ao acúmulo de resíduos sólidos e sobre a adequada manipulação e provisionamento de alimentos.

Quanto ao diagnóstico ambiental, constatou-se que a disposição de dejetos humanos no ambiente, inclusive no entorno das moradias, bem como a ausência de qualquer tratamento da água utilizada para o consumo humano, apresentam-se como situações que tem exposto estes indígenas a riscos à saúde pública, ficando clara a necessidade da adoção de medidas preventivas e medidas estruturais de saneamento básico, haja vista a elevada concentração populacional no local e a manutenção de certas práticas tradicionais, tanto sanitárias como alimentares.

Os resíduos sólidos também foram identificados como uma problemática que envolve o meio ambiente, a saúde e a qualidade de vida dos indivíduos quanto aos riscos que estes estão expostos, inclusive com relação aos resíduos de serviços de saúde que também foram encontrados dispersos no ambiente. Concluiu-se pela necessidade e urgência da coleta e disposição adequada dos resíduos e a adoção de práticas individuais que contribuam para diminuir o desconforto causado pelo seu acúmulo no entorno das residências, o que foi estimulado durante as reuniões comunitárias.

Um ponto forte do método aplicado foi o trabalho interdisciplinar que ocorreu tanto nas reuniões comunitárias como na caracterização da problemática em campo. Vale destacar que os demais profissionais envolvidos interagiram o tempo todo entre si e com a comunidade. Os mesmos profissionais que em alguns períodos atuaram juntos em diagnóstico ambiental participavam em outros momentos das reuniões comunitárias, adquirindo informações

relevantes sobre os anseios e posicionamento dos indígenas e desta mesma maneira contribuíram atendendo às demandas espontâneas por orientações técnicas que surgiram por parte dos participantes das reuniões.

Por meio da pesquisa-ação procurou-se identificar problemas e promover intervenções educacionais sobre saúde e meio ambiente, a partir de uma reflexão crítica sobre a realidade enfrentada, seguida da discussão das causas e soluções para aqueles problemas e da prática de pensar o futuro, estimulando a mobilização dos indígenas e outros atores locais para que se concretize de forma saudável e de acordo com seus anseios.

Assim, evidenciou-se que a utilização do método de pesquisa-ação, o qual tem como principais características a participação direta dos atores envolvidos em uma problemática e o desenvolvimento de intervenções educativas e práticas, mostrou-se como extremamente adequado em um processo de educação ambiental e educação em saúde, já que estes também objetivam a busca de soluções de forma participativa e dialógica para melhorar as condições de vida da população.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto evidencia-se que há muito ainda a ser feito em Iauaretê no tocante à aspectos relacionados à promoção e educação em saúde e ao saneamento ambiental.

Considera-se também importante superar as posturas preconceituosas e os discursos baseados em expressões antagônicas como “sociedade indígena x sociedade envolvente”, “índios da floresta x índios da cidade”, “tradicional x moderno” sem que venham acompanhadas de uma reflexão crítica a respeito. Discursos como estes parecem ignorar a real situação socioambiental e de saúde dos povos indígenas e nada contribuem para que se avance na busca de soluções e melhorias.

Deve-se, portanto, procurar entender a forma como interpretam e conferem sentido às suas experiências, sejam elas anteriores ou posteriores ao contato com a “sociedade envolvente”, e ao mundo em que vivem.

Por outro lado, considera-se também importante a manutenção de questionamentos sobre os reais benefícios dos processos de alfabetização empreendidos junto aos indígenas, da urbanização, militarização das fronteiras, do acesso aos meios de comunicação e aos bens de consumo industrializados, dentre outros aspectos que emergiram da sociedade atual, não com uma postura simplesmente contrária a essa nova realidade, mas para buscar evitar que ela resulte em uma situação de dependência e precariedade das condições de vida desses povos indígenas.

Espera-se, portanto, que esta pesquisa e a ação dela decorrida tenha contribuído de alguma forma para a melhoria da qualidade de vida dos habitantes do Distrito de Iauaretê, e que a metodologia implementada possa ser reproduzida em demais comunidades indígenas onde ocorrem problemas semelhantes respeitadas suas respectivas características.

Os efeitos dessa intervenção não se findaram ao término dessa pesquisa, espera-se portanto que, com os resultados obtidos até o momento, surjam novas possibilidades de continuidade deste processo.

8. REFERÊNCIAS

Ab'Saber AN. Bases para o estudo dos ecossistemas da Amazônia brasileira. *Estudos Avançados*. 2002; 16(45):7-30.

Ab'Saber AN. Aziz Ab'Saber: problemas da Amazônia brasileira – Entrevista. *Estudos Avançados*. 2005; 19 (53):7-35.

Almeida ES, Chioro A, Zioni F. Políticas públicas e organização do sistema de saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS. In: Westphal MF, Almeida ES, organizadores. *Gestão de serviços de saúde*. São Paulo: EDUSP; 2001.

Alves APX. Tracoma em quatro grupos populacionais da região do alto e médio rio Negro [Tese de Doutorado]. Ribeirão Preto, SP: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2000.

Andrade LOM, Barreto ICHC. Promoção da saúde e cidades/municípios saudáveis: propostas de articulação ente saúde e ambiente. In: Minayo MCS, Miranda AC, organizadores. *Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2002, p. 151-171.

Andrello G. Iauaretê: transformações sociais e cotidiano no rio Uaupés (alto rio Negro, Amazonas) [Tese de Doutorado]. Campinas, SP: UNICAMP, 2004.

Andrello G, Buchillet D, Azevedo M, coordenadores. Levantamento sócio-econômico, demográfico e sanitário de Iauaretê/Centro. Primeiro Relatório. São Gabriel da Cachoeira/AM: ISA, 2002.

Aron JL, Patz JA. *Ecosystem change and public health: a global perspective*. Baltimore: John Hopkins University Press; 2001.

Art HW, editor. Dicionário de ecologia e ciência ambiental. São Paulo: Companhia Melhoramentos, 1998.

Arruda RSV. Populações tradicionais e a proteção dos recursos naturais em unidades de conservação. In: Anais do 1º Congresso Brasileiro de Unidades de Conservação; 1997; Curitiba,PR. v.1, p. 351-368.

Arruda RSV. Os Rikbaktsa: mudança e tradição [Tese de Doutorado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1992.

Athias R. Saúde, medicina tradicional e programas de saúde entre os povos indígenas do Rio Negro. In: Brandão MC, De Paula NC, Athias R. Saúde indígena em São Gabriel da Cachoeira: uma abordagem antropológica. Recife: Líder Gráfica e Editora Ltda; 2002.

Augusto LGS, Carneiro RM, Florêncio L. Saúde e ambiente na perspectiva da saúde coletiva. In: Augusto LGS, Florêncio L, Carneiro RM, organizadores. Pesquisa (ação) em saúde ambiental. 2ª ed. Recife: Ed. Universitária da UFPE; 2005a, p. 3-5.

Augusto LGS, Florêncio L, Câmara Neto HF. Conceito de poluição e seus efeitos para a saúde. In: Augusto LGS, Florêncio L, Carneiro RM, organizadores. Pesquisa (ação) em saúde ambiental. 2ª ed. Recife: Ed. Universitária da UFPE; 2005b, p. 40-45.

Azevedo GC. Uso de jornais e revistas na perspectiva da representação social de meio ambiente em sala de aula. In: In: Reigota M, organizador. Verde cotidiano: o meio ambiente em discussão. 2ª ed. Rio de Janeiro: DP&A; 2001, p. 67-82.

Balée W. Indigenous history and Amazonian biodiversity. In: Steen e Tucker HK, editor. Changing tropical forest: historical perspectives on today's challenges in Central and South America. Durham: Forest History Society; 1992, p. 185-197.

Bancel N, Blanchard P. Zoos humains entre mythe et réalité. In: Bancel N; Blanchard P. et al. (org.) Zoos humains: au temps des exhibitions humaines. Paris: La Decouverte, 2004.

Barth F. Grupos étnicos e suas fronteiras. In: Poutignat P, Striff-Fenart J. Teorias da etnicidade. São Paulo: Fundação Editora da Unesp; 1998, p. 185-250.

Batista RS, Gomes AP, Igreja RP, Huggins DW. Medicina tropical: abordagem atual das doenças infecciosas e parasitárias. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2001, v.1.

Berlinguer G. As tarefas das Unidades Locais de Saúde. Saúde em Debate. 1989; (25): 69-79.

Berlinguer G. Reforma sanitária. Entrevista com o professor Giovanni Berlinguer. Saúde em Debate. 1993; (40): 4-8.

Brandão CR. A educação como cultura. Campinas, SP: Mercado de Letras; 2002.

Brasil. Lei Federal 6001, de 19 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o Estatuto do Índio. Diário Oficial da União 21 dez 1973.

Brasil. Constituição (1988) Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 1988.

Brasil. Lei Federal 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços. [acesso em 11 maio de 2005]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm

Brasil. Decreto Federal 1.141, de 5 de maio de 1994. Dispõe sobre as ações de proteção ambiental, saúde e apoio às atividades produtivas para as comunidades indígenas. Diário Oficial da União 20 mai 1994.

Brasil. Decreto Federal 3156, de 27 de agosto de 1999. Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde [acesso em 11 maio 2005]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3156.htm

Brasil. Lei Federal 9836, de 23 de setembro de 1999. Do subsistema de Atenção à Saúde Indígena. (1999a) [acesso em 11 maio 2005]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9836.htm

Brasil. Lei Federal 9795, de 25 de abril de 1999. Política Nacional de Educação Ambiental. Diário oficial, 1999b; (79): Brasília – DF.

Brasil. Decreto Lei Federal 9985, de 19 de julho de 2000. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Unidades de Conservação, Brasília (DF): Senado Federal, 2000.

Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização, Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada; 2006.

Buchillet D. Contas de vidro, enfeites de branco e "potes de malária". Série Antropológica, 187. Brasília: UNB; 1995.

Cabalzar A, Ricardo CA, editores. Povos indígenas do alto e médio rio Negro: uma introdução à diversidade cultural e ambiental do noroeste da Amazônia brasileira. 2ª ed. São Paulo: Instituto socioambiental; São Gabriel da Cachoeira, AM: FOIRN – Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro; 2000.

Carvalho MLB. Saúde de populações indígenas: tendências após os impactos do contato [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1997.

Chame M. "Dois séculos de crítica ambiental no Brasil" e pouco mudou. In: Minayo MCS, Miranda AC, organizadores. Saúde e Ambiente Sustentável: estreitando nós. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2002, p. 55-61.

Chiesa AM. A equidade como princípio norteador da identificação de necessidades relativas ao controle dos agravos respiratórios na infância [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1999.

Chizotti A. Pesquisas em ciências humanas e sociais. São Paulo: Cortez; 1995.

[CIMI] Conselho Indigenista Missionário. Povos indígenas do Brasil [acesso em 3 out 2006]. Disponível em: <http://www.cimi.org.br>

Confalonieri UEC. Saúde na Amazônia: um modelo conceitual para a análise de paisagens e doenças. São Paulo. Estudos Avançados. 2005; 19(53): 221-236.

[CNS] Conselho Nacional de Saúde. Resolução 304/2000. Disponível em: [http:// www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2000/reso304.doc](http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2000/reso304.doc)

[CNUMAD] Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento. Agenda 21 global. 2ª ed. Brasília (DF): ONU/Senado Federal; 1997.

Crosby AW. Imperialismo ecológico: a expansão biológica da Europa: 900-1900. São Paulo: Companhia das Letras; 1993.

Cunha MC. Antropologia do Brasil. São Paulo: Brasiliense; 1987.

Dias GF. Educação ambiental: princípios e práticas. 5ª ed. São Paulo: Gaia; 1998.

Diegues AC, Arruda RSV, organizadores. Saberes tradicionais e biodiversidade no Brasil. Brasília: Ministério do Meio Ambiente; São Paulo: USP; 2001.

Doethyró Tukano/Machado CAF. Como surgiram o mundo e a Cobra-Grande. In: Guimarães D, organizador. Museu de arte e origens: mapa das culturas vivas guaranis. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria; 2003, p. 208-243.

Durham ER. Malinowski: vida e obra. In: Malinowski BK. Argonautas do Pacífico ocidental: um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélogos da Nova Guiné melanésia. 3ª ed. São Paulo: Abril Cultural; 1984 (p. VI-XXI) (Coleção Os Pensadores).

Escobar AL, Rodrigues AF, Alves CLM, Orellana JDY, Santos RV, Coimbra Jr. CEA. Causas de internação hospitalar indígena em Rondônia. O distrito sanitário especial indígena Porto Velho. In: Coimbra Jr. CEA, Santos RV,

Escobar AL. Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ / ABRASCO; 2003, p 127-147.

Ferreira J. O corpo sígnico. In: Alves PC, Minayo MCS, organizadores. Saúde e doença: um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1994, p. 101-112.

Ferreira JA. Resíduos sólidos: perspectivas atuais. In: Sisinnio CLS, Oliveira RM, organizadoras. Resíduos sólidos, ambiente e saúde: uma visão multidisciplinar. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2000, p.19-40.

Ferreira LV, Venticinque E, Almeida S. O desmatamento na Amazônia e a importância das áreas protegidas. São Paulo. Estudos Avançados. 2005; 19(53): 157-166.

Festinger L. A Theory of cognitive dissonance. Stanford, CA: Stanford University Press; 1957.

Florence H. Viagem do Tietê ao Amazonas de 1825 a 1829. Tradução de Visconde de Taunay (fac-similado). Manaus: Edições Governo do Estado do Amazonas / Secretaria de Estado da Cultura, Turismo e Desporto, 2001.

Forattini OP. Qualidade de vida e o meio urbano: a cidade de São Paulo. Rev Saúde Pública. 1991; 25: 75-86.

Forattini OP. Ecologia, epidemiologia e sociedade. São Paulo: Artes Médicas; 2004.

Frazer JG. Prefácio. In: Malinowski BK. Argonautas do Pacífico ocidental: um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné melanésia. 3ª ed. São Paulo: Abril Cultural; 1984, p.5-9. (Coleção Os Pensadores).

Freire P. Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. 3ª ed. São Paulo: Moraes; 1980.

Freire P. Pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2002.

Freitas CM, Oliveira SG, Schütz GE, Freitas MB. Abordagem ecossistêmica para o desenvolvimento de indicadores de sustentabilidade ambiental e de saúde – região do médio Paraíba, Rio de Janeiro. Relatório Final. Programa de Apoio à Pesquisa Estratégica em Saúde – Água. Fundação Oswaldo Cruz, abril, 2006.

[Funai] Fundação Nacional do Índio. Índios do Brasil. Os índios [acesso 2 out 2006]. Disponível em: <http://www.funai.gov.br>

[Funasa] Fundação Nacional de Saúde. Saúde indígena. [acesso em 3 out 2006]. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br>

Garnelo L, Wright R. Doença, cura e serviços de saúde: representações, práticas e demandas Baniwa. Cad. Saúde Pública. 2001;17(2): 273-284.

Gentil GS. Dahseayé Kihtimori Ukuse. Cultura da Tribo Tukano. Manaus: Centro de Pesquisas Leônidas e Maria Deane/ FioCruz da Amazônia; 2004. (Estudos sobre Tradições Indígenas). Material Mimeografado.

Gentil GS. Povo Tukano: cultura, história e valores. Manaus: EDUA; 2005.

Giatti LL. Ecoturismo e impactos ambientais na região de Iporanga, Vale do Ribeira, São Paulo [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2004.

Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa em educação ambiental. In: Philippi Jr A, Pelicioni MCF, editores. Educação ambiental e sustentabilidade. Barueri, SP: Manole; 2005, p.577-598. (Coleção Ambiental, 3).

Gióia I. Levantamento eco-parasitológico da população residente na Fazenda Intervales, SP [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1995.

Golueke CG, Diaz LF. Historical review of composting and its role in municipal waste management. In: Science of Composting Part 1. Marco de Bertoldi, Paolo Sequi, Bert Lemmes, Tiziano Papi. 1ª ed. England: Chapman & Hall, 1996.pp.3-14.

Gomes R, Souza ER, Minayo MCS, Malaquias JV, Silva CFRS. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadores. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: FioCruz; 2005, p. 185-221.

Gomide M, Serrão MA. A educação ambiental e a promoção da saúde. Cad. Saúde Coletiva. 2004; 12 (1): 69-86.

Goulding M. Amazônia flora e fauna. Rio de Janeiro: Livroarte editora; 1997. Rios amazônicos e sua biodiversidade.

Grinover L. A qualidade de vida no espaço urbano. Debates Socioambientais. 1996; Ano II, número 4, p. 6.

Guimarães M. Educação ambiental crítica. In: Layrargues PP, coordenador. Identidades da educação ambiental brasileira. Brasília (DF): Ministério do Meio Ambiente. Diretoria de Educação Ambiental; 2004, p.25-34.

Günther WMR, Ribeiro H. Resíduos sólidos urbanos. In: Ribeiro WC, organizador. Patrimônio ambiental brasileiro. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo; 2003.

Habermas J. Dialética e hermenêutica: para a crítica da hermenêutica de Gadamer. Porto Alegre: LPM Editora; 1987.

Heck E, Loebens F e Carvalho PD. Amazônia indígena: conquistas e desafios. Estudos Avançados. 2005; 19(53): 237-255.

Iervolino AS. Escola promotora da saúde: um projeto de qualidade de vida [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2000.

Iervolino SA, Pelicioni MCF. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. Rev. Esc. Enf. USP. 2001; 35(2): 115-121.

[IBGE] - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2000. [acesso em 27 ago 2003]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>

[IBGE] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saneamento básico 2000. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, IBGE, Diretoria de Pesquisas, Departamento de População e Indicadores Sociais; 2002a.

[IBGE] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse preliminar do censo demográfico 2000. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, IBGE; 2002b.

[IPEA] Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Fundamentos conceituais e metodológicos da educação e participação em saneamento rural. Projeto Nacional de Saneamento Rural. 2ª ed. Brasília, DF: IPEA; 1990a.

[IPEA] Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Subsídios metodológicos para a prática da educação e participação em saneamento rural. Projeto Nacional de Saneamento Rural. 2ª ed. Brasília, DF: IPEA; 1990b.

[INPE] Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais. Monitoramento da Floresta. São José dos Campos, SP: INPE; 2004.

[IPCC] Painel Intergovernamental de Mudanças Climáticas. Disponível em: <http://www.ipcc.ch> (2005).

[ISA] Instituto Socioambiental. [acesso em 11 jul 2006]. Disponível em: <http://www.socioambiental.org>

Jacobi PR. Educação ambiental: o desafio da construção de um pensamento crítico, complexo e reflexivo. Educação e Pesquisa. 2005; 31(2): 233-250.

Jodelet D. Représentations sociales: un domaine en expansion. In: Jodelet D, editora. Les représentations sociales. Paris: PUF; 1989, p. 31-36.

Jorgensen SE, Xu FL, Salas F, Marques JC. Application of indicators for Ecosystem Health Assessment. In: Jorgensen SE, Costanza R, Xu F-L, editors. Handbook of ecological indicators for assessment of ecosystem health. London: CRC Press; 2005.

Kay JJ, Regier HA, Boyle M, Francis G. A ecosystem approach for sustainability: addressing the challenge of complexity. Futures 1999; 31: 721-742.

Koch-Grünberg T. Dois anos entre os indígenas: viagens ao noroeste do Brasil (1903-1905). Manaus: EDUA/FSDB; 2005.

Lalonde M. O conceito de “campo de saúde”: uma perspectiva canadense. In: Organização Panamericana de Saúde. Promoção da Saúde: uma antologia. Publicação científica; 557. Washington, D.C., 1996.

Langdon EJ. Cultura e os processos de saúde e doença. In: Ministério da Saúde. Anais do Encontro Cultura, Saúde e Doença. Londrina, PR; 2003, p. 91-107.

Lasmar C. De volta ao Lago de Leite: a experiência da alteridade em São Gabriel da Cachoeira (alto rio Negro) [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2002.

Laurell AC. Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo. In: Laurell AC, organizadora. Estado e políticas sociais no neoliberalismo. São Paulo: Cortez; 1995, p.151-178.

Layrargues PP. A resolução dos problemas ambientais locais deve ser um tema-gerador ou a atividade-fim da educação ambiental? In: Reigota M, organizador. Verde cotidiano: o meio ambiente em discussão. 2ª ed. Rio de Janeiro: DP&A; 2001, p. 131-148.

Layrargues PP, coordenador. Identidades da educação ambiental brasileira. Brasília (DF): Ministério do Meio Ambiente. Diretoria de Educação Ambiental; 2004. (Re)Conhecendo a educação ambiental brasileira; p.7-9.

Lévi-Strauss C. O pensamento selvagem. Campinas, SP: Papirus; 1989.

Lima D, Pozzobon J. Amazônia socioambiental. Sustentabilidade ecológica e diversidade social. Estudos Avançados. 2005; 19(54): 45-76.

Machado K. A terra é nossa vida. *Radis Comunicação em Saúde*. 2004; 22: 8-11.

Malinowski BK. Argonautas do Pacífico ocidental: um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélogos da Nova Guiné melanésia. 3ª ed. São Paulo: Abril Cultural; 1984, p. VI-XXI. (Coleção Os Pensadores).

Martins PS. Dinâmica evolutiva em roças de caboclos amazônicos. *Estudos Avançados*. 2005; 19(53): 209-220.

Melatti JC. Índios do Brasil. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; Brasília, DF: INL; 1980.

Mendonça SBM. Relação médico-paciente: valorizando os aspectos culturais x medicina tradicional. In: Yamamoto RM, organizador. Manual de atenção à saúde da criança indígena brasileira. Brasília,DF: Funasa; Sociedade Brasileira de Pediatria; 2004, p. 11-14.

Meyer DEE, Mello DF, Valadão MM, Ayres JRCM. “Você aprende. A gente ensina?”: interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cad. Saúde Pública*. 2006; 22 (6): 1335-1342.

Minayo MCS. Enfoque ecossistêmico de saúde e qualidade de vida. In: Minayo MCS, Miranda AC, organizadores. Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2002, p.173-189.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2004.

Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadores. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: FioCruz; 2005a.

Minayo MCS. Mudança: conceito-chave para intervenções sociais e para avaliação de programas. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadores. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: FioCruz; 2005, p. 53-70.

Minayo MCS, Souza ER, Cosntantino P, Santos NC. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadores. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: FioCruz; 2005b, p. 71-103.

[MS] Ministério da Saúde. Promoção da saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Alma Ata, Adelaide, Sundsvall e Santafé de Bogotá, Jacarta, México e Rede de Megapaíses. Brasília, DF; 2001.

[MMA/MEC] Ministério do Meio Ambiente, Diretoria de Educação Ambiental; Ministério da Educação. Coordenação Geral de Educação Ambiental. Programa Nacional de Educação Ambiental. 3ª ed. Brasília, DF: Ministério do Meio Ambiente; 2005.

Moquay P. L'invention des nouveaux territoires: une urbanité rurale. In: Deffontaines JP, Prod'home JP, diretores. Territoires et acteurs du développement local: de nouveaux lieux de démocratie. Paris: éditions de l'aube; 2001.

Moraes JC. Condições dos solos em áreas de pousio dos cultivos praticados por índios Guarani, em Ubatuba (SP) [Tese de Doutorado]. Botucatu, SP: Faculdade de Ciências Agrônômicas da Universidade Estadual Paulista; 2002.

Morin A. Pesquisa-ação integral e sistêmica: uma antropopedagogia renovada. Rio de Janeiro: DP&A; 2004

Moscovici S. A representação social da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.

Natal D, Menezes RMT, Mucci JLN. Fundamentos da ecologia humana. In: Philippi Jr A, editor. Saneamento, saúde e ambiente: fundamentos para um desenvolvimento sustentável. Barueri, SP: Manole; 2005, p. 57-86. (Coleção Ambiental, 2).

Navarro MBA, Filgueiras ALL, Asensi HCMD, Lemos E, Sidoni M, Soares MS, Cardoso TAO. Doenças emergentes e reemergentes, saúde e ambiente. In: Minayo MCS, Miranda AC, organizadores. Saúde e Ambiente Sustentável: estreitando nós. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2002, p. 37-49.

Oliveira AG. O mundo transformado: um estudo da “cultura de fronteira” no Alto Rio Negro. Belém, PA: Museu Paraense Emílio Goeldi; 1995. (Coleção Eduardo Galvão).

Orrico SRM. Sistema associativo de saneamento e seus efeitos sobre a população em comunidades do semi-árido baiano [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2003.

[OPS] Organización Panamericana de la Salud. La administración estratégica: lineamentos para su desarrollo: los contenidos educacionales. Washington (DC); 1995, p. 35-45.

Pagliaro H, Azevedo M, Santos RV, organizadores. Demografia dos povos indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz e Associação Brasileira de

Estudos Populacionais/Abep; 2005. Demografia dos povos indígenas no Brasil: um panorama crítico; p.11-32.

Pelicioni AC, Soares Netto F, Wieliczka MGZ, Dantas VM. Educação ambiental na formação de agentes comunitários. In: Philippi Jr A, Pelicioni MCF, editores. Educação ambiental: desenvolvimento de cursos e projetos. São Paulo: Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Núcleo de Informações em Saúde Ambiental: Signus Editora; 2000, p.253-265.

Pelicioni AF. Metodologia participativa em capacitação de agentes indígenas de saúde. In: Resúmenes II Conferencia latinoamericana de promoción de la salud y educación para la salud. Oficina Regional Latinoamericana (ORLA); 1996, Santiago, Chile, v.1, p.198-199.

Pelicioni AF. Educação Ambiental na Escola: um levantamento de percepções e práticas de estudantes de 1º grau a respeito de meio ambiente e problemas ambientais [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1998.

Pelicioni AF. Educação Ambiental: limites e possibilidades de uma ação transformadora [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2002.

Pelicioni MCF. Educação em saúde e educação ambiental: estratégias de construção da escola promotora da saúde [Tese de Livre-Docência]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2000.

Pelicioni MCF, Moraes JC. Agenda 21, comunidade saudável e população indígena. In: Philippi Jr A, Pelicioni MCF, editores. Educação ambiental e sustentabilidade. Barueri, SP: Manole; 2005, p.737-748. (Coleção Ambiental, 3).

Pelicioni MCF, Philippi Jr A. Bases Políticas, conceituais, filosóficas e ideológicas da educação ambiental In: Philippi Jr A, Pelicioni MCF, editores. Educação ambiental e sustentabilidade. Barueri, SP: Manole; 2005, p.3-12. (Coleção Ambiental, 3).

Philippi Jr A, organizador. Saneamento do meio. São Paulo: Fundacentro; 1988.

Pinto RF. A viagem das idéias. Estudos Avançados. 2005; 19(53): 97-114.

Pilon AF. A construção da qualidade de vida [Tese de Livre-Docência]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1998.

Piovesan A. Percepção cultural dos fatos sociais: suas implicações no campo da saúde pública. Rev. Saúde Pública. 1970; 4 (1): 85-97.

Primavesi A. O manejo ecológico do solo: agricultura em regiões tropicais. 4ª ed. São Paulo: Livraria Nobel, 1982.

[PNUD] Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Informe sobre Desenvolvimento Humano. Nova York, 2001.

Rabelo MCM. Religião, ritual e cura. In: Alves PC, Minayo MCS, organizadores. Saúde e doença: um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1994. p. 47-56.

Reigota M. Ecologistas. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 1999a.

Reigota M. A floresta e a escola: por uma educação ambiental pós-moderna. São Paulo: Cortez; 1999b.

Reigota M. Ecologia, elites e *intelligentsia* na América Latina: um estudo de suas representações sociais. São Paulo: Annablume; 1999c.

Reigota M. A educação ambiental: uma busca da autonomia, da cidadania e da justiça social: o caso da América Latina. In: Ziaka Y, Souchon C, Robichon P. Educação ambiental: seis proposições para agirmos como cidadãos. São Paulo: Instituto Polis; 2003, p. 37-43.

Reigota M, Santos RF. Responsabilidade social da gestão e uso dos recursos naturais: o papel da educação ambiental no planejamento ambiental. In: Philippi Jr A, Pelicioni MCF, editores. Educação ambiental e sustentabilidade. Barueri, SP: Manole; 2005, p.849-863. (Coleção Ambiental, 3).

Reis ACF, organizador. Sobre o saneamento da Amazônia. [Apresentação Arthur Cezar Ferreira Reis. Introdução Djalma da Cunha Batista] Manaus: Fundação Getúlio Vargas [P. Daou]; 1972.

Ribeiro BG. Os índios das águas pretas: modo de produção e equipamento produtivo. São Paulo: Companhia das Letras: EDUSP; 1995.

Ribeiro D. Os índios e a civilização: a integração das populações indígenas do Brasil moderno. Petrópolis, RJ: Vozes; 1977.

Rocha AA. Lixo: aspectos epidemiológicos, classificação, características e processos de tratamento e disposição final. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP; 1980.

Rocha AA. Saúde e meio ambiente. In: Salum CAL, editor. Ecologia: a qualidade de vida. São Paulo: Ed. SESC; 1993.

Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia e saúde. 5ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1999.

Rouquayrol MZ, Veras FMF, Façanha MC. Doenças transmissíveis e modos de transmissão. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia e saúde. 5ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1999, p. 215-257.

Santos BS. Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade. São Paulo: Cortez/Editores Associados; 2001.

Santos M. A natureza do espaço. São Paulo: Edusp, 2002.

Santos RV, Coimbra Jr. CEA. Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas no Brasil. In: Coimbra Jr. CEA, Santos RV, Escobar AL. Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ / ABRASCO; 2003. p 13-47.

Santilli M. Os brasileiros e os índios. São Paulo: Editora Senac São Paulo; 2000. (Série Ponto Futuro; 1).

Sauvé L. Educação e meio ambiente: construir a esperança sem ingenuidade. In: Ziaka Y, Souchon C, Robichon P. Educação ambiental: seis proposições para agirmos como cidadãos. São Paulo: Instituto Polis; 2003, p. 44-53.

[SES] Secretaria Estadual da Saúde. Centro de Apoio ao Desenvolvimento. Núcleo de Educação. Educação em saúde: coletânea de técnicas. São Paulo: SES; 1993.

Serafim MG. Política nacional de atenção aos povos indígenas. In: Yamamoto RM, organizador. Manual de atenção à Saúde da criança indígena brasileira. Brasília, DF: Funasa; Sociedade Brasileira de Pediatria; 2004, p. 23-32.

Silva MO da S. Refletindo a pesquisa participante. São Paulo: Cortez, 1991.

Simão L. Historiografia do contato: demografia indígena e deslocamentos através do território nacional. In: Guimarães D, organizador. Museu de arte e origens: mapa das culturas vivas guaranis. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria; 2003. p. 98-109.

Simonetti C. As relações entre relevo, os solos e a Floresta Atlântica na Serra do Mar (Bacia do Rio Itamambuca, Ubatuba, SP) [Tese de Doutorado]. São Paulo: Instituto de Biociências da Universidade de São Paulo; 2001.

Soares SRA, Bernardes RS, Cordeiro-Netto OM. Relações entre saneamento, saúde pública e meio ambiente: elementos para formulação de um modelo de planejamento em saneamento. Cad. Saúde Pública. 2002; 18(6): 1713-24.

Souza DV, Zioni F. Novas perspectivas de análise em investigações sobre meio ambiente: a teoria das representações sociais e técnica qualitativa da triangulação de dados. Saúde e Sociedade. 2003; 12 (2): 76-85.

Souza M. Afinal, quem é mais moderno neste país? Estudos Avançados. 2005; 19(53): 87-96.

Souza NMSF, Cavalcante MS, Brandão MC. Agentes de saúde indígena: realidades pluriétnicas e experiências de formadores. In: Brandão MC, De Paula NC, Athias R. Saúde indígena em São Gabriel da Cachoeira – uma abordagem antropológica. Recife: Líder Gráfica e Editora Ltda; 2002, p. 51-70.

Taiguã Pataxó/Dantas AG. Suma teológica indígena. In: Guimarães D, organizador. Museu de arte e origens: mapa das culturas vivas guaranis. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2003, p. 160-169.

Thiollent M. Metodologia da Pesquisa-Ação. São Paulo: Cortez; 2000.

Toledo RF. Educação ambiental em unidades de conservação do Estado de São Paulo [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2002.

Ujvari SC. A história e suas epidemias: a convivência do homem com os microorganismos. Rio de Janeiro: Editora Senac Rio: Editora Senac São Paulo; 2003.

Unesco. Educação para um futuro sustentável: uma visão transdisciplinar para ações compartilhadas. UNESCO, Brasília, DF: IBAMA; 1999.

Wallace AR. Peixes do rio Negro. Fishes of rio Negro. São Paulo: EDUSP, Imprensa Oficial; 2002.

[WHO] World Health Organization. New Bangkok charter for health promotion adopted to address rapidly changing global health issues. [acesso em 12 abr 2006]. Disponível em: <http://www.who.int/entity/medicentre/news/releases/2005/pr34/es/> (2005).

Wright R. Uma conspiração contra os civilizados: história, política e ideologias dos movimentos milenaristas Aruak e Tukano do Noroeste da Amazônia. Anuário Antropológico, 89: 191-231.

Varella D. A última Amazônia. National Geographic Brasil. 2006; maio, p. 78-99.

Verani CBL. A medicina indígena. In: Confalonieri U, organizador. Saúde de populações indígenas: uma introdução para profissionais de Saúde. Rio de Janeiro: FioCruz; 1993.

Ziaka Y, Souchon C, Robichon P. Educação ambiental: seis proposições para agirmos como cidadãos. São Paulo: Instituto Polis; 2003.

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) para participar do grupo de pesquisa-ação no Distrito de Iauaretê do Município de São Gabriel da Cachoeira/AM, juntamente com pesquisadores da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP), com o objetivo de identificar os costumes da comunidade e condições do ambiente que interferem na saúde e qualidade de vida da população, visando melhorias ambientais, adequadas à cultura local e assim prevenir doenças como as diarreias, verminoses e diminuir a mortalidade infantil. Os resultados desta pesquisa também poderão ser aplicados a outras comunidades. Nesse tipo de pesquisa, os representantes das comunidades e os pesquisadores irão trabalhar juntos em todas as atividades da pesquisa, que serão: levantamento de informações sobre o local e a população, participação das atividades educativas, inclusive para preparar material a ser utilizado nas reuniões e nas entrevistas, na realização das entrevistas, nas observações das condições ambientais locais, na análise dos resultados e na elaboração de proposta para construção de melhorias das condições ambientais e da saúde. Queremos informar também que essa pesquisa-ação será utilizada para o desenvolvimento de uma tese de doutorado da aluna Renata Ferraz de Toledo, sob a orientação da Professora Maria Cecília Focesi Pelicioni da FSP/USP. Na divulgação das informações obtidas nessa pesquisa-ação, o seu nome e de outros membros da comunidade não serão citados sem o seu consentimento.

Eu, _____, representante da Comunidade _____ declaro que fui devidamente orientado (a) sobre a pesquisa que vai ser realizada na comunidade que eu represento, e sei que nossa participação é livre, não obrigatória e que poderei interromper a minha participação na pesquisa, assim como outros membros da comunidade, a qualquer momento, sem qualquer prejuízo para mim e para a comunidade. Caso eu queira mais informações, poderei obtê-las com os pesquisadores e representante do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública/USP, abaixo citados:

Liderança Local -Participante da Pesquisa

Nome da Comunidade/Bairro

RENATA FERRAZ DE TOLEDO
Pesquisadora e Aluna
Departamento de Prática de Saúde
Av. Doutor Arnaldo, 715, São Paulo, SP
CEP 01246-904
Tel (11) 3066 7751
E-mail: renataft@usp.br

ARISTIDES ALMEIDA ROCHA
Coordenador da Pesquisa
Diretoria da FSP/USP
Av. Dr. Arnaldo, 715, São Paulo, SP
CEP 01246-904
Telefone: (11) 3066 7739.
E-mail: arirocha@usp.br

EUNICE APARECIDA BIANCHI GALATI

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisas da Faculdade de Saúde Pública – USP.

Av. Doutor Arnaldo, 715, CEP 01246-904, São Paulo - SP. Tel. (11) 3066 7786 ou (11) 3066 7779.

E-mail: egalati@usp.br

ANEXO 2

DECLARAÇÃO DOS PESQUISADORES (SOMENTE NA VERSÃO IMPRESSA)

ANEXO 3

ATA DA REUNIÃO DO CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE/RN
(SOMENTE NA VERSÃO IMPRESSA)

ANEXO 4**MODELO DO FORMULÁRIO RESPONDIDO
PELOS AGENTES INDÍGENAS DE SAÚDE****NA SUA COMUNIDADE:**

1. Quantas pessoas têm na sua comunidade?
2. Quais as etnias nesse grupo?
3. Quantas casas existem nesse bairro (comunidade)?
4. As casas são de:
() madeira. Quantas? _____
() tijolo. Quantas? _____
() pau-a-pique. Quantas? _____
() misto (tijolo e madeira e palha). Quantas? _____
() Outros tipos de casa. Quais? _____
5. Quantas pessoas moram em cada casa?
6. Quantas línguas são faladas pelas pessoas da sua comunidade?
7. Quais línguas são faladas?
8. Quais as doenças que têm aparecido mais na sua comunidade, entre os homens?
 - 8a. O que deveria ser feito para que eles não pegassem essas doenças?
 - 8b. Como essas doenças têm sido tratadas?
9. Quais as doenças que têm aparecido mais na sua comunidade, entre as mulheres?
 - 9a. O que poderia ser feito para elas não pegassem essas doenças?
 - 9b. Como essas doenças têm sido tratadas?
10. Quais as doenças que têm aparecido mais na sua comunidade, entre os recém-nascidos?
 - 10a. O que poderia ser feito para que esses recém-nascidos não pegassem essas doenças?
 - 10b. Como essas doenças têm sido tratadas?
11. Quais as doenças que têm aparecido mais na sua comunidade, entre as outras crianças?
 - 11a. O que poderia ser feito para que essas crianças não pegassem essas doenças?
 - 11b. Como essas doenças têm sido tratadas?
12. Quais as doenças que têm aparecido mais na sua comunidade, entre os jovens com mais de doze anos de idade e não casados?

12a. O que poderia ser feito para esses jovens com mais de doze anos de idade e não casados não pegassem essas doenças?

12b. Como essas doenças têm sido tratadas?

13. Quais as doenças que têm aparecido mais na sua comunidade, entre os idosos?

13a. O que poderia ser feito para que esses idosos não pegassem essas doenças?

13b. Como essas doenças tem sido tratadas?

ANEXO 5**MODELO DO ROTEIRO DA ENTREVISTA**

1. Na sua opinião, as pessoas da sua comunidade têm saúde?
2. Conte como é a vida das pessoas com saúde.
3. Conte como é a vida das pessoas que não têm saúde.
4. Na sua opinião, por que as pessoas têm ficado doentes?
5. Onde as pessoas da sua comunidade procuram tratamento para as doenças?
6. Fale sobre o local onde vive sua comunidade.
7. Na sua opinião, quais os problemas do bairro (comunidade) em que você mora?
 - 7a. Fale sobre eles:
8. Onde as pessoas da sua comunidade têm coletado água?
 - () no poço
 - () na chuva
 - () no igarapé
 - () no rio
 - () na nascente
 - () outro. Qual? _____
 - 8a. Essa água é de boa qualidade?
 - 8b. Quais as dificuldades que sua comunidade têm tido para coletar água?
 - 8c. Para que a água coletada é usada?
 - () beber
 - () cozinhar
 - () lavar roupa
 - () lavar a casa
 - () outro. Qual? _____
 - 8d. A água para beber e cozinhar é tratada de alguma maneira, antes de ser utilizada?
 - () Sim. Como?
 - () Não. Por que?
9. Onde as pessoas da sua comunidade costumam tomar banho?
 - () no rio
 - () no igarapé
 - () outro. Onde? _____
- 9a. Na sua opinião, essa água é limpa?
 - () Sim
 - () Não. Por que?
10. Onde as pessoas da sua comunidade costumam fazer suas necessidades(cocô e xixi)?
 - () no mato

- () no rio
- () no igarapé
- () na roça
- () outro. Onde? _____

11. Na visita anterior, vocês disseram que era importante a construção de banheiros. Por que?

12. Depois de usada, para onde vai a água do banho, a água de lavagem de roupa e a água de alimentos?

13. Você acha importante afastar as fezes das casas e das pessoas?

- () Sim. Por que? _____
- () Não. Por que? _____

14. O que é feito com o lixo das casas das pessoas da sua comunidade?

- () é queimado
- () é jogado no quintal
- () é jogado no barranco
- () é jogado nas plantas como adubo
- () é jogado no rio
- () é jogado no igarapé
- () é jogado no mato
- () outro. Qual? _____

15. Você se preocupa com o lixo que é produzido em seu bairro (comunidade)? Por que?

15a. E as pessoas da sua comunidade também se preocupam?

16. Que tipo de lixo é encontrado nas casas?

17. Perto do lixo você tem encontrado algum animal?

- () Sim. Quais?
- () Não

18. Quanto tempo o lixo permanece onde ele foi jogado?

19. Quantas vezes vocês comem por dia?

20. O que os adultos geralmente comem nas refeições?

21. O que os jovens com mais de doze anos de idade e não casados geralmente comem nas refeições?

22. O que as crianças geralmente comem nas refeições?

23. O que os idosos geralmente comem nas refeições?

24. Como são preparados os alimentos?

25. Vocês guardam os alimentos? Se sim, onde?

26. O que você mais gosta de comer?

ANEXO 6

DESENHOS DE 1 A 28

MAPAS-FALANTES PARA IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS (MARÇO/2005)

1. Vila Aparecida

Oswaldo Francisco Sodré, Elza Góis, Firmiano Amaral, Jovivo Brito, Darcimar Penha,
Orlando Ferraz Penteado.

2. Vila Aparecida

Jucelino Montalvo Cardoso, Benjamim Montalvo Cardoso, Oscar Maia dos Santos, Maria Bernadete Vargas, Jacinta Araújo Alves, Rafael Antonio da Silva Brito, Vanilde da Silva Brito.

3. Vila Dom Bosco

Eugenio Miranda, Moisés Trindade, Alfredo Melo, Moisés Penha, Teotônio Melo, Alberto Melo.

4. Vila Dom Bosco

Benjamin Corrêa Moreira, José Fernando G. Queiroz, Domingos Sávio Freitas Farias,
Mario Lima Assis, Ismael Oliveira.

5. Vila Dom Bosco

Aristides Rodrigues, J. Bosco Antunes, Odair Penha, Elizeu Costa, Jacinta Melo,
Alcinda Marinho, Odinei Luiz Noronha Penha Britoa.

6. Vila Dom Bosco

Doróbia Freitas Penha, Kátia Vasconcelos Marinho, Maria de Lourdes M. Ferreira, Deolinda Alcântara, Maria Pedrina da Costa, Maria das Dores Almeida, Almerinda Alcântara, Adelaide Assis.

7. Vila Dom Pedro Massa

Miguel Pinheiro, Rafael Marques, Bazílio Brito, Maurício Matos, Ramiro Brandão, Cláudio Matos.

Miguel Maia, Feliciano Garcia, Luiz Antônio Palma .

8. Vila Dom Pedro Massa

Selma Araujo Veloso, Maria Bernardete de Jesus Ferraz, Odimara Ferraz Matos, Hilda Galvão, Maria dos Anjos, Maria Ortiz Garcia .

9. Vila Dom Pedro Massa

Odinara Ferraz Mattos.

10. Vila Dom Pedro Massa

Floriano Cardoso, Virgílio Ferreira, Luiz Soares, Nazareno Mendes Carvalho, Otávio de Lima.

11. Vila Cruzeiro

12. Vila Cruzeiro

Valentina Maia, Estefânia Penha Maia, Alexandre Alves, Jacinto Ferraz.

13. Vila Domingos Sávio

Joaquim da Silva, Horácio Moreira, Esmeraldo Maia, Jaime Garcia, Gabriel Ferreira, José Ferreira, Eduardo Vieira, Batista Martins, Ernesto Dias.

14. Vila Domingos Sávio

Zenaida Fonseca Maia, Pedrina Muniz, Adelina Gonçalves, Marta S. Vieira, Amélia Rodriguez Maia, Regina Martins, Maria Nogueira, Angelina Almeida, Isabel Assis, Dariana Rodrigues.

15. Vila Fátima

Anita Ramos Barreto, Terezinha Ramos Cruz, João Batista Barreto, Valdemar Ramos Barreto, Pedro Paulo Ramos Barreto.

Humberto Ramos Barreto, Símoas Luiz Ramos, Graciliano Ramos Barreto .

16. Vila Fátima

Luiz Carlos Matos Carrasquilha, Jonas de Lima, Tomás Ortiz, Sídênio de Lima, João Bosco de Lima, Hilário de Lima, Luís Alves, José Alves, Samuel Vasques, Fernando Ortiz, Tomé de Lima, Miguel Nascimento, Tarcísio de Lima.

17. Vila São José

18. Vila São José

José Manuel Hernandes Brasil, Charles Paiva, Jusue Trajano, Domingos Dias, Fidêncio, Bartolomeu Andrade Nascimento, Erivan Dias Lima, Nivaldo Pinheiro, Felix Antônio Alves de Lima, Nicolas Felipe Oribe Lutosa, Fábio Eduardo Hernandes Brasil, Glivan Trajano de Lima, René Rojas Alves, Ademir Castilho Alves, José Luiz Castilho Alvesa.

19. Vila São José

Melisa M. Carrasquilha, Livia Patricia Ferreira Pinheiro, Lúcia Marcina Dias Vasque, Rivaldina Ferreira Nogueira, Jainara Alves de Lima, Selma Sampaio Nascimento, Tatiane Vieira de Jesus, Noêmia Cruz Lemos, Jucilene Andrade de Nascimento, Leila Rosiane Garcia Ferreira.

20. Vila São José

Anais de Jesus, Cláudia Alves, Rosilda Dias, Janete Matos, Palmira Vaz Sampaio, Luiz Carlos.

21. Vila São José

Julio de Lima Matos, Frank José Matos Carrasquilhas, José Roberto F. Nogueira.

24. Vila São Miguel

Herculiana, Lívia, Ancila, Érica, Manoel.

25. Vila São Pedro

Nely Areiza, Simone Pinheiro, Ziraldo Simões, Lúcia Madris, Joelma Simões, Jaciel.

26. Vila São Pedro

Giovani Simões, João Paulo P., Ramiro Aguiar.

27. Vila Santa Maria

Pascoal Violeta Braga, Aparecida Ribeiro, Sidonio Ribeiro, Galdino Pinheiro.

Rosimeri da Silva Moraes, Eugênio Ferreira Lana, Marilza de Jesus, Matilde Gomes, Ana Brasil.

28. Vila Santa Maria

ANEXO 7**FOTOS⁶ UTILIZADAS PARA CONSTRUÇÃO DOS PAINÉIS
(MAIO/2005)****TEMA: FONTES DE ÁGUA**

Poço raso

Bomba d' água no rio Uaupés

⁶ Fotos tiradas em Iauaretê, por indígenas habitantes locais (sem identificação dos autores).

TEMA: FONTES DE ÁGUA

Igarapé

Tanque para criação de peixes

Tambores para coleta água da chuva

TEMA: PRÁTICAS COTIDIANAS

Banho no tanque

Criança defecando em área peri-domiciliar

TEMA: PRÁTICAS COTIDIANAS

Banho no rio Uaupés

Lavagem de roupas

TEMA: PRÁTICAS COTIDIANAS

Consumo de água de poço raso

TEMA: RESÍDUOS SÓLIDOS

Resíduos dispostos em área peri-domiciliar

TEMA: ALIMENTOS

Massa de mandioca

TEMA: ANIMAIS

Galinhas

Cachorros

TEMA: ANIMAIS

Gado

Esterco

TEMA: VERMINOSES

Ascaris lumbricoides (nos vidros)

* Esta foto, embora não tenha sido tirada pelos moradores de Iauaretê, foi também utilizada para a construção de um painel.

ANEXO 8

DESENHOS DE 29 A 48

MAPAS-FALANTES PARA IDENTIFICAÇÃO DE ANSEIOS FUTUROS (JULHO/2005)

Maria Pedrina Costa, Elza Brazão, Évia Soares, Lindalva Oliveria, Juracy Penha.

29. Vila Dom Bosco

Darcinete Freitas Penha, Lidia Maria da Silva Melo, Laurita Penha, Julia de Melo, Matilde da Silva, Rosalia Noronha, Rute Assis.

30. Vila Dom Bosco

Benjamin Moreira, Nelson Luiz Matos Carvalho, Moisés Cruz Penha, Américo Assis.

31. Vila Dom Bosco

Ramiro Brandão, Anacleto Almeida, Basílio Brito, Rafael Sampaio, Agostinho Garcia, Justina Pedroza, Cira dos Santos Fonseca, Ernesto Dias.

32. Vila Dom Pedro Massa

Francisco Ferreira, Anísio da Silva, Mateus Dias, Rafael Marques, Miguel Pinheiro.

33. Vila Dom Pedro Massa

Cecília Vieira de Lima, Angelina Ferreira, Maria Hílário Palma, Anísia Dias, Amélia Matos, Elisa Lima Matos, Maria Tereza Oliveira, Hilda Maria Galvão, Maria Lucélia Araújo Alves, Emília Botero, Amélia da Silva.

34. Vila Dom Pedro Massa

Orlando Cardoso, Maria Creusa das Chagas, Isaura Teixeira, Alana Rodrigues.

35. Vila Aparecida

Simão Luiz Seabra, Humberto Ramos Barreto, André Barreiro, Isaac Andrade Barreto.

36. Vila Fátima

Artur da Silva Ferreira, Marcela de Lima Ferreira, Virgílio Lima Ferreira, Aloísio Pedrosa Moreira, Renato Bosco Almeida, Narciso Araújo, Amélia Dutra.

37. Vila Cruzeiro

38. Vila Cruzeiro

Luis Xavier Soares, José Norberto Cordeiro Carvalho, Pedro Paulo Pinheiro, Jacinto Ferraz, Todelte F. Araújo, Floriano Cardoso, Maria Bernardete P. Pinheiro, Nazareno Mendes Carvalho

39. Vila Domingos Sávio

Zenaide Maia Fonseca, Isabel Assis, Elizabete Garcia, Nazaria Correia, Maria Castilho, Pedrina Dias, Maria Gorete Alcântara Torres, Jolison Fonseca, Maria Duane T. Ferreira, Luciana Maia, Afreidinho Dias

Esmeraldo Maia, Ernesto Dias, Daniel Maia, Alfredo Correia, Benedito Moreira.

40. Vila Domingos Sávio

Tomé Matos de Lima, Julio de Lima Matos, Ademir Castilho Alves, René Rojas Alves, Josué Trajano de Lima, Guilherme Lustosa, Luiz Carlos M. Carrasquilha, Maria de Lima Matos, Frank José C. Matos, Hernandes Uribe Lustosa

41. Vila São José

Maria de Nazaré da Silva Araújo, Inácio Nogueira Galvão, Maria Célia Cruz Alcântara, Maria Auxiliadora P. Maia, Maria Rojas Alves, Anita Vasconcelos Aguiar, Florinda Vasconcelos Araújo, Regina Maria Vieira Lana, Eliane Farias Falcão, Cecília Freitas.

42. Vila Santa Maria

Galdino Pinheiro, Jair S. M. de Jesus, Sídônio Ribeiro, Emiliano Melgueiro.

43. Vila Santa Maria

Nelly Areiza Filho, Gabriela Figueiredo Pinheiro, Edina Maria Araújo Cordeiro, Juliana Simões, Mercedesita Pedrosa, Joelma Simões, Milton de Lima, Lucia Figueira.

44. Vila São Pedro

Zirardo Simões, Geraldo da Silva, Bernardino Filho, José Campos de Lima, Galdêncio Pinheiro, João Batista Pinheiro, Vivaldo Filho.

45. Vila São Pedro

Conceição, Maria das Dores, Bibiano, Natalia.

46. Vila São Miguel

Leonardo Alencar, Pedro Fontoura, Mario Rodrigues, José Correa, Ivania Veloso, Rosete Alencar, Herallina Ferreira, Ancila Veloso, Lindalce Castilho.

47. Vila São Miguel

Ivo Fontoura, Rosalino Alencar, Rosete B. Brazão, Nilma B. Alencar.

48. Vila São Miguel