Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Registro audiovisual da omissão do Estado
brasileiro nas políticas públicas de saúde segundo
depoimento de lideranças indígenas

Valdir Baptista

Tese apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Pública
da Faculdade de Saúde Pública –
FSP/USP para obtenção do Título de
Doutor em Ciências.

Linha de Pesquisa: Saúde, Ciclos de
Vida e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Rogério
Gallo

Versão Corrigida
São Paulo
2016

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Registro audiovisual da omissão do estado
brasileiro nas políticas públicas de saúde segundo
depoimento de lideranças indígenas

Valdir Baptista

Tese apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Pública
da Faculdade de Saúde Pública –
FSP/USP para obtenção do Título de
Doutor em Ciências.

Linha de Pesquisa: Saúde, Ciclos de
Vida e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Rogério
Gallo

**Versão Corrigida
São Paulo
2016**

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 do autor, título, instituição e ano da tese.

EPIGRAFE

“Como afirma Viveiros de Castro, ‘uma boa política é aquela que multiplica os possíveis’. Nesse sentido, é necessário que nos livremos das amarras do referencial identitário, o qual nos empurra a pensar que sabemos o que é melhor para o outro, em um platonismo triste de repetição estéril do mesmo. Nem niilismo, nem idealismo. São os povos indígenas que nos mostram como jogar com a multiplicidade, tendo o passado vivo na construção do presente” (LOUREIRO, 2010).

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Prof. Dr. Paulo Rogério Gallo pela dedicação irrestrita e à Profa. Dra. Sophia Karlla Almeida Motta-Gallo pela ajuda essencial.

Aos meus amigos do GEMA – Grupo de Estudos de Metodologia Aplicada, cujo apoio foi fundamental para a realização deste trabalho: Vicente Sarubbi Jr., Eveline Stella de Araújo, Silvana Schultze, Melissa Chaves Vieira Ribera, Flávia Cristina Goulart e Patrícia Campinas.

A todos os professores da FSP/USP, especialmente às Profas. Dras. Ana Cristina d'Andretta Tanaka, Ângela Maria Belloni Cuenca, Augusta Thereza de Alvarenga, Carmen Simone Grillo Diniz, Cristiane da Silva Cabral, Fabíola Zioni e aos Profs. Drs. Alberto O. A. Reis, Cláudio Leone, Ivan França Júnior, Luiz Carlos de Abreu e Almério de Castro Gomes (*in memorian*) pelo aprendizado e apoios diversos.

Aos funcionários da FSP/USP, especialmente aos do Departamento de Saúde Materno-Infantil, Carmen de Almeida Castelani, Leandro Firmino Cleto, Ligia Went Rosa Mota e Meirezilda Aparecida Soares e Souza sou grato pelo suporte permanente.

Ao amigo Antonio Ciambra, parceiro na produção dos vídeos que deram origem a este trabalho e sempre disposto a ajudar.

Ao Prof. Dr. Luciano Victor Barros Maluly, da ECA-USP, à Profa. Dra. Jerusa Pires Ferreira, da PUC-SP, e à colega Nayara Scalco, da FSP, agradeço por tantas sugestões pertinentes.

Aos amigos Josette Monzani, Nivaldo Honório Silva, João Roberto Laque, Magali Oliveira Fernandes, Elen Doppenschmitt, João Franzin, Antonio Ferreira de Sousa Filho, Luiz Felipe Alves de Miranda, Afrânio Mendes Catani, Noel Santos Carvalho, Marco Antonio Bin, Fred Ghedini, Sonia Silva, Castor Fernandez, Marcelo Cardoso, José Carlos Freitas, Ruy Jobim Neto, Adriano Sousa, Adriano Nouman e Diomédio Piskator que, cada um a sua maneira, auxiliaram e incentivaram a produção deste trabalho.

Aos Professores Fernanda Lage Lima Dantas e Flávio Lofêgo Encarnação, que ofereceram apoio decisivo no Acre.

Às lideranças indígenas do Acre, aldeados e não aldeados, que deram voz a esse trabalho, possibilitando-nos realizar o registro da situação de saúde e omissão do Estado nas políticas públicas de saúde voltadas aos povos indígenas. Foram de fundamental importância os caciques Ninawá Huni Kui, Osmildo Silva Conceição, Edilson Puá Katukina e Josias Pereira Kaxinawá.

À minha esposa Thaís e à minha filha Barbara.

Aos meus pais, Maria e José, *in memorian*.

DEDICATÓRIA

Para Thaís e Barbara

BAPTISTA, Valdir. Registro audiovisual da omissão do Estado brasileiro nas políticas públicas de saúde segundo depoimento de lideranças indígenas. 2016. 156p. Tese (Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

RESUMO

Método: Trata-se de uma pesquisa qualitativa de cunho documental utilizando o audiovisual como locus de instalação de depoimentos de lideranças indígenas do Estado do Acre, Brasil. O objetivo é analisar registros de vivências de lideranças indígenas sobre suas condições de vida, como contribuição às políticas públicas do SUS. E apresentar uma proposta interventiva a partir das potencialidades do vídeo documentário.

Resultados: A população indígena, por uma série de motivos, certamente é a parcela da população brasileira sobre a qual menos existem dados específicos que permitam o estabelecimento de políticas de saúde pública eficazes. Embora tenham ocorrido avanços significativos no conhecimento das questões indígenas e um crescente empoderamento das lideranças indígenas na luta por seus direitos básicos de cidadania, a situação ainda está aquém do esperado. Temas relevantes abordados: 1. Participação nas instâncias do poder público/ direitos indígenas. 2. Medicina tradicional – exterioridade da doença. 3. Dificuldades com o SUS. 4. Cuidados de saúde nas aldeias. 5. Segurança Alimentar e desnutrição. 6. Qualidade da água e saneamento básico. 7. Logística. 8. Cobertura vacinal. 9. Saúde das mulheres indígenas. 10. Ecologia e biodiversidade. 11. Morte de crianças indígenas. **Conclusões:** 1. A omissão sistemática dos governos em qualificar agentes de saúde indígenas no tocante às intervenções em saúde individual e coletiva e no exercício dos direitos sociais. 2. Falta de empenho do SUS em contratar profissionais com formação especializada para compor as equipes e direções do Sistema de Saúde que atuam nas aldeias e nos postos avançados de saúde no interior do território. 3. Dificuldades de comunicação entre as equipes do SUS e os povos indígenas. Há barreiras de idioma, de cultura e de percepção do processo saúde-doença.

Palavras-chave: Saúde Indígena; SUS; Vulnerabilidade; Políticas Públicas; Morbidade; Cinema Documentário; Telejornalismo; Comunicação Social.

BAPTISTA, Valdir. Audio-visual record of the omission of the Brazilian State in public policies of health according to testimony from indigenous leaders. 2015. Doctoral thesis - Faculty of Public Health School of University of São Paulo, 2015.

ABSTRACT

Method: This is a qualitative research that uses the documentary audio-visual like a place of installation register statements of native indigenous leaders of Acre, Brazil. The objective is to analyze records of indigenous leaders from experiences about their living conditions as a contribution to public SUS policies. And present an interventional proposal from the documentary video potentiality. Results: The indigenous population, for a number of reasons, it is certainly the Brazilian population, on which there is less specific data that allow the establishment of effective public health policies. Although there have been significant advances in knowledge of indigenous issues and a growing empowerment of indigenous leaders in the struggle for their basic rights of citizenship, the situation is still below expectations. Relevant topics approached: 1. Participation in public authority's instances / indigenous rights. 2. Traditional medicine - externality of the disease. 3. Difficulties with SUS. 4. Health care in villages. 5. Food security and malnutrition. 6. Water quality and basic sanitation. 7. Logistics. 8. Vaccination coverage. 9. Indigenous women's health. 10. Ecology and biodiversity. 11. Death of indigenous children. Conclusions: 1. the systematic omission of governments in qualify indigenous health workers with regard to the individual and collective health interventions and the exercise of social rights. 2. Lack of commitment of the SUS in hiring professionals with specialized training to compose the teams and directions of the Health System that work in the villages and in the outposts of health in the territory. 3. Difficulties in communication between SUS teams and indigenous peoples. There are barriers to language, culture and perception of the health-disease process.

Keywords: Indigenous Health ; SUS – Public Health Service or Unified Health System; Vulnerability; Public policy; Morbidity; Documentary Film; Telejournalism; Social Communication.

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	1
1.2 Do lugar de onde observo o fenômeno	3
1.3 O cinema como instrumento de comunicação educativa em Saúde Pública	6
1.4 A importância do vídeo documentário como instrumento de mobilização social e o conceito de vulnerabilidade	10
1.5 O registro audiovisual como estratégia de controle social	12
2. JUSTIFICATIVA	14
3. OBJETIVOS	19
3.1 Geral	19
3.2 Específicos	19
4. MÉTODO	20
4.1 Delineamento do Estudo	20
4.2 População em Estudo	20
4.2.1 Ninawá Huni Kui	21
4.2.2 Josias Pereira Kaxinawá	22
4.2.3 Edilson Puá Katukina	23
4.2.4 Osmildo Silva da Conceição	24
4.3 Caracterização da população em estudo	25
4.4 Instrumento de coleta de dados	28
4.5 Plano de apresentação dos achados	28
4.5.1 Primeira Etapa	28
4.5.2 Segunda Etapa	29
4.6 Considerações Éticas	31
5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	33
5.1 Participação nas instâncias do poder público/ direitos indígenas	33
5.2 Medicina tradicional – exterioridade da doença	34
5.3 Dificuldades com o SUS	37
5.4 Cuidados de saúde nas aldeias	39
5.5 Segurança alimentar e desnutrição	43
5.6 Qualidade da água e saneamento básico	43

5.7 Problemas de logística de transporte e sistemas de comunicação para a saúde	47
5.8 Cobertura vacinal	48
5.9 Saúde das mulheres indígenas	49
5.10 Ecologia e biodiversidade	49
5.11 Morte de crianças indígenas	50
6- UM OLHAR SOBRE OS RESULTADOS	71
6.1 – Participação nas instâncias do poder público/ direitos indígenas	73
6.2 – Medicina tradicional – exterioridade da doença	76
6.3 – Dificuldades com o SUS	79
6.4 – Cuidados de saúde nas aldeias	83
6.5 – Segurança alimentar e desnutrição	87
6.6 – Qualidade da água e saneamento básico	89
6.7 – Logística	91
6.8 – Cobertura vacinal	93
6.9 – Saúde das mulheres indígenas	96
6.10 – Ecologia e biodiversidade	98
6.11 – Morte de crianças indígenas	99
7- PROPOSTA INTERVENTIVA DO VÍDEO	105
8- CONSIDERAÇÕES FINAIS	106
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	108
Anexo 1 - Correspondência do Professor Dr. Paulo Rogério Gallo com o Senador Eduardo M. Suplicy, 2012.	122
Anexo 2 – Transcrição da íntegra dos depoimentos dos caciques colhidos no Acre	126

1. INTRODUÇÃO

O Brasil, assim como a maioria dos países da América Latina, tem uma tradição oral especialmente relevante. Seja por um déficit crônico do parque de equipamentos da estrutura educacional, seja pelo fato de suas origens históricas remeterem a uma estrutura colonizadora escravista, na qual um contingente expressivo da população foi, durante os quatro primeiros séculos após o descobrimento, excluído das escolas ou salas de aula. Parte desta realidade, aliada às tradições indígenas, contribuiu para que as conversas e as histórias contadas ou cantadas se revelassem nos principais recursos da população para registrar sua história e valores sociais.

Nesta circunstância, o audiovisual como locus de instalação de narrativas torna-se um espaço de práticas e saberes: são nestes encontros que se trocam experiências, opiniões, informações e se localizam novas possibilidades de inclusão social.

É certo que o audiovisual como locus de instalação de narrativas pode ser uma estratégia de controle social do Sistema Único de Saúde – SUS – por auxiliar no exercício da tolerância entre diferentes povos e culturas e auxiliar no processo de comunicação entre diferentes etnias, ora favorecendo o encontro de coletivos, ora fornecendo bases para a participação cidadã, condição necessária para a democratização do conhecimento e a organização de comunidades para o efetivo exercício do controle social na gestão do sistema de saúde brasileiro. Além de possibilitar a interação social, processo que implica na redistribuição de poder, redefinição de papéis e estabelecimento de novas relações interpessoais, promovendo espaços de cooperação e vivências.

1. 2 – Do lugar de onde observo o fenômeno

Em 2011, cheguei à Faculdade de Saúde Pública por indicação de um amigo da Escola de Comunicações e Artes da USP. Na ocasião, lecionava, como professor-palestrante, a disciplina *Jornalismo especializado – Livro-Reportagem*, na ECA/USP, e diversas disciplinas relacionadas ao audiovisual nos cursos de Comunicação Social do Centro Universitário FIAM-FAAM. Em experiência profissional imediatamente anterior, havia coordenado por dez anos o curso de Rádio e TV da Universidade Anhembi Morumbi, onde também elaborei o projeto e coordenei o curso de Cinema e um circuito interno de tv chamado TV Anhembi. Nesse contexto, fui convidado pelo professor Paulo Rogério Gallo para fazer a cobertura, no formato de documentário audiovisual, de uma capacitação, usando a metodologia de pesquisa-ação, para comunicadores de rádios comunitárias da capital do Piauí. Tratava-se de um curso oferecido pela Secretaria Municipal de Saúde de Teresina, cujo objetivo era o de qualificar os comunicadores populares para se aliarem às equipes de saúde e incluírem a população local na luta contra a epidemia de dengue que se previa no horizonte para os verões de 2014 e 2015. Epidemia que, lastimavelmente, de fato ocorreu e para a angústia de todos os envolvidos, não pôde ser evitada, uma vez que as autoridades maiores do Estado e do município não conseguiram um alinhamento programático-partidário que permitisse à equipe da Secretaria de Saúde dar prosseguimento às ações de combate ao mosquito e à ampliação da participação social da população na luta contra o vetor. Toda a base epistêmica das ações foi estruturada a partir dos princípios do SUS – universalidade, integralidade, equidade, participação social - e da visão Freiriana de Educação Significativa, de Processo Ensino-Aprendizagem e de Educação Democrática. Foi uma experiência significativa em minha vida profissional que me ofereceu uma releitura da importância do audiovisual como instrumento de educação em saúde e, particularmente, no campo da Saúde Pública. Foi especialmente importante o meu contato com um dos maiores especialistas em dengue do país, o

professor Almério de Castro Gomes, docente da Faculdade de Saúde Pública da USP.

Em 2012, logo após ingressar no doutorado da FSP, surgiu uma nova possibilidade de aplicar a minha especialidade profissional à área de Saúde Pública. Um episódio envolvendo o adoecimento e morte em massa de crianças da tribo Huni Kui (Kaxinawá) que gerou o envolvimento das Nações Unidas, que acionaram o deslocamento de equipes do CDC-USA (Center for Disease Control-EUA) e da Força Tarefa Nacional do Ministério da Saúde para se embrenharem na floresta amazônica em busca de tentar desvelar as causas prováveis da morte de um grande número de crianças e de vários adultos indígenas no interior da floresta. O professor Dr. Paulo Rogério Gallo, articulado com esse esforço de esclarecimento em relação àquela tragédia sanitária, visitou o Acre algumas vezes. Participei de uma de suas visitas e coletamos em vídeo, com o apoio do diretor de fotografia Antonio Ciambra, depoimentos das lideranças indígenas do Acre não apenas sobre aqueles fatos, mas também acerca dos problemas de saúde pública enfrentados cotidianamente pelos indígenas e sua relação com o SUS. Esse trabalho com as lideranças indígenas ofereceu as bases da atual proposta de doutorado.

Cabe destacar que, além do desafio de problematizar e contribuir no campo da saúde coletiva com uma temática permeada de uma infinidade de vieses culturais, a saúde indígena, a intenção que norteia este trabalho é o apoio às lutas das populações em situação de vulnerabilidade para a conquista de um espaço digno, singular e mais humanizado em nossa sociedade.

Em 2012, o então senador Eduardo Suplicy, com base em vídeo produzido na cidade de Rio Branco, propôs um debate no Senado Federal, que implicou em um realinhamento das políticas públicas de saúde indígena. A iniciativa parlamentar implicou a substituição de muitos técnicos/funcionários da árvore de comando dos DSEIs – Distritos Sanitários Especiais Indígenas – brasileiros, particularmente dos funcionários dos DSEIs acreanas (Anexo 1).

SILVA e PELICIONI (2012), em suas publicações, apresentam o conceito de Educação em Saúde como um processo político onde a participação dos envolvidos deve ter uma dimensão educativa e política, pois não existe processo educativo capaz de promover transformação social sem que seja participativo, crítico e emancipatório. A participação e a educação caminham juntas.

Neste sentido é importante destacar a interface teórica existente entre autores latino-americanos ao apontar a comunicação crítica como instrumento estratégico para a formação da consciência social - preâmbulo essencial para a participação política na sociedade (Mario Kaplún e Jesus Martin-Barbero, entre outros). Embora apontem os riscos e benefícios associados aos veículos de Comunicação de Massa e às tecnologias da informação, KAPLÚN (2008, 2010) e MARTIN-BARBERO (2007, 2008) reafirmam a importância do comunicador abrir a possibilidade do uso da tecnologia para organizar ideias e abrir novos sentidos sociais a conceitos e conveniências político-sociais vigentes em nossa sociedade. A este conjunto de ideias os referidos autores denominam Comunicação Educativa.

No campo da Saúde Pública, agrega-se ao pressuposto da Educação Emancipadora (Democrática). Voltada à construção da autonomia dos envolvidos no processo educativo o RELATÓRIO LALONDE (1974) preconizava a corresponsabilidade dos cidadãos canadenses na produção de cuidados no campo da saúde; condição que transferia às ações educativas o desafio do ensino emancipatório e as várias nuances derivadas desse modelo pedagógico.

Isto trouxe várias implicações no campo da comunicação crítica. Uma delas foi a necessidade do uso dos veículos de comunicação de massa como o Rádio, a Televisão e o Cinema para apresentar fatos, ideias, culturas e atitudes das pessoas como ferramenta do Aprendizado Significativo. Outra foi o uso da informação como elemento estratégico dos processos de comunicação intra e interculturais (LALONDE, 1974).

1.3 – O cinema como instrumento de comunicação educativa em Saúde Pública.

Desde o nascimento do cinema, no último decênio do século XIX, o aspecto documental, que lhe é inerente, está presente, tanto nas imagens produzidas por Edison como nas dos irmãos Lumière. Já nas primeiras décadas da existência do cinema, copiando o sucesso dos chamados “livros de viagem”, mistura de diário de viagem com livro-reportagem que faziam muito sucesso durante o século XIX e primeira metade do século XX, foram realizados diversos “filmes de viagem”, conhecidos como *travelogues*, cuja narrativa era focada na visão do fotógrafo-viajante, que trazia em geral para a tela as imagens mais interessantes colhidas por ele em locais distantes em uma ou mais viagens e, portanto, com foco no seu ponto de vista de observador que não estabelecia um compromisso mais aprofundado com os objetos de sua observação, mas com a cronologia da viagem (BALTAR, 2013; GUAUTHIER, 2011). Como na época ainda não havia sonorização, esses filmes eram mudos e, não raro, exibidos com uma narração *in loco* do próprio autor ou, no caso dos que tinham uma distribuição comercial mais ampla, recebiam legendagem e uma montagem mais profissional. A noção de cinema documentário nasce apenas em 1922, com o filme *Nanook*, o esquimó (*Nanook of the North*), de Robert Flaherty, onde era retratada a vida cotidiana de uma família esquimó. A luta do homem para sobreviver em um ambiente inóspito era a tônica deste filme e Flaherty, sendo um explorador, cartógrafo e geólogo havia sido convencido por seu financiador, o construtor de ferrovias Sir William McKenzie, a fazer o registro em película de suas viagens de trabalho à Baía de Hudson, Canadá. Ao contrário dos *travelogues*, que costumavam ser meramente descritivos e narrados em primeira pessoa, Flaherty “inovava em colocar os fatos que testemunhou em uma perspectiva dramática: construía um personagem – Nanook e sua família – e estabelecia um antagonista – o meio hostil dos desertos gelados do norte” (DA-RIN, 2004). Além disso, trazia um ritmo da narrativa de ficção ao filme, criando cenas dramáticas como a da caça da morsa com arpão ou

mesmo outras mais “amenas”, como a da construção do iglu, tarefas compartilhadas por toda a família esquimó. Dinâmica que aponta para a importância da divisão do trabalho entre todos os membros da família e a noção de construção coletiva dos cuidados com a saúde em condições de vulnerabilidade (SANCHEZ e BERTOLOZZI, 2007). Assim, Flaherty transcende a lógica puramente observacional dos “filmes de viagem” e passa a interpretar essa realidade com base nos cerca de dez anos de convivência com aquele ambiente em sua atividade profissional. Apesar da dificuldade inicial para ser lançado comercialmente, *Nanook* foi um grande sucesso de bilheteria e tornou-se um verdadeiro paradigma para a produção documental posterior. O mesmo olhar crítico, de *Nanook*, pode ser encontrado nos clássicos *O Homem de Aran* (*Man of Aran*, 1934), de Flaherty, e *A Canção do Ceilão* (*Song of Ceylon*, 1935), de Basil Wright.

Paralelamente a Flaherty, no Brasil ocorreu uma experiência similar: o major Luiz Thomaz Reis, cinegrafista das expedições do Marechal Cândido Mariano da Silva Rondon, registrava em película os habitantes e costumes das regiões então quase inexploradas do Brasil. Rondon, um oficial-engenheiro do Exército Brasileiro, participou na implantação das linhas telegráficas e, diante do encontro frequente com etnias indígenas que quase não tinham contato com os brancos, criou o Serviço de Proteção ao Índio (SPI), em 1910. Rondon também criou uma série de comissões, mais tarde conhecidas pelo nome genérico de Comissão Rondon, que tinham como objetivo fazer levantamentos da flora, da fauna, da topografia, da geografia e da etnografia dessas regiões praticamente desconhecidas do Oeste brasileiro, a exemplo das míticas expedições exploratórias do século XIX. Em 1912, dentro desse espírito, a Secção de Cinematografia e Photographia, a cargo de Luiz Thomaz Reis, começa as filmagens com atenção especial aos documentários sobre os povos indígenas, a partir de 1914. Embora outros cinegrafistas tenham colaborado com a Comissão Rondon, documentos atestam que Reis produziu a maioria das imagens e tinha vasto conhecimento técnico dos equipamentos, sendo responsável pelas filmagens, montagem e direção de pelo menos 12 filmes de variadas

metragens. O mais antigo desses filmes data de 1915, chamado *A Expedição Roosevelt ao Mato-Grosso*, hoje perdido, mas sobreviveram pelo menos sete filmes, sendo o mais antigo *Rituaes e Festas Bororo*, de 1917, com duração de 20 minutos, e o mais conhecido *Ao Redor do Brasil: Aspectos do interior das fronteiras brasileiras*, de 1932 (TACCA, 2001). Reis é, portanto, um dos pioneiros do filme etnográfico documental internacional e, nos últimos anos, os estudos sobre a sua obra têm se multiplicado (PIAULT, 2002; TACCA, 2001, 2004; MENESES, 2008; PAIVA e SCHVARZMAN (2011); LOBATO, 2015).

Na antiga URSS, uma experiência documental importante é a de Dziga Vertov. Ele desenvolveu uma série de teorias sobre o cinema documental, sempre com importante intenção experimental, e produziu, a partir de imagens documentais, experiências formais que tiveram seu ápice com *O Homem com uma Câmera*, de 1929. Dada sua pendência para o experimentalismo formal e dificuldade para lidar com a burocracia, foi filmando cada vez menos ao longo do tempo e só na década de 1960 é que sua obra e ideias foram recuperadas e reutilizadas pela escola do cinema direto e pelas vanguardas européias e latino-americanas.

Já no final da década de 1920 e com farta produção na década seguinte, surge a escola do Documentarismo Inglês, que lançou as bases do documentário clássico, cuja narrativa se ancora em imagens da realidade e uma voz off que organiza o tema de forma onisciente, chamada de “voz de Deus” por Bill Nichols (NICHOLS, 2005). O principal nome dessa escola é John Grierson, que assinou como diretor um único filme fundador, *Drifters* (1929), embora tenha participado como produtor de outros 38 documentários na Grã-Bretanha e no Canadá. Em *Driefters*, Grierson mostra ao público as condições de trabalho de pescadores em uma época caracterizada pelo processo crescente de industrialização e de vulnerabilização social da classe trabalhadora (DA-RIN, 2004).

Grierson foi responsável ainda pelo acolhimento na Inglaterra do brasileiro Alberto Cavalcanti, que trouxe importantes contribuições formais para a

estética documental, especialmente no uso do som. Na trajetória de Grierson é importante ressaltar a relação do documentarismo como política de Estado. Na década de 1930, Grierson produz *Housing Problems* (1936) com financiamento do governo Inglês, mostrando os moradores dos cortiços londrinos sendo entrevistados pela primeira vez *in loco* (DA-RIN, 2004). Posteriormente, em função de restrições orçamentárias, Grierson buscou fontes alternativas de financiamento em empresas privadas e outros órgãos públicos, firmando uma parceria memorável com a General Post Office (GPO), além de ter sido financiado também pela Telephone Advisory Service, pelo Ministério da Agricultura e da Pesca e até pela estatal de um protetorado britânico, o Ceylon Tea Board. Com essas ações, Grierson também tornou-se pioneiro na afirmação da necessidade do investimento estatal no cinema documental (primórdios do marketing cultural), o que posteriormente transforma-se em conceito (TURNER, 1997).

Assim, Grierson cria referências técnicas e sociais para o documentário, inclusive explorando suas possibilidades de preservação da memória; inicia-se o uso educativo da produção fílmica, base programática para a criação da BBC – British Broadcasting Corporation. No Brasil, em 1935, surge o INCE (Instituto Nacional do Cinema Educativo), de Humberto Mauro. Posteriormente, os documentários evoluíram para a narrativa de fatos históricos e integraram-se inclusive ao esforço de guerra. Nos anos 1950, são realizados diversos documentários que experimentam novas fórmulas e trazem temas de grande impacto social: *Noite e Névoa* – que mostra imagens de judeus em campo de concentração - e *Guernica*, – que utiliza os quadros de Picasso para retratar o massacre da aldeia homônima, ambos de Alan Resnais. Esses documentários marcam o momento em que os equipamentos mais leves marcam a produção dos documentários modernos revelando a história dos vencidos, contribuindo para uma polifonia histórica-social. Um exemplo, que combina linguagem documental e ficção, a abertura documental de *Hiroshima, Mon Amour*, tem como pano de fundo a questão da bomba lançada sobre Hiroshima. Também começa a se desenvolver, com Jean Rouch, o filme etnográfico. Na virada da década de 1950 para

1960, surge na França o chamado “cinema verdade” e, nos anos 1960, o “cinema direto”, nos EUA, criando um novo paradigma de documentário, com câmeras mais leves, som direto e a busca de mostrar uma realidade sem filtros (DA-RIN, 2004, LABAKI, 2006).

1.4 A importância do vídeo documentário como instrumento de mobilização social e o conceito de vulnerabilidade

Historicamente, o conceito de vulnerabilidade surgiu para designar a condição social de grupos ou indivíduos que, em função de sua fragilidade política ou jurídica, não conseguem fazer valer os seus direitos de cidadania (ALVES, 1994). Conforme COIMBRA Jr. e SANTOS (2000), as minorias étnicas e raciais e, entre elas, especialmente os indígenas, vivem no Brasil em uma situação de desigualdade social que gera exclusão e vulnerabilidade. AYRES et al (2003), explicam a aplicação do conceito à área de saúde coletiva:

(...) a proposta da vulnerabilidade aplicável, rigorosamente, a qualquer dano ou condição de interesse para a saúde pública, pode ser resumida justamente como este movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade aos adoecimentos.

O documentário brasileiro desde as suas origens, seja nos referidos trabalhos do Major Reis para a Comissão Rondon, seja nos filmes engajados politicamente dos anos 1960/1970, que se enquadravam no chamado “modelo sociológico”, conceituado por Jean-Claude Bernardet no primeiro ensaio sobre o gênero publicado no Brasil, *Cineastas e Imagens do Povo* (BERNARDET, 1985), e mesmo a produção documental contemporânea, sempre tematizou pessoas e grupos vulneráveis, mostrando faces

desconhecidas do Brasil. Mais recentemente, trabalhos acadêmicos têm aproximado o conceito de vulnerabilidade à produção audiovisual, como ARAÚJO (2015) e CORDEIRO e COSTA (2008).

Segundo MELO (2002), “a marca característica do documentário é seu caráter autoral”. Definido como uma construção singular da realidade, um ponto de vista particular do documentarista é a relação que estabelece com o que é retratado; a maneira como se dá voz aos outros, a presença de paráfrases discursivas e um efeito de sentido monofônico são alguns dos elementos lingüístico-discursivos que evidenciam o caráter autoral do documentário.

O documentário tem força de registro e de denúncia. O uso do registro imagético agrega sustentabilidade histórica, política e social para idéias, fatos ou situações vivenciadas por indivíduos ou comunidades. Permite a transterritorialização espaço-tempo pela socialização imediata do conhecimento experienciado. O armazenamento, recuperação e acesso à informação e a registros imagéticos permite reapropriações atemporais e ressignificações (BERNARDET, 2004).

Não há passividade na organização do registro fílmico em forma de documentário. De um lado, o cineasta assume um papel de sujeito histórico-social que articula, organiza e compartilha a narrativa, emoldurando-a segundo um recorte histórico. De outro lado, ao socializar a imagem, confere a ela a condição de estratégia de comunicação e empoderamento, em especial para as populações vulneráveis e silenciadas (FREIRE, 2011).

Há que se considerar também o papel do documentário no interior das próprias culturas. O registro fílmico nessa situação contribui para a ampliação das atividades crítico-reflexivas das situações experienciadas e afirmação de identidades (ARAUJO, 2015).

1.5 O registro audiovisual como estratégia de controle social

O registro audiovisual tem um impacto muito forte nas pessoas, uma vez que as imagens e sons “reconstroem” nos espectadores a sensação do ocorrido e os mobiliza contra situações de crueldade ou injustiça. Filmes como *Noite e Neblina*, de Alain Resnais, e *Shoah*, de Claude Lanzmann, mostraram ao mundo a realidade dos campos de concentração, o primeiro com imagens de arquivo de pessoas submetidas a condições sub-humanas, mostrando a lógica da indústria do extermínio, e o segundo, reconstruindo o horror dos campos através de depoimentos de sobreviventes (SANCHEZ-BIOSCA, 2006). Esse mesmo efeito foi reproduzido em filmes como *Corações e Mentes*, que mostrou imagens brutais da Guerra do Vietnã, como a execução sumária de um prisioneiro completamente imobilizado e o desespero de crianças queimadas por napalm, além de depoimentos de ex-combatentes norte-americanos condenando a guerra. Este filme, ganhador do Oscar de melhor documentário de 1975, teve influência importante em jogar a opinião pública norte-americana (e internacional) contra a continuidade daquele conflito bélico (NETO, 2013).

Com o aprimoramento dos recursos tecnológicos, permitindo a veiculação de imagens em tempo real ou muito próximo do momento em que ocorrem os acontecimentos, a televisão e, mais recentemente também a internet, passaram a substituir o cinema em termos de impacto social. Através desses meios, a ressonância da indignação e mobilização coletiva em função de tragédias e injustiças foi potencializado em razão da abrangência e da rapidez da disseminação das imagens. Como exemplo, vamos examinar o acontecimento que ficou conhecido como o “caso da Favela Naval”, ocorrido em Diadema, município da Grande São Paulo, em março de 1997. Naquele episódio, um grupo de policiais militares extrapolou as suas funções, cometendo diversos crimes, como abuso de poder, roubo, espancamento e tortura, culminando com o assassinato de um mecânico desarmado. As imagens foram coletadas em três dias diferentes por um cinegrafista amador

e demonstravam que aquela violência contra os moradores da Favela Naval era uma praxe daquele grupo de policiais. São inúmeros os casos semelhantes denunciados por entidades de proteção aos direitos humanos em praticamente todas as grandes cidades do País. Porém, neste caso, alguém com uma câmera escondida, gravou os fatos e a veiculação disseminada pelos telejornais gerou comoção nacional e cobrança pela punição dos culpados:

A força daquelas imagens era tamanha que embora os dias e as horas em que foram gravadas estivessem registrados no vídeo, apontando para os primeiros dias de março, elas pareciam fora de tempo e de lugar, ganhavam uma estonteante atualidade. Este aparente deslocamento entre passado e presente fazia com que as imagens se confundissem com os “fantasmas” que povoam a nossa percepção do abuso de poder e da ação dos agentes de segurança no Brasil. Assim, naquela edição do Jornal Nacional tudo parecia confundir-se. A tensão das cenas traía a nossa atenção: mostravam-se no dia 31 de março cenas gravadas nos dias 3, 5, 6 e 7 daquele mês. As cenas repetidas na televisão pareciam estar em continuum com tantas outras cenas reais e imaginadas, tomando de assalto nossa imaginação e nossas emoções, transformando o vídeo em atos mostrados “ao vivo”, como se costuma dizer (RIFIOTIS,1999).

As imagens registradas em formatos audiovisuais têm esse poder de se materializar incessantemente e tornar presentes fatos e emoções. Elas são um mecanismo de luta contra o esquecimento, nelas até os mortos falam com uma naturalidade e um frescor que extrapolam o tempo. Os silêncios, os gestos, os olhares, as hesitações, as descrições constroem a identificação entre a humanidade do depoente e a do espectador. E nesse sentido, o audiovisual, especialmente na internet, tem, eventualmente, o poder de dar voz a quem socialmente não tem acesso aos espaços convencionais de divulgação. O registro imagético permite ainda o desenvolvimento de mecanismos de controle social, a imagem tornando-se um documento de denúncia e cobrança aos agentes públicos, em relação a acontecimentos materializados. E, principalmente, esses instrumentos permitem que setores mais vulnerabilizados da sociedade ocuparem um espaço social que antes lhes era negado.

2. JUSTIFICATIVA

Fazer em audiovisual o registro das vivências de lideranças indígenas do Acre, como contribuição às políticas públicas do SUS, nos possibilitou identificar as necessidades de saúde dos indígenas acreanos, por meio de imagens e testemunhos diretos de suas condições de vida. Isto nos deu um suporte social capaz de relacionar vivências sobre a organização interna das tribos, doenças e interações entre os modos tradicionais de cura e o tratamento efetivamente praticado pelo SUS. Os depoimentos das lideranças indígenas tornaram-se materiais empíricos para a construção deste trabalho.

As gravações fazem parte de um acervo de trabalho de responsabilidade do meu orientador, junto ao Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, inicialmente voltado à incorporação das rádios comunitárias como ferramentas de gestão do SUS. Contudo, ao realizar esse projeto, o Professor Dr. Paulo Gallo se viu face a face com uma grave situação de Saúde Pública: o aumento da mortalidade de crianças nas aldeias. Essa gravíssima situação sanitária nos levou à construção de um trabalho de parceria entre várias pessoas sensibilizadas com a questão. Assim, fui convidado pelo Prof. Gallo a participar e me responsabilizar por esses e outros registros audiovisuais no Acre.

A entrada da equipe na floresta, para registro in loco, embora estivesse em pauta nas conversas do grupo de trabalho, carecia de financiamento, autorizações específicas e logística, ampliando muito o risco de acidentes com os profissionais da equipe. Assim, em comum acordo com as lideranças indígenas, optou-se por fazer os registros audiovisuais na cidade de Rio Branco-AC, em logradouros públicos acessíveis da Comissão Pró-Índio do Acre, da Universidade Federal do Acre (UFAC) e nas dependências da casa do professor da UFAC Flávio Lofêgo Encarnação. No quintal da casa, pitorescamente, é interessante notar o som de muitas cigarras como cortina de fundo, no depoimento do cacique Ninawá Huni Kui. Cabe ainda destacar a cooperação insubstituível e inestimável da Dra. Fernanda Lage, também professora da UFAC.

FIGURA 1 – Huni kuis do Acre. Fonte: Acervo pessoal do Prof. Paulo R. Gallo

FIGURA 2 – Huni kuis do Acre. Fonte: Acervo pessoal do Prof. Paulo R. Gallo

FIGURA 3 – Huni kuis do Acre. Fonte: Acervo pessoal do Prof. Paulo R. Gallo

FIGURA 4 – Huni kuis do Acre. Fonte: Acervo pessoal do Prof. Paulo R. Gallo

FIGURA 5 – Huni kuis do Acre. Fonte: Acervo pessoal do Prof. Paulo R. Gallo

FIGURA 6 – Huni kuis do Acre. Fonte: Acervo pessoal do Prof. Paulo R. Gallo

A primeira versão de um dos depoimentos está disponível desde 2012 na internet (<http://www.indiosonline.net/lider-ninawa-denuncia-mortandade-no-acre/>) e foi utilizada para divulgar a necessidade de providências para a questão.

Enfim, consolidaram-se oportunidade, necessidade e viabilidade de uma proposta de interesse de uma população social historicamente vulnerabilizada. Cenário para exercício de cidadania que, infelizmente, em sua plenitude ainda é negada aos povos indígenas.

FIGURA 7 – Huni kuis do Acre. Fonte: Acervo pessoal do Prof. Paulo R. Gallo.

3. OBJETIVOS

3.1 Geral

Fazer registros de vivências de lideranças indígenas do Acre em audiovisual sobre condições de vida como contribuição às políticas públicas do SUS.

3.2 Específicos

1. Identificar histórias contadas em audiovisual de povos indígenas como fontes de práticas e saberes estratégicos nas revisões protocolos de atendimento do SUS.
2. Identificar as necessidades de saúde por meio de imagens e testemunhos.
3. Identificar lacunas ou omissões nas políticas de saúde aos povos indígenas reclamadas por lideranças indígenas.
4. Registrar espacial e temporalmente as condições de vida de tribos indígenas na voz de lideranças indígenas.

4. MÉTODO

4.1 Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo qualitativo de cunho documental utilizando o audiovisual como lócus de instalação de depoimentos de lideranças indígenas do Estado do Acre, Brasil. O aparato teórico utilizado foram os estudos no campo da Saúde Pública e conceitos do âmbito do Cinema.

Na apresentação dos resultados buscamos elucidar o caminho percorrido de modo a dar aos depoimentos um roteiro de leitura com base nos princípios da análise temática categorial proposta por BARDIN (1978).

4.2 População em Estudo

A população em estudo é formada por quatro caciques, que detém diferentes níveis de representação no movimento indígena, todos pertencentes a etnias do tronco linguístico indígena pano e moradores no Estado do Acre.

MAPA 1 – TERRAS INDÍGENAS DO ACRE.

Fonte: <http://corredorpano.blogspot.com.br/2011/10/historico-do-povo-pano-acre-brasil.html>

4.2.1 – Ninawá Huni Kui

Figura 8 – Cacique Ninawá Huni Kui. Fonte: Fotograma do vídeo.

Ninawa Huni Kui é o principal líder indígena do Acre, representante dos povos indígenas no Conselho Estadual de Saúde e presidente da Federação do Povo Huni Kui do Acre – FEPHAC, povo indígena mais populoso do Estado. Como o povo huni kui também é conhecido como kaxinawá, cabe aqui um esclarecimento: Kaxinawá, cujo significado é “homem-morcego”, era a forma como eles eram chamados pejorativamente por outras tribos que fizeram contato anterior com os homens brancos. Huni kui, que significa “homem de verdade”, é o modo como eles próprios se denominam. Em português, há ainda a variação huni kuin, muito utilizada por pesquisadores e acadêmicos, mas optamos por utilizar huni kui por ser a grafia utilizada no nome do próprio Ninawá e da entidade que preside. Há ainda a grafia intermediária huni kuĩ, com um “~” no “i” final, utilizada na dissertação de mestrado de Joaquim Paulo de Lima Kaxinawá, o Joaquim Maná, primeiro indígena mestre e doutor em Linguística do Brasil (Kaxinawá, 2011).

De acordo com o Censo de 2010, existe no Acre uma população de 7.567 kaxinawás (termo usado pelo IBGE e pela FUNAI para designar a etnia) em um universo total indígena de 17.578 indivíduos. Na prática, a FEPHAC, em função da sua hegemonia em termos numéricos, acaba representando indiretamente também outras nações indígenas do tronco linguístico pano. Arara do Acre, Katukina do Acre, Kuntanawa, Nukiní, Poyanáwa, Shanenáwa, Yamináwa e Yawanawá são as demais etnias pano do Acre. Os huni kui ocupam atualmente 12 terras indígenas, sendo 11 terras indígenas demarcadas e uma ainda em processo de demarcação. O povo huni kui atual é originário da região do Rio Envira, tendo sido, na época do contato, distribuído por cinco municípios, Marechal Thaumaturgo, Jordão, Feijó, Tarauacá e Santa Rosa. (IBGE, 2010).

O depoimento de Ninawá foi colhido em Rio Branco, Acre, no quintal da residência do professor e pesquisador Flávio Lofêgo Encarnação. Ninawá colocou o cocar e paramentou-se para falar para a câmera em nome do seu povo. Foram utilizadas duas câmeras digitais full hd e um microfone direcional para captar a fala do cacique. Eu dirigi a coleta de imagens, com apoio do cinegrafista Antonio Ciambra na operação da câmera na mão (a outra estava fixa no tripé) e de Flávio Lofêgo Encarnação operando o microfone. O professor Paulo Rogério Gallo fez intervenções eventuais colocando temas e questões para o depoente. Ninawá foi instado a dar um depoimento detalhado sobre o seu ponto de vista sobre a situação da saúde indígena no Acre naquele momento. Este procedimento foi utilizado em todas as entrevistas: (<https://www.youtube.com/watch?v=WSRtanB3IMI>)

4.2.2 – Josias Pereira Kaxinawá

Josias Pereira Kaxinawá também pertence à etnia huni kui, porém é um cacique com liderança local. Segundo seu depoimento, sua língua original é Maná Huni Kui. Ele mora na aldeia Boa Esperança, na terra indígena

Kaxinawá do Rio Jordão, município acreano de Jordão, e representa uma comunidade de cerca de três mil pessoas dividida em 32 aldeias.

Figura 9 – Cacique Josias Pereira Kaxinawá. Fotograma do vídeo.

4.2.3 – Edilson Puá Katukina

Figura 10 – Cacique Edilson Puá Katukina. Fotograma do vídeo.

Edilson Puá Katukina pertence à etnia katukina, do tronco linguístico pano e reside na terra Katukina, às margens da BR 364, localizada no município de Cruzeiro do Sul. Na época do depoimento, além de cacique, era também agente ambiental e membro do Conselho Municipal de saúde de Cruzeiro do Sul, residiam 614 habitantes no grupo indígena. Embora aceito quando utilizado para defini-los como um povo único, o termo katukina para designar esse povo é polêmico, pois teria sido imposto de fora e, com o tempo, assumido pelos próprios indígenas. Eles se dividem em seis clãs e para estes existem auto-denominações aceitas: varinawa, kamanawa, satanawa, waninawa, nainawa e numanawa. (LIMA, 1997): (<https://www.youtube.com/watch?v=8GjKpFqPqfw>) .

4.2.1 – Osmildo Silva da Conceição

Osmildo Silva da Conceição pertence à etnia kuntanawa e é cacique e agente agroflorestal da aldeia Sete Estrelas, localizada no município de Cruzeiro do Sul, no Vale do Rio Juruá. Na época do depoimento, era coordenador da organização OPIRJ – Organização dos Povos Indígenas do Rio Juruá, responsável pelo movimento indígena do Vale do Juruá. A OPIRJ congrega os habitantes de onze terras indígenas, localizadas na microrregião de Cruzeiro do Sul, que, além do município-sede, engloba também os municípios de Mâncio Lima, Rodrigues Alves, Porto Walter e Marechal Thaumaturgo. São representados pela entidade indígena da seguintes etnias: Katukina, Poyanawa, Nawa, Nukini, Jaminawas, Shanenawas, Ashaninka, Apolima, Kaxinawá e Kuntanawas.

Os kuntanawa são um “povo reconstruído” do Acre. Durante a chamada época das correrias¹, no final do século XIX e começo do XX, em que grupos

¹ “Correrias” era o termo utilizado para a matança organizada de índios no Acre (KAXINAWÁ, 2002).

armados tomaram o território indígena para a implantação dos seringais, foram dados como extintos. Posteriormente, na década de 1950, a partir de um casal, Milton e Mariana, descendentes de indígenas capturados nas correrias e nordestinos que migraram para trabalhar nos seringais, os indígenas recuperaram a identidade étnica da tribo que, hoje, conta com cerca de 400 indivíduos. (PANTOJA, 2008): (<https://www.youtube.com/watch?v=GGT8yLhm2W0>)

Figura 11 – Cacique Osmildo Silva da Conceição. Fotograma do vídeo.

4.3 – Caracterização da população em estudo

De forma geral, os trabalhos de pesquisa em saúde com populações indígenas são difíceis de serem conduzidos e pouco numerosos, sendo raros os artigos na literatura (DANTAS, 2010), a maioria deles relacionados a inquéritos de prevalência de doenças infecciosas (GUERRA et al., 2004; BASTA e CAMACHO, 2006; ISHAK M. e ISHAK R., 2001) ou status

nutricional (GUGELMIN et al., 2001 GUGELMIN e SANTOS; ORELLANA et al., 2006).

As diferenças socioculturais entre as diversas etnias, e as restrições éticas, jurídicas e constitucionais para a realização de inquéritos diretamente com essa população tornam as pesquisas sobre saúde indígena complexas e pouco representativas de sua população como um todo (DANTAS, 2010; SANTOS e COIMBRA, 2003).

A população indígena brasileira apresenta um quadro de saúde caracterizado por alta prevalência de doenças infecto-contagiosas, relacionadas às baixas condições de saneamento ambiental, trabalho e habitação. Estudos sobre o perfil de morbidade da população e o padrão de utilização dos serviços de saúde são essenciais para orientar a estruturação de sistemas de saúde regionalizados e hierarquizados, num cenário de municipalização e integração das atividades preventivas e curativas, como assinalam DANTAS (2010); COIMBRA e SANTOS (2001) e CESAR et al. (1996).

Num cenário de municipalização da saúde, ainda falta adequar as práticas sanitárias, orientando a programação de ações preventivas e de intervenção mais efetivas, conforme as necessidades específicas de cada população. O padrão de utilização dos serviços de saúde depende de vários fatores: disponibilidade, tipo e quantidade de serviços e recursos; a localização geográfica, a cultura médica local e a ideologia do prestador (PINHEIRO et al., 2002).

As particularidades culturais de cada etnia, as experiências de interação com os não índios e a dificuldade de acesso às aldeias são os principais fatores determinantes da demanda e do tipo de morbidade que chega à CASAI – Casa de Saúde Indígena.

Outro aspecto que merece destaque é a sazonalidade. A demanda das morbidades seria constante durante todo o ano, porém o acesso só é

possível em certas épocas – vulnerabilidade dos indígenas às forças naturais.

A atenção à saúde indígena no Brasil é de responsabilidade da FUNASA, órgão do Ministério da Saúde. Em 1999, foi criado o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI).

O Brasil foi dividido em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), que são responsáveis pelo atendimento em nível primário às populações indígenas, sendo articulados ao Sistema Único de Saúde (SUS) para atendimentos de média e alta complexidade (DANTAS, 2010).

De acordo com o desenho do Dsei, cada aldeia indígena conta com um posto de saúde, onde pode atuar um auxiliar de enfermagem ou um agente indígena de saúde, que identifica os casos que necessitam de atendimento médico ou odontológico. Os indígenas são encaminhados então para o pólo-base, que possui equipe de enfermagem permanente e recebe visitas periódicas de médicos generalistas e de odontólogos. Quando são necessários procedimentos de maior complexidade, os indígenas são encaminhados para a CASAI, localizada na capital do Estado ou macrorregião, para serem atendidos pela rede do SUS (DANTAS, 2010).

FIGURA 12 – Indígena acreana e seu bebê. Fonte: DANTAS (2010)

4.4 – Instrumento de coleta de dados

Estudos populacionais com indígenas são difíceis, em função de restrições éticas, jurídicas e constitucionais. Neste estudo, são utilizados imagens, vídeos e depoimentos transcritos de lideranças de povos indígenas do Estado do Acre. As imagens fotográficas e vídeos foram cedidos após autorização assinada. Os dados apresentados neste trabalho dizem respeito às etnias Huni Kui, Kuntanawa e Katukina.

4.5 – Plano de apresentação dos achados

O plano de apresentação dos achados foi estruturado em duas etapas. A primeira etapa foi vivenciada no período de março a maio de 2012, com pesquisadores da UFAC, e a segunda etapa, semanalmente, de março de 2014 a maio de 2016, com pesquisadores do GEMA – Grupo de Estudos de Metodologia Aplicada. Participaram ainda, ocasionalmente, alguns pesquisadores convidados do Departamento de Saúde Marteno-Infantil (HSM-FSP/USP) e Departamento de Práticas de Saúde Pública (FSP/USP), tendo como referencial depoimentos e imagens de lideranças indígenas dos povos do Acre, Brasil.

4.5.1 – Primeira Etapa

Para contextualizar o problema, foi apresentado um pequeno relatório – em vídeo - a um grupo de discussão formado por pesquisadores de diferentes departamentos da UFAC, narrando a situação que já é do conhecimento do Ministério da Saúde e motivo de esforços realizados junto ao Senado Federal. Essa vivência se deu no período de março a maio de 2012, na cidade de Rio Branco-AC.

Depois foi sugerido que todos assistissem um vídeo postado no site – "índiosonline" – [-http://www.indiosonline.net/lider-ninawa-denuncia-mortande-no-acre/](http://www.indiosonline.net/lider-ninawa-denuncia-mortande-no-acre/) – com o depoimento do cacique Ninawa. A partir da leitura do vídeo, foi feito um estudo piloto, encaminhado ao Senado Federal, de acordo com as categorias a seguir descritas (Anexo 1):

<ul style="list-style-type: none"> • Uso de mamadeiras na floresta (6': 58") • Agente de saúde indígena despreparado (3': 58" + 24': 04" + 24':30") • Falta de um atendimento humanitário nos polos de referência
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Descrição das condições do corpo da criança morta (necropsia comunitária) 13': 24".- sem explicações aos pais. ▪ Falta de orientação à comunidade (7": 15" + 13' :57")
<ul style="list-style-type: none"> • Altas taxas de mortalidade infantil: 5 mortes entre janeiro e março de 2012 para uma comunidade de 130 pessoas (16': 14") [<i>próximas ou superiores a uma taxa de 200 por mil nascimentos</i>] ▪ Mortes por febre, convulsão (septicemia com drenagem de derrame pleural pelo relato) 17':18" • Problemas de transporte (19':27") • Problemas com a assistência (19':15" +21':53") • Falta total de comunicação e luz (22':08") • Gerenciamento das terras (27':16" + 30':28").

4.5.2 – Segunda Etapa

Na cidade de São Paulo-SP, no período de setembro de 2015 a maio de 2016, com o objetivo de contextualizar o problema e discutir o plano de registro e apresentação dos achados (dados empíricos), foram transcritos os depoimentos dos relatos registrados em vídeo pelo pesquisador e submetidos a um grupo de discussão formado por pesquisadores (grupo interdisciplinar de alunos de Pós-Graduação) do GEMA – Grupo de Estudos em Metodologia Aplicada, reunindo semanalmente. Os depoimentos também foram submetidos ocasionalmente a alguns pesquisadores convidados do Departamento de Saúde Materno-Infantil (HSM-FSP/USP) e Departamento de Práticas de Saúde Pública (HSP-FSP/USP), a exemplo do que foi vivenciado de março a maio de 2012, em Rio Branco-AC, na primeira etapa da pesquisa, narrando a situação que já é do conhecimento do Ministério da Saúde e motivo de esforços localizados junto ao Senado Federal.

Vivenciada essa etapa, foi sugerido que todos assistissem aos vídeos postados e a partir da leitura de cada vídeo fosse realizado um estudo piloto, buscando elucidar o caminho percorrido, de modo a dar aos depoimentos um roteiro de leitura com base nos princípios da análise temática categorial proposta por BARDAN (1978).

Da transcrição dos depoimentos das quatro (4) lideranças indígenas, emergiram onze (11) unidades temáticas. Os depoimentos foram apresentados seguindo a ordem de apresentação descrita abaixo.

Nº	Unidades temáticas
1	Participação nas instituições do poder público (direitos indígenas)
2	Medicina tradicional – exterioridade da doença
3	Dificuldades com o SUS
4	Cuidado de saúde nas aldeias
5	Segurança alimentar e desnutrição
6	Qualidade da água e saneamento
7	Problemas de logística e sistemas de comunicação para a saúde
8	Cobertura vacinal
9	Saúde das mulheres indígenas
10	Ecologia e biodiversidade
11	Morte de crianças indígenas

4.6 – Considerações Éticas

O estudo é decorrente do acervo do orientador Prof. Dr. Paulo Rogério Gallo. As imagens das lideranças indígenas foram realizadas nos intervalos das atividades desenvolvidas na Universidade Federal do Acre (UFAC) para a qualificação de comunicadores de rádios comunitárias, em tópicos voltados a aumentar a participação social no SUS. Os cursos para comunicadores de rádios comunitárias foram instituídos pela Faculdade de Saúde Pública da USP, a partir do ano de 2005, realizados para o Ministério da Saúde: Processo Número: 4671/2005, “Projeto desenvolver tecnologia e disponibilizar na Internet informações técnico-científicas, na forma de programas regionalizados de rádio, para serem utilizados na qualificação dos gestores do SUS”.

Créditos das imagens: As imagens fotográficas apresentadas neste trabalho foram recuperadas do acervo pessoal do Prof. Dr. Paulo Rogério Gallo e merecem os seguintes créditos:

CRÉDITOS DAS IMAGENS

Ministério da Saúde/ Secretaria Executiva/ FNS e Centro de Apoio a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo Convênio n. 4671/2005

“Projeto desenvolver tecnologia e disponibilizar na Internet informações técnico-científicas, na forma de programas regionalizados de rádio, para serem utilizados na qualificação dos gestores do SUS”

Coordenador técnico responsável Prof. Dr. Paulo Rogério Gallo

Equipe técnica:

Prof. Dra. Sophia Karlla Almeida Motta-Gallo (pesquisadora colaboradora)

Prof. Valdir Baptista (diretor audiovisual)

Prof. Antonio Ciambra (câmera e edição de imagens)

Professor Flavio Lofego Encarnação (registro de áudio e apoio)

Profa. Fernanda Lage Lima Dantas (assessoria técnica)

Logística: Leandro Cleto

Apoio:

Universidade Federal do Acre – UFAC

Faculdade de Saúde Pública da USP – FSP/USP

Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESAI

Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Purus – DSEI Alto Purus

5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

5.1.1 Participação nas instâncias do poder público/ direitos indígenas

Ninawa Huni Kui

“Hoje, nós temos uma aproximação melhor com o Estado, porque hoje eu faço parte do Conselho Estadual de Saúde. Então, a gente procura se aproximar cada vez mais do sistema e tentar adequar, de alguma forma, dentro do sistema nossa realidade, dentro da área da comunidade indígena.”

Edilson Puá Katukina

“Os povos indígenas trabalham nesta área de Saúde. E estas pessoas estão sendo esquecidas. (...) Elas precisam ter esta capacitação, para trabalhar junto com seu povo, junto com sua comunidade na área de Saúde, onde vem recurso destinado à Saúde indígena. E aonde, em alguns municípios estão sendo desviados estes recursos.

(...) Então, eu acho que tem algumas terras indígenas em nosso Estado que passam por uma situação difícil e onde o recurso está sendo mal administrado, principalmente em nosso Estado.”

“Nós achamos que falamos da situação da nossa Saúde, da realidade do nosso município. Mas, visitando os parentes do Purus, nós vimos que eles ainda têm mais dificuldade na assistência da Saúde com articulação da Educação. Os próprios descendentes indígenas tem ainda pouco conhecimento dos direitos dos povos indígenas.”

Osmildo Silva da Conceição

“Diz a minha mãe, que o índio, para ser índio, tem que ter a sua terra demarcada, garantida, para ele poder trabalhar com segurança e lutar com mais dignidade pela Saúde e pela Educação. Então, para nós assim, lideranças jovens, é um desafio muito grande a gente traçar essa política, de vestir a camisa da Política Indígena, que é o jovem trabalhar pelos direitos, pelo reconhecimento dos direitos, seja da Saúde, da Educação, dos nossos objetivos amparados na lei do nosso país.”

“Cacique, dentro da nossa terra, é como se fosse o Governo do Estado. Então, ele é o governo do povo dele. Ele é o homem que tem autonomia de sair lá fora e falar

dos nossos direitos. Ele é o cara autorizado a cobrar. Isso do Governo Federal, do Governo do Estado, e até mesmo do Governo Municipal, que são os prefeitos.

Mas nós hoje, nós estudamos e aprendemos muito com você também. A se compor, com cada um em seu setor. Então, nós, dentro da nossa aldeia, nós criamos... colocamos o nosso professor, pra ele ser a pessoa pra estar falando, cobrando o direito da Educação do índio.

Mesmo eu, como liderança, também tenho autonomia de falar. Mas quem tem mais autonomia de falar sobre a Educação é o professor. E ele dizer qual é o tipo material que ele precisa pra estar ensinando os nossos filhos.

A mesma coisa, eu também quando fui cacique, quando trabalhei como cacique geral, que agora estou como segundo cacique, porque estou na coordenação do movimento. Então, nós temos isso: quando a gente é chamado numa função da aldeia da gente para ir para outro setor maior, **a gente empodera outra pessoa enquanto você tá cuidando daquele outro setor**. Para não acumular um mandato em cima do outro. Também coloquei o nosso agente de Saúde, pra ele conhecer, pra ele aprender a trabalhar com a Saúde do homem branco, e também trabalhar dentro da nossa terra. É mais um membro, é mais um braço que você cria.”

5.2 Medicina tradicional – exterioridade da doença

Ninawa Huni Kui

“Nós também temos a discussão hoje sobre a valorização da nossa medicina tradicional, em vista hoje dum problema muito grave que estamos passando — principalmente o povo Huni Kui como os demais povos do Estado do Acre — que é o problema de grandes enfermidades, que nós ainda não temos a certeza de que tipo de vírus que é. Está em análise para poder a gente tirar um indicativo de solução para esse tipo de problema.” “Uma outra questão que nos deixa também preocupados. E que já está em discussão também, e que preocupa a nossa comunidade, é o aumento hoje, o grande índice de câncer — de vários tipos de câncer — que tá afetando as pessoas dentro de nossas comunidades. Antes de ontem nós acabamos de perder mais uma anciã, aqui do povo, por câncer”.

“Então, nós também estamos pensando em fazer essa discussão para que se capacite os profissionais nessa realidade dos povos indígenas, né.”

“Então, já está se pensando em se criar um fluxo dentro das Unidades de Médio e Alta Complexidade, que é de responsabilidade do Estado, para que se tenha... para que se qualifique, inclusive, os profissionais por que deem uma assistência

diferencial pras comunidades indígenas.”

Edilson Puá Katukina

“Então, eu acho que para melhorar mesmo a saúde hoje, nós temos o nosso médico, que a gente chama de pajé. Temos as nossas enfermeiras que são conhecedoras de medicinas tradicionais. Ao longo dos anos, quando a gente não tinha este contato com o branco, a gente tratava a saúde com nossas medicinas tradicionais, com a reza dos pajés, com as parteiras tradicionais. E hoje, estas pessoas estão sendo esquecidas. Principalmente, porque, tem doenças que não se cura com medicamento, se cura com a reza do pajé. Tem doença que o pajé não cura, mas o medicamento cura. Tem doença que se cura com medicinas tradicionais, não se cura com reza do pajé nem se cura com medicamentos. Tem que falar esse negócio. Estas pessoas estão sendo esquecidas. Isto faz parte da saúde, de quem trabalha na área de saúde. Então, essas pessoas, desde o agente de Saúde. O agente de Saúde mexe mais com medicamento. O pajé é diferente. Ele não mexe com medicamento. Ele faz... O trabalho dele na saúde, com os pacientes, é na reza. E os conhecedores das medicinas tradicionais é com a medicina da floresta, medicina da mata. Quando vem um paciente ele vai na mata e faz um chá, traz um negócio ali pra nós tomarmos.”

“Melhorar a saúde indígena, porque hoje, nós [índios] vivemos em dois mundos, no mundo tradicional e no mundo do branco. Nós precisamos dos dois mundos. Dependemos de duas coisas. Nós precisamos de medicamento. Porque antigamente, há muitos anos atrás, não precisava de medicamento, do posto de saúde, que vem de fora. E a saúde era só com as medicinas tradicionais, da natureza mesmo. E hoje nós precisamos agir desta forma.”

Josias Pereira Kaxinawá

“(...) nós fazemos com nosso conhecimento tradicional, sempre usamos a medicina tradicional. Mas, às vezes, a gente procura também os remédios assim, da farmácia.”

Osmildo Silva da Conceição

“E eu abracei essa causa da (...) Medicina Tradicional, que é aprender a conhecer e valorizar as nossas medicinas tradicionais, o qual o meu avô, por parte de mãe, era um grande pajé. (...) E falar de saúde não é tão fácil. Mas prevenir contra a saúde... contra a doença, e ser um homem sadio, isso eu aprendi. Porque fui buscar da minha mãe o conhecimento e do meu pai o conhecimento que eles aprenderam com meus avós, que foram tirados da mata.

Em oito anos, estou dentro dos 49 anos, eu nunca recebi uma vacina dada por um homem branco, eu nunca foi num posto de Saúde me consultar, eu nunca entrei na porta de um hospital doente. Porque eu aprendi a valorizar as medicinas sagradas do meu povo e mascar as batatas que me dão saúde, a tomar banho das medicinas para me curar, me proteger das picadas dos mosquitos que podem me transmitir doença. A mascar, ou fazer o xarope para beber também, pra me proteger de um vírus que pode vir da água. A minha matéria tá curada pra isso. E a valorizar isso.”

“No começo da década (sic), o índio, ele vivia totalmente no lugarzinho dele isolado. A gente está em três fases de vida. A gente já passou por três fases, a gente é a terceira geração. A primeira geração, eles viviam nas malocas, como chamavam antigamente. Porque o índio não tinha contato com o mundo do branco. Na época, os doutores deles eram os nossos iurás, nossos pajés. Eram quem curava nosso povo. Nosso povo não tinha impacto com outros tipos de doença. Passou. Veio a época do massacre, que chama-se libertação. A luta que foi a luta do meu pai e de outras pessoas deles, que já se foram, pelo direito a demarcação da terra. E vem a nossa geração, a terceira geração agora, que é a da luta pelo direito da Saúde, da Educação, que é essa coisa maior do mundo branco.”

“Então, juntar e somar essa força da medicina tradicional com a medicina do homem branco e trabalhar isso dentro das aldeias, talvez seja a chave da Casa da Saúde do Índio, essa troca de experiência, fazer essa unificação. Porque o homem branco pode aprender muito com o índio, mas o índio também aprende muito com homem branco. Pra isso Deus nos colocou... Deus nos colocou o índio como um bicho isolado lá dentro da mata. E Deus deixou o homem branco também, com essa inteligência de ajuntar tudo isso e lutar por um só objetivo, que a nossa saúde. O homem sem saúde, ele não tem alegria nem pra viver. Mas o ser humano, quando ele tem saúde, se no lugar que ele está, ele não está se dando bem, ele pode ter coragem de ir procurar outro meio de vida em outro Estado, ou em outro lugar.

Primeiro de tudo, eu quero dizer pro mundo e pra nós: que o homem precisa ter saúde, seja o índio, seja o homem branco, precisa ter saúde. Depois que vem a parte da Educação, dentro da sua casa a sua segurança alimentar, o bem estar, aí o lazer.”

5.3 Dificuldades com o SUS

Ninawa Huni Kui

Nós temos uma outra dificuldade dentro do SUS, que é com relação a assistência mesmo, o atendimento, inclusive, dentro das unidades.

Hoje, nós temos uma aproximação melhor como Estado, porque hoje eu faço parte do Conselho Estadual de Saúde. Então, a gente procura se aproximar cada vez mais do sistema e tentar adequar, de alguma forma, dentro do sistema nossa realidade, dentro da área da comunidade indígena.

Então, já está se pensando em se criar um fluxo dentro das Unidades de Média e Alta Complexidade, que é de responsabilidade do Estado, para que se tenha... para que se qualifique, inclusive, os profissionais por que deem uma assistência diferencial pras comunidades indígenas.

Porque, o subsistema, ele já garante isto. O subsistema — que é dentro do SUS — ele já garante esta atenção diferenciada para as comunidades indígenas. Mas o próprio profissional, que atende o indígena, ele não tem uma qualificação voltada para as diversas especificidades de cultura e de realidade destas comunidades.

Aqui no Estado, por exemplo, somos quatorze. Envolvendo o Acre e o sul do Amazonas, são dezoito povos no Estado que tem que ser... que é assistido aqui na Alta e Média Complexidade, né.

Então, nós também estamos pensando em fazer essa discussão para que se capacite os profissionais nessa realidade dos povos indígenas, né. E já... nós tivemos pacientes aqui na Casa do Índio já esperando um ano, nove meses, dois anos. Teve paciente que esperou cinco anos pra fazer uma cirurgia. E ainda temos paciente que ainda está com esse período, esperando pra fazer uma cirurgia.

Mas aí tudo vai... A gente acabou compreendendo que vai uma parte de gestão, de responsabilidade. O que é responsabilidade da CASAI, que hoje é da SESAI. O que é responsabilidade do Município. O que é responsabilidade do Estado.

E a gente tem muito esta dificuldade de colocar os três atores para que a gente crie um programa que atenda a responsabilidade de todos e que também nosso parente seja atendido.

Já chegou aqui a ter momento, no município do Rio Branco, de um parente que hoje está vivendo no Município do Rio Branco, procurar o posto municipal e ele dizer:

— Não, você tem que procurar lá na Casa do Índio, que lá tem o recurso dos Povos Indígenas.

Aí, a indígena sai do posto de Saúde, chega na CASAI e a CASAI tem lá dentro do seu plano que só... a preferência... só atende indivíduos que estão vivendo dentro da comunidade. Então esse indígena que está vivendo no centro urbano, ele fica sem alguém que se responsabilize pela saúde dele.

Então, esse tipo de discussão, que a gente tem dificuldade hoje dentro do SUS, porque o SUS, ele fala que tem que integrar a todos, né, é universal, né, enfim, sem preconceito, sem discriminação, sem... A Saúde, ela tem que abranger a todos. A doença, ela não está escolhendo quem ela vai pegar.

Então, isso é um pouco da dificuldade que nós temos no Estado do Acre com relação ao Sistema Único de Saúde, de se adequar à realidade das comunidades indígenas. Porque, é um sistema que está posto. Então, é assim, tem que seguir o sistema. Mas a realidade da comunidade é totalmente diferente. Tem as suas especificidades. Bem recente, essa situação de Santa Rosa — do Município de Santa Rosa — que... E há alguns anos atrás vem acontecendo esse problema de... A gente não sabe bem o que é, se é uma virose, se é uma bactéria, transmitida pelo quê. Mas, vem acontecendo com aqueles sintomas, de diarreia, vômito, febre alta, bem rápido. Então, ela afeta, principalmente, as crianças e bem rápido.

De dezembro até o mês de março, agora, de dezembro de 2011 a março de 2012, no Município de Santa Rosa, nós tivemos vinte e dois óbitos, na qual foi divulgado apenas doze óbitos pela equipe da Força Nacional de Saúde, que foi feito... fizeram um levantamento.

Nós voltamos com uma equipe lá, de casa em casa, nas comunidades, fazendo um levantamento só com esse tipo de vírus, essa enfermidade, e foram vinte e dois óbitos no Município de Santa Rosa.”

Osmildo Silva da Conceição

“Então, se torna pra nós, a gente olhar, e quando a gente vê falar, a gente ouve no jornal, a gente vê passar na televisão, nossos governantes falando que a Saúde Indígena tá uma Saúde de primeiro mundo, uma Saúde Especial Indígena. E nós olhando e vendo isso, essa divulgação através do rádio, da comunicação, e vendo passar na televisão, isso deixa a gente muito triste. Enquanto tem parente morrendo dentro da aldeia.”

“E a Casai, em Cruzeiro do Sul também, parece assim, comparando mal, um mercado, que é contaminado de vários tipos de doença ali dentro. Que o parente

vem com um tipo de doença e quando sai dali, às vezes, sai com outro tipo de doença. Falta de higiene dentro da Casa da Saúde do Índio. Que nós conhecemos como a Casa da Saúde do Índio.

Eu pude ver e levei outros parentes lá dentro também. Como os parentes Ashaninka, com uma camerazinha, para fazer uma filmagem lá dentro mostrando de que forma nossos parentes estavam sendo tratados.

Os colchõezinhos jogados em cima da lajota. Os parentes bebendo água no bebedourozinho nesses copos descartáveis. Alimentação, feita talvez com água que não sei se é tratada. Não posso dizer que é o que não é. Não posso afirmar. É um dos dois. Mas tenho visto muito isso: parente que vem para receber um tratamento e já volta só o corpo, já tem perdido a vida.”

Josias Pereira Kaxinawá

“Adoeceu e com o nosso agente de Saúde, ele está aqui, através do tratamento aqui na CASAI de Rio Branco. Agora, ele foi hoje, né, quase com oito meses, e lá não tem representante, agente da Saúde. (...) Porque os dois, a minha esposa e a minha irmã, é muita dificuldade em entender e também de falar a língua portuguesa. Como a gente encaminhou alguns acompanhantes, as pessoas de lá não querem deixar os acompanhantes. É só ficar só com a mãe cuidando do bebê.”

5.4 Cuidados de saúde nas aldeias

Edilson Puá Katukina

“A maioria das terras indígenas não tem postos de saúde, não tem medicamento e... não tem postos de saúde.”

“Eu vou tá falando sobre a Saúde Indígena, principalmente em minha terra indígena. Então, a Saúde na minha aldeia não tá 100%, mas... que nunca a gente faz coisas 100%, porque não depende só de uma pessoa, depende de várias pessoas.

Então, mais de 85% de melhorar o atendimento de saúde na minha terra indígena, na minha comunidade, tem melhorado bastante. Até... Mais ainda tem muita coisa a melhorar ainda, principalmente o polo situado dentro da minha terra indígena – é um polo de primeiro modelo na terra indígena – com todo equipamento, desde caminhão, transporte, enfermeiras.

Então, esse foi o primeiro exemplo que nós tivemos, importante. Mas quando se fala em Saúde Indígena, melhorar a Saúde Indígena, melhorar o atendimento de Saúde

Indígena, principalmente no nosso Estado, ainda tá um pouco frágil. Ainda falta muita coisa ainda pra melhorar a saúde indígena do nosso Estado.

Eu acho que muitos parentes, muitas terras indígenas que ficam distantes do município, e tem muita dificuldade de transporte na área de Saúde. É claro que existe agente de saúde em cada terra indígena, em cada aldeia. Mas, eles não têm transporte para encaminhar seus pacientes para o município, porque alguns... a maioria das terras indígenas não tem postos de saúde, não tem medicamento e... não tem postos de saúde.”

“Pra ir um médico na aldeia pra saber é muito difícil. E a gente também já tinha enfrentado.... Isso aconteceu também nesse caso aí. Porque um médico para ir lá na aldeia leva dois dias, três dias de viagem. E eles não têm esse costume de viver na aldeia ou na floresta. O costume deles é ficar na cidade, com água bem tratada e ter um ambiente saudável. E lá na aldeia é diferente do que é na cidade. Na mata, na floresta, as casas não são do jeito que é na cidade. E é por isso que os médicos não chegam até a aldeia para fazer o atendimento de Saúde. Eles convidam mais para os agentes de Saúde vir para o município. Trazer o paciente para fazer o tratamento no município.”

“Mas, no meu caso, na aldeia, o agente de saúde trabalha muito na prevenção. De orientar a sua comunidade, de orientar seu povo de como cuidar da saúde. Porque saúde é vida. É como tratamento de água. É como cuidar de lixo.

Eu que sou um do Conselho na área de Saúde faço essa palestra junto com os agentes de saúde, inclusive com enfermeiras não indígenas, a gente faz uma palestra familiar. Cada família, em cada casa, faz palestra junto com o agente de saúde, junto com enfermeira não indígena e a gente faz esta palestra como melhorar a Saúde. E para melhorar a Saúde não é só com medicamento. A gente melhora de várias formas.”

“Então, pelo que a gente viu, não tá legal, não tá bom de Saúde. Principalmente eles, não têm agentes de Saúde. Muitos não têm transporte fluvial para quando acontece de um paciente chegar, levar até o município de Santa Rosa. Muitos não tem. Então é muita dificuldade pra eles lá.”

“Os povos indígenas trabalham nesta área de Saúde. E estas pessoas estão sendo esquecidas. Eu acho que estas pessoas que trabalham na área de Saúde, com o indígena, tem que valorizar estas pessoas. Porque hoje nós, principalmente agentes de Saúde Indígena que trabalham, não recebem nenhum tipo de capacitação, um treinamento ou curso de capacitação. Elas precisam ter esta capacitação, para trabalhar junto com seu povo, junto com sua comunidade na área de Saúde, onde vem recurso destinado à Saúde indígena. E aonde, em alguns municípios, estão

sendo desviados estes recursos.

Então, nós precisamos desta capacitação dos nossos agentes de Saúde, das parteiras tradicionais. Precisamos da capacitação, porque isso é importante para nós.”

Josias Pereira Kaxinawá

“Nós temos um ponto de referência mesmo, na terra, mas não foi bem estruturado, não foi assim pessoa que fica lá direto, esse ponto de referência, um posto (de saúde). Que é um polo nas aldeias. Mas não foi bem estruturado, não foi uma pessoa, especificamente, ficar lá. Porque, às vezes, vai e volta, porque lá não tem costume, assim. Por isso que está acontecendo tudo isso.”

“(…) discutindo para ter um ponto de referência mesmo nas aldeias. Nas aldeias, nas aldeias onde se junta um tanto de cima e outro pra baixo para facilitar a distância da aldeia para o município. E, também, às vezes, não pode se misturar com as pessoas da cidade. Tem que ter um local, especificamente, para atender o nosso povo. Então, é isso aí que nós, lideranças, sempre discutimos. Mas, nós conseguimos uma estrutura lá, mesmo na central. Tanto a metade da terra indígena de baixo, e metade da terra indígena da subida. Aí, colocou um ponto de referência na de baixo e na de cima. Ali é onde pode ser bem atendido.”

(condições do posto de saúde existente na aldeia): “Não tem telefone nem nenhum tipo de telefone, nem orelhão. (...) foi construído um centro de referência. Mas não foi equipado. Não foi bem equipado. Só uma casa mesmo. (...) Fica na aldeia Boa Vista. É uma hora da minha aldeia, subindo. (...). É só uma estrutura, uma casa. Dentro da casa só tem a casa de quartos, um quartozinho e um colchãozinho, dois colchões para cada quarto. Ai, só. (...) Tem luz, mas, a luz (...) não é funcionando diretamente, assim. Usa combustível, a luz. Somente usando quando a comunidade se reúne.(...) É um gerador. Não funciona direto. Às vezes fica dificuldade.”

“A formação do agente de Saúde, no meu ponto de vista, porque a gente entrou, desde 99, eu não vi a formação, especificamente, só da Saúde. É muito difícil. O próprio meu cunhado não foi capacitado para ser o agente de Saúde. Foi escolhido pela comunidade para ser, para ter o interesse de levar este trabalho na responsabilidade da comunidade. Mesmo ele está representado como agente de Saúde. Porque lá... Às vezes, o próprio mesmo agente de Saúde não conhece bem, assim, quais os remédios, quais os horários que podem dar, dar o que está sentindo, pra melhorar. Ele, às vezes, não conhece muito bem.

Agora, ele ficou um tempão aqui. Acho que, na realidade, acho que aprendeu um

pouco, né. Ele foi hoje pra aldeia. Acho que ele conheceu algumas coisas, dá muita informação pro pessoal aí, acho que aprendeu, aproveitou esta oportunidade. Não foi capacitado, ele não passou por nenhuma oficina presencial, nem oficina itinerante. Que eles passam... Não é só da minha aldeia. Eu falo de 32 agentes de saúde, não tem informação, não tem, assim, participação de curso, de intercâmbio, de encontro, de conferência, não teve. Somente... Assim mesmo, que ficou pessoalmente, assim. É muito difícil. E também, é a dificuldade, o lugar onde fica o agente de Saúde mesmo para atender a comunidade. Então, o local pra ele... Ele atende mesmo assim, na casa, na casa dele. Até que a gente construiu uma casa própria. Na própria nossa força mesmo, da comunidade.

Rapaz, acho que ele tem que ter um lugar para trabalhar, né. Não pode atender no meio do terreiro. Não pode atender na casa de alguém, não. O agente de Saúde tem que ter uma casa própria aonde a pessoa vem e pode ser atendido. Aí, nós fizemos uma casinha própria, pegamos todo o recurso nosso lá, material, construímos. E construímos um posto de saudezinho próprio da nossa comunidade, do interesse da comunidade.”

“Lá, não tem FUNAI. Sempre a gente está se manifestando para ter a FUNAI no nosso município. Mas não teve. Nunca. Na minha... no meu ponto de vista nunca vi a FUNAI, que tá fazendo este atendimento e o pessoal monitorando, quando o pessoal morre. Mas só quando vem da aldeia pra falar com o pessoal que perdeu os parentes, para monitorar. (...) Só quando vem no município. Que se tiver longe do município, ninguém sabe que morreu. Às vezes ele, mesmo assim, os próprios parentes, a própria equipe, não conhecem, não sabem, assim, quando a pessoa morreu”

Osmildo Silva da Conceição

“Não fica remédio pro agente de Saúde indígena repassar para o parente. Nem para febre. Só é distribuído pela equipe de Saúde que trabalha com o indígena. Se o parente adoecer, o agente de Saúde não tem o que fazer, a não ser que o pai ou a mãe entre na mata e faça o xarope das medicinas tradicionais. Então, quando o filho adocece, ele tem que vir para o Polo para poder receber tratamento.”

“E pra falar da questão da Saúde Indígena, que o mundo lá fora sabe que se fala da Saúde Especial Indígena do nosso Estado e nosso Brasil. Não há posto de atendimento na terra indígena. Eu não estou falando pelo Brasil inteiro, mas falando pela nossa região e defendendo o nosso direito como índio, principalmente da minha terra, e do meu povo, do meu município, no qual tem atuado como coordenador do movimento. Mas falando mais pelo conhecimento do que tem acontecido dentro da minha aldeia, dentro da minha terra. Até hoje, a Saúde, a equipe de Saúde, não restou atendimento nenhum dentro da nossa própria aldeia. A equipe passa, mas é

de passagem, e vai para uma comunidade chamada Vila Restauração, aonde meu povo, se quiser ter atendimento, tem que ir para lá.”

“Nós temos nosso agente de Saúde, que recebeu ainda em 2004 e 2005 um curso. Daí para cá parou o curso e nosso agente de Saúde tem ficado totalmente isolado. Que não pode trabalhar com medicamento pra passar sequer um calmante para o paciente. Isso pra nós é uma deficiência muito grande.”

5.5 Segurança alimentar e desnutrição

Ninawa Huni Kui

"E a gente tem uma discussão hoje de Política para formatar as Diretrizes de Políticas Públicas, como na área de produção nas comunidades visando a Segurança Alimentar."

"Um outro fator que também tem preocupado a gente, inclusive já foi para a discussão, mas que não temos ainda uma ação bem definida na comunidade é com relação a Desnutrição. Tem indicativo, já. Já foi feito um levantamento com os indicadores em relação à Desnutrição nas comunidades indígenas. E hoje é muito mais sério desde a época em que foi feita a discussão.

O problema da Desnutrição na região, hoje deixou de afetar só as crianças. Hoje está também se passando para os adultos, porque há um pouco de entendimento, de informação que a gente tem, há vários tipos de Desnutrição. Que não é só aquela criança que está magra. A pessoa que está gorda também pode ter um tipo de Desnutrição. Então, isso a gente já vem tentando discutir."

"Uma outra... um outro pedido que nós fizemos dentro do levantamento, dentro do consolidado do Fórum é que fosse feito um levantamento também da situação nutricional, da situação alimentícia das comunidades indígenas hoje, que também é um fator muito... que é assim que a gente acaba vendo que é um fator que contribui muito para os problemas que estão acontecendo nas comunidades, né."

Osmildo Silva da Conceição

"E eu abracei essa causa da Segurança Alimentar."

5.6 Qualidade da água e saneamento básico

Ninawa Huni Kui

“Por exemplo, hoje existe, nas comunidades indígenas, inclusive do meu povo, hoje, o problema de Hepatite, que vai desde a Hepatite A, influenciada pela água, como a Hepatite B até Delta e vários outros tipos de Hepatite que é um problema muito sério ainda. Nós já temos discutido isso, mas não temos nenhum tipo de política bem afirmativa mesmo de solucionar estes problemas.”

"A equipe Nacional, a pedido da SESAI, veio, montaram base, e fizeram uma pesquisa, uma análise na água. Fizeram um levantamento em apenas onze aldeias... sete aldeias, aonde nós temos 49 aldeias no município. E, mesmo depois da pesquisa feita pela Força Nacional, outras comunidades também foram afetadas.

Foi feita a distribuição de alguns materiais, com filtro para tratar a água. Mas dentro do relatório que depois nós vamos estar repassando para você, o nosso relatório, o próprio... na comunidade o pessoal não teve aquela equipe, não colocaram num plano que pudesse orientar a usar o hipoclorito, usar o filtro... A maioria das velas no filtro estavam todas trocadas. Ou seja, não teve ninguém para orientar, assim. Foi feita uma ação, mas não teve continuidade na questão de orientação.

E, na mesma situação que aconteceu no município de Santa Rosa, dessa epidemia que nesse ano, no final de 2010 agora para o final desse ano, foi assim, se alastrou em grande quantidade, aconteceu também — está acontecendo também — no Município de Feijó, como também no Município de... no município de Marechal Thaumaturgo, no Vale do Juruá. Lá, só do meu povo — como eu falei anteriormente — nós perdemos cinco pessoas com esse mesmo sintoma de doença, que foram quatro crianças e um adulto.”

”No município de Santa Rosa, nós acabamos com mais uma criança que faleceu hoje pela manhã. Foram quatro, cinco óbitos, seis óbitos, aliás, só no Município de Feijó também. E, aonde um dos óbitos nos causou assim uma grande preocupação pela situação que ficou a criança, que foi, no caso, o pequeno Juan, que ficou com corpo todo deformado, como estivesse todo cozido, assim.

Então, com isso, em parceria com Secretaria de Saúde, depois em parceria com o Ministério da Saúde, que enviou o Instituto Fernando Chagas, os pesquisadores, que colheram amostras e levaram pro laboratório. E, no prazo de quarenta, trinta a quarenta dias eles vão dar um resultado, que tipo... para descobrir que tipo de virose que é. "

“Agora, nós temos uma grande dificuldade, desde a época da gestão da Questão Primária, e do Saneamento mesmo, que faz parte da Questão Primária nas comunidades indígenas, junto a FUNASA, é de muitas e muitas discussões. E hoje, a gente tem poucas ações dentro da comunidade.

Por exemplo, a questão do saneamento. As obras que foram construídas no Estado

do Acre, se não me foge a informação, nós temos sete estações de água tratada na comunidade que funciona. E nós somos mais de duzentas, quase trezentas aldeias no Estado do Acre, envolvendo ainda o Sul do Amazonas e o noroeste de Rondônia, que são abrangidas pelo distrito do Alto Rio Purus, que eu acredito que é um dos grandes fatores que traz também essa problemática para esse sintoma que está acontecendo.”

Edilson Puá Katukina

“Eu acho, que como eu falei, na minha aldeia, água tratada com cloro. De primeiro, o agente de Saúde ou a equipe de saúde vinha, trazia cloro para a aldeia e entregava para cada família, entregava um vidro de cloro. Aí, nós percebemos que não era legal entregar para o pai de família. Entregar para o agente de saúde e o agente de Saúde coloca num tanque ou onde... Porque, no nosso caso, tem poço artesiano. Então, o agente de Saúde pega o cloro, vai nas caixas, tem cinco mil litros, dez mil litros. Coloca cloro dentro, quando sai nas casas — é encanada, a água — a água nas casas já vai tratada... nas casas das pessoas, nas casas de família.

Então, eu acho que melhorou bastante o tratamento de água na nossa comunidade, em nossa terra indígena. Tem aldeia que eu conheço, porque eu conheço poucas terras indígenas, conheço pouco. Ali, pelo que eu conheço, a terra indígena Barão, que é do povo Poyanawa e também conheço a terra indígena 27, colônia 27, que é lá no Tarauacá. Então, estas duas eu conheço. O resto eu não conheço. Porque eu não cheguei até lá, nestas outras terras indígenas. Estas são as duas terras indígenas que eu conheço mesmo. Eu conheço mais terras indígenas que é fora, que não tem poços artesianos, sabe.

É como no caso do Purus, que a gente fez na primeira vez que eu fui realizar uma oficina de Sensibilização e Gestão de Área Territorial e Ambiental em Terras Indígenas, a gente viu que não tem quase apoio de atendimento de Saúde quando a gente chegou lá. Não tem poços artesianos, não tem água tratada. A pessoa... a comunidade pega a água. Eles fazem cacimba num sistema manual, cavado com enxada, aquele poço para tomar água, para não tomar a água do rio. Porque a água do rio é muito poluída. Principalmente no Purus, que fica entre dois municípios, que é o município de Santa Rosa, que é um município pra cima da terra indígena, e o município de Manuel Urbano, que fica abaixo da terra indígena. Então a água do rio é muito poluída. Então eles conseguem fazer uma cacimba manual mesmo, cavando com enxada. “

“Não, hoje, para melhorar a saúde, eu acho que não é só colocar muito medicamento na terra indígena ou na aldeia. Mas, no meu caso, na aldeia, o agente de saúde

trabalha muito na prevenção. De orientar a sua comunidade, de orientar seu povo de como cuidar da saúde. Porque saúde é vida. É como tratamento de água. É como cuidar de lixo.”

Josias Pereira Kaxinawá

“E que, a Saúde, dentro do nosso município, tem atuado lentamente, e que tem causado um problema muito grande, porque, dentro das terras indígenas não tem Saneamento Básico. Tem o Aisan (agente de saneamento indígena). Também, dentro da nossa terra não tem. Dentro das outras terras os parentes tem seu Aisan. Mas a água, não é uma água de qualidade. É mal tratada a água. Os poços foram criados, mas não deram continuidade, a equipe não deu continuidade, eles estão por acabar, por terminar o trabalho, estes que foram colocados. Não tem o tratamento adequado e a gente tem enfrentado dificuldade na questão da Saúde.

Dentro da minha aldeia não tem o saneamento básico e nem tem os poços artesianos. Ainda continua gente apanhando água de cacimba, ou mesmo dos rios, porque não é em todo lugar que a gente pode abrir uma cacimba. E isso, a gente reconhece. E sabemos que outras pessoas já têm falado para nós que o problema de malária que tem acontecido vem da contaminação da água, o problema da hepatite também vem da contaminação da água. E outros tipos de doenças também que a gente pode também acolher em nosso corpo vindo da água, da falta de tratamento da água.”

“Malária. A gente sabe o que é isso. A malária provém também do tratamento da água. E isso tem sido um caso muito grande dentro do município de Thaumaturgo. Não só dentro do município de Thaumaturgo, no Vale do Juruá.”

“Bom, na minha aldeia, na nossa terra, o tratamento que a gente recebe na água é o cloro. Que é repassado pela equipe. Quando o nosso agente de Saúde vem da sede do município, ele distribui a caixinha de cloro que ela, quando vai fazer o acompanhamento nas casas, leva distribuindo. É o único medicamento que ela leva. Que ela não é autorizada a mexer com outro tipo de medicamento. E aí, ele é colocado na água, dentro da casa. Ele não é colocado na cacimba, pra fazer um tratamento, ele é colocado quando se traz da cacimba ou do igarapé.

Aí, é colocado num vaso aonde a pessoa vai estar bebendo aquela água dali, conforme a orientação de quantos litros d’água, quantos pinguinhos de cloro vai entrar dentro daquela água. E quanto as informações que tem chegado lá pra fora, até pra conhecimento de vocês, dizendo que os índios usam o cloro para colocar na roupa. Dentro da minha aldeia, eu nunca vi. E até digo que é mentira, porque dentro da minha aldeia as mulheres lavam roupa. Mas elas lavam roupas com água que é

pra ser colocada na roupa mesmo, colocada na água pra lavar roupa.

E essa parte, da questão do problema de diarreia, tem nos afetado muito. Não só as crianças, mas até mesmo os adultos têm sentido este problema de saúde. E tudo isso, a gente sabe que provém de uma água não tratada. E a gente pergunta pra nós mesmos: — Até quando nós vamos estar sendo tratados dessa forma? E qual é o meio que a gente vai poder fazer pra poder evitar de a gente estar sofrendo isso tudo?”

5.7 Problemas de logística de transporte e sistemas de comunicação para a saúde

Edilson Puá Katukina

“Eu acho que muitos parentes, muitas terras indígenas que ficam distantes do município, e tem muita dificuldade de transporte na área de Saúde. É claro que existe agente de saúde em cada terra indígena, em cada aldeia. Mas, eles não têm transporte para encaminhar seus pacientes para o município, porque alguns... a maioria das terras indígenas não tem postos de saúde, não tem medicamento e... não tem postos de saúde.”

Josias Pereira Kaxinawá

“Então, pra ter a nossa visão, o nosso conhecimento que nós vivemos, encontramos, a dificuldade também é a distância. Longe. Algumas aldeias ficam próximas da cidade. Mas até... a dificuldade é que fica no último... quase a fronteira do Brasil com o Peru, aonde fica três dias, quatro dias de subida. Dois dias de subida. E para trazer o nosso paciente é muito difícil. Sem comunicação e sem contato. Às vezes, só a pessoa sabe o que está acontecendo na aldeia. Então, do que a gente vê, no meu ponto de vista, quando nós povos adoecemos, nós temos já um agente de saúde, escolhido pela comunidade, indicado que ele está representando, e que faz esta logística, esse transporte e comunicação com o pessoal da cidade, da Saúde, pra trazer.”

“Às vezes adoece, e pensam que lá já é legal para se melhorar, fica um tempão, não tem transporte, não tem transporte nenhum, às vezes esperando alguma carona de algumas pessoas, aí demora muito e morre lá. Às vezes a gente traz para o hospital, que é muito longe também, aí morre no meio da viagem.”

“(...) a gente já vem realizando algumas reuniões e a oficina, né, pra discutir a liderança. O que a gente vê... quais as melhorias que podem ser feitas. Então, eu acho que a maioria está colocando a dificuldade de transporte, de trazer as pessoas, muita demora, muito longe, às vezes as pessoas trazem já quase morrendo, e morre no meio da viagem. Às vezes, a pessoa fica preocupada.”

“Na aldeia, mesmo, não existe telefone. Nenhum tipo de telefone. Só... No lugar, mesmo, só no Jordão. No município. Agora, na aldeia mesmo é muito difícil pra telefone... Orelhão, rádio, não tem não. Só, às vezes, a pessoa chega da aldeia e que pode ser atendida. Antes, se tivesse na aldeia não tem como colocar. Mas tem um rádio de FM que tá no Jordão. Às vezes, se aconteceu algumas coisas, aí já comunica assim, no rádio FM. Algumas pessoas têm rádio, ouve, e para resolver alguma coisa. Se não, não tem rádio amador. Lá na aldeia, mesmo, não tem nenhum tipo de telefone, nem rádio, nem orelhão.”

(...) já passou muita necessidade através dessa pessoa da equipe de saúde do Jordão. Às vezes, por causa disso, não vai. Às vezes, por ter interesse mesmo, até vai de pé. Com o medicamento nas costas, o outro ajudando, e andando. Por causa da necessidade que estamos enfrentando. Às vezes, eles sempre recebem a vacinação com helicóptero, né. Contrata helicóptero, aí vai direto, descendo em cada aldeia”.

Osmildo Silva da Conceição

Pelo outro lado, os nossos agentes de Saúde não têm barcos para o transporte do paciente, do parente quando adoecer. Então, ele é levado... O parente é levado para o posto de Saúde da Vila Restauração. E de lá, se o enfermeiro ou o doutor que está lá é que encaminha o parente. Mas nosso agente de Saúde não tem um meio de transporte para ele mesmo conduzir o processo. De levar o parente, cuidar do parente. O parente pode ir, mas é levado pela equipe de Saúde do branco. Porque o nosso parente não pode sair pra acompanhar. Então, isso pra nós também é uma deficiência muito grande.

5.8 Cobertura vacinal

Ninawa Huni Kui

Uma outra coisa é a própria dificuldade mesmo da instituição, na época da FUNASA e hoje com a SESAI. Nós temos uma grande dificuldade mesmo, a partir da transição pra cá, nós temos comunidades prejudicadas pela questão da cobertura vacinal, por exemplo. A cobertura vacinal na região de Feijó, aonde eu tenho uma informação mais concreta de todo Estado, a equipe multidisciplinar do

Polo Básico, hoje da SESAI, no município, não conseguiu chegar, há quase dois anos não consigo chegar à comunidade no distrito de Alto Embira, deixando essa cobertura vacinal e várias outras atenções básicas a descoberto.

Josias Pereira Kaxinawá

(...) já passou muita necessidade através dessa pessoa da equipe de saúde do Jordão. Às vezes, por causa disso, não vai. Às vezes, por ter interesse mesmo, até vai de pé. Com o medicamento nas costas, o outro ajudando, e andando. Por causa da necessidade que estamos enfrentando. Às vezes, eles sempre recebem a vacinação com helicóptero, né. Contrata helicóptero, aí vai direto, descendo em cada aldeia. “

Osmildo Silva da Conceição

A forma como o branco tem tratado nosso povo nas aldeias é a questão da vacina. Só a vacina.

5.9 Saúde das mulheres indígenas

Ninawa Huni Kui

“E uma outra questão que também deixa a gente preocupado, hoje são os problemas das mulheres indígenas. Porque há vários tipos de problemas, que também é assim: as mulheres tem colocado isso em discussão, mas não tem ainda uma definição de discussão de Políticas Públicas com relação a essa situação.”

5.10 Ecologia e biodiversidade

Ninawa Huni Kui

“Nós também temos a discussão da valorização, da fiscalização e da proteção do território que nós vivemos, tanto como a proteção da biodiversidade, da fauna e da flora.”

Edilson Puá Katukina

“Eu como agente agroflorestral, eu trabalho com o sistema agroflorestral, com Segurança Alimentar. Porque, quando você é bem alimentado, você tem boa saúde, no seu corpo, na sua vida. Onde você não está bem alimentado, não tá bem de saúde. Então, tem que ter várias formas de melhorar a Saúde Indígena. Ter uma horta nas

aldeias.”

Osmildo Silva da Conceição

“(como cacique) também passei a colocar uma pessoa para estar cuidando dessa questão, estar conhecendo essa Política do Meio Ambiente, que também faz parte da nossa trajetória e da nossa saúde.”

5.11 Morte de crianças indígenas

Ninawa Huni Kui

“E, recentemente, nós estamos passando por um problema mais alastrado, que já vem acontecendo nos anos anteriores, que é um problema, uma doença, que tem como sintomas a diarreia afetando diretamente o pulmão, uma dor no pulmão que afeta diretamente, em cinco dias já deixa o pulmão manchado. Isso não... é um diagnóstico que já havia sido feito. Dores muito fortes na cabeça também, as mães com diarreia, vômito. E sempre a febre mais baixa que estamos tendo hoje é de 38 graus, ou mais de 40 graus. Que é febre, então...

São estes sintomas que aparecem e que já levaram, aqui no Estado do Acre, de dezembro para cá, só do meu povo, já... no último relatório que nós tivemos daquela situação de Santa Rosa, foram 22 óbitos. Bem concreto, mesmo, estes óbitos. E quatorze foram só do meu povo. Do povo Huni Kui.

Na região de Marechal Thaumaturgo, também, do meu povo Huni Kui, nós tivemos mais cinco óbitos, levando quatro crianças e um idoso. E na região de Feijó, hoje com seis óbitos, todos eles crianças e com menos de um ano de idade.

Então, já foi feito... Tá em análise ainda, uma pesquisa com o Instituto Fernando Chagas, pra que se descubra que tipo de vírus, ou se é bactéria, o porque é causado. Então, isso é um problema que nós estamos enfrentando agora muito sério. E não é só na minha comunidade. Mas na maioria das comunidades também está se alastrando esse problema.

Josias Pereira Kaxinawá

“Lá na nossa terra, às vezes,(morrem) no mínimo dez, quinze crianças, por ano. Num ano, morre muita criança. Até na minha aldeia, eu já perdi quatro... Neste ano mesmo, eu já perdi cinco crianças. (...) Na minha aldeia mesmo, tem 23 famílias e 130 pessoas. É quase uma aldeia grande. É uma aldeia que tem bastante gente. Eu não

moro com outras famílias. Eu moro só com minha família, com meu tio, com minha tia, com meu pai, com meu irmão. Com meu... Sabe. Então, só numa aldeia. (...) Ele morre (...) de ter febre, não para de febre, fica emagrecendo, tá com... Não sei se está acontecendo algum problema, não pode se levantar, fica a mãe se cuidando pra parar de chorar. E, aí, às vezes, levanta e começou chorando, às vezes agoniado, não fica parado, embolando, aí que morre, né! Às vezes também é por causa de queda. Porque a mãe, ela não tem como a criança se ajudar aí ela sempre faz com o menino no colo, carrega água, as crianças no colo, carregando macaxeira, com o menino no colo, lavando. Aí, às vezes, descuida. Cai também. Não pode nem segurar. Às vezes cai e não tem, assim, ajuda de alguém. Já aconteceu estas coisas comigo. Às vezes adoece, e pensam que lá já é legal para se melhorar, fica um tempão, não tem transporte, não tem transporte nenhum, às vezes esperando alguma carona de algumas pessoas, aí demora muito e morre lá. Às vezes a gente traz para o hospital, que é muito longe também, aí morre no meio da viagem.”

Narrativa da morte do sobrinho

Então, eu tô colocando do que eu participei através do meu filho, recém-nascido, de três meses, o meu sobrinho era um mês, mas foi encaminhado e adoeceu lá nas aldeias, era uma aldeia de quase um dia de viagem. Adoeceu e com o nosso agente de Saúde, ele está aqui, através do tratamento aqui na CASAI de Rio Branco. Agora, ele foi hoje, né, quase com oito meses, e lá não tem representante, agente da Saúde.

Mas, ficou essa dificuldade e a gente encaminhou. Encaminhou para o município. Ficou um tempo nas aldeias, aí a gente encaminha para o município. Para fazer o tratamento e tomar algum medicamento, porque nós fazemos com nosso conhecimento tradicional, sempre usamos a medicina tradicional. Mas, às vezes a gente procura também os remédios assim, da farmácia. Assim, atendimento que pode ajudar também a melhorar. Assim, a nossa preocupação quando a pessoa... Nós povos indígenas, quando o nosso paciente adoece, todo mundo fica preocupado. Preocupado para ajudar, para salvar, pra.... Como não tem jeito a gente fica... tem que mandar de alguma forma para ter recuperação da saúde. Então, a gente encaminhou. Eu acompanhei tanto meu sobrinho que foi internado durante uma semana. Aí lá, quando ele chegou, viu, era um bebê pequeno, muito pequeno assim, mas ganhou normal, normal. Lá era tranquilo, bebendo o peito da mãe. E já tá também usando a mamadeira. Aí, era normal e só para... Foi internada para ter mais assistência e tomar algumas vitaminas para segurar.

Aí, ficou uma semana. Diz que a própria equipe de Saúde viu e não pode ficar lá. Eles encaminharam para cá, para Rio Branco. Aí, por causa disso... Porque os dois, a minha esposa e a minha irmã, é muita dificuldade em entender e também de falar a língua portuguesa. Como a gente encaminhou alguns acompanhantes, as pessoas de

lá não querem deixar os acompanhantes, É só ficar só com a mãe cuidando do bebê.

Aí, como não teve acompanhante os dois, eles tiraram para cá. Isso no dia 29 de fevereiro desse ano, no mês passado. Aí, eu tava lá, encaminhei, tava no aeroporto, embarquei. Ele nunca viajou também, essa pessoa. É a primeira vez que ele tá viajando pra Rio Branco, uma cidade grande. Veio. Mas sempre a gente se comunicando. O que que... bom... Ele não trouxe nenhum tipo de comunicação. Aí ele veio, mandaram.

Aí, subi para a aldeia, fui para a aldeia, falei com o pessoal. A gente foi encaminhado. Mas durante 29, 1º... 29, 1º, dia 2, dia 3, dia 4, aí chegou o corpo... chegou o corpo da criança com a mãe. É, ele...

Só que ficou só o meu filho e minha esposa aqui em Rio Branco. Aí chegou quase onze horas, dez horas da noite, já tudo dormindo, assim. Aí chegou né, ficou assustado. Acordei, pensava que era meu filho, quando chegou o corpo. Mesmo assim, encaminhado, o meu filho que veio doente. Este meu sobrinho, não é doente. Era normal, assim. Normal, tranquilo. Mas quem veio doente, agoniado, muito aperreado, era meu filho.

Aí chegaram. Foi minha própria esposa, minha irmã que contaram. Chegaram com documento do próprio Hospital do Jordão e encaminhando pelo polo de Jordão.

Aí, foi encaminhado e logo o pessoal que foi receber lá no aeroporto, pegou o documento e viram. Aí, esse meu filho foi direto para o Hospital da Criança. E o meu sobrinho foi direto para a UTI, disse.

Aí, logo pegaram, só levaram o menino. Ai a minha irmã... ficaram sozinhas. Aí preocupou. Ele quer ver o filho dele, o filho dela. Ele quer dar o peito dela, ele não quer deixar.

Aí, tomaram e levaram. Aí, ficou chorando, chorando. Não pode nem explicar direitinho. Tudo com dificuldade. Chorando. Só chorando mesmo.

Aí, no outro dia, dia seguinte, encontrou com meu cunhado. Meu cunhado é agente de Saúde. Quando vieram para cá, eu logo liguei para o agente de Saúde daqui.

— Tem dois para encaminhar. Tem duas pessoas, meninos, para encaminhar daqui. Você vai e providencia lá.

— Tá Bom!

Aí já combinei com ele. Quando chegou, ele foi lá e encontrou com ela. Perguntou:

— Rapaz, cadê o menino?

— Meu menino foi internado na UTI.

— Ah!

Ele veio e trouxe ela, que tava sozinha lá no hospital, trouxe ela pra cá, pra CASAÍ.

Aí, no outro dia seguinte, diz que ele foi lá visitar ela e ela normal. Normal, comendo assim. Aí, ele viu, né, com soro e com tudo. Aí, no outro dia seguinte ele não falou nada, assim. E pegaram ela.

— Rapaz. Tem que sair daqui, mas você leva todo seu documento já. Você já vai embora. Aí, ele logo percebeu:

— Rapaz, será que aconteceu alguma coisa?

Aí sentiu... Arrumaram tudo, bem na pressa mesmo, avexado mesmo assim. Arrumaram todas as coisas, pegaram os documentos e foram. Aí foram, chegou, não falou nada, assim, assinaram tudo, mesmo na última, falou:

— Rapaz, aconteceu um problema. O teu filho morreu. Não aguentou, morreu. Tá aqui o corpo.

Entregaram o corpo com um caixãozinho assim.

— Já tá feito.

Aí, minha irmão começou a chorar. Começou a chorar. Começou a chorar.

Aí, diz que mandaram, né... Mandaram. É um transporte meio com dificuldade também. Morreu bem cedinho e até mandaram quase duas horas da tarde. Demorou um tempão esperando, ficou no aeroporto até que conseguiu. E era domingo. Quando chegou no jornal, o pessoal que é responsável do polo disse que ele foi na colônia mesmo. Esperou, ficou um tempão, até quase cinco horas, cinco da tarde, chegou até tarde do polo. Aí, chegou... Aí viram, né:

— Rapaz. O que aconteceu?

— Tô chegando com meu filho morto, eu tô querendo saber do que ele morreu, qual a doença que ele tinha, qual a... o que ele tá sentindo. Eu quero saber, quero entender.

Eu tô perdido com todas estas coisas.

Ela falou... Arranjaram um barco. Ajeitaram mochila e tudo e embarcou. Aí, tirou até... o corpo até levado para a aldeia. Aí, como a pessoa não tinha sabido desta comunicação, tudo tranquilo, tudo dormindo assim. Aí, quando eu acordei as pessoas todas chorando. Acordei, eu pensei que era o meu filho.

Aí chegou corpo e minha irmã que chegou também. Aí, o pessoal todo preocupado, ninguém mais dormiu não. Passou a noite chorando mesmo.

Aí, agora, mesmo assim eu vi. Então, vamos ver o que aconteceu. Se tivesse... Mesmo assim, se tivesse saído daqui doente, era outra coisa. Se saiu daqui normal e veio o corpo é outra coisa. Então, vamos ver. Abrimos a caixa aí era... colou com um daqueles esparadrapos assim, no braço. Tiramos, tiramos e vimos os dois pontos que costurou, mesmo assim. Aí vimos uma aplicação de um (?), com aparelho, um buraco bem grande aqui (aponta para o lado direito do peito) e todo sangrado, assim, na boca, no nariz. Colocaram ali um pedaço de algodão. E virando, nas costas, era bem aqui também, grande e pregado com esparadrapo. Aí, as pessoas ficaram preocupadas, a mãe, a avó, o avô, a própria comunidade. Preocupados.

Quando sair daqui com o pessoal, tem que ser bem acompanhado, tem que ser bem orientado também pra... Não pode acontecer isso. Se tivesse acontecendo pra outra pessoa, sem sacar muito bem o Português, era muito difícil. Aí, chegou no dia 4 mesmo, dia 4 de março, aí eu passei um dia lá. E eu viajei dia 6 para cá.

Aí, quando cheguei aqui, eu fui direto no hospital onde está meu filho, no Hospital da Criança, aí, a minha mulher já tinha chegado... ela veio para a CASAI. Logo Que encontrei com ela, meu filho já, normal. Ele que recuperou bem. Ele tá lá. Mas até hoje, ligou... minha irmã ligou da cidade. Ela quer entender mesmo, assim. Tudo tá ainda muito preocupado, porque é o primeiro filho dele, que perdeu, tanto da mulher, o homem, né, aí até que ligou:

— Rapaz, agora, a gente vendo todas estas coisas, que... porque ainda não tem resposta nenhuma. Mas daqui... saindo daqui eu vou levar algumas informações, algumas orientações pra vocês. Pra não pensar mais, pra não... acalmar um pouco. Então, calma, que a gente tá aqui fazendo esse contato com o pessoal do hospital e contato com o pessoal da CASAI. Aí, eu tô articulando tudo isso.

Então, quem recuperou bem era o meu filho. Tá normal, tá tranquilo agora. Teve um problema de saúde, mas não foi... Ainda tá liberado assim, pra volta. Mas já tá alta.

IMAGENS DO VELÓRIO DE JUAN, SOBRINHO DE JOSIAS

Figura 13: Foto do velório de Juan. Fonte: Acervo do Prof. Paulo Gallo.

Figura 14: Foto do velório de Juan. Fonte: Acervo do Prof. Paulo Gallo.

Figura 15: Foto do velório de Juan. Fonte: Acervo do Prof. Paulo Gallo.

Figura 16: Foto do velório de Juan. Fonte: Acervo do Prof. Paulo Gallo.

Figura 17: Foto do velório de Juan. Fonte: Acervo do Prof. Paulo Gallo.

Figura 18: Foto do velório de Juan. Fonte: Acervo do Prof. Paulo Gallo.

Figura 19: Foto do velório de Juan. Fonte: Acervo do Prof. Paulo Gallo.

Figura 20: Foto do velório de Juan. Fonte: Acervo do Prof. Paulo Gallo.

Osmildo Silva da Conceição

“Estou falando isso, não estou caluniando o Governo do Estado, não estou caluniando o Governo Brasileiro. Estou falando da realidade que eu vivo, do qual eu, como liderança, no dia 25 de dezembro de 2011 chegou a óbito um dos meus filhos, com problema de Hepatite. Criança que tinha sete anos chegou a falecer e outros parentes também que adoeceram também da mesma doença, em torno da Vila Restauração e a Aldeia Sete Estrelas, aonde eu vivo. Com o do meu filho deu seis casos, tudo dentro de um mês só. E isso para nós é muito preocupante.

“Tenho acompanhado também, dentro do polo de Marechal Thaumaturgo, uma parenta, Apolima também, faleceu também, de Hepatite também. Veio a óbito também. Pude ver também, dentro da aldeia dos parênteses Ashaninka, uma criança e um adulto também foi a óbito, também.”

Narrativa da morte do filho de Osmildo

O meu filho foi um dos casos muito complicados, porque eu tava em Cruzeiro do Sul no dia 14 de novembro, quando a mãe dele me ligou no telefone da Vila Restauração avisando que meu filho tava doente — que tinha adoecido e que estava com vômito e diarreia — e tava com muita febre, uma febre muito alta.

Naquele momento, eu tava com dificuldade de condições financeiras pra vir pra aldeia onde tava meu filho. E fiquei pedindo apoio aos amigos. E, como eu tinha muitos amigos ali que me conhecem, que são pessoas que têm uma condição financeira melhor, a forma que eles puderam me ajudar foi um chega pra mim falar:

— Olha, nós poderemos te dar uma ajuda muito boa, temos muitos amigos lá fora também e você é uma pessoa que trabalha muito bem com medicinas para dores no corpo, você faz um rapé muito bom, eu queria te pedir que você fizesse essas essências, esses repelentes naturais que você faz pra gente usar e nós te damos o dinheiro pra poder te ajudar.

Claro que o cara não ia meter a mão no bolso e tirar cem reais a troco de nada. Isso não acontece mais. Tal seja o amigo que te conheça e... porque tem pessoas que desconfiam muito do índio:

— Vou dar o dinheiro pro índio, ele vai comprar uma cachaça, vai ficar bêbado por aí e depois vai sujar a minha imagem.

Do jeito que tem índio verdadeiro, também tem índio sacana que faz isso. E meus

amigos, como eles me conhecem, eles conhecem meu trabalho como liderança, eles me ajudaram nesse sentido. De eu fazer os repelentes naturais e eles estarem me comprando para eu poder arrecadar o recurso, pra comprar minha passagem, comprar minha alimentação e comprar também o combustível pra chegar na minha aldeia. Então... Levou tempo.

Eu recebi essa informação de que meu filho estava doente no dia 14 de novembro e eu fiquei até o dia 3 de dezembro dentro de Cruzeiro do Sul para poder ir para onde estava meu filho.

E produzi muito rapé, e produzi muitos repelentes, e fiz uns artesanatos de sementes nativas pra fazer colares, fazer pulseiras, pra eu poder arrecadar recurso, pra eu poder pagar a minha despesa de alimentação, o combustível, pagar minhas passagens, pra poder chegar na minha aldeia.

Com todo o meu trabalho, eu conseguir arrecadar R\$ 1.190,00. Era exatamente o dinheiro que eu precisava pra poder chegar na minha aldeia. E, quando eu cheguei na sede do município de Marechal Thaumaturgo, tava minha irmã que é agente de Saúde da minha aldeia, aldeia do povo Kuntanawa. Aí, eu fui procurar informação.

— Como é que tá a situação do meu filho?

Aí ela falou:

— Olha, mano: acabou de subir hoje a equipe de saúde para prestar atendimento na Vila restauração. E eu já falei pra mãe de seus filhos que ela levasse seu filho para ser atendido lá. E aí, em seguida, eu cheguei à noite quando foi de manhãzinha ela me ligou avisando que o menino tinha subido pra mão da equipe da Saúde, que a doutora tinha passado um medicamento pra ele. E antes dele ir a óbito, ele já estava tomando o medicamento que a doutora tinha passado pra ele.

Então, eu também dei mais uma tranquilizada, que eu tava muito preocupado com essa questão de saúde, porque quando eu estava morando... atuando diretamente dentro da aldeia, qualquer problema de saúde, que meus filhos adoeciam, eu ia na mata tirava as medicinas que eu conheço e fazia os xaropes, o remédio para a criancinha beber.

E aí eu demorei, porque quando eu cheguei na sede do município, mesmo tendo o dinheiro para comprar o combustível e o rancho para eu chegar na minha aldeia, pagar a diária do motorista pra me levar para minha aldeia, não tinha combustível na sede do município. Estava em falta a gasolina. Então, eu passei três dias ainda na sede do município para poder o combustível chegar, para eu comprar o combustível e

pagar o motorista pra ir me deixar na minha aldeia.

O certo é que quando eu cheguei na minha aldeia... É um dia de viagem, você viajando num Honda de Treze (?) num bote de alumínio, são oito horas você correndo no bote de alumínio de oito metros. Se for em barco de madeira, você leva aproximadamente quatorze horas de viagem. É um dia e umas horas do outro dia. Bem distante.

E quando eu cheguei na minha aldeia, meu filho, mesmo doente, ele veio me encontrar na beira do rio. E, naquele momento que eu vi ele, eu pensei:

— Meu filho não tá bem.

Mesmo assim, o meu dinheiro, o que eu tinha, já tinha gasto tudo. Tinha pago minha passagem de Cruzeiro do Sul para Marechal Thaumaturgo, tinha comprado meu rancho de despesa, também, da viagem, para Marechal Thaumaturgo, tinha comprado a gasolina, que era cinquenta litros de gasolina para o rapaz ir me deixar e voltar pra Marechal Thaumaturgo. Que dá a faixa de R\$ 235,00.

Dou assistência para meu filho. É aquilo que eu pago uma pensão para eles. Tudo o que eu ganho é dividido a metade.

Naquele momento em que eu vi a situação do meu filho, eu pensei em voltar pra trazer ele pra dentro do Cruzeiro do Sul ou para Marechal Thaumaturgo para cuidar da saúde meu filho. Eu vi que a situação dele não estava bom. Mas eu não tinha mais dinheiro pra voltar. E o doutor que tinha estado lá com a doutora — a equipe médica — não deram encaminhamento para meu filho.

A doutora foi fazer o atendimento na criança, a mãe dele foi um dia e não conseguiu fazer o exame e voltou pra dentro da casa, voltou pra aldeia. E quando foi no outro dia, o filho mais velho, botou ele dentro da canoa, levou a faixa dos quinze minutos da aldeia para dentro da sede da Vila Restauração. A criança saiu, de manhãzinha, em jejum. E quando foi por volta de duas horas da tarde, a criança tava chorando, pedindo comida. E a mãe dele pegou e deu a comida. Quando a doutora foi fazer o exame, a criança já tinha comido. Sinal que, mesmo ele estando com a Hepatite, não ia dar resultado positivo, porque a criança tinha se alimentado.

Quando ela foi fazer o exame na criança era por volta das três horas da tarde. A criança já tinha se alimentado e não deu resultado de doença. E a doutora pegou e passou um remédio, que ainda tem lá na minha casa — um vidro do remédio e caixa do remédio que a doutora passou para meu filho — dizendo que a criança estava com infecção, e deram remédio para a criança.

Então, quando eu cheguei, que vi a situação do meu filho, eu falei pra mãe dele:

— Esse remédio pode matar meu filho. Meu filho não... essa doença que tá aí, não é infecção da criança.

Porque, a primeira coisa que eu fiz foi, quando eu cheguei, que abracei meu filho, que ele encostou o estômago em mim, ele se afastou porque o estômago dele estava doído. Então, a febre tinha recolhido e estava no estômago da criança, tava no fígado da criança. E aquilo me deixou preocupado. E passei esses dias com meus filhos.

Quando foi no dia 24 de dezembro, toda minha família tava sabendo, todo o meu povo tava sabendo, que eu tinha chegado na aldeia. E, como eu já falei em alguns minutos atrás aí, que cacique dentro das aldeias é como que seja o governo, todo meu povo tava sabendo que eu estava dentro de Cruzeiro do Sul. E que, em comemoração ao Natal e ao ano novo eu estava chegando. Pra passar o Natal e ano novo na aldeia com eles.

E eles tinham preparado uma grande festa, que não era uma festa dançante, que não era outra coisa. A festa deles era ter preparado muita caiçuma, outros tinham feito grandes pescarias e outros tinham feito muita caçada pra ter carne, peixe e muita caiçuma. Que, de mim o que eles queriam é que eu preparasse muita ayahuasca, pra a gente beber junto, pra gente passar bem a noite naquele encontro de lideranças os parentes da aldeia, da terra.

E aí, meu filho era um dos que me acompanhava e que tinha muito interesse em trabalhar com as medicinas. E ele tinha pedido, no início do ano, que queria que eu ensinasse todas as medicinas que eu conheço. Que eu conheço, estou apenas aprendendo a trabalhar com a medicina. Eu conheço apenas 3.900 medicinas.

Mas meu filho era uma das crianças, jovens, e o primeiro que pediu pra trabalhar, que queria aprender a trabalhar, porque ele via muito eu falar que nunca fui vacinado, não tenho carteira de vacina, não tenho coisa nenhuma, e vivo muito com saúde. Então, ele foi e falou pra mim:

— Eu quero aprender isso. Eu quero te ajudar.

Eu eu fui e falei pra ele... Eu tava preocupado, a vista, os olhos dele ficando... o branco dos olhos dele ficando amarelo. Eu falei:

— Meu filho, eu vou te levar pra cidade. A tua mãe não deixa eu te dar as medicinas pra te tratar, então, eu vou te levar pra cidade. Vou deixar passar o ano novo e vou descer contigo, te levar pra cidade.

Ele falou:

— Olha pai, eu não quero ir pra cidade. Eu quero que o senhor cuide de mim com as medicinas que o senhor bebe, com o xarope que o senhor faz.

Eu falei:

— Olha meu filho, mas o doutor já passou. Tua mãe não deixa eu te dar o remédio. O doutor já passou esse remédio. E tua mãe tá dizendo que se tu tomar outro remédio dado por mim e tu chegar a ir a óbito, a equipe vai me acusar como eu ter envenenado você. Então, não posso fazer isso. Eu tenho que procurar os meios de... Vou conversar com minha família, sabe. Vou ver o que a família pode fazer. Se a família pode fazer uma arrecadação de recursos. E eu descer para lá, quero tratar de você.

Aí, ele foi e perguntou:

— O que o senhor vai fazer hoje.

Eu falei:

— Olha, eu vou tirar cipó, vou tirar folha, pra fazer uma ayahuasca pra nós fazer nossa festa no terreiro.

Ele falou:

— Eu não vou com o senhor. Mas o senhor vá!

Eu falei:

— Meu filho, você não tá bem?

— Não, eu tô tranquilo. Mas eu não vou poder ir com o senhor para a mata, não. Tá. O senhor vai.

Eu falei:

— Tá bom.

E eu fui, tirei o cipó, no saquinho lá. E fui mais pra frente tirar umas folhas. Quando eu tava tirando as folhas, parece que eu tava tirando as folhas, tinha cantado umas músicas tradicionais pedido licença à natureza pra tirar aquelas folhas e preparar o nosso Kumi. Para a gente ter uma boa luz, ter um bom conforto. E aí, tive um aviso,

assim, espiritualmente, assim ó:

— Olha! Teu filho vai morrer já.

Parece que uma coisa falou no meu ouvido. Senti um vento muito forte e aquele vento trouxe esta mensagem:

— Teu filho vai morrer.

E, naquele momento, só veio o nome dele. Não veio outro nome, só o nome dele:

— Ele vai morrer!

Pra mim aquilo foi um choque muito grande, no meu corpo. Eu fiquei assim... pra mim, que meu corpo tinha saído, a matéria tinha levantado da terra. Então, me abracei com um pé de Roroa. E tava meu sobrinho. Eu fiquei chorando em silêncio. E meu sobrinho percebeu que algo tinha acontecido comigo. Ele falou:

— Tio, o que foi que aconteceu?

Eu falei:

— Nada. Não aconteceu nada.

Aí, ele disse assim:

— O senhor sentiu dor? O senhor está pálido. O senhor ficou... Mudou o seu semblante. O que aconteceu? É algo... é coisa pesado que está acontecendo com o senhor? É alguém, algum mau espírito que está querendo atacar o senhor?

Eu falei:

— Não, meu filho, isso é apenas um aviso.

Aí ele falou

— O que que foi?

Eu fui e falei para ele. E ele disse:

— Então, vamos embora. Vamos embora. O senhor está só. E está precisando de pessoas para estar com o senhor também, para não deixar o senhor fracassar. O senhor, como nosso líder maior, não pode ficar só.

— Tá bom, então vamos.

E fiquei preocupado, com aquilo, com aquela coisa na minha cabeça, matutando. E, quando eu cheguei em casa, a notícia que eu tive é a de que meu filho estava provocado. Tinha provocado e tava com dor no estômago. E aí, eu entrei dentro de casa e falei pra ele.

— Meu filho...

Ele estava deitadinho assim na rede. Aí, fui e falei:

— Meu filho tá doente, tá sentindo dor?

Ele falou:

— Meu estômago tá doendo. E eu tô com febre, pai.

Aí, ele conhecia a medicina que a gente tira e faz o chá da raiz pra beber, pra quem tá com o fígado inflamado. E quando ele melhorou do vômito — enquanto eu tava pra mata — ele foi na mata, arrancou a medicina, trouxe, lavou e deu pra mãe dele. Trouxe e disse:

— Tá aqui! Eu quero que faça esse chá pra eu beber.

A mãe dele disse:

— Mas meu filho...

— Faça esse chá pra eu beber, mamãe. Quem tá sofrendo sou eu. Meu pai não tá aqui, mas eu conheço. Ele arrancou três pezinhos, trouxe a raiz de três pezinhos, lavou bem lavadinho, bateu e deu pra mãe dele:

— Tá aqui. Faz assim. Deve ser um litro de água nestes três pezinhos de raiz aqui.

E a mãe dele fez. Só que a mãe dele não tinha dado, tava deixando esfriar.

E aí, quando eu cheguei, a mãe dele já estava chorando, sabe, no Girau. Preocupada com a situação do filho.

Aí, ela foi e falou:

— Olha, nosso filho tá provocando, ele tá com febre. E tá aqui o remédio, a medicina que ele trouxe. Tu ensinou pra ele. E ele quer porque quer beber esse remédio. E eu

tô com medo de dar.

Aí, eu falei:

— Olha, por incrível que pareça, você não acredita na medicina do nosso povo.

Que ela não é índia, é nauá.

— Você não acredita, mas ele acredita.

Ela disse:

— E ele me pediu até pelo amor de Deus que esfriasse logo esse chá pra ele beber.

Eu disse:

— Então, você tem que dar. Você tem que respeitar a natureza dele.

Aí, eu fui lá visitá-lo e ele falou:

— Eu quero o chá, pai. Eu sei que eu sou criança, mas quem tá sofrendo sou eu. E se acontecer alguma coisa, que talvez sirva de exemplo para o nosso povo.

Parece que sabia que não ia resistir.

— Eu quero que o senhor mande a mãe me dar o chá.

— Tá bom.

Falei:

— Olha, dá o chá pro nosso filho. Ele tá pedindo, tem que dar.

Ela pegou, esfriou o chá, e queria dar com um calmante que o enfermeiro de lá do posto tinha mandado. Tinha mandado um vidrinho de Dipirona já escrito como podia dar. Ela tinha falado que o menino tava com febre, que tava com uma febre muito alta. Ele foi e mandou esse vidrinho de dipirona com um calmante.

Aí, eu falei:

— Não, não é pra dar com calmante não. Deixa aí. Dá só esse remédio natural. Não mistura.

E aí, ela pegou, esfriou, e deu o chá para a criança. Quando deu por volta de meio

dia, ele suou bastante, passou a dor no estômago. E aí, ele foi pra onde eu estava, numa casinha. Eu estava preparando o ayahuasca. Aí, ele teve por lá, aí pediu pra tomar um banho.

Eu falei pra mãe dele:

— Não deixa mais ele tomar banho no rio. Ele vai tomar no banho no rio, no igarapé. Vai tá bebendo essa água. E eu não quero que meu filho volte a sentir essa coisa. Então, tem muita água de chuva, pega, amorna a água, e faz um banho pra ele.

Aí, ele saiu em volta da casa e encontrou as medicinas que têm no meu sítio plantada, que eu tenho sítio muito grande de frutinhas, mas também tem as medicinas tradicionais. E ele sabe as medicinas, exatamente, que é pra banho. Então, ele foi lá e tirou três tipos de medicina e trouxe pra mãe dele:

— Tá aqui a medicina que eu que eu quero que a senhora coloque nesse banho pra mim.

E a mãe dele veio lá onde eu tava e falou:

— Olha! Tá aqui as medicinas que nosso filho trouxe e pediu que eu preparasse um banho pra ele com estas medicinas. São essas medidas mesmo que ele tem que tomar banho?

Eu digo:

— É. São ervas perfumosas, sabe. Então, ele tá pedindo... E estas medicinas aqui são calmantes também. Elas são calmantes, fazem ele dormir bem, pode suar, dá uma relaxada boa pra ele, também, então, faz o banho pra ele.

Ela foi pegou, fez o banho pra ele. Quando foi por volta das cinco horas ele tomou banho. E aí, ela pegou e fez uma comidinha bem leve pra ele, uns peixinhos assim cozidinhos, fez um pirão escaldadinho, não deixei que ela colocasse óleo nem colocasse manteiga na comida dele, fizesse só com a gordurinha do peixe mesmo ali.

Aí, ele veio aonde eu estava e fez uma recomendação:

— Papai, eu não vou beber ayahuasca com o senhor hoje. E eu não queria que a mamãe bebesse também.

Aí eu disse:

— Olha, meu filho, se você não tá bem eu também não vou beber.

Ele falou:

— Não! Não é bem assim. A nossa família tá toda reunida. Então, é para o senhor beber junto com o nosso povo. Só quero que o senhor deixe minha mãe aqui, pra ela fica cuidando de mim também. Se eu precisar do senhor, eu chamo o senhor de volta.

Eu falei:

— Tá bom. Então, tá bom.

Quando foi por volta das seis horas... a minha casa é uma casa grande, casa de cacique, porque casa de liderança tem que ser uma casa grande, pra quando tiver qualquer encontro você ter uma casa boa pra receber esse povo.

E aí, já tava todo mundo esperando no meio do terreiro. Aí eu fui e falei:

— Meu filho, você tem certeza que você quer que eu vá administrar esse trabalho aí junto com nosso povo?

Aí, ele falou:

— O papai, vai lá pro terreiro,. Serve ayahuasca para nossos parentes. Não se preocupa comigo não, que eu estou bem.

— Então, tá bom. Eu eu vou.

Aí, reuni todo mundo. O pessoal armou as redes no terreiro em torno... em volta das fruteiras. Cento e sessenta pessoas ali reunidas para comemorar a minha chegada na aldeia. Beber ayahuasca. Até, o combinado era beber ayahuasca até meia noite. Da meia-noite em diante, a gente ia brincar o Mariguei no meio do terreirão. Era uma festa mesmo, de comemoração por eu estar ali junto com ele.

E aí, quando foi por volta das dez horas da noite, nós estávamos todo mundo na concentração, ia começar a cantoria. Quando eu me levantei no terreiro e cantei duas músicas tradicionais, aí a mãe dele chegou no terreiro onde eu tava e falou:

— Olha, Osmildo, o Emiliano voltou... a febre voltou e ele tá sentindo muita dor no estômago. Ele está provocando, e está despedindo. É pra você ir lá pra dentro de casa.

Aí, eu fui e chamei o meu irmão mais novo e chamei o meu sobrinho — que são meus

assistentes de trabalho na ayahuasca — entreguei o trabalho, a administração do trabalho na mão dele, reuni todo mundo e falei:

— Olha, vocês me dão licença que eu vou estar indo para onde está meu filho lá dentro de casa, mas estou repassando a coordenação do trabalho espiritual da ayahuasca aqui para o Cidoca e o Zico, que são meus assistentes, são meus auxiliares mais preparados. Então, a missão está com eles agora e eu vou estar indo para dentro de casa pra cuidar da saúde do meu filho.

E quando eu cheguei aonde ele tava, ele tava... já tinha mudado o semblante. A febre já voltou mais forte. E ele estava provocando muito. Então, o semblante dele tava totalmente mudado. E aí, meu sobrinho tava lá também, tava ligado, nós tínhamos feito ayahuasca, e ele tava ligado totalmente comigo. E ele viu minha preocupação. Então, meu sobrinho veio pra dentro do quarto e falou:

— Tio, a gente podia descer com criança agora. Nós podíamos entregar esta administração na mão do tio Cidoca e ir imediatamente arrumar uma canoa pra levar esse menino ainda hoje. O senhor tá sabendo, que eu tô vendo aqui. Nós estamos ligados, né tio. Então, a gente podia descer com essa criança agora mesmo, imediatamente.

Aí, a mãe dele disse:

— Não. Vamos deixar o dia clarear. Não é bom nós sair por aí. A canoa que a gente tem é uma canoa pequeninha, não é uma canoa segura, sabe. E pra gente colocar essa criança do jeito que ela tá aqui, Zico, numa canoa, sabe... E aí, tem que ir... o pai dele precisa ir acompanhando, ou eu preciso ir acompanhando, com um motorista, sabe. Que a cona é muito pequena, nós não temos um barco seguro. Então, vamos deixar pra ir de manhazinha.

E a gente... Aí, eu fiquei com ele. Desci pro terreiro pra cuidar trabalho até o dia amanhecer.

Quando o dia amanheceu, por volta das seis da manhã, quando as pessoas entraram para dentro de casa, que foi para tomar o café da manhã, aí começou a chover. E choveu muito forte até por volta das duas horas da tarde. Foi chuva que o rio alagou. Deu uma enchente muito grande no rio assim, daquelas que fazia tempo que eu não via acontecer. E nós com...

E cada vez mais ele ia piorando. E agente com as coisas todas prontas para descer com ele para a sede do município, para o posto de Saúde lá. E quando foi quatro horas da tarde meu filho foi a óbito.

Não só para mim, como pai, e nem só pra mãe dele assim, mas deixou, desde os professores, o agente de saúde, os agentes ambientais, os agente agroflorestais, a família inteira, assim, ficou muito abalada e revoltada com aquilo.

Porque não é fácil, sabe, um pai de família, ou uma mãe de família, sabe, ver um filho ir a óbito. E quando se vê falar tanto da questão, da parte financeira que o nosso Governo Federal recebe, que vem pelo Governo Estado. Que do Governo do Estado é repassado a Prefeitura e não chega sabe, ao ponto esperado, ao ponto destinado, que a população indígena, espera, que é, sabe, os polos de Saúde Indígena dentro das terras indígenas. As equipes de saúde atuando, trabalhando diretamente dentro das terras indígenas. Esse é o nosso objetivo, isso é o que a gente espera.

Mas deixa... a gente... Mas tem muitas coisas a desejar a bem da Saúde Indígena. Ele foi a óbito no dia 25 de dezembro. E eu tenho como prova lá a caixa de remédio e o vidro de remédio que a doutora passou para meu filho diretamente para infecção.

Entrevistador. — Natal né? Foi no dia de Natal?

— Foi. Foi no dia de Natal.

Entrevistador: — Qual o nome inteiro dele?

— Emiliano Andrade da Conceição Janduí Kutá, Kuntanawa.

Entrevistador: Tem algum significado esse nome?

— Tem significado. Janduí é uma espécie de periquito, que ele é fantasiado, tem o peito amarelo e tem a costinha dele verde e a cabecinha toda amarelinha. Pássaro que só se alimenta de fruta. Que nome de índio sempre é isso: ou é nome de pássaro ou é nome de um bicho, sabe, ou é nome de medicina. Mulher é sempre nome de medicina, nome de flor, de pássaro que voa, sabe. Nome do índio é sempre voltado a mais essa coisa da natureza mesmo, sabe. No idioma mais é isso.

6- UM OLHAR SOBRE OS RESULTADOS

A população indígena, por uma série de motivos que examinaremos a seguir, certamente é a parcela da população brasileira sobre a qual menos existem dados específicos que permitam o estabelecimento de políticas de saúde pública eficazes. Os diversos aspectos da dinâmica demográfica, entre eles as taxas detalhadas de mortalidade, fecundidade e migração, são levantamentos que envolvem muitas dificuldades em relação aos povos indígenas. O Censo Demográfico do IBGE, por exemplo, passou a incluir a categoria “indígena” como “cor” somente a partir de 1991 (antes os indígenas eram geralmente incluídos como “pardos” ou “amarelos”). Nesse Censo, porém, ainda não era incluído o registro das filiações étnicas específicas (AZEVEDO, 2000; COIMBRA & SANTOS, 2000).

O Censo Demográfico 2010, com base nas pessoas que se declararam indígenas, contabilizou 896 mil pessoas que optaram por se considerar indígenas no quesito cor ou raça, sendo que a maioria dessas pessoas, 572 mil ou 63,8% moravam em áreas rurais e 517 mil ou 57,5%, viviam em Terras Indígenas oficialmente reconhecidas pelo governo brasileiro. O censo conclui que haveria 305 etnias falando 274 línguas indígenas, perfazendo cerca de 0,4% da população nacional. Em seguida à resposta positiva sobre ser indígena, era perguntado a que povo pertencia e a língua indígena que falava. Conforme GOMES (2012), isso gerou “confusão e profusão de etnônimos”, o que se refletiu na “irrealidade dos resultados” em relação a esses dados específicos.

Segundo levantamento de 2011 do Sistema de Terras Indígenas da FUNAI, mais próximo da realidade, existem no Brasil mais 220 povos indígenas, havendo um total de 650 mil pessoas vivendo em Terras Indígenas, incluindo indígenas e não-indígenas. Das 687 Terras Indígenas contabilizadas pela FUNAI naquele momento, 410 (59,7%) estavam oficializadas, 54 (7,8%) estavam declaradas, 24 (3,5%) eram homologadas e 20 (3%) eram apenas delimitadas. Havia ainda 21 (3%) Reservas Indígenas e 158 terras estavam em estudo. Existem também etnias não reconhecidas, tribos indígenas isoladas e uma série de outros problemas relacionados à falta de informação e de vontade política que fazem com que os povos indígenas sejam penalizados em relação à conquista dos seus direitos de cidadania. O acesso à saúde pública é um dos aspectos que mais se destacam nessa contabilidade negativa.

Em suma, embora tenham ocorrido avanços significativos no conhecimento das questões indígenas e um crescente empoderamento das lideranças indígenas na luta por seus direitos básicos de cidadania, a situação ainda está aquém do esperado. O I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas (CARDOSO et al., 2009), realizado em 2008-2009 por meio de uma parceria entre a FUNASA e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO, com base em uma amostra probabilística da população indígena aldeada, buscou caracterizar o estado nutricional das mulheres entre 14 e 49 anos e as crianças menores de cinco anos em todas

as regiões do País. Ao comentar os resultados da pesquisa, COIMBRA (2014) tece um resumo dramático dessa situação:

A configuração atual da saúde dos povos indígenas no Brasil resulta de complexa trajetória histórica marcada por conflitos fundiários associados à expansão das fronteiras demográficas nacionais, degradação ambiental e, em muitos casos, omissão por parte do Estado. Para os povos indígenas, isso resulta em grande atraso em relação aos avanços sociais verificados no país ao longo das últimas décadas, particularmente nos campos da saúde, educação, habitação e saneamento. Estudos realizados em diversas etnias a partir dos anos de 1990 têm destacado o contexto das desigualdades sociais em saúde que marcam a fronteira entre ser indígena e não indígena no Brasil. Em outras palavras, ser indígena no país implica maior chance de não completar o primeiro ano de vida, sofrer de desnutrição e anemia durante o período de crescimento, conviver com elevada carga de doenças infecciosas e parasitárias e estar exposto a rápido processo de transição nutricional, responsável pela emergência de agravos como obesidade, hipertensão arterial e diabetes mellitus, constatados em número crescente de comunidades.

6.1 – Participação nas instâncias do poder público/ direitos indígenas

A participação nas esferas do poder público é hoje consenso entre as lideranças indígenas como o modo de fazer valer os seus direitos. Ao longo do tempo, os movimentos indígenas começaram a assumir o protagonismo nas lutas por seus direitos, deixando de lado a tutela imposta historicamente por órgãos governamentais ou intermediários não indígenas. Superando a visão de que os índios seriam um obstáculo ao desenvolvimento do país, há o fortalecimento de sua afirmação identitária e, conseqüentemente, o estabelecimento da “especificidade da questão indígena intensamente

refletida, de modo especial, por um edifício ideológico compreendido como indigenismo” (BITTENCOURT, 2000).

Para conseguir interlocução com os poderes públicos e fazer valer os seus direitos, as organizações indígenas, em muitos casos, precisaram se adaptar aos espaços e sistemas existentes, mesclando “formas organizativas não-índias com as formas tradicionais de organização”. No caso dos guaranis, por exemplo, foram criadas as chamadas “lideranças para fora”, que estariam “mais aptas para transitar na lógica dos não-índios”, o que incluiria um bom domínio da língua portuguesa e dos costumes hegemônicos na sociedade brasileira (BORGES, 2010).

Deve-se salientar a importância das organizações indígenas na luta dos povos originários para fazer valer os seus direitos:

“(...) um tipo de instituição sem equivalente nos modos tradicionais de organização social indígena, mas não isenta de influência sobre as formas de exercício do poder político nas sociedades que lhes deram origem. Essas entidades vêm construindo um tipo de identidade política centrado na apropriação e utilização de formas institucionais e saberes não-indígenas, mas que permitem um reencontro e um reforço da "comunidade étnica" em busca de seus direitos civis. Além disso, viabilizam a captação de bens, recursos e serviços capazes de contribuir para a redução da assimetria produzida pelo processo colonizatório.” (GARNELO e SAMPAIO, 2003).

No caso deste estudo, todas as lideranças indígenas em foco ocupam diversos níveis de interlocução com o poder público: Ninawá Huni Kui, líder maior do povo Huni Kui, é membro do Conselho Estadual de Saúde do Acre; Osmildo Conceição, além de cacique kuntanawa e agente agroflorestal indígena, na época do depoimento, também liderava a organização indígena

multiétnica OPIRJ - Organização dos Povos Indígenas do Rio Juruá, que congrega membros das etnias katukina, poyanawa, nawa, nukini, jaminawa, shanenawa, ashaninka, apolima, kaxinawá e kuntanawa; Josias Pereira Kaxinawá, que representa 32 aldeias huni kui no município acreano de Jordão e também é agente agroflorestal indígena; e Edilson Puá Katukina, cacique katukina, agente agroflorestal indígena e membro do Conselho Municipal de Saúde de Cruzeiro do Sul, segunda maior cidade do Acre.

O discurso dos quatro caciques evidencia a consciência de que, para conseguir os seus objetivos junto à sociedade nacional, não apenas na área da saúde, mas também em relação à educação e à integridade das Terras Indígenas, suas três prioridades, é necessário incorporar o discurso político dos não-indígenas, com o uso corriqueiro de palavras como empoderamento e articulação, e também executar uma estratégia pragmática de ocupação de espaços políticos como os assentos nos Conselhos de Saúde e outros espaços de controle social. Há também uma explícita política de formação de quadros, onde além dos dignatários tradicionais como o cacique e o pajé, surgem novas funções instituídas pela intervenção do Estado brasileiro, como o professor indígena, o agente agroflorestal indígena, o agente de saúde indígena, o agente indígena de saneamento, que cumprem papéis específicos importantes nas comunidades, e mesmo as lideranças que extrapolam os poderes locais e organizam os movimentos indígenas em entidades que congregam etnias diferentes em função do bem comum. Finalmente, há uma clara modulação em relação aos diversos níveis de poder (municipal, estadual e federal, “os três atores” nas palavras de

Ninawa), não apenas reivindicando, mas também denunciando, quando necessário, as iniquidades do sistema.

6.2 – Medicina tradicional – exterioridade da doença

Um problema bastante complexo na atenção à saúde aos povos indígenas está justamente na dificuldade de adequar esse cuidado aos paradigmas culturais de quem os recebe:

Ao conceito de cultura, portanto, na antropologia médica, são pertinentes as formas sociais de expressão da doença, os modos de prevenção e enfrentamento da doença, e a escolha dos meios de tratamento. Além do que, os hábitos, costumes e crenças que participam da vida humana, das formas de se viver, orientam certas práticas alimentares e religiosas, certos padrões de organização familiar e comportamentos que interferem positiva ou negativamente na saúde. (CASTIEL & SEVALHO, 1998)

O fator cultural, portanto, é essencial para determinar o modo como o paciente interpreta a sua própria doença e aceita o tratamento. No caso dos Guaraní Mbyá, por exemplo, há uma clara distinção: “Quando a doença é classificada por eles como doença de contágio, procuram o tratamento da medicina ocidental, porém, se o caso for classificado como sendo de alguma outra origem só o pajé poderá curar” (MARINHO & PORTELLA, 2011). Conforme ensina MINAYO, 1991:

À medida que cristaliza e simboliza as maneiras como a sociedade vivencia coletivamente seu medo da morte e seus limites frente ao mal, a doença importa tanto por seus efeitos imaginários: ambos são reais do ponto de vista antropológico. A doença é uma realidade construída e o doente é um personagem social.

O entendimento da concepção de saúde-doença de cada povo indígena é essencial para a aceitação do tratamento e está no cerne da opção da

Constituição de 1988, regulamentada em parte na Lei Arouca, de respeitar costumes, crenças e tradições indígenas. A implementação cotidiana dessas práticas, porém, depende de uma especial interação social que não imponha um modelo de atenção à saúde completamente descolado da realidade desses povos.

Porém, no caso das minorias étnicas, embora a cidadania represente um direito e um tipo de proteção social, ela também pode significar uma forma de homogeneizar o mundo indígena aos modos de vida da sociedade nacional, podendo ainda induzir à adoção de valores e comportamentos do grupo social hegemônico, em detrimento da diferenciação étnica (TEIXEIRA E GARNELO, 2014).

LANGDON (1999) enfatiza que é muito importante que os profissionais que lidam com saúde indígena sejam treinados para entender “o conceito antropológico de relativismo” e respeitar os “saberes sobre saúde” dos indígenas:

As respostas culturais para estes conceitos de saúde e doença são diferentes daquelas da biomedicina, e resultam em noções, valores e expectativas diferentes e específicas segundo a etnia particular. O primeiro passo para realizar os princípios da legislação sobre saúde indígena é o reconhecimento de que estas diferenças são legítimas e fazem parte de um sistema cultural de saúde e que não são superstições ou fragmentos de um pensamento menos evoluído.

Vale lembrar ainda que as medicinas tradicionais indígenas, de origem xamânica ou não-xamânica, em praticamente todos os países da América Latina, apesar de todas as restrições por parte dos defensores do uso

exclusivo da biomedicina, sobreviveram e têm grande aceitação entre todos os tipos de população, de aldeados a moradores de ambientes urbanos, constituindo-se um “dos aspectos mais dinâmicos de reprodução social dos grupos étnicos e de sua interação com as sociedades nacionais” (LUZ, 2005).

O fortalecimento da etnomedicina através de estratégias de intermedicalidade seria a saída cultural possível para harmonizar a questão, segundo FÓLLER (2004):

No ponto de contato, cria-se também uma zona de estratégia política ou uma resistência ao poder hegemônico, representado aqui como biomedicina. Constrói-se um espaço de intermedicalidade em que uma medicina híbrida continua a existir com características tanto da etnomedicina quanto da biomedicina. Membros dos povos indígenas selecionam e inventam soluções valendo-se dos conhecimentos e materiais da agência ocidental. Os elementos da biomedicina são incluídos, de acordo com as fontes, porque fortalecem a etnomedicina, o que constitui um processo de indigenização. Este meio-termo envolve tanto aceitar o conhecimento biomédico quanto resistir ao poder e à ideologia da biomedicina.

FERREIRA, 2007, aponta que as próprias “políticas oficiais têm, sistematicamente, descontextualizado os conhecimentos, as práticas e os praticantes das medicinas tradicionais”, propondo que seria necessária a construção de programas governamentais localizados, que harmonizassem os conhecimentos médicos ocidentais com a tradição médica de cada nação indígena especificamente. As boas práticas no setor passam por adaptação na atenção à saúde que leve em consideração os costumes de cada etnia, “indigenizando” na medida do possível essas práticas com a colaboração dos próprios indígenas, o que foi realizado, por exemplo, em uma

capacitação muito bem-sucedida de parteiras indígenas na região do Alto Juruá (FERREIRA, 2012 e 2013).

Os caciques expressam claramente que a manutenção das tradições, das línguas indígenas, dos nomes étnicos e mesmo dos seus conhecimentos sobre as propriedades curativas das ervas da floresta são fundamentais para manter a sua identidade. Porém, como afirma Edilson Puá Katukina, “nós vivemos em dois mundos, no mundo tradicional e no mundo do branco. Nós precisamos dos dois mundos”. Assim, os indígenas, que valorizam a sua medicina tradicional, também querem acesso à tecnologia biomédica, tanto em relação a medicamentos industrializados, como a tratamentos e cirurgias de média e alta complexidade, para perseguir, como qualquer outro cidadão brasileiro, o seu direito à saúde.

6.3 – Dificuldades com o SUS

A saúde indígena, até a promulgação da Constituição de 1988, estava subordinada a uma política assimilacionista, que preconizava a integração indiferenciada dos indígenas à sociedade brasileira. Portanto, as eventuais ações na área não eram consistentes nem respeitavam as especificidades dos povos indígenas, além de estarem subordinadas à Fundação Nacional do Índio (FUNAI). A Carta Magna, ao garantir aos indígenas todos os direitos de cidadania, o que inclui o direito à saúde, e, em capítulo específico, afirmar que “são reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições”, tornou necessário o estabelecimento de uma nova política de atenção à saúde que, além de respeitar as suas

especificidades culturais e práticas tradicionais, também permitisse a participação das comunidades indígenas no seu planejamento, execução, avaliação e controle. Tornou-se necessário deslocar a atenção à saúde dos povos indígenas da FUNAI para o Ministério da Saúde. Assim, com base na Lei Arouca, aprovada em 1999, foi implantado em 2000 o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, uma estrutura separada, mas integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), com a finalidade de oferecer essa atenção diferenciada de acordo com o espírito do preceito constitucional. (DIEHL e LANGDON, 2015).

É importante frisar que o Subsistema, especialmente por questões logísticas, é proporcionalmente caro, e os valores aplicados “representaram um investimento per capita três vezes maior que o gasto em saúde para a população brasileira” (GARNELO, MACEDO & BRANDÃO, 2003).

O modelo de distritalização, que contou desde o seu início com o apoio das organizações indígenas durante a década anterior à implantação da Lei Arouca, foi considerado o caminho adequado para proporcionar uma atenção à saúde adequada a esses povos:

Apesar de toda essa diversificação e das dificuldades pertinentes a todo o processo de democratização e de inclusão social, existe o vislumbre de serem gerados modelos sanitários que atendam às necessidades básicas e estratégicas das comunidades indígenas no Brasil, desde que seja mantida a linha política de distritalização da saúde indígena (ATTHIAS & MACHADO, 2001).

A organização do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena está estruturada em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), que são

delimitados principalmente com base em fronteiras étnicas, que extrapolam os limites geográficos de estados e municípios, e têm jurisdição sobre amplos territórios. Cada DSEI é composto por uma estrutura baseada na mão-de-obra humana (profissionais de saúde, agentes indígenas de saúde e agentes indígenas de saneamento), estrutura física (postos nas aldeias, polos-base por grupos de aldeias e Casas de Saúde Indígena – CASAs – voltados para a atenção primária e encaminhamento ao SUS dos casos de média e alta complexidade) e estrutura de controle (conselhos de saúde locais e distritais voltados ao controle social das ações). Segundo TEIXEIRA (2013),

(...) esta organização almejaria garantir a extensão dos princípios de universalidade, integralidade e equidade afirmados pelos SUS à população indígena, bem como a participação dos indígenas no planejamento e na fiscalização das ações de saúde, o respeito às práticas indígenas de cuidado da saúde e sua articulação com os serviços biomédicos oferecidos pelo SUS a todos os brasileiros”.

Ao fazer a revisão da literatura a respeito dos DSEIs, PALHETA (2015) concluiu que o conjunto de autores que se debruçaram sobre o tema chega a um relativo consenso de que, embora existam claros avanços no setor, ainda é flagrante “a inadequação ao tratamento especializado aos povos indígenas” e que o subsistema reproduziria os mesmos problemas inerentes ao SUS. Na mesma linha, RIBEIRO & ARANTES (2014) consideram que o acolhimento no Subsistema deve adotar “uma prática centralizada na necessidade do indígena”, uma vez que, atualmente, estaria contribuindo “com a inserção dos usuários no processo de assujeitamento e

despersonalização que são característicos do modelo biomédico”. SANTOS (2008) faz um diagnóstico da situação do Subsistema:

O balanço do processo de implantação do subsistema sinaliza para avanços, mas também para a permanência e até mesmo para o agravamento de muitos problemas. Deve ser assinalado o reconhecimento, pelo poder público, da necessidade de concretizar uma política específica de saúde para os povos indígenas, fundamental para ampliar o acesso dos indígenas à rede SUS. Porém, o modelo está longe de funcionar a contento, o que remete a dificuldades como a restrita capacidade gerencial da Funasa e das instituições conveniadas. A baixa capacitação e a alta rotatividade dos recursos humanos permanecem como importantes entraves do modelo. Tampouco se vê, em ampla escala, a materialização dos princípios norteadores da política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas, como a integralidade da assistência e a provisão de atenção culturalmente diferenciada.

Os caciques estudados expressam uma compreensão da missão do SUS bastante rara entre os não-indígenas, embora sofram com os problemas inerentes ao Subsistema de Saúde Indígena, especialmente com o choque cultural que deveria ser evitado em função dos preceitos constitucionais e da Lei Arouca que os regulamentou. Há denúncia de maus tratos ou de tratamento inadequado e a reivindicação de treinamento para os profissionais de saúde. Vê-se aqui mais um retrato do papel insuficiente do Estado brasileiro para enfrentar essa questão, refletindo no Subsistema de Saúde Indígena os problemas encontrados na estrutura geral do SUS.

6.4 – Cuidados de saúde nas aldeias

A cobertura de saúde, especialmente nas aldeias, é extremamente precária, principalmente em áreas de DSEIs mais afastadas. Entre outros problemas, os DSEIs sofrem com a alta rotatividade de pessoal especializado para lidar como interlocutores técnico-culturais e as interrupções constantes de atendimento nas aldeias (GARNELO & SAMPAIO, 2005; SCOPEL, DIAS-SCOPEL & LANGDON, 2015).

Essa cobertura intermitente faz com que os dados epidemiológicos sobre essas populações sejam imprecisos e subnotificados. Haveria ainda cerca de 50 grupos indígenas considerados “isolados”, uma vez que são refratários ao contato com os brancos, seja porque nunca o tiveram ou porque preferiram interromper o contato e foram retribalizados. Há, portanto, uma exclusão epidemiológica a respeito de parcela significativa da população indígena (BARROS, 2003), que foi chamada de “danosa invisibilidade demográfica e epidemiológica” (COIMBRA JR, & SANTOS, 2000). Contudo, a necessidade de aproximação com estes indígenas isolados é um ponto consensual na comunidade dos antropólogos (SAÉZ, 2007).

Em 2000, no contexto de implantação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, foi o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI). Dados sobre óbitos, nascimentos, morbidade, imunização, produção de serviços, recursos humanos e infra-estrutura são coletados, processados e analisados (SOUZA, SCATENA & SANTOS, 2007). A evolução do trabalho

do SIASI tem avançado o conhecimento sobre os dados epidemiológicos dos povos indígenas, mas a situação ainda é precária:

(...) minorias étnicas e raciais no Brasil vivenciam situações de exclusão, marginalidade e discriminação que, em última instância, as colocam em posição de maior vulnerabilidade frente a uma série de agravos. Coeficientes de morbimortalidade mais altos do que os registrados em nível nacional; fome e desnutrição, riscos ocupacionais e violência social são apenas alguns dos múltiplos reflexos sobre a saúde decorrentes da persistência de desigualdades. É fundamental, portanto, que investigadores em ciências sociais e nas ciências da saúde somem esforços no sentido de aprofundarem os conhecimentos sobre as múltiplas interfaces dos efeitos da dimensão étnico-racial sobre a saúde. Com base nesses conhecimentos, tornar-se-á possível melhor compreender a gênese, determinantes e formas de reprodução das desigualdades em saúde. Tais conhecimentos são fundamentais para o embasamento de atuações políticas, inclusive por parte de lideranças indígenas, e de intervenções com vistas à promoção da equidade em saúde (COIMBRA Jr. E SANTOS, 2000).

GARNELO (2012) afirma que, ainda que os dados disponíveis sejam limitados, é possível perceber que o atendimento prestado no DSEI é insatisfatório e que são encaminhados às cidades problemas de saúde que poderiam ser sanados nas aldeias e polos-base. Como consequências negativas, existiria um excesso de remoções que, além de superlotar as Casas de Saúde Indígena, interrompem rotinas de subsistência das famílias indígenas.

A partir dos anos 1980, no contexto da mobilização dos povos indígenas pelos seus direitos de cidadania, surgiu a necessidade, desenvolvida por universidades e organizações não-governamentais, de preparar indígenas para desenvolver ações básicas de saúde nas aldeias. Posteriormente, com a criação do Subsistema de Saúde Indígena, os AIS passaram a compor,

juntamente com profissionais de saúde de diversas especialidades, as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI). Devido ao seu comprometimento por pertencerem à aldeia que os indicou, tornam-se, inclusive, figuras-chave na interface entre a comunidade e a atenção primária à saúde, em razão da “alta rotatividade dos profissionais não-indígenas”, que “leva a que, em muitos Distritos, somente o AIS esteja regularmente atuando nas comunidades” (PONTES, 2013). Na maioria das aldeias, há um agente indígena de saúde (AIS) que, segundo manual específico de treinamento da FUNASA (2005), deveria desempenhar as seguintes funções:

O agente indígena de saúde será formado para participar da atenção à saúde de todos os membros de sua comunidade e das localidades de sua área de abrangência, devendo desenvolver prioritariamente ações de vigilância em saúde, prevenção e controle das doenças e agravos, por meio de visitas domiciliares, atividades educativas individuais, familiares e coletivas e ações de atenção primária à saúde, sob a supervisão e acompanhamento de profissionais de saúde capacitados para exercerem essa função (instrutores/supervisores), lotados nas equipes de saúde dos distritos sanitários.

Há, porém, uma série de problemas relacionados ao trabalho dos AIS. DIEHL, LANGDON & DIAS-SCOPEL (2012) questionam o conteúdo programático dos cursos de formação desses agentes, pois, segundo a sua perspectiva, não dariam conta das especificidades relativas à saúde indígena, valorizando excessivamente o conhecimento biomédico e “reproduzindo as relações assimétricas entre os povos indígenas e a sociedade ocidental”.

TEIXEIRA (2013) aponta que essa posição de interface entre a comunidade e a EMSI, inerente à função do AIS, implica uma “dupla representatividade que os deixa numa posição contraditória e gera muitas tensões”, pois, além do seu papel natural de atuar como parte do controle social da atividade de atenção à saúde, ele também precisa “representar as equipes de saúde junto à comunidade indígena”.

Outro fator limitador é o impedimento de exercer tarefas mínimas. LANGDON & DIEHL (2007) assinalam que, em Santa Catarina, os AIS são proibidos de “tomar a temperatura, medir a pressão arterial e aplicar injetáveis”. Assim, conforme as autoras:

Diante das proibições de realizar cuidados de atenção primária, expressaram o enfrentamento de expectativas contraditórias por parte da EMSI e da comunidade. Assim, percebiam que eram cobrados pela comunidade no sentido de tomarem decisões que não estavam no rol de suas funções ou para as quais não foram preparados adequadamente. Como nos afirmou um AIS, “os índios pensam que somos médicos”. Também, os AIS se perceberam culpabilizados pelos membros da comunidade em relação às falhas dos serviços do restante da EMSI ou quando o médico não aparecia numa consulta marcada pelo agente.

A principal reivindicação de saúde dos caciques estudados neste trabalho está relacionada à atenção primária nas aldeias. No caso do Acre, onde a maioria das Terras Indígenas está distante dos centros urbanos e, pela falta de estradas e meios de transporte, a remoção de um paciente é muito difícil e, em épocas de chuva, por exemplo, torna-se quase impossível. Outra queixa recorrente é quanto à falta de reciclagem e até mesmo de treinamento dos agentes indígenas de saúde: o cacique Josias Kaxinawá afirmou que o agente da sua Terra Indígena não recebeu treinamento algum

e, numa única ida à Cada do Índio de Rio Branco acompanhando pacientes, “conheceu pessoas” e teve acesso informalmente a “muita informação”. Também há uma queixa recorrente à falta de acesso dos AIS a remédios. Eles não têm acesso nem mesmo a medicamentos de uso livre como dipirona. Se o atendimento nas cidades já é precário, nas aldeias a omissão do Estado é quase total.

6.5 – Segurança alimentar e desnutrição

Uma questão importante que surge nos depoimentos das lideranças indígenas diz respeito à segurança alimentar e ao problema da desnutrição que estão fortemente enunciados nos depoimentos de três caciques. A definição de segurança alimentar adotada pelo Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), órgão do governo brasileiro, e que serve como base para a definição de políticas públicas, é descrita como o acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente (FÁVARO, 2007). Neste sentido, o conjunto das lideranças apontam problemas de acesso aos alimentos oferecidos pela população não-indígena e dificuldades de manter o extrativismo em suas terras demarcadas. Esta situação não tem sido valorizada pelos gestores locais dos SESAIS.

A desnutrição é provavelmente o maior problema de saúde pública enfrentado pelos povos indígenas no Brasil. Já em 1993, SANTOS afirmava que:

(...) há fortes evidências sugerindo que as elevadas frequências de baixa estatura para idade, comprovadas em estudos antropométricos com crianças indígenas, estejam, de alguma forma, relacionadas com condições de saúde e de nutrição aquém dos níveis adequados. (...) Esforços precisam ser feitos para remediar esta situação já que as populações indígenas, pela própria natureza do processo que atravessam ao entrar em contato com a sociedade nacional, tornam-se bastante expostas a fatores potencialmente predisponentes a problemas nutricionais.

Resultados do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, realizado em 2008-2009, dão conta de que 25,7% das crianças examinadas apresentavam déficit estatural, índice que, na Região Norte, alcança 40,8%. Segundo COIMBRA (2014) “esses números nos remetem a um Brasil de pelo menos quatro décadas atrás” em termos de realidade de crianças não-indígenas” e para LÍCIO (2009) “fica evidente que o perfil de saúde e nutrição das crianças indígenas não acompanhou a evolução do perfil das crianças brasileiras não-indígenas”. Em 2013, ainda operando com dados do Inquérito Nacional, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde ainda trabalhava com a prevalência de 26% de desnutrição crônica entre as crianças indígenas.

Outros fatores de agravamento da questão nutricional indígena são apontados por SALGADO (2007): as ações oficiais de saúde sejam elas emergenciais ou preventivas, embora tenham um papel de atenuar o problema, em geral “não alteram o quadro de dependência externa por alimentação nem modificam os hábitos alimentares equivocados absorvidos”. Esse autor também assinala que o programa de merenda escolar é “a política pública mais preocupante”, pois atua numa faixa etária

formadora de hábitos alimentares. Apesar do Ministério da Educação – MEC estabelecer que a alimentação deve ser regionalizada, na prática isso não costuma ocorrer. Não se privilegiam “os alimentos produzidos nas aldeias, todos os meses chegam de fora alimentos de baixa qualidade e sem nenhuma relação com o universo alimentar e nutricional indígena.”

O termo “segurança alimentar” está presente no discurso de três caciques: Ninawá, Osmildo e Edilson, sendo que este último introduz relaciona este conceito com a questão de produção nas próprias terras indígenas. Ninawa fala que já foi feito um “levantamento com os indicadores em relação à desnutrição nas comunidades indígenas” e diz que é preciso “formatar as Diretrizes de Políticas Públicas” para a questão, observando ainda que também há desnutrição em pessoas que não estão magras. Percebe-se que os caciques conhecem o problema com relativa profundidade para leigos e agem, inclusive no fomento à agricultura sustentável, para enfrentar o problema.

6.6 – Qualidade da água e saneamento básico

O acesso precário à água potável e ao saneamento básico são outros fatores que comprometem de forma determinante a saúde indígena. Segundo COIMBRA (2014), escrevendo a respeito dos dados coletados em 2008-2009 pelo I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, um retrato das “grandes iniquidades em saúde entre o Brasil indígena e não-indígena”. Vamos aos dados: apenas 19% dos domicílios indígenas possuía banheiro dentro de casa, dado que cai para 0,6% na

Região Norte, onde se encontra nossa população de estudo – a maioria da população indígena ou tem o banheiro fora de casa ou usa a mata do entorno para fazer suas necessidades. Os dejetos são coletados por meio de fossas rudimentares em 63% dos domicílios indígenas do País, chegando a 91% na Região Norte. COIMBRA (2014) conclui que “as aldeias indígenas praticamente não dispõem de infraestrutura sanitária minimamente adequada e compatível com a tendência verificada no restante do país”.

Em relação à água utilizada para consumo humano, a situação é semelhante. A maioria das aldeias consome água de fontes naturais sem qualquer tratamento prévio. Somente no Nordeste o uso de água potável proveniente da rede pública alcançou 28% dos domicílios, realidade positiva muito diferente das demais regiões. Poços artesianos são a fonte de água de 55% dos domicílios indígenas do País, sendo que na Região Norte esse dado cai para 40%. Ocorre, porém, que mesmo quando poço artesiano, muitas vezes há uma série de problemas inviabilizam o seu uso, desde a falta de dinheiro para comprar o combustível para abastecer o gerador até avarias de diversas naturezas no equipamento, que comprometem o seu uso por longos períodos de tempo, levando os indígenas à utilização de fontes naturais. O manejo do lixo doméstico também é realizado de forma rudimentar, sendo que em 79% das aldeias é enterrado, queimado ou jogado no entorno da aldeia.

Uma percepção unânime entre os caciques estudados é a importância da qualidade da água para a prevenção de doenças, até porque são um determinante evidente na morte de pessoas e, principalmente, de crianças no Acre, por diarreias, hepatites etc. Tipos rudimentares de tratamento da água, como a cacimba manual, são ainda utilizados e muitos poços artesianos estão inacabados. Também são fornecidos pelo governo filtros de água e suas respectivas velas, mas não há explicação sobre o seu uso correto. Há problemas com o fornecimento de cloro e, em plena Amazônia, os rios estão poluídos pelos esgotos das cidades.

6.7 – Logística

Os DSEIs localizados na Região Norte são os que apresentam maiores problemas de logística e comunicação, o que atrapalha demasiadamente não apenas o acesso ao atendimento aos indígenas como é causa determinante para a rotatividade da mão de obra. LIMA (2013) sintetiza a situação do DSEI do Médio Rio Purus:

Um dos grandes desafios dos DSEI, das regiões de difícil acesso, é colocar esses profissionais em áreas (nas aldeias) tendo em vista a alta complexidade que envolve a logística nos deslocamentos das equipes, sendo realizadas por via fluvial, em barcos conhecidos na região como “voadeiras”, por via aérea, em aeronaves bimotor ou monomotor e por via terrestre de veículos motorizados. Os deslocamentos por via hidroviária chegam a demorar até 20 dias, com as EMSI permanecendo nas aldeias por até 30 dias, em condições sanitárias penosas de trabalho, exposição de riscos à saúde, precárias condições nos alojamentos, além das barreiras linguísticas, situações inusitadas face às diferenças culturais, o que os levam a desistir na primeira entrada em aldeias.

LOUZADA (2007), que estudou as atividades do EMSI em aldeias da região dos municípios de São Gabriel da Cachoeira e Barcelos, no Amazonas, reportou situações semelhantes. HORIBA (2012), que atuou na mesma região, acrescentou “os riscos relacionados aos animais selvagens (onças, porcos do mato), serpentes e os insetos (aranhas, mutucas, mosquitos, dentre outros) que por vezes atrapalham as caminhadas”, e a umidade, que dificulta os deslocamentos dentro da floresta. Também a distância entre as aldeias e os pólos de saúde praticamente inviabiliza atendimentos emergenciais. SCOPEL (2013) descreve problemas semelhantes na Terra Indígena Kwatá-Laranjal, Município de Borba, Amazonas, e dá muita ênfase à questão da falta de comunicação: para ele, a falta de recursos de telefonia e internet seria um fator determinante para a rotatividade de mão de obra. Estudando a mesma região, FURTADO (2015) identifica ainda a falta de segurança dos barcos que fazem o transporte tanto dos pacientes como dos profissionais de saúde, que não teriam condições mínimas para a função, faltando até coletes salva-vidas.

MARTINS (2013) opina que o investimento em logística é fundamental para que o Subsistema de Saúde Indígena possa cumprir a sua função, sugerindo que é preciso: “Disponibilizar os meios logísticos adequados (barcos, carros, aviões, suprimentos em geral) para garantir regularidade das ações de atenção primária à saúde nas aldeias e, com isso, permitir extensão da oferta dos serviços e acesso mais oportuno da população”.

Os depoimentos dos caciques, especialmente Osmildo Conceição e Josias Kaxinawá, que habitam Terras Indígenas localizadas nos locais mais

distantes das principais cidades do Acre, evidenciam a precariedade dos transportes existentes na região, falando de barcos de madeira, canoas inseguras etc e deslocamentos em busca de atenção de saúde que são medidos em dias. É algo comum “morrer em viagem”, em busca de tratamento. Outro problema é a ausência de telefonia e rádio nas aldeias, inviabilizando também a possibilidade de pedir socorro.

6.8 – Cobertura vacinal

O Brasil é um país modelo em imunização e, na medida do possível, essa cobertura vacinal chega aos povos indígenas, que têm um calendário nacional de vacinação próprio, recentemente aperfeiçoado pela Portaria nº. 1498, de 19 de julho de 2013, do Ministério da Saúde. Além das vacinas oferecidas aos demais cidadãos, os indígenas recebem também a da varicela, para crianças, a do pneumococo-23, para idosos e crianças com idade inferior a dois anos. A imunização contra a gripe (influenza) e hepatite B são oferecidas a todas as faixas etárias.

Os povos indígenas em geral aceitam muito bem a vacinação. Em seu trabalho sobre o Projeto Xingu, escrevendo sobre a questão das quatro temporadas anuais de vacinação na região, ASSUMPÇÃO (2014) formula uma hipótese para explicar a boa aceitação das vacinas. Em sua opinião, essa postura estaria associada ao histórico de epidemias que assolaram os povos indígenas ao longo do tempo:

Assim, a lembrança de uma época áurea, em que os médicos salvaram seus antepassados, atualiza a importância do evento da vacinação, rito que se repete

quatro vezes ao ano, com a aprovação e aceitação da maioria. Arrisco dizer que é essa memória de situações trágicas do passado que deu condições às intervenções cada vez mais constantes da medicina ocidental nas populações indígenas, as quais foram simultâneas a um novo ciclo estabilizante. Ou seja, as epidemias que dizimaram povos nos séculos passados formaram uma conjuntura (desestruturação cultural) que acarretou em ações sociais (as intervenções biomédicas de imunização) que, ao menos no Xingu, transformaram-se em realidades míticas (quatro vezes ao ano).

Gráfico 1. Cobertura vacinal na população indígena < 1 ano de idade. Brasil, 2010.

Fonte: Funasa/DESAI/DSEI. Dados preliminares, sujeitos à alteração. 2010. PENTA (Pentavalente), VORH (Vacina Oral contra Rotavirus Humano), VOP (Vacina Oral contra Poliomielite), DTP (Vacina Tríplice Bacteriana), VHB (Vacina contra Hepatite B), FA (Febre Amarela), TETRA (Tetralente).

No entanto, embora a condição vacinal dos povos indígenas tenha melhorado ao longo de tempo, ela ainda se ressentia da falta de dados epidemiológicos mais precisos sobre esta população. Como exemplo, examinaremos o caso da tuberculose, doença que historicamente sempre foi uma causa importante de mortalidade indígena:

No que tange à vacinação contra a tuberculose, a *Bacillus Calmette-Guérin* (BCG), nas crianças indígenas, essa atinge cobertura superior a 80% na maioria das áreas, algumas

chegando mesmo a (100%). Entretanto, a incidência de tuberculose na população indígena é superior à média brasileira. No Brasil, a incidência de tuberculose é de aproximadamente 38 casos por 100.000 habitantes, enquanto, entre os indígenas do Mato Grosso do Sul, chegou a 300 casos por 100.000 habitantes, tendo se estabilizado em 50 casos por 100.000 habitantes a partir do ano de 2010 (SQUINCA, PALHARES & SANTOS, 2014).

Portanto, embora tenha melhorado ao longo do tempo em função da ampliação da cobertura vacinal, esta ainda apresenta números muito distantes daqueles da população brasileira em geral e “permanece como uma importante causa de morbidade e mortalidade, mesmo com a disponibilidade de tratamento específico”, conforme SANTOS, (2013), que inferiu as três conclusões abaixo:

(1) A prevalência da tuberculose em indígenas menores de 15 anos no estado de Mato Grosso do Sul, que era de 40% em 2001, (2) baixou para 20,4% no período entre 2000 e 2006. (3) Embora represente uma redução significativa, essa prevalência contrasta com os 5% de casos de tuberculose esperados em menores de 15 anos para a população geral do Brasil.

A vacinação é um dos raros pontos em que os caciques do Acre se consideram relativamente atendidos. Josias Kaxinawá, ao reclamar da quase inexistência de transporte para o deslocamento de doentes, coloca como modelo de qualidade a utilização de helicópteros pelas equipes de saúde. Osmildo afirma, numa síntese rara, que “a forma como o branco tem tratado nosso povo nas aldeias é a questão da vacina. Só a vacina”. Mas Ninawá faz a ressalva de que nos lugares mais remotos do Acre a cobertura vacinal ainda não chega.

6.9 – Saúde das mulheres indígenas

O Brasil conta com aproximadamente 60% da população feminina indígena em idade fértil (BRASIL, 2010). As altas taxas de fecundidade das mulheres indígenas, em geral superiores a cinco filhos e muitas vezes ultrapassando oito, é um número muito elevado em relação às mulheres brasileiras não-indígenas. Esta é uma realidade que se mantém estável, segundo diversos estudos (AZEVEDO, 2000; FLOWERS 1994; SOUZA & SANTOS, 2001). COIMBRA & GARNELO (2004) mostram os determinantes dessas altas taxas:

No que tange aos determinantes da alta fecundidade, podem ser citadas a valorização sócio-cultural de famílias numerosas, elevadas cifras de mulheres indígenas envolvidas em uniões conjugais, início da vida reprodutiva relativamente cedo (se comparado aos padrões ocidentais) e intervalos inter-genésicos (entre os partos) curtos, entre outros.

Segundo o I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, 46% das mulheres pesquisadas apresentaram sobrepeso ou obesidade. Apesar disso, no entanto, foi encontrada uma prevalência elevada de anemia, com média geral de 32,7%, chegando a taxas de 46,8% na Região Norte. Dado relevante é que “a realização do pré-natal, estratégia considerada de suma importância tanto para a saúde da mulher como da criança indígena, em especial do recém-nascido, peca por sua irregularidade nos quesitos cobertura e qualidade” (COIMBRA, 2014).

A partir da década de 1990, as mulheres indígenas começaram a criar as suas próprias organizações ou setores específicos dentro de organizações

etnopolíticas indígenas já existentes, “viabilizadas principalmente pelo apoio de instâncias não governamentais da sociedade internacional” (SACCH, 2003).

Ao realizar um balanço da questão da mulher indígena dentro do contexto das últimas décadas, FERREIRA (2013-B) examinou a produção acadêmica e documentos oficiais, e identificando que a saúde da mulher indígena tem uma especificidade que, infelizmente, não está contemplada de maneira adequada nas políticas oficiais. Ele conclui que:

A criação de uma política de atenção à saúde da mulher indígena, ao medicalizar os corpos femininos, tende a intervir sobre os processos de produção de pessoas indígenas socialmente engendradas. As políticas direcionadas a esse segmento social, em consonância com os direitos diferenciados desses povos, devem considerar as mulheres indígenas como sujeitos relacionais inscritos em contextos particulares e imersos em sistemas de parentescos que organizam as relações sociais. Ou seja, faz-se necessário considerar a mulher em relação com os homens (pais, irmãos, esposos, filhos), e a importância da complementaridade entre os gêneros no cuidado com a saúde e na fabricação de novos seres indígenas.

A questão da saúde da mulher destaca-se mais pela omissão no discurso dos caciques. Embora Ninawá informe um buscar das mulheres indígenas do Acre por organização, ele mesmo ressalva que elas ainda não definiram diretrizes políticas e, portanto, essa luta ainda é incipiente. No depoimento de Josias Kaxinawá se entrevê a dura realidade: as mulheres, em geral confinadas à vida na aldeia, normalmente falam apenas a língua indígena e, muitas vezes, não conseguem nem ao menos se comunicar diretamente com os profissionais de saúde, necessitando de intérpretes. Fica evidente que, em função principalmente do isolamento em que vivem as mulheres

aldeadas, seu acesso direto à luta por melhores condições de saúde ainda depende quase que exclusivamente da intermediação masculina.

6.10 – Ecologia e biodiversidade

A Portaria nº 239, de 21 de junho de 2009, criou o Plano Nacional de Promoção das Cadeias de Produtos da Sociobiodiversidade, que reconhece o potencial natural e sociocultural da biodiversidade brasileira e investe em inovação e negócios sustentáveis, preferencialmente na área de alimentação (CONSEA, 2011).

O Acre, no entanto, está na raiz e na vanguarda desses conceitos, atuando desde 1996 na formação de agentes agroflorestais indígenas (AAFI) e no etnozoneamento, bases de sua política ecológica baseada no extrativismo sustentável e na sociobiodiversidade (GAVAZZI, 2012).

A atuação dos AAFIs parte de sua participação ativa nas atividades da comunidade, buscando o “diálogo entre saberes tradicionais e os novos saberes reinterpretados, incorporando a educação ambiental como ferramenta”, sendo construído na perspectiva autogestionada da própria comunidade, passando por um “filtro cultural, ecológico, econômico e social” (VIVAN, MONTE & GAVAZZI, 2002).

Dentro do Programa de Zoneamento Ecológico-Econômico do Estado do Acre há o Etnozoneamento em Terras Indígenas do Acre, que tem a função de orientar o governo estadual na harmonização do manejo ecológico e os interesses dos povos indígenas, “tornando-se um importante instrumento de

defesa do meio ambiente e do patrimônio histórico, cultural e intelectual” (PESSOA, 2010).

A percepção de que a floresta faz parte da estratégia de sobrevivência de sua identidade cultural, sendo que os próprios indígenas devem ser os guardiões dela, está clara no discurso dos caciques, sendo que três deles são agentes florestais indígenas. Também está muito clara para eles a relação da saúde com a nutrição natural e a proteção da biodiversidade.

6.11 – Morte de crianças indígenas

As taxas de mortalidade entre os indígenas são exponencialmente superiores às do conjunto da população brasileira. CHAVES (2004), ao fazer o cruzamento de dados da FUNASA e da Pastoral da Criança de 2003, identificava mortalidade infantil de 62,5% a cada mil entre os indígenas brasileiros, em contraste com 29 óbitos da população branca, resultando em uma diferença de 115,5%. Em 2002, o documento oficial Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas confessava a baixa qualidade das estatísticas sobre o assunto:

Não se dispõe de dados globais fidedignos sobre a situação de saúde dessa população, mas sim de dados parciais, gerados pela FUNAI, pela FUNASA e diversas organizações não-governamentais ou ainda por missões religiosas que, por meio de projetos especiais, têm prestado serviços de atenção à saúde aos povos indígenas. Embora precários, os dados disponíveis indicam, em diversas situações, taxas de morbidade e mortalidade três a quatro vezes maiores que aquelas encontradas na população brasileira em geral. O alto número de óbitos sem registro ou indexados sem causas definidas confirmam a pouca cobertura e a baixa capacidade de resolução dos serviços disponíveis (FUNASA, 2002).

Embora existam problemas relativos ao registro de nascimentos e óbitos, com ocorrência tanto de subenumeração quanto de duplicidade, além de classificação étnica, conforme atesta MACHADO et. al., 2009. Ao longo do tempo, a melhora da coleta de dados e das condições de saúde através de ações emergenciais e preventivas permitiram uma reversão no quadro, sendo que os resultados do Censo Demográfico 2010, comparados aos de 2000, revelaram um crescimento anual de 1,1% na população indígena brasileira; O Acre foi o Estado que alcançou o melhor índice – 7,2% ao ano (IBGE, 2012).

Essa tendência recente e consistente reverteu a crença, muito comum mesmo entre os antropólogos, de um descendo demográfico que culminaria provavelmente no desaparecimento das nações indígenas com a assimilação desses povos à sociedade nacional. As causas desse crescimento, assinala PAGLIARO (2010), seriam:

A redução dos níveis de mortalidade, especialmente a infantil, que, embora permaneçam ainda extremamente elevados, contribuiu sobremaneira para o aumento da sobrevivência de recém-nascidos, jovens e adultos de muitas etnias. Esse fator, combinado à manutenção ou à elevação dos níveis de fecundidade dessas populações, resultou em expressivo crescimento vegetativo, próximo de 3,5% ao ano, em muitas etnias. Como ocorre nessa fase do processo de transição demográfica, quando as populações, em geral, passam de decrescentes ou estáveis para populações em crescimento acelerado, assiste-se no presente momento a um rejuvenescimento importante das populações indígenas. Em muitos povos indígenas, a proporção de menores de 15 anos de idade supera atualmente a casa dos 50%. Deve ser destacado que a melhoria das condições de saúde dessas populações tem propiciado o aumento da sobrevivência em todas as idades, repercutindo inclusive na elevação da proporção de maiores de 50 anos, contribuindo assim para a preservação de normas e valores culturais tradicionalmente transmitidos pelos velhos. Os elevados níveis de fecundidade vigentes nos últimos decênios poderiam representar a recuperação

de padrões reprodutivos ancestrais existindo evidências de que nessas populações tais padrões seriam compatíveis com os seus anseios e necessidades estratégicas de poder e ocupação de território.

Apesar dessa significativa melhora, as desigualdades das populações indígenas em relação à população brasileira em geral ainda são expressivas e poderiam melhorar ainda mais, segundo CALDAS (2014), se houvesse mais efetividade nas “ações de atenção básica efetivas, comparativamente de baixo custo”. MOREIRA (2014), ressaltando a carência de dados, sustenta que as doenças parasitárias e infecciosas continuam tendo um papel determinante no perfil epidemiológico da população indígena. Mas ele identifica também fortes indícios de que doenças crônicas não-transmissíveis (obesidade, hipertensão e diabetes), problemas de alimentação, acesso à água potável, falta de tratamento do lixo e de saneamento básico seriam fatores relevantes de morbidade e mortalidade indígena no país.

COIMBRA (2014), ao analisar os resultados I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas em relação à criança indígena ressalta um quadro trágico: a prevalência de anemia, de 51,2%, chegando a 66,4% na Região Norte, sendo que a taxa de anemia da criança brasileira era de 20,9%, segundo a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da criança e da mulher (PNDS 2006). Também altos índices de hospitalização ocorreram nos 12 meses anteriores à aplicação da pesquisa, sendo causadas por diarreias (37,2%) e infecção respiratória aguda (47,6%). A pesquisa evidenciou ainda o fato das diarreias serem corriqueiras: 23,6% das crianças

tiveram episódios da doença na semana anterior à entrevista. Embora as taxas sejam muito altas, o Inquérito é relevante para identificar questões gerais e reafirma a importância de estudos mais aprofundados realizados em comunidades indígenas, pois apenas neles é que são encontradas situações-limite como as “referências a frequências de desnutrição crônica superior a 50% em crianças menores de cinco anos, e da ordem de 80% de anemia nesta mesma faixa etária” identificadas por ORELLANA et al. (2006) entre os Suruí, ESCOBAR et. al.(2003) entre os Pakaánova e MONDINI et. al. (2009) entre os Aruak e Karibe; em “comunidades em que a tuberculose é endêmica, mais de 60% das notificações” ocorreriam em crianças, estudos de MARQUES et. al.(2010) e GAVA et. al. (2013) e, finalmente, “coeficientes de mortalidade infantil que podem chegar a impensáveis 97 óbitos em menores de um ano por 1.000 crianças nascidas vivas, como entre os Xavante”, reportados por SANTOS et. al.(2011).

Gráfico 02. Taxa de mortalidade infantil para população geral e população indígena atendida pelo SASI-SUS. Brasil, 2000 a 2010.

Fonte: Ministério da Saúde (2011) e Funasa (2010). Elaboração de André Luiz Martins (MARTINS, 2013)

A questão da morte de crianças indígenas é o motor principal deste trabalho. A ida ao Acre do Prof. Dr. Paulo Rogério Gallo, pediatra, sanitarista, professor da Faculdade de Saúde pública da USP e orientador deste trabalho, teve o objetivo de investigar o excesso de mortes de crianças em função da contaminação da água gerou uma segunda viagem em que eu e o cinegrafista Antonio Ciambra fomos à região para captar os depoimentos sobre saúde indígena dos quatro caciques já citados. Dada a riqueza das falas dos caciques, decidimos estudar o seu discurso, inclusive com o intuito de lutar contra essa banalização da morte.

Como líderes políticos de seus povos, os caciques, na maioria do tempo, adotam um discurso com relativo distanciamento e atêm-se a questões gerais, falando em nome do coletivo e não de si mesmos. Essa impessoalidade vai até ao esforço de utilizar palavras que envolvem conceitos sofisticados, pois o seu desejo de se comunicar com a sociedade nacional os obriga a essa árdua preparação para reivindicar os seus direitos de cidadania. A conquista destes direitos, que deveriam ser naturais, ainda será objeto de uma luta incessante que, infelizmente, ainda deverá atravessar décadas.

Como líderes políticos de seus povos, os caciques colocaram seus cocares e as melhores roupas de que dispunham para falar para nós e para as câmeras. Havia entre eles a esperança de que os seus discursos de reivindicação e denúncia chegassem a mais pessoas, aos não-indígenas,

rompendo o manto de invisibilidade que os cobre. Mas caciques também são sensíveis e os momentos mais tocantes dos vídeos estão nas narrativas pessoais de Osmildo Conceição, contando em detalhes a morte de seu filho de sete anos Janduí Kutá, seu nome indígena, ou Emiliano Andrade da Conceição, seu nome de registro, e de Josias Kaxinawá narrando a morte de seu sobrinho Juan, “o pequeno Juan”, ainda bebê que saiu de sua terra indígena são, adoentou-se na Casa do Índio de Rio Branco e morreu. Registrada pelos próprios indígenas, a chegada do corpo sem vida para ser enterrado em sua terra, narra em fotografias a história que complementa o discurso do tio. Janduí e Juan agora pertencem para sempre à floresta. Espero que este trabalho colabore para que estas mortes evitáveis não ocorram mais e que pais não precisem chorar diante de câmeras narrando a morte de seus filhos.

7- PROPOSTA INTERVENTIVA DO VÍDEO

Os depoimentos em vídeo foram captados originalmente como registro do trabalho do Prof. Dr. Paulo Rogério Gallo, do Departamento de Saúde Materno Infantil da Faculdade de Saúde Pública da USP, em projeto financiado pelo Ministério da Saúde (Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa) Processo Número: 4671/2005, “Desenvolver tecnologias e disponibilizar na internet informações técnico-científicas, na forma de programas regionalizados de rádio, para serem utilizados na qualificação dos gestores do SUS.”

A realidade ali coletada, embora dramática e demandando providências imediatas, não tinha suficiente poder de sensibilização sobre as pessoas através apenas de relatórios escritos. Daí a ideia de colocar o depoimento do líder indígena Ninawa Huni Kui em um site de compartilhamento de vídeos, o www.vimeo.com, para tentar aumentar a visibilidade de suas revelações e diminuir a sua vulnerabilidade pessoal e da comunidade que ele representa.

O depoimento, conforme relatado anteriormente, paralelamente foi exibido no Senado Federal e a publicização se desdobrou através das ações políticas do senador Eduardo Matarazzo Suplicy, em ações concretas do Ministério da Saúde para atenuar os problemas levantados.

Essa experiência positiva de circulação desse depoimento em vídeo tornou-se um alerta para o potencial de utilização do conjunto do material coletado em ações de saúde pública, devido à própria força da “verdade” inerente às falas das lideranças indígenas. Esse material em vídeo anexo a esta tese estará disponível para utilizações várias, desde eventualmente tematizar outros trabalhos, uma vez que contém múltiplas possibilidades de novas abordagens, mas também para o uso pedagógico na ilustração de aulas, palestras, treinamentos e outras ações que envolvam a compreensão mais adequada do universo do contexto interétnico da saúde dos povos indígenas.

8- CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência de se explorar a riqueza de um acervo de pesquisa trouxe desafios e mostrou algumas limitações deste estudo. Uma das limitações importantes que pudemos perceber ao avançar no processo de análise do material gravado em 2012, foi a questão de gênero nas temáticas que envolvem o processo saúde-doença. Não pôde ser aprofundada nenhuma temática que suscitasse a mulher e seus protagonismos nos processos sociais e no uso dos direitos.

Outra consideração pertinente é sobre a força política que se associou às imagens. A possibilidade de intervenção política e administrativa que decorreu da socialização dos primeiros vídeos (Congresso Nacional, Secretaria Especial de Saúde Indígena, Ministério Público Federal e Estadual) mostrou o poder dos depoimentos. Essa constatação alimentou nossa hipótese de que a imagem pode ser um instrumento importante a serviço da Saúde Pública.

Três problemas foram identificados em nosso trabalho:

1. A omissão sistemática dos governos em qualificar agentes de saúde indígenas no tocante às intervenções em saúde individual e coletiva e no exercício dos direitos sociais.
2. Falta de empenho do SUS em contratar profissionais com formação especializada para compor as equipes e direções do Sistema de Saúde que atuam nas aldeias e nos postos avançados de saúde no interior do território.
3. Dificuldades de comunicação entre as equipes do SUS e os povos indígenas. Há barreiras de idioma, de cultura e de percepção do processo saúde-doença.

Um aspecto final positivo deve ser lembrado. Trata-se da influência da Lei Arouca, aprovada em 1999. A implementação dessa lei reforça um sentido de esperança por maior visibilidade dos povos indígenas do Acre e uma

expectativa social de revisão e consolidação dos direitos sociais dessa população.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, J. A. L. **Os direitos humanos como tema global**. São Paulo: Perspectiva, 1994.

ARAUJO, E. S. **Processos criativos na produção fílmica de jovens de Sapopemba, periferia da Zona Leste de São Paulo**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

ARISI, B. M. **Matis e Korubo: Contato e Índios Isolados, Relações entre Povos no Vale do Javari, Amazônia**. 2007. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/90128/238452.pdf?sequence=1>. Acessado em: 16 Fev. 2013.

ASSUMPÇÃO, K. **Negociando Curas: um estudo das relações entre indígenas e profissionais do Projeto Xingu**. 2014. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2014. Disponível em: http://www2.unifesp.br/ciencias_sociais/dissertacoes-defendidas-versao-final/karine-assumpcao. Acessado em: 20 Mar. 2015.

ATHIAS, R.; MACHADO, M. A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 425-431, Mar. 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000200017&lng=en&nrm=iso. Acessado em: 01 Ago. 2013.

AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-140.

AZEVEDO, M. M. Os censos demográficos e os "índios": dificuldades para reconhecer e contar. In: RICARDO, C. A. (Org.). **Povos indígenas no Brasil 1996/2000**. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2000. p. 79-83.

AZEVEDO, M.M. Os censos demográficos e os "índios": dificuldades para reconhecer e contar. In: RICARDO, C.A. (Org.). **Povos indígenas no Brasil 1996/2000**. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2000. p. 79-83.

BALTAR, M. Saber em viagem – os travelogues no amálgama entre realidade e espetáculo. **MATRIZES**, v. 7, n. 1, p. 263-279, 2013. Disponível em: <http://www.matrizes.usp.br/index.php/matrizes/article/view/248>. Acessado em: 04 Ago. 2014.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1978.

BARROS, E. P. de. Saúde Indígena: a invisibilidade como forma de exclusão. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M. G.; GOMES, M. H. de A. **O Clássico e o Novo**: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p. 223-238. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/d5t55/15>. Acessado em: 14 Mar. 2013.

BASTA, P. C.; CAMACHO, L. A. B. Tuberculin skin test to estimate the prevalence of Mycobacterium tuberculosis infection in indigenous populations in the Americas: a literature review. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 245-254, Feb. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000200002&lng=en&nrm=iso. Acessado em 23 Fev. 2013.

BERNADET, J-C. A migração das imagens. In: TEIXEIRA, F. E. (Org.) **Documentário no Brasil**: tradição e transformação. São Paulo: Summus, 2004. p. 69-80.

BITTENCOURT, L. B. O movimento indígena organizado na América Latina: a luta para superar a exclusão. In: ENCONTRO DA ANPHLAC, 4., 2000, Salvador. **Anais...** Salvador: ANPHLAC, 2000. p. 1-18. Disponível em: http://anphlac.fflch.usp.br/sites/anphlac.fflch.usp.br/files/libertad_bittencourt.pdf. Acessado em: 30 Abr. 2013.

BORGES, L. F. P.; BORGES, P. H. P. **Povos Indígenas Latinoamericanos e Protagonismo Político no Brasil**. 2010. p. 1-12. Disponível em: http://projetos.unioeste.br/projetos/cidadania/images/stories/POVOS_INDIGENAS.pdf. Acessado em: 9 Jun. 2013.

BRASIL, **Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher-PNDS 2006**: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf. Acessado em: 03 Fev. 2014.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 5. ed. Brasília: FUNASA, 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/funasa/guia_vig_epi_vol_i.pdf. Acessado em: 22 Ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ações de atenção à saúde da mulher e da criança indígenas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf. Acessado em: 10 Mar. 2016.

BRASIL; Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2ª ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf. Acessado em: 27 Mar. 2013.

BRASIL; Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). **Educação profissional básica para agentes indígenas de saúde: módulo introdutório**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agentes_indigenas_introdutorio.pdf. Acessado em: 06 Abr. 2013.

CAISAN - Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. **Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional: 2012/2015**. Brasília, DF: MDS; Consea, 2011. Disponível em: http://estatico.cnpq.br/portal/premios/2013/pjc/imagens/publicacoes/plano_nacional_seg_alimentar.pdf. Acessado em: 6 Out. 2013.

CALDAS, A. D. R. **Mortalidade por cor ou raça, com foco nos indígenas: perspectivas comparativas entre o Censo Demográfico de 2010 e Sistemas Nacionais de Informação em Saúde**. 2014. Tese (Doutorado em Epidemiologia) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/lil-762413>. Acessado em: 15 Mar. 2015.

CANADA, Ministère de la Santé Nationale et du Bien-Être Social; LALONDE, M. **Nouvelle perspective de la santé des Canadiens**: un document de travail. 1974.

CARDOSO, A. M.; HORTA, B. L.; COIMBRA Jr., C. E. A.; FOLLÉR, M. L.; SOUZA, M. C.; SANTOS, R. V. (Coords.) **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**. Rio de Janeiro: Fundação Nacional de Saúde, 2009. Disponível para download a partir do link: ecos-redenutri.bvs.br/tiki-download_file.php?fileId=1284. Acessado em: 10 Out. 2015.

CESAR, C. L. G.; TANAKA, O. Y. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, supl. 2, p. 59-70, 1996. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1996000600007&lng=en&nrm=iso. Acessado em: 13 Set. 2013.

CHAVES, A. M. **Condições sanitárias na terra indígena Xakriabá–MG:** associação com indicador de saúde por meio de estudo epidemiológico transversal. 2004. Dissertação (Mestrado em Saneamento, Meio Ambiente e Recursos Hídricos) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

COIMBRA Jr, C. E. A. Saúde e povos indígenas no Brasil: reflexões a partir do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 855-859, Abr. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000400855&lng=en&nrm=iso. Acessado em: 15 Out. 2015.

COIMBRA Jr, C. E. A.; GARNELO, L. Questões de saúde reprodutiva da mulher indígena no Brasil. In: MONTEIRO, S., SANSONE, L. (Orgs). **Etnicidade na América Latina:** um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2004. p. 153-74.

COIMBRA Jr, C. E. A.; SANTOS, R. V. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 125-132, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100011&lng=en&nrm=iso. Acessado em: 16 Set. 2013.

CORDEIRO, D.; COSTA, E. A. P. “Meninas”: vidas em devir nos circuitos de vulnerabilidade social. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 20, n. 1, p. 77-88, 2008.

DANTAS, F. L. L. **Perfil de morbidade da população indígena infantil referenciada para a Casa de Saúde Indígena (CASAI) de Rio Branco.** 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-17032011-145202/pt-br.php>. Acessado em 23 Jan. 2013.

DA-RIN, S. **Espelho partido:** tradição e transformação do documentário. Azougue, 2004.

DIEHL, E. E.; LANGDON, E. J. Transformações na atenção à saúde indígena: Tensões e negociações em um contexto indígena brasileiro. **Universitas Humanística**, vol. 80, nº. 80, p. 213-236 2015. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/unih/n80/n80a09.pdf>. Acessado em: 20 Jan. 2016.

DIEHL, E. E.; LANGDON, E. J.; DIAS-SCOPEL, R. P. Contribuição dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 819-831, Mai 2012. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000500002&lng=en&nrm=iso. Acessado em 02 Out. 2013.

ESCOBAR, A. L.; SANTOS, R. V.; COIMBRA Jr, C. E. A. Avaliação nutricional de crianças indígenas Pakaanóva (Wari'), Rondônia, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 3, n. 4, p. 457-461, Dez. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292003000400010&lng=en&nrm=iso. Acessado em: 02 Ago. 2014.

FAVARO, Thatiana et al . Segurança alimentar em famílias indígenas Teréna, Mato Grosso do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 785-793, Abr. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000400006&lng=en&nrm=iso. Acessado em: 09 Jun. 2013.

FERREIRA, L. O. A emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 1, p. 203-219, Mar. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702013000100011&lng=en&nrm=iso. Acessado em: 27 Out. 2013.

FERREIRA, L. O. Limites e possibilidades da articulação entre as medicinas tradicionais indígenas e o sistema oficial de saúde. In: Brasil Ministério da Saúde; Fundação Nacional de Saúde (Funasa). **Medicina Tradicional Indígena em Contextos: Anais da I Reunião de Monitoramento**. Brasília:Funasa, 2007. p. 166-174. Disponível em: <http://sis.funasa.gov.br/portal/publicacoes/pub1466.pdf>. Acessado em 19 Nov. 2013.

FERREIRA, L. O. O desenvolvimento participativo da área de medicina tradicional indígena, Projeto Vigisus II/Funasa. **Saúde & Soc.**, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 265-277, Mai 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000500023&lng=en&nrm=iso. Acessado em 22 Dez. 2013.

FERREIRA, L. O. Saúde e relações de gênero: uma reflexão sobre os desafios para a implantação de políticas públicas de atenção à saúde da mulher indígena. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 4, p. 1151-1159, Abr. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000400028&lng=en&nrm=iso. Acessado em 21 Out. 2013.

FLOWERS, N. M. Crise e recuperação demográfica: Os Xavante de Pimentel Barbosa, Mato Grosso. In: SANTOS, R. V; COIMBRA Jr., C. E. A (Orgs.). **Saúde e Povos Indígenas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 1994. p. 213-242. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/wqffx>. Acessado em 12 Fev. 2013.

FOLLÉR, M.-L. Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In: LANGDON, E. J.; GARNELO, L. (Org.). **Saúde dos povos indígenas**: reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: Contra Capa: Associação Brasileira de Antropologia, 2004. p. 129-147.

FREIRE, M. **Documentário**: ética, estética e formas de representação. São Paulo: Annablume, 2012.

FURTADO, B. A. **Resolutividade dos Serviços de Saúde na Comunidade Indígena Kwatá**: percepção do Indígena e da Equipe de Saúde. 2015. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2015. Disponível em: <http://tede.ufam.edu.br/handle/tede/4977>. Acessado em 12 Fev. 2016.

GARNELO, L. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In: GARNELO, L.; PONTES, A. L. (Orgs). **Saúde Indígena**: uma introdução ao tema. Brasília: MEC-SECADI/UNICEF, 2012. p. 18-59.

GARNELO, L. Saúde Indígena em Perspectiva explorando suas matrizes históricas e ideológicas. In: TEIXEIRA, C. C.; GARNELO, L. (Org.). **O SUS e a Saúde Indígena**: matrizes políticas e institucionais do Subsistema de Saúde Indígena, Rio Janeiro: Fiocruz; 2014. p. 107-142.

GARNELO, L.; MACEDO, G. & BRANDÃO, L. C. **Os Povos Indígenas e a Construção das Políticas de Saúde Indígena no Brasil**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

GARNELO, L.; SAMPAIO, S. Bases sócio-culturais do controle social em saúde indígena: problemas e questões na Região Norte do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 311-317, Feb. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000100035&lng=en&nrm=iso. Acessado em: 30 Mar. 2013.

GARNELO, L.; SAMPAIO, S. Organizações indígenas e distritalização sanitária: os riscos de "fazer ver" e "fazer crer" nas políticas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1217-1223, Aug. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000400024&lng=en&nrm=iso. Acessado em: 15 Mai. 2013.

GAUTHIER, G. **O documentário: um outro cinema**. Campinas: Papius, 2011.

GAVA, C.; BASTA, P. C.; MALACARNE, J.; RIOS, D. P. G.; SANTANNA, C. C.; CAMACHO, L. A. B. Tuberculosis in indigenous children in the Brazilian Amazon. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 77-85, Feb.

2013. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000100011&lng=en&nrm=iso. Acessado em: 09 Jun. 2014.

GAVAZZI, R. A. **Agrofloresta e cartografia indígena: a gestão territorial e ambiental nas mãos dos agentes agroflorestais indígenas do Acre.** Dissertação (Mestrado em Geografia Física) - Universidade de São Paulo, 2012. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8135/tde-25102012-121716/pt-br.php>. Acessado em: 15 Set. 2014.

GOMES, M. P. **Os índios e o Brasil: passado, presente e futuro.** São Paulo: Contexto, 2012.

GOMES, S. L. **Resíduos sólidos dos serviços de saúde em terras indígenas: o caso do distrito sanitário especial indígena médio Rio Purus, Amazonas.** 2013. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Desenvolvimento Sustentável) - Universidade de Brasília, 2013. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/13318>. Acessado em: 24 Nov. 2014.

GUERRA, J. A. O.; BARROS, M. L. B.; FÉ, N. F.; GUERRA, M. V. F.; CASTELLON, E. E. Leishmaniose visceral entre índios no Estado de Roraima, Brasil. Aspectos clínico-epidemiológicos de casos observados no período de 1989 a 1993. **Rev Soc Bras Med Trop**, v. 37, n. 4, p. 305-11, 2004. Disponível em:
<http://search.proquest.com/openview/6e1e833aa09f9be19c03dd22c7adf4b74/1.pdf?pq-origsite=gscholar&cbl=1796426>. Acessado em: 22 Jun. 2013.

GUGELMIN, S. A.; SANTOS, R. V.; LEITE, M. S. **Rev. chil. pediatr.**, Santiago, v. 74, n. 5, p. 534-541, Set. 2003. Disponível em: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062003000500014&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 03 Fev. 2013.

GUGELMIN, Silvia Angela; SANTOS, Ricardo Ventura. Uso do Índice de Massa Corporal na avaliação do estado nutricional de adultos indígenas Xavante, Terra Indígena Sangradouro-Volta Grande, Mato Grosso, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1865-1872, Set. 2006. Disponível em:
http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000900017&lng=en&nrm=iso. Acessado em: 04 Set. 2013.

HORIBA, N. M. de S. **Um olhar da enfermagem à saúde no distrito sanitário especial indígena do Alto Rio Negro.** 2012. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/8814>. Acessado em: 07 de Abr. 2013.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/>. Acesso em: 10 Mar. 2016.

IBGE. **Os indígenas no Censo Demográfico 2010**: primeiras considerações com base no quesito cor ou raça. 2012. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/indigenas/indigena_censo2010.pdf . Acesso em: 10 Mar. 2016.

ISHAK, M. de O. G.; ISHAK, R. O impacto da infecção por Chlamydia em populações indígenas da Amazônia brasileira Dissemination of Chlamydia infection among native Indian groups of the Brazilian Amazon region. **Cad. Saúde Pública**, v. 17, n. 2, p. 385-396, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v17n2/4183.pdf>. Acessado em: 21 Mai. 2013.

KAPLÚN, M. Processos educativos e canais de comunicação. Comunicação & Educação, v. 5, n. 14, 1999. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/comueduc/article/view/36846>. Acessado em: 27 Mai. 2013.

KAPLÚN, M. **Una pedagogía de la comunicación**. Madrid: Ediciones de la Torre, 2010.

KAXINAWÁ, J. P. de L. **Confrontando registros e memórias sobre a língua e a cultura Huni Kui**: de Capistrano de Abreu aos dias atuais. 2011. Dissertação (Mestrado em Linguística) - Universidade de Brasília, Brasília, 2011. Disponível em: <http://docplayer.com.br/14548317-Universidade-de-brasilia-instituto-de-letras-departamento-de-linguistica-portugues-e-linguas-classicas-programa-de-pos-graduacao-em-linguistica.html>. Acessado em: 16 Mai. 2013.

KAXINAWÁ, J. P. de L. et. al. **Índios no Acre. História e Organização**. Comissão Pró-Índio do Acre. Rio Branco, 2002.

LABAKI, A. **Introdução ao documentário brasileiro**. São Paulo: Francis, 2006.

LANGDON, E. J. Saúde e povos indígenas: Os desafios na virada do século. In: **Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina**, 5, 1999. p. 7-11. Disponível em: <http://www.antropologia.com.br/tribo/nessi/textos/Margsav.htm>. Acessado em: 03 Jun. 2013.

LANGDON, E. J.; DIEHL, E. E. Participação e autonomia nos espaços interculturais de saúde indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. **Saúde e sociedade**, v. 16, n. 2, p. 19-36, 2007. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/7522>. Acessado em: 31 Ago. 2013.

LÍCIO, J. S. A. **Estado nutricional de crianças indígenas no Brasil: uma revisão sistemática da literatura científica**. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://arca.iciet.fiocruz.br/handle/iciet/2532>. Acessado em: 13 Ago. 2014.

LIMA, E. C. de. A onomástica katukina é pano?. **Rev. Antropol.**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 07-30, 1997. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-77011997000200001&lng=en&nrm=iso. Acessado em: 12 Jul. 2013.

LOBATO, Ana. Da exibição dos filmes da Comissão Rondon. **DOC On-line: Revista Digital de Cinema Documentário**, n. 18, p. 300-322, 2015. Disponível em: http://www.doc.ubi.pt/18/artigos_5.pdf. Acessado em: 15 Jan. 2016.

LOUREIRO, C. O Curador-ferido das crianças. In: Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região (org). **Psicologia e povos indígenas**, São Paulo: CRPSP, 2010. p. 237-243. Disponível em: <http://www.crp.org/fotos/pdf-2015-10-02-17-25-51.pdf>. Acessado em: 30 Mai. 2013.

LOUZADA, J. **Avaliação do Trabalho de Enfermagem na Área Indígena Yanomami dos municípios de Barcelos e Santa Isabel do Rio Negro/Amazonas**. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia) - Universidade Federal do Amazonas/FIOCRUZ. Manaus/AM.

LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis**, v. 15, n. sSupl, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/physis/v15s0/v15s0a08.pdf>. Acessado em 11 Out. 2013.

MACHADO, M.; PAGLIARO, H.; BARUZZI, R. G. Perfil demográfico dos Hupd'äh, povo Maku da região do Alto Rio Negro, Amazonas (2000-2003). **Rev. bras. estud. popul.**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 37-50, Jun. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982009000100004&lng=en&nrm=iso. Acessado em: 14 Ago. 2013.

MARQUES, A. M. C.; POMPILO, M. A.; SANTOS, S. C.; GARNÊS, S. J. A.; CUNHA, R. V. Tuberculose em indígenas menores de 15 anos, no Estado de Mato Grosso do Sul. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 43, n. 6, p. 700-704, Dez. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822010000600020&lng=en&nrm=iso. Acessado em: 26 Ago. 2013.

MARTÍN-BARBERO, J. Desafios culturais da comunicação à educação. **Comunicação & Educação**, v. 6, n. 18, p. 51-61, Mai/Ago. 2007. Disponível

em: <http://www.revistas.usp.br/comueduc/article/viewFile/36920/39642>.
Acessado em: 13 Set. 2013.

MARTIN-BARBERO, J. **Dos meios às mediações: comunicação, cultura e hegemonia**. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 1997.

MARTINS, A. L. **Política de saúde indígena no Brasil: reflexões sobre o processo de implementação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena**. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

MELO, C. T. V. de. O documentário como gênero audiovisual. **Comun. Inf.**, v.5, n.1/2, p.25-40, 2002. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/ci/article/viewFile/24168/14059>. Acessado em: 24 Nov. 2013.

MENEZES, P. Major Reis e a constituição visual do Brasil enquanto nação. **Horiz. antropol.**, Porto Alegre, v. 14, n. 29, p. 231-256, Jun. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832008000100010&lng=en&nrm=iso. Acessado em 22 Set. 2013.

MINAYO, M. C. de S. Abordagem antropológica para avaliação de políticas sociais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 233-238, Jun. 1991. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101991000300012&lng=en&nrm=iso. Acessado em: 30 Mai. 2013.

MONDINI, Lenise et al . Estado nutricional e níveis de hemoglobina em crianças Aruak e Karibe: povos indígenas do Alto Xingu, Brasil Central, 2001-2002. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 469-477, Sept. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2009000300015&lng=en&nrm=iso. Acessado em 12 Jun. 2013.

MOREIRA, A. de L. Visibilidade, comunicação, políticas públicas e saúde: ressonâncias e interrelações na saúde indígena. 2014. Tese (Doutorado em Informação e Comunicação em Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Rio de Janeiro, RJ, 2014. Disponível em: <http://arca.icict.fiocruz.br/handle/icict/12431>. Acessado em: 19 Mar. 2015.

NETO, S. A História como montagem no documentário moderno. DOC On-line: Revista Digital de Cinema Documentário, n. 15, p. 69-110, 2013. Disponível em: http://www.doc.ubi.pt/15/dossier_simplicio_netto.pdf. Acessado em: 03 Mar. 2013.

NICHOLS, B. **Introdução ao documentário**. Campinas: Papirus Editora, 2005.

ORELLANA, J. D. Y.; COIMBRA Jr., C. E. A., LOURENÇO, A. E. P., SANTOS, R. V. Estado nutricional e anemia em crianças Suruí, Amazônia, Brasil. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 82, n.5, p.383-388, Out. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572006000600013&lng=en&nrm=iso. Acessado em 14 Jan. 2013.

PAGLIARO, H. A revolução demográfica dos povos indígenas no Brasil: a experiência dos Kayabí do Parque Indígena do Xingu, Mato Grosso, Brasil, 1970-2007. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 579-590, Mar. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000300015&lng=en&nrm=iso. Acessado em 14 Abr. 2013.

PAIVA, S.; SCHVARZMAN, S. (Ed.). **Viagem ao cinema silencioso do Brasil**. Rio de Janeiro: Editorial Azougue, 2011.

PALHETA, R. P. **Política indigenista de saúde no Brasil: questões da nossa época**. vol. 55. Cortez Editora, 2015.

PANTOJA, M. C. **Os Milton**: cem anos de história nos seringais. 2. ed. Rio Branco: EDUFAC, 2008.

PESSOA, M. M. **O “Etnozoneamento em Terras Indígenas” do Acre como ferramenta de Gestão Territorial: O caso da Terra Indígena Campinas/Katukina**. 2010. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Desenvolvimento Sustentável) - Universidade de Brasília, Brasília, 2010. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/7514>. Acessado em: 18 Out. 2013.

PIAULT, M. H. **Antropologia y cine**. Madrid: Catedra, 2002.

PINHEIRO, R. S.; VIACAVA, F.; TRAVASSOS, C.; BRITO, A. dos S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000400007&lng=en&nrm=iso. Acessado em: 24 de Nov. 2013.

PONTES, A. L. de M. **Atenção diferenciada e o trabalho do agente indígena de saúde na implementação da Política de Saúde Indígena**. 2013. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://arca.iciet.fiocruz.br/handle/iciet/7689>. Acessado em 03 Jun. 2014.

PORTELLA, J.; MARINHO D. Relato de Experiência de Trabalho em Prevenção em DST/Aids. In: BRITO, I. (Org.). **Sexualidade e saúde indígenas**. Brasília, Paralelo 15, 2011. P. 67-82.

QUINCA, F. A.; PALHARES, D.; SANTOS, J. G. dos. Complementação do debate sobre Saúde da Criança e do Adolescente Indígena. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 8, n. 2, p. 211-223, 2014. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1520>.

Acessado em: 29 Mar. 2015.

RIBEIRO, A. A.; ARANTES, C. I. S. Características do processo de trabalho em uma casa de apoio à saúde do índio. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 13, nº 4, p. 608-616, 2014. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18621>. Acessado em: 04 Set. 2015.

RIFIOTIS, T. Violência policial e imprensa: o caso da Favela Naval. **São Paulo Perspec.**, São Paulo, v.13, n. 4, p. 28-41, Dez. 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88391999000400004&lng=en&nrm=iso. Acessado em: 6 Set. 2013.

SACCH, A. Mulheres indígenas e participação política: a discussão de gênero nas organizações de mulheres indígenas. **Revista Anthropologicas**, v. 14, nº.1+ 2, p. 95-110, 2011. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaanthropologicas/index.php/revista/article/view/22/25>. Acessado em: 30 Out. 2013.

SALGADO, C. A. B. Segurança alimentar e nutricional em terras indígenas. **Revista de Estudos e Pesquisas**, FUNAI, Brasília, v.4, n.1, p.131-186, jul. 2007. Disponível em: http://www.funai.gov.br/arquivos/conteudo/cogedi/pdf/revista_estudos_pesquisas_v4_n1/04-Carlos Antonio Bezerra Salgado-Seguranca alimentar e nutricional em terras indigenas.pdf. Acessado em: 25 Abr. 2013.

SANCHEZ, A. I. M; BERTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 319-324, Abr. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200007&lng=en&nrm=iso. Acessado em: 10 Ago. 2013.

SANCHEZ-BIOSCA, Vicente. **Cine de historia, cine de memoria**: La representación y sus limites, Madrid, ed. Cátedra, 2006.

SANTOS, R. V. et al. Saúde dos povos indígenas e políticas públicas no Brasil. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 1035-56.

SANTOS, R.V. Crescimento físico e estado nutricional de populações indígenas brasileiras. **Cader. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n.1, p.46-57, 1993. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v9s1/06.pdf>. Acessado em: 04 Jan. 2013.

SANTOS, S. C. dos; MARQUES, A. M. C.; OLIVEIRA, R. L. de; CUNHA, R. V. da. Diagnóstico da tuberculose em indígenas menores de quinze anos por meio de um sistema de pontuação em Mato Grosso do Sul. **J. bras. pneumol.**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 84-91, Feb. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132013000100012&lng=en&nrm=iso. Acessado em: 29 Out. 2013.

SCOPEL, D. **Uma etnografia sobre a pluralidade de modelos de atenção à saúde entre os índios Munduruku na Terra Indígena Kwatá Laranjal, Borba, Amazonas**: práticas de autoatenção, xamanismo e biomedicina. 2013. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/107603>. Acessado em: 19 Ago. 2015.

SCOPEL, D.; DIAS-SCOPEL, R. P.; LANGDON, E. J. Intermedicalidade e protagonismo: a atuação dos agentes indígenas de saúde Munduruku da Terra Indígena Kwatá-Laranjal, Amazonas, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 12, p. 2559-2568, Dez. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015001202559&lng=en&nrm=iso. Acessado em 04 Jan. 2016.

SEVALHO, G.; CASTIEL, L. D. Epidemiologia e Antropologia Médica: a possível In(ter)disciplinaridade. In: ALVES, P. C., and RABELO, M. C. (Orgs.) **Antropologia da saúde**: traçando identidade e explorando fronteiras [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; Rio de Janeiro: Editora Relume Dumará, 1998. p. 47-69. Disponível em <http://static.scielo.org/scielobooks/by55h/pdf/alves-9788575414040.pdf>. Acessado em: 31 Mar. 2014.

SILVA, E. C. da; PELICIONI, M. C. F. Participação comunitária, educação em saúde e ambiental: analisando as representações sociais de duas comunidades das áreas de mananciais de Santo André–São Paulo. In: PELICIONI, M. C. F.; MIALHE, F. L. **Educação e Promoção da Saúde**: teoria e prática. São Paulo: Santos, 2012. p. 479-497.

SOUSA, M. da C. de; SCATENA, J. H. G.; SANTOS, R. V. O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 853-861, Abr. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000400013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 Ago. 2013.

SOUZA, L. G. de; SANTOS, R. V.. Perfil demográfico da população indígena Xavante de Sangradouro-Volta Grande, Mato Grosso (1993-1997), Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 355-365, Mar. 2001. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000200010&lng=en&nrm=iso. Acessado em: 30 Jan. 2013.

SOUZA, L. G.; SANTOS, RV; CARVALHO, M. S.; PAGLIARO, H.; FLOWERS, N. M.; COIMBRA Jr., C. E. A. Demografia e saúde do povo indígena Xavante de Mato Grosso, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 27, n. 10, p. 1891-1905, Out. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X20110010000003&lng=en&nrm=iso. Acessado em: 05 Dez. 2013.

TACCA, F. **A imagética da Comissão Rondon: etnografias fílmicas estratégicas**. Campinas: Papirus Editora, 2001.

TACCA, F. “Luiz Thomaz Reis: etnografias fílmicas estratégicas”. In: TEIXEIRA, F. E. (Org.). **Documentário no Brasil: tradição e transformação**. São Paulo: Summus, 2004. p. 313-370.

TEIXEIRA, C. C. A produção política da repulsa e os manejos da diversidade na saúde indígena brasileira. **Revista de Antropologia**, v. 55, nº.2, p. 567-608, 2012. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/ra/article/view/59296/62332>. Acessado em: 30 Nov. 2013.

TEIXEIRA, F.E. **Documentário no Brasil: tradição e transformação**. Summus Editorial, 2004.

TURNER, G. **Cinema como prática social**. São Paulo: Summus, 1997.

VIVAN, J. L.; MONTE, N. L.; GAVAZZI, R. A. **Implantação de tecnologias de manejo agroflorestal em terras indígenas do Acre**. Nº. 3. PDA, Subprograma Projetos Demonstrativos, Brasília, Ago. 2002. Disponível em: http://www.mma.gov.br/estruturas/pda/publicacao/51_publicacao17052010024904.pdf Acessado em: 21 Dez. 2013.

Anexo 1

Correspondência do Professor Dr. Paulo Rogério Gallo com o Senador Eduardo M. Suplicy, 2012.

Caro Senador,

Não me esqueci, como poderia? , de estruturar um documento que pudesse auxiliar na revisão dos benefícios - hoje direitos sociais -, do bolsa-família, auxílio maternidade e outros assemelhados para os indígenas.

A questão por nós levantada foi a de que ao conceder este auxílio a parturientes indígenas de aldeias mais afastadas estaríamos inadvertidamente incorrendo em um erro técnico e humanitário. De fato, estamos estimulando o desmame precoce para substituí-lo por uma oferta de leite em pó, diluídos em água poluída nas mamadeiras aos recém nascidos. Diga-se, portanto, além da contribuição direta para a mortalidade infantil por meio das diarreias e desidratação que esta solução oferecida reconhecidamente determina, a desnutrição precoce, pneumonias e muitas outras infecções, dada a baixa resistência imunológica do recém nascido/ lactente e muitas outras consequência para estas crianças.

Em outras palavras, ao se conceder este direito à parturientes, colide-se com os direitos da criança de direito à vida, aleitamento. A situação é bastante séria e requer uma abordagem ampliada na qual o Direito não possa ser denegado mas, ao contrário assegurado dentro de parâmetros consensualizados por todas as partes envolvidas.

Não tenho como no momento apresentar as evidências deste fenômeno. O cacique que conversou comigo sobre esta dificuldade; obviamente sem estabelecer uma nexa causal entre morte e mamadeira, está na floresta onde não tem acesso (você poderá perceber pelo seu testemunho no vídeo que estarei disponibilizando para o Senhor.

Neste vídeo gostaria que se atentasse para alguns paradoxos na atenção à saúde indígena que estão presentes do testemunho do cacique Josias

Kaxinawa. Estou encaminhando a cópia pelo David Calderoni. Assim, pode-se constatar

- Uso de mamadeiras na floresta (6': 58")
- Agente de saúde indígena despreparado (3': 58" + 24': 04" + 24':30")
- Falta de um atendimento humanitário nos pólos de referencia
 - Descrição das condições do corpo da criança (necropsia comunitária) 13': 24".- sem explicações aos pais.
 - Falta de orientação à comunidade (7": 15" + 13' :57")
- Altas taxas de mortalidade infantil 5 mortes entre janeiro e março para uma comunidade de 130 pessoas (16': 14") [*próximo ou superior a uma taxa de 200 por mil nascimentos*]
 - Mortes por febre, convulsão (septicemia com drenagem de derrame pleural pelo relato) 17':18"
- Problemas de transporte (19':27")
- Problemas com a assistência (19':15" +21':53")
- Falta total de comunicação e luz (22':08")

Enfim Senador, tal qual havia me posicionado para o MPF e Estadual, a situação dos povos indígenas merece atenção do Brasil inteiro.

Acresce-se a estes paradoxos da atenção à Saúde, problemas que envolvem outras pastas como o de gerenciamento das terras (27':16" + 30':28").

Apesar dos recursos governamentais disponibilizados para a região (segundo relatos de outras lideranças). Em minha opinião, é preciso uma observância mais ativa do MPF sobre a conclusão dos investimentos. Infelizmente há relatos e fotos e evidências de desvios de recursos no campo do Saneamento Básico, e dos benefícios de que aqui estamos tratando entre outras áreas de investimento. Contudo, não quero enveredar por estes caminhos. Apenas justificar nossa vigilância cidadã.

Finalmente quero incorporar neste texto, parte do e-mail que passei há cerca de 3 dias atrás ao MPF e que acredito seja importante para sua informação e posicionamento parlamentar.

Caros Drs. Jefferson e Eduardo,

Na realidade a questão de Saúde indígena carece de muitos cuidados e de um acompanhamento de maior proximidade do MP.

Para contextualizar o problema sugiro que se veja no site "índiosonline - <http://www.indiosonline.net/lider-ninawa-denuncia-mortande-no-acre/>" um vídeo de um cacique Ninawa. Neste, ele apresenta um pequeno relatório da situação que já é do conhecimento do Ministério da Saúde e motivo de alguns esforços localizados. Contudo, há pouca ou nenhuma avaliação posterior (Follow up).

No que diz respeito ao benefício da bolsa família, tenho bastante medo de que nossos esforços resultem numa perda ou suspensão deste direito social. De fato, acredito que tenhamos de tomar decisões técnico- administrativas homologadas pelas lideranças indígenas e Secretaria ESpecial de Saúde Indígena -SESAI.

Quanto aos fatos, endosso as palavras do Procurador Dr. Eduardo e apenas complemento o nome do cacique que me apresentou a preocupação com a mortalidade infantil em sua tribo no rio Jordão (Josias Maná Huni Kui). O meu encontro com ele se deu na sede da ONG ?Comissão Pró Índio-CPI? em Rio Branco sob a liderança de uma de suas funcionárias Sra. Vera (antropóloga), na última semana de março passado.

Conversei com minha ex-aluna (orientanda) Dra. Fernanda Lage que se colocou à disposição para integrar alguma comissão que discuta com profundidade a cessão do benefício do bolsa-família e de outros assemelhados, para indígenas residentes em aldeias distantes do polo base

e eventualmente outros que digam respeito à Saúde Infantil. Quero destacar que a Dra. Fernanda é médica, cirurgiã infantil, mestre em saúde pública pela Faculdade de Saúde Pública. Cabe ainda destacar que a Dra. Fernanda apresentou como objeto da dissertação uma discussão sobre morbidade de crianças indígenas que procuraram a CASAI de Rio Branco (Casa do Indio)- <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-17032011-145202/>

Fernada Lage, ferlagelima@gmail.com

Cordialmente, obrigado,

Paulo Rogério Gallo

Professor Livre Docente

Faculdade de Saúde Pública

Universidade de São Paulo

Citando Eduardo Dias de Souza Ferreira <eduardo@mp.sp.gov.br>:

PS: Como o assunto transcende minha seara acadêmica, amplio nossa conversa para o Secretario Especial de Saúde Indígenas Dr. Antonio Alves (SESAI-MS), Flavio Lofego Encarnação , professor da UFAC que está responsável pela realização de um “Encontro de Saúde Indígena em Rio Branco”- novembro de 2012 e Dra. Fernanda Lage Lima Dantas , citada no texto .

Atenciosamente,

SP, 31 de maio, 2012

Paulo Rogério Gallo

Celular 011-9622 69 79

Anexo 2 – Transcrição da íntegra dos depoimentos dos caciques colhidos no Acre

DEPOIMENTO 1: NINAWÁ HUNI KUI

Meu nome é... sou de Ninawa... sou do povo indígena Huni Kui, aqui do Estado do Acre. E atualmente eu represento o povo Huni Kui através da nossa instituição, que é a Federação do Povo Huni Kui do Acre, que tem como sigla FEPAC, de aproximadamente dez mil e trezentos Huni Kuis, que habitam em cinco municípios, que são os municípios de Marechal Thaumaturgo, município de Jordão, Feijó, Tarauacá e Santa Rosa, no Purus.

Nós, no Estado do Acre, também estamos ocupando doze terras indígenas. Onze terras indígenas demarcadas e uma ainda no processo de demarcação. E o meu povo, nós... a origem do meu povo é da origem da região do Rio Envira, que foi, na época do contato, feita a distribuição pra estes cinco municípios, né.

E a gente tem uma discussão hoje de Política para formatar as Diretrizes de Políticas Públicas, como na área de produção nas comunidades visando a Segurança Alimentar. Nós também temos à discussão da valorização, da fiscalização e da proteção do território que nós vivemos, tanto como a proteção da biodiversidade, da fauna e da flora.

Nós também temos a discussão hoje sobre a valorização da nossa medicina tradicional, em vista hoje dum problema muito grave que estamos passando — principalmente o povo Huni Kui como os demais povos do Estado do Acre — que é o problema de grandes enfermidades, que nós ainda não temos a certeza de que tipo de vírus que é. Está em análise para poder a gente tirar um indicativo de solução para esse tipo de problema.

Então, nós temos enfrentado algumas situações delicadas com relação a enfermidade que afeta nossa comunidade. Nós temos alguns tipos de enfermidades já bem visível e já em discussão também.

Por exemplo, hoje existe, nas comunidades indígenas, inclusive do meu povo, hoje, o problemas de Hepatite, que vai desde a Hepatite A, influenciada pela água, como a Hepatite B até Delta e vários outros tipos de Hepatite que é um problema muito sério ainda. Nós já temos discutido isso, mas não temos nenhum tipo de política bem afirmativa mesmo de solucionar estes problemas.

Uma outra questão que nos deixa também preocupados. E que já está em discussão também, e que preocupa a nossa comunidade, é o aumento hoje, o grande índice de câncer — de vários tipos de câncer — que tá afetando as pessoas dentro de nossas comunidades.

Antes de ontem nós acabamos de perder mais uma anciã, aqui do povo, por câncer. E uma outra questão que também deixa a gente preocupado, hoje são os problemas das mulheres indígenas. Porque há vários tipos de problemas, que também é assim: as mulheres tem colocado isso em discussão, mas não tem ainda uma definição de discussão de Políticas Públicas com relação a essa situação.

E, recentemente, nós estamos passando por um problema mais alastrado, que já vem acontecendo nos anos anteriores, que é um problema, um doença, que tem como sintomas a diarreia afetando diretamente o pulmão, uma dor no pulmão que afeta diretamente, em cinco dias já deixa o pulmão manchado. Isso não... é um diagnóstico que já havia sido feito. Dores muito fortes na cabeça também, as mães com diarreia, vômito. E sempre a febre mais

baixa que estamos tendo hoje é de 38 graus, ou mais de 40 graus. Que é febre, então...

São estes sintomas que aparecem e que já levaram, aqui no Estado do Acre, de dezembro para cá, só do meu povo, já... no último relatório que nós tivemos daquela situação de Santa Rosa, foram 22 óbitos. Bem concreto, mesmo, estes óbitos. E quatorze foram só do meu povo. Do povo Huni Kui.

Na região de Marechal Thaumaturgo, também, do meu povo Huni Kui, nós tivemos mais cinco óbitos, levando quatro crianças e um idoso. E na região de Feijó, hoje com seis óbitos, todos eles crianças e com menos de um ano de idade.

Então, já foi feito... Tá em análise ainda, uma pesquisa com o Instituto Fernando Chagas, pra que se descubra que tipo de vírus, ou se é bactéria, o porque é causado. Então, isso é um problema que nós estamos enfrentando agora muito sério. E não é só na minha comunidade. Mas na maioria das comunidades também está se alastrando esse problema.

Um outro fator que também tem preocupado a gente, inclusive já foi para a discussão, mas que não temos ainda uma ação bem definida na comunidade é com relação a Desnutrição. Tem indicativo, já. Já foi feito um levantamento com os indicativos em relação à Desnutrição nas comunidades indígenas. E hoje é muito mais sério desde a época em que foi feito a discussão.

O problema da Desnutrição na região, hoje deixou de afetar só as crianças. Hoje está também se passando para os adultos, porque há um pouco de entendimento, de informação que a gente tem, há vários tipos de Desnutrição. Que não é só aquela criança que está magra. A pessoa que está gorda também pode ter um tipo de Desnutrição. Então, isso a gente já vem tentando discutir.

Agora, nós temos uma grande dificuldade, desde a época da gestão da Questão Primária, e do Saneamento mesmo, que faz parte da Questão Primária nas comunidades indígenas junto a FENASA, é de muitas e muitas discussões. E hoje, a gente tem poucas ações dentro da comunidade.

Por exemplo, a questão do saneamento. As obras que foram construídas no Estado do Acre, se não me foge a informação, nós temos sete estações de água trada na comunidade que funciona. E nós somos mais de duzentas, quase trezentas aldeias no Estado do Acre, envolvendo ainda o Sul do Amazonas e o noroeste de Rondônia, que são abrangidas pelo distrito do Alto Rio Purus, que eu acredito que é um dos grandes fatores que traz também essa problemática para esse sintoma que está acontecendo.

Uma outra coisa é a própria dificuldade mesmo da instituição, na época da FUNASA e hoje com a CESAI. Nós temos uma grande ainda dificuldade mesmo, a partir da transição pra cá, nós temos comunidades prejudicadas pela questão da cobertura vacinal, por exemplo. A cobertura vacinal na região de Feijó, aonde eu tenho uma informação mais concreta de todo Estado, a equipe multidisciplinar do Polo Básico, hoje da CESAI, no município, não conseguiu chegar, há quase dois anos não consigo chegar à comunidade no distrito de Alto Embira, deixando essa cobertura vacinal e várias outras atenções básicas a descoberto.

E tudo isso influencia. Hoje, no acesso. Hoje se pega o SUS para a nossa comunidade. Então, são esses tipos de dificuldade que estamos tendo ainda no SUS, em vista de que a atenção primária, é de responsabilidade hoje da CESAI. Na época era da FUNASA. Então, tem toda esta dificuldade: o saneamento é um caos no Estado. Inclusive, nós estamos já pensando em fazer... precisamos que seja feito um levantamento em relação a isso.

Nós temos um consolidado de um fórum feito no ano passado, no ano de 2011 — que foi no mês de agosto — onde nós perdemos dentro do consolidado do fórum, com a presença de mais de quatrocentas lideranças, que fosse feita uma pesquisa, uma análise dentro das comunidades indígenas, da situação da água. E até hoje nós não fomos atendidos por isso. E muito problemas estão acontecendo, inclusive a Hepatite A, está acontecendo nas comunidades indígenas, né.

Uma outra... um outro pedido que nós fizemos dentro do levantamento, dentro do consolidado do Fórum é que fosse feito um levantamento também da situação nutricional, da situação alimentícia das comunidades indígenas hoje, que também é um fator muito... que é assim que a gente acaba vendo que é um fator que contribui muito para os problemas que estão acontecendo nas comunidades, né.

Nós temos uma outra dificuldade dentro do SUS, que é com relação a assistência mesmo, o atendimento, inclusive, dentro das unidades.

Hoje, nós temos uma aproximação melhor como Estado, porque hoje eu faço parte do Conselho Estadual de Saúde. Então, a gente procura se aproximar cada vez mais do sistema e tentar adequar, de alguma forma, dentro do sistema nossa realidade, dentro da área da comunidade indígena.

Então, já está se pensando em se criar um fluxo dentro das Unidades de Médio e Alta Complexidade, que é de responsabilidade do Estado, para que se tenha... para que se qualifique, inclusive, os profissionais por que deem uma assistência diferencial pras comunidades indígenas

Porque, o subsistema, ele já garante isto. O subsistema — que é dentro do SUS — ele já garante esta atenção diferenciada para as

comunidades indígenas. Mas o próprio profissional, que atende o indígena, ele não tem uma qualificação voltada para as diversas especificidades de cultura e de realidade destas comunidades.

Aqui no Estado, por exemplo, somos quatorze. Envolvendo o Acre e o sul do Amazonas, são dezoito povos no Estado que tem que ser... que é assistido aqui na Alta e Média Complexidade, né.

Então, nós também estamos pensando em fazer essa discussão para que se capacite os profissionais nessa realidade dos povos indígenas, né. E já... nós tivermos pacientes aqui na Casa do Índio já esperando um ano, nove meses, dois anos. Teve paciente que esperou cinco anos pra fazer uma cirurgia. E ainda temos paciente que ainda está com esse período, esperando pra fazer uma cirurgia.

Mas aí tudo vai... A gente acabou compreendendo que vai uma parte de gestão, de responsabilidade. O que é responsabilidade da CASAI, que hoje é da CESAI. O que é responsabilidade do Município. O que é responsabilidade do Estado.

E a gente tem muito esta dificuldade de colocar os três atores para que a gente crie um programa que atenda a responsabilidade de todos e que também nosso parente seja atendido.

Já chegou aqui a ter momento, no município do Rio Branco, de um parente que hoje está vivendo no Município do Rio Branco, procurar o posto municipal e ele dizer:

— Não, você tem que procurar lá na Casa do Índio, que lá tem o recurso dos Povos Indígenas.

Aí, a indígena sai do posto de Saúde, chega na CASAI e a CASAI tem lá dentro do seu plano que só... a preferência... só atende indivíduos que estão vivendo dentro da comunidade. Então esse

indígena que está vivendo no centro urbano, ele fica sem alguém que se responsabilize pela saúde dele.

Então, esse tipo de discussão, que a gente tem dificuldade hoje dentro do SUS, porque o SUS, ele fala que tem que integrar a todos, né, é universal, né, enfim, sem preconceito, sem discriminação, sem... A Saúde, ela tem que abranger a todos. A doença, ela não está escolhendo quem ela vai pegar.

Então, isso é um pouco da dificuldade que nós temos no Estado do Acre com relação ao Sistema Único de Saúde, de se adequar à realidade das comunidades indígenas. Porque, é um sistema que está posta. Então, é assim, tem que seguir o sistema. Mas a realidade da comunidade é totalmente diferente. Tem as suas especificidades. Bem recente, essa situação de Santa Rosa — do Município de Santa Rosa — que... E há alguns anos atrás vem acontecendo esse problema de... A gente não sabe bem o que é, se é uma virose, se é uma bactéria, transmitida pelo quê. Mas, vem acontecendo com aqueles sintomas, de diarreia, vômito, febre alta, bem rápido. Então, ela afeta, principalmente, as crianças e bem rápido.

De dezembro até o mês de março, agora, de dezembro de 2011 a março de 2012, no Município de Santa Rosa, nós tivemos vinte e dois óbitos, na qual foi divulgado apenas doze óbitos pela equipe da Força Nacional de Saúde, que foi feito... fizeram um levantamento.

Nós voltamos com uma equipe lá, de casa em casa, nas comunidades, fazendo um levantamento só com esse tipo de vírus, essa enfermidade, e foram vinte e dois óbitos no Município de Santa Rosa.

A equipe Nacional, a pedido da CESAI, veio, montaram base, e fizeram uma pesquisa, uma análise na água. Fizeram um

levantamento em apenas onze aldeias... sete aldeias, aonde nós temos 49 aldeias no município. E, mesmo depois da pesquisa feita pela Força Nacional, outras comunidades também foram afetadas.

Foi feita a distribuição de alguns materiais, com filtro para tratar a água. Mas dentro do relatório que depois nós vamos estar repassando para você, o nosso relatório, o próprio... na comunidade o pessoal não teve aquela equipe, não colocaram num plano, que pudesse orientar a usar o hipoclorito, usar o filtro... A maioria das velas no filtro estavam todas trocadas. Ou seja, não teve ninguém para orientar, assim. Foi feita uma ação, mas não teve continuidade na questão de orientação

E, na mesma situação que aconteceu no município de Santa Rosa, dessa epidemia que nesse ano, no final de 201^a agora para o final desse ano, foi assim, se alastrou em grande quantidade, aconteceu também — está acontecendo também — no Município de Feijó, como também no Município de... no município de Marechal Thaumaturgo, no Vale do Juruá. Lá, só do meu povo — como eu falei anteriormente — nós perdemos cinco pessoas com esse mesmo sintoma de doença, que foram quatro crianças e um adulto.

No município de Santa Rosa, nós acabamos com mais uma criança que faleceu hoje pela manhã. Foram quatro, cinco óbitos, seis óbito ali. Às, só no Município de Feijó também. E, aonde um dos óbitos no causou assim uma grande preocupação pela situação que ficou a criança, que foi, no caso, o pequeno Juan, que ficou com corpo todo deformado, como estivesse todo cozido, assim.

Então, com isso, em parceria com Secretaria de Saúde, depois em parceria com o Ministério da Saúde que enviou o Instituto

Fernando Chagas, os pesquisadores, que colheram amostras e levaram pro laboratório. E, no prazo de quarenta, trinta a quarenta dias eles vão dar um resultado, que tipo... para descobrir que tipo de virose que é.

E lá na aldeia (?), que fica no alto Rio Envira, de Feijó subindo para o alto do Rio Envira, aproximadamente 95% da população foi infectada por esse tipo de vírus. E que foram feitas, assim, algumas ações emergenciais bem rápidas, de uma forma bem rápida, e acabou também dando um suporte para comunidade que não chegou... só uma criança a óbito. Foi no dia 6 de março, que foi a óbito. Mas os outros, graças a Deus, não... a gente conseguiu assim dar... fazer com que não... salvar a vida daquelas pessoas. Inclusive, quatorze pessoas foram resgatadas dessa aldeia para o município. Aonde a maioria ainda se encontra no município tomando medicamentos e outras já voltaram pra comunidade.

Mas ainda há uma grande preocupação de... não estão totalmente curadas, as pessoas, né. Que é uma comunidade com aproximadamente 130 pessoas e 95 pessoas estavam infectadas... assim, de uma forma bem rápida. Foram cinco dias no máximo, rapidão, toda comunidade estava lá com estes sintomas.

E também outras comunidades, não só do meu povo, mas do povo Jaminawa, na aldeia Nova Vida também. No último contato que nós tivemos com eles, eles falaram que tinham 45 pessoas, aproximadamente, também já com os mesmos problemas. Inclusive, uma das pessoas... uma criança dessa comunidade foi enviada para o hospital aqui no município de Rio Branco e está hospitalizada ainda. Mas ela já conseguiu se recuperar também.

DEPOIMENTO 2: JOSIAS PEREIRA KAXINAWÁ

Meu nome é Josias Pereira Kaxinawa, da língua Maná Huni Kui, da terra indígena é Kaxinawa do Rio Jordão. A aldeia é Boa Esperança, no município de Jordão. Eu represento a comunidade de 32 aldeias e a população era de três mil pessoas. Então, a gente... vou falar sobre a Saúde. Agradecer a todos pela oportunidade. E o que eu conheço, na minha terra indígena. Então, a minha preocupação pra conhecer da base que eu conheço, onde eu moro, que pode... Eu acompanhei, durante estes tempos... Eu sou uma das lideranças, representante... pra levar esta experiência, trazer experiência também, da minha aldeia.

Então, o que está acontecendo durante este tempo, durante... Então...

Pergunta inaudível.

Minha terra indígena fica na fronteira do Brasil com o Peru. Quase na fronteira do Brasil com o Peru. É uma distância...

(tosse interrompe) Repete isso. Repete isso aí. Repete...

Minha terra indígena fica entre Brasil e Peru, quase em torno do Brasil e Peru. Aqui do Rio Branco são duas horas de voo, de avião pequeno, de monomotor. Aí, quando chega no Jordão, no município de Jordão, aí pega o barco. Pega um barco de dois dias de viagem ou um dia de viagem.

Na época seca é diferente. Na época do inverno é diferente pra chegar lá.

Lá o rio é pequeno, não é grande. Quando é época de verão é muito... seca muito. Quando é época de inverno aumenta o rio e é bom de viajar, facilita. Mas no inverno... no verão era mesmo de arrastar mesmo por cima da areia ou do pau. Às vezes as pessoas andam de pé. Tem que colocar a carga nas costas, ir andando, ir varando, atravessando o rio. É muito difícil.

Então, pra ter a nossa visão, o nosso conhecimento que nós vivemos, encontramos, a dificuldade também é a distância. Longe. Algumas aldeias ficam próximas da cidade. Mas até... a dificuldade é que fica no último... quase a fronteira do Brasil com o Peru, aonde fica três dias, quatro dias de subida. Dois dias de subida. E para trazer o nosso paciente é muito difícil. Sem comunicação e sem contato. Às vezes, só a pessoa sabe o que está acontecendo na aldeia.

Então, do que a gente vê, no meu ponto de vista, quando nós povos adoecemos, nós temos já um agente de saúde, escolhido pela comunidade, indicado que ele está representando, e que faz esta logística, esse transporte e comunicação com o pessoal da cidade, da Saúde, pra trazer.

Então, eu tô colocando do que eu participei através do meu filho, recém—nascido, de três meses, o meu sobrinho era um mês, mas foi encaminhado e adoeceu lá nas aldeias, era uma aldeia de quase um dia de viagem. Adoeceu e com o nosso agente de Saúde, ele está aqui, através do tratamento aqui na CASAI de Rio Branco. Agora, ele foi hoje, né, quase com oito meses, e lá não tem representante, agente da Saúde.

Mas, ficou essa dificuldade e a gente encaminhou. Encaminhou para o município. Ficou um tempo nas aldeias, aí a gente encaminha para o município. Para fazer o tratamento e tomar algum medicamento, porque nós fazemos com nosso conhecimento tradicional, sempre usamos a medicina tradicional. Mas, às vezes a gente procura

também os remédios assim, da farmácia. Assim, atendimento que pode ajudar também a melhorar. Assim, a nossa preocupação quando a pessoa... Nós povos indígenas, quando o nosso paciente adoecer, todo mundo fica preocupado. Preocupado para ajudar, para salvar, pra.... Como não tem jeito a gente fica... tem que mandar de alguma forma para ter recuperação da saúde. Então, a gente encaminhou. Eu acompanhei tanto meu sobrinho que foi internado durante uma semana. Aí lá, quando ele chegou, viu, era um bebê pequeno, muito pequeno assim, mas ganhou normal, normal. Lá era tranquilo, bebendo o peito da mãe. E já tá também usando a mamadeira. Aí, era normal e só para... Foi internada para ter mais assistência e tomar algumas vitaminas para segurar.

Aí, ficou uma semana. Diz que a própria equipe de Saúde viu e não pode ficar lá. Eles encaminharam para cá, para Rio Branco. Aí, por causa disso... Porque os dois, a minha esposa e a minha irmã, é muita dificuldade em entender e também de falar a língua portuguesa. Como a gente encaminhou alguns acompanhantes, as pessoas de lá não querem deixar os acompanhantes, É só ficar só com a mãe cuidando do bebê.

Aí, como não teve acompanhante os dois, eles tiraram para cá. Isso no dia 29 de fevereiro desse ano, no mês passado. Aí, eu tava lá, encaminhei, tava no aeroporto, embarquei. Ele nunca viajou também, essa pessoa. É a primeira vez que ele tá viajando pra Rio Branco, uma cidade grande. Veio. Mas sempre a gente se comunicando. O que que... bom... Ele não trouxe nenhum tipo de comunicação. Aí ele veio, mandaram.

Aí, subi para a aldeia, fui para a aldeia, falei com o pessoal. A gente foi encaminhado. Mas durante 29, 1º... 29, 1º, dia 2, dia 3, dia 4, aí chegou o corpo... chegou o corpo da criança com a mãe. É, ele...

Só que ficou só o meu filho e minha esposa aqui em Rio Branco. Aí chegou quase onze horas, dez horas da noite, já tudo dormindo, assim. Aí chegou né, ficou assustado. Acordei, pensava que era meu filho, quando chegou o corpo. Mesmo assim, encaminhado, o meu filho que veio doente. Este meu sobrinho, não é doente. Era normal, assim. Normal, tranquilo. Mas quem veio doente, agoniado, muito aperreado, era meu filho.

Aí chegaram. Foi minha própria esposa, minha irmã que contaram. Chegaram com documento do próprio Hospital do Jordão e encaminhando pelo polo de Jordão.

Aí, foi encaminhado e logo o pessoal que foi receber lá no aeroporto, pegou o documento e viram. Aí, esse meu filho foi direto para o Hospital da Criança. E o meu sobrinho foi direto para a UTI, disse.

Aí, logo pegaram, só levaram o menino. Ai a minha irmã... ficaram sozinhas. Aí preocupou. Ele quer ver o filho dele, o filho dela. Ele quer dar o peito dela, ele não quer deixar.

Aí, tomaram e levaram. Aí, ficou chorando, chorando. Não pode nem explicar direitinho. Tudo com dificuldade. Chorando. Só chorando mesmo.

Aí, no outro dia, dia seguinte, encontrou com meu cunhado. Meu cunhado é agente de Saúde. Quando vieram para cá, eu logo liguei para o agente de Saúde daqui.

— Tem dois para encaminhar. Tem duas pessoas, meninos, para encaminhar daqui. Você vai e providencia lá.

— Tá Bom!

Aí já combinei com ele. Quando chegou, ele foi lá e encontrou com ela. Perguntou:

— Rapaz, cadê o menino?

— *Meu menino foi internado na UTI.*

— *Ah!*

Ele veio e trouxe ela, que tava sozinha lá no hospital, trouxe ela pra cá, pra CASAI.

Aí, no outro dia seguinte, diz que ele foi lá visitar ela e ela normal. Normal, comendo assim. Aí, ele viu, né, com soro e com tudo. Aí, no outro dia seguinte ele não falou nada, assim. E pegaram ela.

— *Rapaz. Tem que sair daqui, mas você leva todo seu documento já. Você já vai embora. Aí, ele logo percebeu:*

— *Rapaz, será que aconteceu alguma coisa?*

Aí sentiu... Arrumaram tudo, bem na pressa mesmo, avexado mesmo assim. Arrumaram todas as coisas, pegaram os documentos e foram. Aí foram, chegou, não falou nada, assim, assinaram tudo, mesmo na última, falou:

— *Rapaz, aconteceu um problema. O teu filho morreu. Não aguentou, morreu. Tá aqui o corpo.*

Entregaram o corpo com um caixãozinho assim.

— *Já tá feito.*

Aí, minha irmão começou a chorar. Começou a chorar. Começou a chorar.

Aí, diz que mandaram, né... Mandaram. É um transporte meio com dificuldade também. Morreu bem cedinho e até mandaram quase duas horas da tarde. Demorou um tempão esperando, ficou no aeroporto até que conseguiu. E era domingo. Quando chegou no jornal, o pessoal que é responsável do polo disse que ele foi na colônia mesmo. Esperou, ficou um tempão, até quase cinco horas, cinco da tarde, chegou até tarde do polo. Aí, chegou... Aí viram, né:

— *Rapaz. O que aconteceu?*

— *Tô chegando com meu filho morto, eu tô querendo saber do que ele morreu, qual a doença que ele tinha, qual a... o que ele tá sentindo. Eu quero saber, quero entender. Eu tô perdido com todas estas coisas.*

Ela falou... Arranjaram um barco. Ajeitaram mochila e tudo e embarcou. Aí, tirou até... o corpo até levado para a aldeia. Aí, como a pessoa não tinha sabido desta comunicação, tudo tranquilo, tudo dormindo assim. Aí, quando eu acordei as pessoas todas chorando. Acordei, eu pensei que era o meu filho.

Aí chegou corpo e minha irmã que chegou também. Aí, o pessoal todo preocupado, ninguém mais dormiu não. Passou a noite chorando mesmo.

Aí, agora, mesmo assim eu vi. Então, vamos ver o que aconteceu. Se tivesse... Mesmo assim, se tivesse saído daqui doente, era outra coisa. Se saiu daqui normal e veio o corpo é outra coisa. Então, vamos ver. Abrimos a caixa aí era... colou com um daqueles esparadrapos assim, no braço. Tiramos, tiramos e vimos os dois pontos que costurou, mesmo assim. Aí vimos uma aplicação de CC Um (?), com aparelho, um buraco bem grande aqui (aponta para o lado direito do peito) e todo sangrado, assim, na boca, no nariz. Colocaram ali um pedaço de algodão. E virando, nas costas, era bem aqui também, grande e pregado com esparadrapo.

Aí, as pessoas ficaram preocupadas, a mãe, a avó, o avô, a própria comunidade. Preocupados.

Quando sair daqui com o pessoal, tem que ser bem acompanhado, tem que ser bem orientado também pra... Não pode acontecer isso. Se tivesse acontecendo pra outra pessoa, sem sacar muito bem o Português, era muito difícil.

Aí, chegou no dia 4 mesmo, dia 4 de março, aí eu passei um dia lá. E eu viajei dia 6 para cá.

Aí, quando cheguei aqui, eu fui direto no hospital onde está meu filho, no Hospital da Criança, aí, a minha mulher já tinha chegado... ela veio para a CASAI. Logo Que encontrei com ela, meu filho já, normal. Ele que recuperou bem. Ele tá lá. Mas até hoje, ligou... minha irmã ligou da cidade. Ela quer entender mesmo, assim. Tudo tá ainda muito preocupado, porque é o primeiro filho dele, que perdeu, tanto da mulher, o homem, né, aí até que ligou:

— Rapaz, agora, a gente vendo todas estas coisas, que... porque ainda não tem resposta nenhuma. Mas daqui... saindo daqui eu vou levar algumas informações, algumas orientações pra vocês. Pra não pensar mais, pra não... acalmar um pouco. Então, calma, que a gente tá aqui fazendo esse contato com o pessoal do hospital e contato com o pessoal da CASAI. Aí, eu tô articulando tudo isso.

Então, quem recuperou bem era o meu filho. Tá normal, tá tranquilo agora. Ele teve um problema de saúde, mas não foi... Ainda tá liberado assim, pra volta. Mas já tá alta, as saúde.

Entrevistador: Quantas crianças você acha que morrem por ano?

Rapaz, lá na nossa terra, às vezes, no mínimo dez, quinze crianças, por ano. Num ano, morre muita criança. Até na minha aldeia, eu já perdi quatro... Neste ano mesmo, eu já perdi cinco crianças.

Entrevistador. Quantas crianças tem na sua aldeia, só?

Na minha aldeia mesmo, tem 23 famílias e 130 pessoas. É quase uma aldeia grande. É uma aldeia que tem bastante gente. Eu não moro com outras famílias. Eu moro só com minha família, com meu tio, com minha tia, com meu pai, com meu irmão. Com meu... Sabe. Então, só numa aldeia.

Entrevistador. Por quê morrem estas crianças

Hã?

Entrevistador. Do que morrem estas crianças

Rapaz, as causa da criança, às vezes... Ele morre através de... sete (?)... ter febre, não para de febre, fica emagrecendo, tá com... Não sei se está acontecendo algum problema, não pode se levantar, fica a mãe se cuidando pra parar de chorar. E, aí, às vezes, levanta e começou chorando, às vezes agoniado, não fica parado, embolando, aí que morre, né!

Às vezes também é por causa de queda. Porque a mãe, ela não tem como a criança se ajudar (?) aí ela sempre faz com o menino no colo, carrega água, as crianças no colo, carregando macaxeira, com o menino no colo lavando. Aí, às vezes descuida. Cai também. Não pode nem segurar. Às vezes cai e não te, assim, ajuda de alguém. Já aconteceu estas coisas comigo. Às vezes adoece, e pensam que lá já é legal para se melhorar, fica um tempão, não tem transporte, não em transporte nenhum, às vezes esperando alguma carona de algumas pessoas, aí demora muito e morre lá.

Às vezes a gente traz para o hospital, que é muito longe também, aí morre no meio da viagem.

Então, é isso que está acontecendo. Não é só da minha aldeia, como a gente falou: é outra aldeia que fica mais lá em cima, quase ligada, assim, à fronteira. Aí. fica muito distante. Nós temos um ponto de referência mesmo, na terra, mas não foi bem estruturado, não foi assim pessoa que fica lá direto, esse ponto de referência, um posto. Que é um polo nas aldeias. Mas não foi bem estruturado, não foi uma pessoa, especificamente, ficar lá. Porque, às vezes, vai e volta, porque lá não tem costume, assim. Por isso que está acontecendo tudo isso.

Entrevistador. Quando você se reúne para discutir esse assunto, tem alguma ideia de como pode melhorar, como a medicina do branco pode ajudar mais?

É... quando teve... antes de acontecer isso... Mas, antes, a gente já vem realizando algumas reuniões e a oficina, né, pra discutir a liderança. O que a gente vê... quais as melhorias que podem ser feitas. Então, eu acho que a maioria está colocando a dificuldade de transporte, de trazer as pessoas, muita demora, muito longe, às vezes as pessoas traz já quase morrendo, e morre no meio da viagem. Às vezes, a pessoa fica preocupada.

Então, discutindo para ter um ponto de referência mesmo nas aldeias. Nas aldeias, nas aldeias onde se junta um tanto de cima e outro pra baixo para facilitar a distância da aldeia para o município. E, também, às vezes, não pode se misturar com as pessoas da cidade. Tem que ter um local, especificamente, para atender o nosso povo.

Então, é isso aí que nós, lideranças, sempre discutimos. Mas, nós conseguimos uma estrutura lá, mesmo no central. Tanto a metade da terra indígena de baixo, e metade da terra indígena da subida. Aí, colocou um ponto de referência na de baixos e na de cima. Ali é onde pode ser bem atendido.

Entrevistador: Lá tem telefone?

Não, não tem telefone nem nenhum tipo de telefone, nem orelhão.

Pergunta inaudível do entrevistador.

Não, não tem não.

Entrevistador. Luz tem lá?

Não tem luz. Mas que tem luz lá onde tá o... foi construído um centro de referência. Mas não foi equipado. Não foi bem equipado. Só uma casa mesmo. Não tem...

Entrevistador: Fica aonde isso?

Fica na aldeia Boa Vista. É uma hora da minha aldeia, subindo. Uma hora da minha aldeia, subindo. Aí, colocaram, né. Foi uma estrutura, mas não foi equipada. É só uma estrutura, uma casa. Dentro da casa só tem a casa de quartos, um quartozinho e um colchãozinho, dois colchões para cada quarto. Aí, só.

Entrevistador. Tem luz?

Tem luz. Tem luz, mas, a luz era só... o que pertence... Não é funcionando diretamente, assim. Usa combustível, a luz. Somente usando quando a comunidade se reúne.

Entrevistador. É um gerador?

É um gerador. Eu acho que é um gerador. É um gerador. Não funciona direto. Às vezes fica dificuldade.

Pergunta inaudível do entrevistador.

Hã?

Entrevistador: Tem telefone?

Tem não. Só a estrutura. Que construiu lá só isso daí. Avançou mais, parou e parou.

Entrevistador: Qual o lugar mais perto que tem telefone?

A lugar mais... Não! Na aldeia, mesmo, não existe telefone. Nenhum tipo de telefone. Só... No lugar, mesmo, só no Jordão. No município. Agora, na aldeia mesmo é muito difícil pra telefone... Orelhão, rádio, não tem não. Só, às vezes, a pessoa chega da aldeia e que pode ser atendida. Antes, se tivesse na aldeia não tem como colocar. Mas tem um rádio de FM que tá no Jordão. Às vezes, se aconteceu algumas coisas, aí já comunica assim, no rádio FM. Algumas pessoas têm rádio, ouve, e para resolver alguma coisa. Se não, não tem rádio

amador. Lá na aldeia, mesmo, não tem nenhum tipo de telefone, nem rádio, nem orelhão.

Pergunta inaudível do entrevistador.

É muito difícil.

Entrevistador. E você tem a formação de agente de Saúde lá?

A formação do agente de Saúde, no meu ponto de vista, porque a gente entrou, desde 99, eu não vi a formação, especificamente, só da Saúde. É muito difícil. O próprio meu cunhado não foi capacitado para ser o agente de Saúde. Foi escolhido pela comunidade para ser, para ter o interesse de levar este trabalho na responsabilidade da comunidade. Mesmo ele está representado como agente de Saúde. Porque lá... Às vezes, o próprio mesmo agente de Saúde não conhece bem, assim, quais os remédios, quais os horários que podem dar, dar o que está sentindo, pra melhorar. Ele, às vezes, não conhece muito bem.

Agora, ele ficou um tempão aqui. Acho que, na realidade, acho que aprendeu um pouco, né. Ele foi hoje pra aldeia. Acho que ele conheceu algumas coisas, dá muita informação pro pessoal aí, acho que aprendeu, aproveitou esta oportunidade. Não foi capacitado, ele não passou por nenhuma oficina presencial, nem oficina itinerante. Que eles passam... Não é só da minha aldeia. Eu falo de 32 agentes de saúde, não tem informação, não tem, assim, participação de curso, de intercâmbio, de encontro, de conferência, não teve. Somente... Assim mesmo, que ficou pessoalmente, assim. É muito difícil. E também, é a dificuldade, o lugar onde fica o agente de Saúde mesmo para atender a comunidade. Então, o local pra ele... Ele atende mesmo assim, na casa, na casa dele. Até que a gente construiu uma casa própria. Na própria nossa força mesmo, da comunidade.

Rapaz, acho que ele tem que ter um lugar para trabalhar, né. Não pode atender no meio do terreiro. Não pode atender na casa de alguém, não. O agente de Saúde tem que ter uma casa própria a onde a pessoa vem e pode ser atendido. Aí, nós fizemos uma casinha própria, pegamos todo o recurso nosso lá, material, construímos. E construímos um posto de saudezinho próprio da nossa comunidade, do interesse da comunidade.

Pergunta inaudível do entrevistador.

Rapaz. Precisaria melhorar por cada mês. Como há 32 aldeias, mas também não é só uma terra. No Jordão, tem três terras, mesmo assim ligadas. A terra indígena Alto Rio Jordão é a primeira terra indígena a ser demarcada. Aí, pegando mais um pouco, aumentando né, fica uma terra indígena... Mas mesmo ali no limite do Alto Jordão, era a terra indígena Kaxinawa do Baixo Rio Jordão. É o mesmo rio, mas só que aumentou mais a Baixa. Agora, no Jordão eram duas bocas. Era o Taraoká e o Rio Jordão. Mas, nesses Rio Jordão tem duas terras mesmo... Só aumentou.

Nesse Rio Taraoká, a própria Associação da base, a ASCAJ, que foi premiada, o próprio coordenador está pensando em gastar esse recurso e comprou um pedaço das terras. Porque, os caras lá vendendo, que eles querem sair de lá, e oferecendo para os próprios parentes, do cacique de lá do Jordão, da aldeia Kaxinawa. Aí, caiu esse prêmio da Associação. Aí, comprou. Então, vamos comprar essa terra que um dia vai servir para nós. Aí, comprou. Quase quatorze mil hectare. Naquela terra tem quatro aldeias. Mas nessas duas terra que eu falei, tem 28 aldeias. Aí, tem 32 aldeias no geral. Aí, às vezes, sente uma necessidade daquela terra indígena ter uma independência, e também do Alto e do Baixo Jordão. Mais dificuldade é do Alto, porque é mais longe. Mais longe. É a cabeceira do Rio toda, a nossa terra. Esse afluente fica no limite com o Peru.

Entrevistador. Eu penso assim: para o pessoal pensar em termos de ajudar com combustível. Porque o jeito é barco.

O jeito é barco.

Entrevistador. No inverno?

No inverno.

Entrevistador: E no verão?

No verão, tem que arrastar, né. Tem que arrastar pra trazer barco. Pra trazer o rancho pra comer, pra trazer a carga, tem que ser arrastando mesmo. De canoa. A água, fica até bem assim... (aponta para algum lugar na perna)

Pergunta inaudível do entrevistador.

Às vezes, pode deixar toda a carga deixando na praia e ir carregando, arrastando. Colocando no pau, assim, e passando por cima. Às vezes, tira o motor, coloca na praia, e arrasta só a canoa. Às vezes tira todas as coisas. Como não pode passar, tem que afunda a canoa para poder sair no outro lado. Porque é rio bem pequeno. Mas quando seca, abaixa muito.

Mesmo assim já passou muita necessidade através dessa pessoa da equipe de saúde do Jordão. Às vezes, por causa disso, não vai. Às vezes, por ter interesse mesmo, até vai de pé. Com o medicamento nas costas, o outro ajudando, e andando.

Por causa da necessidade que estamos enfrentando. Às vezes, eles sempre recebem a vacinação com helicóptero, né. Contrata helicóptero, aí vai direto, descendo em cada aldeia. Aonde eu não fui atendido por causa desse inverno... verão. Então, em todas as aldeias sempre acontece. Acontece mesmo, não só com a equipe, mas também parente, paciente doente, já sentiram muito... Já enfrentaram muitas coisas dessa situação.

Às vezes, por causa disso a pessoa não traz. E pessoa termina logo na aldeia. Por causa disso:

— Rapaz, muito longe.

Entrevistador: E técnicos da FUNAI, FUNASA, algum vai lá faz registro destas mortes.

Não, não faz, nem... Lá, não tem FUNAI. Sempre a gente está se manifestando para ter a FUNAI no nosso município. Mas não teve. Nunca. Na minha... no meu ponto de vista nunca vi a FUNAI, que tá fazendo este atendimento e o pessoal monitorando, quando o pessoal morre. Mas só quando vem da aldeia pra falar com o pessoal que perdeu os parentes, para monitorar.

Entrevistador. — Esse registro é feito só aqui no...?

— É só no município.

— Só quando vem no município. Que se tiver longe do município, ninguém sabe que morreu. Às vezes ele, mesmo assim, os próprios parentes, a própria equipe, não conhecem, não sabem, assim, quando a pessoa morreu. Sabe que já tinha morrido. Que já tinha morrido, eles sabem, né.

Entrevistador. E os parentes conversam com você quando morre direto ou não. As vezes...?

Conversam. Conversa. Aquele mais próximo, já morrendo, ele vai atrás do próprio nosso representante. E vem procurar, e tal:

— Aconteceu estas coisas durante o dia, ou a semana, ou já morreu. E aconteceu essas coisas. Nós perdemos, né.

Aí, monitora o falecido. Não é monitorar mesmo assim... Faleceu, assim, presença. Já houve o recado, já tinha feito.

(fim da entrevista)

DEPOIMENTO 3: PUÁ KATUKINA

Primeiramente agradecer a Deus por vocês terem me trazido até aqui.

Eu sou... da etnia Katukina... eu sou Puá Katukina, eu resido na terra Katukina, às margens da BR 364, pertence ao Município de Cruzeiro do Sul. As terras indígenas são 32.624 hectare de terra e somam 614 habitantes no grupo indígena.

Eu sou a gente ambiental formada e também sou do conselho local na área de Saúde na minha comunidade e também sou um dos representantes do meu povo, uma liderança. Então, pra mim é uma honra de estar encontrando com vocês aqui pela primeira vez, uma honra muito grande de estar aqui falando de Saúde indígena, de como podemos melhorar a saúde indígena em nosso país.

Eu vou tá falando sobre a Saúde Indígena, principalmente em minha terra indígena. Então, a Saúde na minha aldeia não tá 100%, mas... que nunca a gente faz coisas 100%, porque não depende só de uma pessoa, depende de várias pessoas.

Então, mais de 85% de melhorar o atendimento de saúde na minha terra indígena, na minha comunidade, tem melhorado bastante. Até... Mais ainda tem muita coisa a melhor ainda, principalmente o polo situado dentro da minha terra indígena – é um polo de primeiro modelo na terra indígena – com todo equipamento, desde caminhão, transporte, enfermeiras.

Então, esse foi o primeiro exemplo que nós tivemos, importante. Mas quando se fala em Saúde Indígena, melhorar a Saúde Indígena, melhorar o atendimento de Saúde Indígena, principalmente no nosso Estado, ainda tá um pouco frágil. Ainda

falta muita coisa ainda pra melhorar a saúde indígena do nosso Estado.

Eu acho que muitos parente, muitas terras indígenas que ficam distante do município, e tem muita dificuldade de transporte na área de Saúde. É claro que existe agente de saúde em cada terra indígena, em cada aldeia. Mas, eles não têm transporte para encaminhar seus pacientes para o município, porque alguns... a maioria das terras indígenas não tem postos de saúdes, não tem medicamento e... não tem postos de saúde.

Então, eu acho que nós, povos indígenas, dentro do nosso Estado, tem que melhorar mais a área de saúde.

Não, hoje, para melhorar a saúde, eu acho que não só colocar muito medicamento na terra indígena ou na aldeia. Mas, no meu caso, na aldeia, o agente de saúde trabalha muito na prevenção. De orientar a sua comunidade, de orientar seu povo de como cuidar da saúde. Porque saúde é vida. É como tratamento de água. É como cuidar de lixo. O agente de saúde.

Eu que sou um do Conselho na área de Saúde faço essa palestra junto com os agentes de saúde, inclusive com enfermeiras não indígenas, a gente faz uma palestra familiar. Cada família, em cada casa, faz palestra junto com o agente de saúde, junto com enfermeira não indígena e a gente faz esta palestra como melhorar a Saúde. E para melhorar a Saúde não é só com medicamento. A gente melhora de várias formas.

Então, eu acho que para melhorar mesmo a saúde hoje, nós temos ao nosso médico, que a gente chama de pajé. Temos as nossas enfermeiras que são conhecedoras de medicinas tradicionais. Ao longo dos anos, quando a gente não tinha este contato com o branco, a gente tratava a Saúde com nossas medicinas tradicionais, com a reza dos pajés, com as parteiras

tradicionais. E hoje, estas pessoas estão sendo esquecidas. Principalmente, porque, tem doenças que não se cura com medicamento, se cura com a reza do pajé. Tem doença que o pajé não cura, mas o medicamento cura. Tem doença que se cura com medicinas tradicionais, não se cura com reza do pajé nem se cura com medicamentos. Tem que falar esse negócio. Estas pessoas estão sendo esquecidas. Isto faz parte da saúde, de quem trabalha na área de Saúde. Então, essas pessoas, desde o agente de Saúde. O agente de Saúde mexe mais com medicamento.

O pajé é diferente. Ele não mexe com medicamento. Ele faz... O trabalho dele na Saúde, com os pacientes, é na reza. E os conhecedores das medicinas tradicionais é com a medicina da floresta, medicina da mata. Quando vem um paciente ele vai na mata e faz um chá, traz um negócio ali pra nós tomarmos.

Então, essa é a área de Saúde. Os povos indígenas trabalham nesta área de Saúde. E estas pessoas estão sendo esquecidas. Eu acho que estas pessoas que trabalham na área de Saúde, com o indígena, tem que valorizar estas pessoas. Porque hoje nós, principalmente agentes de Saúde Indígena que trabalham, não recebem nenhum tipo de capacitação, um treinamento ou curso de capacitação. Elas precisam ter esta capacitação, para trabalhar junto com seu povo, junto com sua comunidade na área de Saúde, onde vem recurso destinado à Saúde indígena. E aonde, em alguns municípios estão sendo desviados estes recursos.

Então, nós precisamos desta capacitação dos nossos agentes de Saúde, das parteiras tradicionais. Precisamos da capacitação, porque isso é importante para nós.

Então, eu acho que tem algumas terras indígenas em nosso Estado que passam por uma situação difícil e onde o recurso está sendo mal administrado, principalmente em nosso Estado.

Porque aonde se fala... muitas vezes, pessoas falam:

— Pra melhorar... Nós vamos melhorar a saúde indígena.

Mas, melhorar como? Melhorar como?

Que hoje já está com mais de quinze anos que vem se falando em melhorar a Saúde Indígena. E hoje, ainda não está bem ainda no atendimento de Saúde. Então, eu acho que é... E a gente também trabalha... Eu como agente agroflorestal, eu trabalho com o sistema agroflorestal, com Segurança Alimentar. Porque, quando você é bem alimentado, você tem boa saúde, no seu corpo, na sua vida. Onde você não está bem alimentado, não tá bem de saúde. Então, tem que ter várias formas de melhorar a Saúde Indígena. Ter uma horta nas aldeias.

Melhorar a saúde indígena, porque hoje, nós vivemos em dois mundos, no mundo tradicional e no mundo do branco. Nós precisamos dos dois mundos. Dependemos de duas coisas. Nós precisamos de medicamento. Porque antigamente, há muitos anos atrás, não precisava de medicamento, do posto de saúde, que vem de fora. E a Saúde era só com as medicinas tradicionais, da natureza mesmo. E hoje nós precisamos agir desta forma.

Então, eu acho que é isso que eu queria colocar. Eu acho, que como eu falei, na minha aldeia, água tratada com cloro. De primeiro, o agente de Saúde ou a equipe de saúde vinha, trazia cloro para a aldeia e entregava para cada família, entregava um vidro de cloro. Aí, nós percebemos que não era legal entregar para o pai de família. Entregar para o agente de saúde e o agente de Saúde coloca num tanque ou onde... Porque, no nosso caso,

tem poços artesianos. Então, o agente de Saúde pega o cloro, vai nas caixas, tem cinco mil litros, dez mil litros. Coloca cloro dentro, quando sai nas casas — é encanada, a água — a água nas casas já vai tratada... nas casas das pessoas, nas casas de família.

Então, eu acho que melhorou bastante o tratamento de água na nossa comunidade, em nossa terra indígena. Tem aldeia que eu conheço, porque eu conheço poucas terras indígenas, conheço pouco. Ali, pelo que eu conheço, a terra indígena Barão, que é do povo Kuianal (?) e também conheço a terra indígena 27, colônia 27, que é lá no Karoaká (?). Então, estas duas eu conheço. O resto eu não conheço. Porque eu não cheguei até lá, nestas outras terras indígenas. Estas são as duas terras indígenas que eu conheço mesmo. Eu conheço mais terras indígenas que é fora, que não tem poços artesianos, sabe.

É como no caso do Purus, que a gente fez na primeira vez que eu fui realizar uma oficina de Sensibilização e Gestão de Área Territorial e Ambiental em Terras Indígenas, a gente viu que não tem quase apoio de atendimento de Saúde quando a gente chegou lá. Não tem poços artesianos, não tem água tratada. A pessoa... a comunidade pega a água. Eles fazem cacimba num sistema manual, cavado com enxada, aquele poço para tomar água, para não tomar a água do rio. Porque a água do rio é muito poluída. Principalmente no Purus, que fica entre dois municípios, que é o município de Santa Rosa — que é um município pra cima da terra indígena — e o município de Munhã (?) que fica abaixo da terra indígena. Então a água do rio é muito poluída. Então eles conseguem fazer uma cacimba manual mesmo, cavando com enxada.

Então, pelo que a gente viu, não tá legal, não tá bom de Saúde. Principalmente eles, não têm agentes de Saúde. Muitos não têm transporte fluvial para quando acontece de um paciente chegar,

levar até o município de Santa Rosa. Muitos não tem. Então é muita dificuldades pra eles lá.

Bom, no caso do Purus, é um dia, dois dias e meio pra subir de barco até o polo de Santa Rosa.

Pergunta do entrevistador: Um dia e meio quer dizer, você anda de barco quantas horas?

Deixa eu ver... oito... oito... aproximadamente vinte e duas horas, mais ou menos.

Interferência de Osmildo Silva da Conceição:

— Dá aproximadamente 26 horas de viagem.

É, exatamente!

Interferência de Osmildo.

— Porque dois dias dá 24 horas. É a base que eles tiram da aldeia para vir ao polo básico do Puros é... os que moram na metade da viagem. Na nossa fronteira. E eles levam dois dias e horas do outro dia. Então vai levar, aproximadamente, 26 horas de viagem para chegar ao polo onde tem assistência médica, no polo básico. E os que moram mais para baixo, se eles vierem também para Santa Rosa, vai demorar a base de... aproximadamente, de 48 horas. É uma grande caminhada, uma grande distância. É muito difícil o acesso.

Interferência de Ornildo.

Pergunta do entrevistador: 48 horas são quatro dias de viagem?

São quatro dias de viagem. Ou eles vão por Santa Rosa ou por Manuel Urbano, desce por que é mais distante ainda. São

dois dias de decida de viagem. Pra ele subir de Manuel Urbano para as aldeias deles, eles levam, aproximadamente, três dias subindo de barquinho, para voltar para suas aldeias.

Nós achamos que falamos da situação da nossa Saúde, da realidade do nosso município. Mas, visitando os parentes do Purus, nós vimos que eles ainda têm mais dificuldade na assistência da Saúde com articulação da Educação. Os próprio descendentes indígenas tem ainda pouco conhecimento dos direitos dos povos indígenas.

Eu só queria informa para a equipe que está aqui que nosso motorista também chegou para nos levar ao aeroporto. Então, vocês aproveitem mais alguns minutosinhos. Que a gente tem apenas umas poucas palavras para agradecer vocês também para estar pegando nossas coisas para a viagem.

Bem.. Eu acho que é... falar de... é o que o moço tá falando. Pra ir um médico na aldeia pra saber é muito difícil. E a gente também já tinha enfrentado.... Isso aconteceu também nesse caso aí. Porque um médico para ir lá na aldeia leva dois dias, três dias de viagem. E eles não têm esse costume de viver na aldeia ou na floresta. O costume deles é ficar na cidade, com água bem tratada e ter um ambiente saudável. E lá na aldeia é diferente do que é na cidade. Na mata, na floresta, As casas não são do jeito que é na cidade. E é por isso que os médicos não chegam até a aldeia para fazer o atendimento de Saúde. Eles convidam mais para os agentes de Saúde vir para o município. Trazer o paciente para fazer o tratamento no município.

Fala sem identificação: E não tem medicamento na aldeia. É isso? O médico, ele concentra o atendimento dele no ICASA

(?) e quando termina o tratamento é que ele volta para a aldeia?

Ele volta para sua aldeia de novo. Isso é o que acontece em outros municípios, em outras terras indígenas.

DEPOIMENTO 4: OSMILDO SILVA CONCEIÇÃO

Meu nome é Osmildo Silva da Conceição, da etnia Kuntanawa. Na língua... Meu nome na língua é Kuntá, com K. Sou liderança da minha aldeia. O nome da minha aldeia é Sete Estrelas, localizada no município de Cruzeiro do Sul, na região do Rio Juruá, no Vale do Rio Juruá.

Sou agroflorestal, também, da minha aldeia. Sou agente ambiental, também da minha aldeia. E sou coordenador do Movimento Indígena do Vale do Juruá, que é da organização Opirj. E temos traçados uma política, um desafio aos direitos... aos nossos direitos, tanto da Saúde quanto da Educação.

A luta pela demarcação das terras indígenas que ainda se encontram no nosso Estado, Por demarcação de terra. Diz a minha mãe, que o índio, para ser índio, tem que ter a sua terra demarcada, garantida, para ele poder trabalhar com segurança e lutar com mais dignidade pela Saúde e pela Educação.

Então, para nós assim, lideranças jovens, é um desafio muito grande a gente traçar essa política, de vestir a camisa da Política Indígena, que é o jovem trabalhar pelos direitos, pelo

reconhecimento dos direitos, seja da Saúde, da Educação, dos nossos objetivos amparados na lei do nosso país. Então, eu tenho sido um dos destaques nessa Política Indígena.

Comecei a trabalhar dentro da minha própria terra ainda criança, no trabalho da exploração da seringa, da borracha. Com a idade de onze anos deixei o banco da escola pra ir trabalhar junto com meu pai, no corte de seringa, na produção de borracha. E com a idade de 25 anos eu parei o corte de seringa para ir trabalhar no desafio da Política Indígena, de trabalhar pelos direitos... de nossos direitos de reconhecimento como índio, pela demarcação de terra. A lutar pela Saúde Indígena do nosso povo, a lutar pela Educação diferenciada, e hoje ingressar numa carreira maior, de estar... se escolhido pelas outras lideranças como coordenador do movimento, pelo conhecimento dos direitos da Política Indígena, que abraça todas as causas.

Então, como coordenador do movimento e como liderança dum povo daquela região. Então, a Opirj tem a abrangência de onze povos indígenas, de onze etnias diferentes. Não são onze aldeias.

São onze terras indígenas na região do Juruá, começando pelos parentes Huni Kui, que são os Katukinas, na BR, em seguida tem os parentes Poianawa, no Município de Mâncio Lima, tem os Nawa, também no Município de Mâncio Lima, e tem os Nukini, também no município de Mâncio Lima, e tem os Jaminawas, no Município de Rodrigues Alves. E tem os Shanenawas, os parentes Shanenawas, que é no município de Portugal. E no município no qual eu moro, é o Município de Thaumaturgo, que é o último município do Vale do Juruá. Que são cinco povos localizados ali naquela região, começando pelos parentes Ashaninka, no João Moura, em seguida vem os Apolima, e no Rio Juruá a terra indígena Kaxinawa Ashaninka do Rio Breu. Já no Rio Tejo, a terra indígena dos parentes Jaminawa-Arara, do Rio

Bajé. E chegando no Rio Tejo, já quase na fronteira, a nossa terra, que é nós Kuntanawas.

E pra falar da questão da Saúde Indígena, que o mundo lá fora sabe que se fala da Saúde Especial Indígena do nosso Estado e nosso Brasil.

Eu não estou falando pelo Brasil inteiro, mas falando pela nossa região e defendendo o nosso direito como índio, principalmente da minha terra, e do meu povo, do meu município, no qual tem atuado como coordenador do movimento. Mas falando mais pelo conhecimento do que tem acontecido dentro da minha aldeia, dentro da minha terra. Até hoje, a Saúde, a equipe de Saúde, não restou atendimento nenhum dentro da nossa própria aldeia. A equipe passa, mas é de passagem, e vai para uma comunidade chamada Vila Restauração, aonde meu povo, se quiser ter atendimento, tem que ir para lá.

Nós temos nosso agente de Saúde, que recebeu ainda em 2004 e 2005 um curso. Daí para cá parou o curso e nosso agente de Saúde tem ficado totalmente isolado. Que não pode trabalhar com medicamento pra passar sequer um calmante para o paciente. Isso pra nós é uma deficiência muito grande.

Pelo outro lado, o nossos agentes de Saúde não têm barcos para o transporte do paciente, do parente quando adoecer. Então, ele é levado... o parente é levado para o posto de Saúde da Vila Restauração. E de lá, se o enfermeiro ou o doutor que está lá é que encaminha o parente. Mas nosso agente de Saúde não tem um meio de transporte para ele mesmo conduzir o processo. De levar o parente, cuidar do parente. O parente pode ir, mas é levado pela equipe de Saúde do branco. Porque o nosso parente não pode sair pra acompanhar. Então, isso pra nós também é uma deficiência muito grande.

E que, a Saúde, dentro do nosso município, tem atuado lentamente, e que tem causado um problema muito grande, porque, dentro da terras indígenas não tem Saneamento Básico. Tem o Aisan(?). Também, dentro da nossa terra não tem. Dentro das outras terras os parentes tem seu Aisan. Mas a água, não é uma água de qualidade. É mal tratada a água. Os poços foram criados, mas não deram continuidade, a equipe não deu continuidade, eles estão por acabar, por terminar o trabalho, estes que foram colocados. Não tem o tratamento adequado e a gente tem enfrentado dificuldade na questão da Saúde.

Dentro da minha aldeia não tem o saneamento básico e nem tem os poços artesianos. Ainda continua gente apanhando água de cacimba, ou mesmo dos rios, porque não é em todo lugar que a gente pode abrir uma cacimba. E isso, a gente reconhece. E sabemos que outras pessoas já tem falado para nós que o problema de malária que tem acontecido vem da contaminação da água, o problema da Hepatite também vem da contaminação da água. E outros tipos de doenças também que a gente pode também acolher em nosso corpo vindo da água, da falta de tratamento da água.

Então, se torna pra nós, a gente olhar, e quando a gente vê falar, a gente ouve no jornal, a gente vê passar na televisão, nossos governantes falando que a Saúde Indígena tá uma Saúde de primeiro mundo, uma Saúde Especial Indígena. E nós olhando e vendo isso, essa divulgação através do rádio, da comunicação, e vendo passar na televisão, isso deixa a gente muito triste. Enquanto tem parente morrendo dentro da aldeia.

Estou falando isso, não estou caluniando o Governo do Estado, não estou caluniando o Governo Brasileiro. Estou falando da realidade que eu vivo, do qual eu, como liderança, no dia 25 de dezembro de 2011 chegou a óbito um dos meus filhos, com

problema de Hepatite. Criança que tinha sete anos chegou a falecer e outros parentes também que adoeceram também da mesma doença, em torno da Vila Restauração e a Aldeia Sete Estrelas, aonde eu vivo.

Com o do meu filho deu seis casos, tudo dentro de um mês só. E isso para nós é muito preocupante.

Tenho acompanhado também, dentro do polo de Marechal Thaumaturgo, uma parenta, Apolima também, faleceu também, de Hepatite também. Veio a hábito também. Pude ver também, dentro da aldeia dos parênteses Ashaninka, uma criança e um adulto também foi a óbito, também.

Os doutores não disseram nem que tipo de doença é que o parente foi a óbito. E a Casai, em Cruzeiro do Sul também, parece assim, comparando mal, um mercado, que é contaminado de vários tipos de doença ali dentro. Que o parente vem com um tipo de doença e quando sai dali, Às vezes, sai com outro tipo de doença.

Falta de higiene dentro da Casa da Saúde do Índio. Que nós conhecemos como a Casa da Saúde do Índio.

Eu pude ver e levei outros parentes lá dentro também. Como os parentes Ashaninka, com uma camerazinha, para fazer uma filmagem lá dentro mostrando de que forma nossos parentes estavam sendo tratados.

Os colchõezinhos jogados em cima da lajota. Os parentes bebendo água no bebedourozinho nesses copos descartáveis. Alimentação, feita talvez com água que não sei se é tratada. Não posso dizer que é o que não é. Não posso afirmar. É um dos dois. Mas tenho visto muito isso: parente que vem para receber um tratamento e já volta só o corpo, já tem perdido a vida.

Então, para nós assim, como liderança na Política Indígena, muitas vezes a gente fica pensando: em que mundo em que nós estamos? E onde é que nós estamos vivendo?

Apesar das distâncias que nós vivemos, mas nós sabemos que entram muito recurso dos países... de outros países europeus para o cofre do Governo Federal destinado à Saúde Indígena e à Segurança da Defesa do Meio Ambiente, que também faz parte da nossa trajetória de Saúde, porque um ambiente bem tratado, bem zelado, traz a nossa saúde também.

Entrevistador: Malária!

Malária. A gente sabe o que é isso. A malária provém também do tratamento da água. E isso tem sido um caso muito grande dentro do município de Thaumaturgo. Não só dentro do município de Thaumaturgo, no Vale do Juruá.

Bom, na minha aldeia, na nossa terra, o tratamento que a gente recebe na água é o cloro. Que é repassado pela equipe. Quando o nosso agente de Saúde vem da sede do município, ele distribui a caixinha de cloro que ela, quando vai fazer o acompanhamento nas casas, leva distribuindo. É o único medicamento que ela leva. Que ela não é autorizada a mexer com outro tipo de medicamento. E aí, ele é colocado na água, dentro da casa. Ele não é colocado na cacimba, pra fazer um tratamento, ele é colocado quando se traz da cacimba ou do igarapé.

Aí, é colocado num vaso aonde a pessoa vai estar bebendo aquela água dali, conforme a orientação de quantos litros d'água, quantos pininhos de cloro vai entrar dentro daquela água. E quanto as informações que tem chegado lá pra fora, até pra conhecimento de vocês, dizendo que os índios usam o cloro para colocar na roupa. Dentro da minha aldeia, eu nunca vi. E até digo que é mentira, porque dentro da minha aldeia as mulheres lavam

roupa. Mas elas lavam roupas com água que é pra ser colocada na roupa mesmo, colocada na água pra lavar roupa.

E essa parte, da questão do problema de diarreia, tem nos afetado muito. Não só as crianças, mas até mesmo os adultos têm sentido este problema de saúde. E tudo isso, a gente sabe que provém de uma água não tratada. E a gente pergunta pra nós mesmos:

— Até quando nós vamos estar sendo tratados dessa forma? E qual é o meio que a gente vai poder fazer pra poder evitar de a gente estar sofrendo isso tudo?

A gente tem que procurar um meio. No começo da década, o índio, ele vivia totalmente no lugarzinho dele isolado. A gente está em três fases de vida. A gente já passou por três fases, a gente é a terceira geração.

A primeira geração, eles viviam nas malocas, como chamavam antigamente. Porque o índio não tinha contato com o mundo do branco. Na época, os doutores deles eram os nossos iurãs, nossos pajés. Eram quem curava nosso povo. Nosso povo não tinha impacto com outros tipos de doença. Passou. Veio a época do massacre, que chama-se libertação. A luta que foi a luta do meu pai e de outras pessoas deles, que já se foram, pelo direito a demarcação da terra.

E vem a nossa geração, a terceira geração agora, que é a da luta pelo direito da Saúde, da Educação, que é essa coisa maior do mundo branco.

E agora não se fala mais das malocas. Não se fala mais dos toçais (?), não se fala mais... Se fala dos caciques, que cacique, dentro da nossa terra, é como se fosse o Governo do Estado. Então, ele é o governo do povo dele. Ele é o homem que tem

autonomia de sair lá fora e falar dos nossos direitos. Ele é o cara autorizado a cobrar. Isso do Governo Federal, do Governo do Estado, e até mesmo do Governo Municipal, que são os prefeitos.

Mas nós hoje, nós estudamos e aprendemos muito com você também. A se compor, com cada um em seu setor. Então, nós, dentro da nossa aldeia, nós criamos... colocamos o nosso professor, pra ele ser a pessoa pra estar falando, cobrando o direito da Educação do índio.

Mesmo eu, como liderança, também tenho autonomia de falar. Mas quem tem mais autonomia de falar sobre a Educação é o professor. E ele dizer qual é o tipo material que ele precisa pra estar ensinando os nossos filhos.

A mesma coisa, eu também quando fui cacique, quando trabalhei como cacique geral, que agora estou como segundo cacique, porque estou na coordenação do movimento. Então, nós temos isso: quando a gente é chamado numa função da aldeia da gente para ir para outro setor maior, a gente empodera outra pessoa enquanto você tá cuidando daquele outro setor. Para não acumular um mandato em cima do outro. Também coloquei o nosso agente de Saúde, pra ele conhecer, pra ele aprender a trabalhar com a Saúde do homem branco, e também trabalhar dentro da nossa terra. É mais um membro, é mais um braço que você cria.

E também passei a colocar uma pessoa para estar cuidando dessa questão, estar conhecendo essa Política do Meio Ambiente, que também faz parte da nossa trajetória e da nossa saúde. E eu abrace essa causa da Segurança Alimentar e da Medicina Tradicional, que é aprender a conhecer e valorizar as nossas medicinas tradicionais, o qual o meu avô, por parte de mãe, era um grande pajé.

E falar de Saúde não é tão fácil. Mas prevenir contra a saúde... contra a doença, e ser um homem sadio, isso eu aprendi. Porque fui buscar da minha mãe o conhecimento e do meu pai o conhecimento que eles aprenderam com meus avós, que foram tirados da mata.

Em oito anos, estou dentro dos 49 anos, eu nunca recebi uma vacina dada por um home branco, eu nunca foi num posto de Saúde me consultar, eu nunca entrei na porta de um hospital doente. Porque eu aprendi a valorizar as medicinas sagradas do meu povo e mascar as batatas que me dão saúde, a tomar banho das medicinas para me curar, me proteger das picadas dos mosquitos que podem me transmitir doença. A mascar, ou fazer o xarope para beber também, pra me proteger de um vírus que pode vir da água. A minha matéria tá curada pra isso. E a valorizar isso.

Então, juntar e somar essa força da medicina tradicional com a medicina do homem branco e trabalhar isso dentro das aldeias, talvez seja a chave da Casa da Saúde do Índio, essa troca de experiência, fazer essa unificação. Porque o homem branco pode aprender muito com o índio, mas o índio também aprende muito com homem branco. Pra isso Deus nos colocou... Deus nos colocou o índio como um bicho isolado lá dentro da mata. E Deus deixou o homem branco também, com essa inteligência de ajuntar tudo isso e lutar por um só objetivo, que a nossa saúde. O homem sem saúde, ele não tem alegria nem pra viver. Mas o ser humano, quando ele tem saúde, se no lugar que ele está, ele não está se dando bem, ele pode ter coragem de ir procurar outro meio de vida em outro Estado, ou em outro lugar.

Primeiro de tudo, eu quero dizer pro mundo e pra nós: que o homem precisa ter saúde, seja o índio, seja o homem branco,

precisa ter saúde. Depois que vem a parte da Educação, dentro da sua casa a sua segurança alimentar, o bem estar, aí o laser.

Essa outra coisa maior, que todos nós sonhamos, todo mundo precisa de uma parte financeira para viver. E nós sabemos que nós indígenas não podemos mais viver naquele mundo que nós já vivemos, na década de 1930, ou de 1920. De lá para cá mudou muito. Naquela época nossos parentes vivam totalmente simples, como nascem. Somente com as pinturas corporais e viviam dentro, isolados no meio da mata, simplesmente. O que as mulheres usavam era essa pinturas no seu corpo como se fossem modelo de uma roupa. As mulheres com seus seios pintados de urucum ou de lamê, mas que não tinham um sutiã, não tinham uma calcinha, não tinham uma camisa. O homem não tinha uma calça comprida. O homem não usava um boné na cabeça, o homem usava um cocar de pena como forma de... como um símbolo de ter aprendido a viver com a natureza

Hoje nós não podemos mais sair nem para o mundo lá fora, se apresentar como lideranças, da forma como eles viviam. A gente tem que estar com um sapato, a gente tem que estar com uma calça comprida, a gente tem que estar vestindo uma camisa, sabe. E muitas vezes ainda, a gente é discriminado quando nós se apresentamos como índio e o cara diz assim:

— Cadê teu documento? Que se não tá o nome da sua etnia, não é reconhecido em cartório.

Nós ainda sofremos este tipo de discriminação. Mas nós sabemos que a nossa política não para por aqui. Nós sabemos que, se hoje ou amanhã, nós não estamos sendo ouvidos, mas depois nós podemos ser ouvidos, não só pelo nosso Governo do Estado, mas pelo Governo Brasileiro e até mesmo pelos países europeus que nos apoiam com recurso financeiro visando a Saúde é o Bem

Estar do índio, do homem que tá no meio da mata, cuidando e preservando toda essa natureza.

Então, eu abrace essa causa da política da Saúde Indígena, da Educação, do Direito do Índio, porque é o meu dever, meu desejo, a minha obrigação.

Quero parabenizar esta equipe que está aqui nos entrevistando, e dizendo pra vocês assim: Que contem conosco. Que estas entrevistas não fiquem apenas com os Kuntanawa, que não fique só parente Katukina, que não fique só com os parentes Huni Kui. Vocês pode fazer desse trabalho de vocês um grande elo de harmonia, de felicidade, de prosperidade, para cuidar e abraçar a causa da Saúde Indígena.

A forma como o branco tem tratado nosso povo nas aldeias é a questão da vacina.

Entrevistador: Só?

Só a vacina. Não fica remédio pro agente de Saúde indígena repassar para o parente. Nem para febre. Só é distribuído pela equipe de Saúde que trabalha com o indígena.

Se o parente adoecer, o agente de Saúde não tem o que fazer, a não ser que o pai ou a mãe ente na mata e faça o xarope das medicinas tradicionais. Então, quando o filho adocece, ele tem que vir para o Polo para poder receber tratamento.

O meu filho foi um dos casos muito complicados, porque eu tava em Cruzeiro do Sul no dia 14 de novembro, quando a mãe dele me ligou no telefone da Vila Restauração avisando que meu filho tava doente — que tinha adoecido e que estava com vômito e diarreia — e tava com muita febre, uma febre muito alta.

Naquele momento, eu tava com dificuldade de condições financeiras pra vir pra aldeia onde tava meu filho. E fiquei pedindo apoio aos amigos. E, como eu tinha muitos amigos ali que me conhecem, que são pessoas que têm uma condição financeira melhor, a forma que eles puderam me ajudar foi um chega pra mim falar:

— Olha Thiago (?), nós poderemos te dar uma ajuda muito boa, temos muitos amigos lá fora também e você é uma pessoa que trabalha muito bem com medicinas para dores no corpo, você faz um rapé muito bom, eu queria te pedir que você fizesse essas essências, esses repelentes naturais que você faz pra gente usar e nós te damos o dinheiro pra poder te ajudar.

Claro que o cara não ia meter a mão no bolso e tirar cem reais a troco de nada. Isso não acontece mais. Tal seja o amigo que te conheça e... porque tem pessoas que desconfiam muito do índio:

— Vou dar o dinheiro pro índio, ele vai comprar uma cachaça, vai ficar bêbado por aí e depois vai sujar a minha imagem.

Do jeito que tem índio verdadeiro, também tem índio sacana que faz isso. E meus amigos, como eles me conhecem, eles conhecem meu trabalho como liderança, eles me ajudaram nesse sentido. De eu fazer os repelentes naturais e eles estarem me comprando para eu poder arrecadar o recurso, pra comprar minha passagem, comprar minha alimentação e comprar também o combustível pra chegar na minha aldeia. Então... Levou tempo.

Eu recebi essa informação de que meu filho estava doente no dia 14 de novembro e eu fiquei até o dia 3 de dezembro dentro de Cruzeiro do Sul para poder ir para onde estava meu filho.

E produzi muito rapé, e produzi muitos repelentes, e fiz uns artesanatos de sementes nativas pra fazer colares, fazer

pulseiras, pra eu poder arrecadar recurso, pra eu poder pagar a minha despesa de alimentação, o combustível, pagar minhas passagens, pra poder chegar na minha aldeia.

Com todo o meu trabalho, eu conseguir arrecadar R\$ 1.190,00. Era exatamente o dinheiro que eu precisava pra poder chegar na minha aldeia. E, quando eu cheguei na sede do município de Marechal Thaumaturgo, tava minha irmã que é agente de Saúde da minha aldeia, aldeia do povo Kuntanawa. Aí, eu fui procurar informação.

— Como é que tá a situação do meu filho?

Aí ela falou:

— Olha, mano: acabou de subir hoje a equipe de saúde para prestar atendimento na Vila restauração. E eu já falei pra mãe de seus filhos que ela levasse seu filho para ser atendido lá. E aí, em seguida, eu cheguei à noite quando foi de manhãzinha ela me ligou avisando que o menino tinha subido pra mão da equipe da Saúde, que a doutora tinha passado um medicamento pra ele. E antes dele ir a óbito, ele já estava tomando o medicamento que a doutora tinha passado pra ele.

Então, eu também dei mais uma tranquilizada, que eu tava muito preocupado com essa questão de saúde, porque quando eu estava morando... atuando diretamente dentro da aldeia, qualquer problema de saúde, que meus filhos adoeciam, eu ia na mata tirava as medicinas que eu conheço e fazia os xaropes, o remédio para a criancinha beber.

E aí eu demorei, porque quando eu cheguei na sede do município, mesmo tendo o dinheiro para comprar o combustível e o rancho para eu chegar na minha aldeia, pagar a diária do motorista pra me levar para minha aldeia, não tinha combustível

na sede do município. Estava em falta a gasolina. Então, eu passei três dias ainda na sede do município para poder o combustível chegar, para eu comprar o combustível e pagar o motorista pra ir me deixar na minha aldeia.

O certo é que quando eu cheguei na minha aldeia...

Pergunta do entrevistador: Quanto tempo de viagem até a tua aldeia?

É um dia de viagem, você viajando num (?), num bote de alumínio, são oito horas você correndo no bote de alumínio de oito metros. Se for em barco de madeira, você leva aproximadamente quatorze horas de viagem. É um dia e umas horas do outro dia. Bem distante.

E quando eu cheguei na minha aldeia, meu filho, mesmo doente, ele veio me encontrar na beira do rio. E, naquele momento que eu vi ele, eu pensei:

— Meu filho não tá bem.

Mesmo assim, o meu dinheiro, o que eu tinha, já tinha gasto tudo. Tinha pago minha passagem de Cruzeiro do Sul para Marechal Thaumaturgo, tinha comprado meu rancho de despesa, também, da viagem, para Marechal Thaumaturgo, tinha comprado a gasolina, que era cinquenta litros de gasolina para o rapaz ir me deixar e voltar pra Marechal Thaumaturgo. Que dá a faixa de R\$ 235,00.

(pequeno trecho sem áudio)

Dar assistência para meu filho. É aquilo que eu pago uma pensão para eles. Tudo o que eu ganho é dividido a metade.

Naquele momento em que eu vi a situação do meu filho, eu pensei em voltar pra trazer ele pra dentro do Cruzeiro do Sul ou

para Marechal Thaumaturgo para cuidar da saúde meu filho. Eu vi que a situação dele não estava bom. Mas eu não tinha mais dinheiro pra voltar. E o doutor que tinha estado lá com a doutora — a equipe médica — não deram encaminhamento para meu filho.

A doutora foi fazer o atendimento na criança, a mãe dele foi um dia e não conseguiu fazer o exame e voltou pra dentro da casa, voltou pra aldeia. E quando foi no outro dia, o filho mais velho, botou ele dentro da canoa, levou a faixa dos quinze minutos da aldeia para dentro da sede da Vila Restauração. A criança saiu, de manhãzinha, em jejum. E quando foi por volta de duas horas da tarde, a criança tava chorando, pedindo comida. E a mãe dele pegou e deu a comida. Quando a doutora foi fazer o exame, a criança já tinha comido. Sinal que, mesmo ele estando com a Hepatite, não ia dar resultado positivo, porque a criança tinha se alimentado.

Quando ela foi fazer o exame na criança era por volta das três horas da tarde. A criança já tinha se alimentado e não deu resultado de doença. E a doutora pegou e passou um remédio, que ainda tem lá na minha casa — um vidro do remédio e caixa do remédio que a doutora passou para meu filho — dizendo que a criança estava com infecção, e deram remédio para a criança.

Então, quando eu cheguei, que vi a situação do meu filho, eu falei pra mãe dele:

— Esse remédio pode matar meu filho. Meu filho não... essa doença que tá aí, não é infecção da criança.

Porque, a primeira coisa que eu fiz foi, quando eu cheguei, que abracei meu filho, que ele encostou o estômago em mim, ele se afastou porque o estômago dele estava doído. Então, a febre tinha recolhido e estava no estômago da criança, tava no fígado

da criança. E aquilo me deixou preocupado. E passei esses dias com meus filhos.

Quando foi no dia 24 de dezembro, toda minha família tava sabendo, todo o meu povo tava sabendo, que eu tinha chegado na aldeia. E, como eu já falei em alguns minutos atrás aí, que cacique dentro das aldeias é como que seja o governo, todo meu povo tava sabendo que eu estava dentro de Cruzeiro do Sul. E que, em comemoração ao Natal e ao ano novo eu estava chegando. Pra passar o Natal e ano novo na aldeia com eles.

E eles tinham preparado uma grande festa, que não era uma festa dançante, que não era outra coisa. A festa deles era ter preparado muita caçuma, outros tinham feito grandes pescarias e outros tinham feito muita caçada pra ter carne, peixe e muita caçuma. Que, de mim o que eles queriam é que eu preparasse muita ayahuasca, pra a gente beber junto, pra gente passar bem a noite naquele encontro de lideranças os parentes da aldeia, da terra.

E aí, meu filho era um dos que me acompanhava e que tinha muito interesse em trabalhar com as medicinas. E ele tinha pedido, no início do ano, que queria que eu ensinasse todas as medicinas que eu conheço. Que eu conheço, estou apenas aprendendo a trabalhar com a medicina. Eu conheço apenas 3.900 medicinas.

Mas meu filho era uma das crianças, jovens, e o primeiro que pediu pra trabalhar, que queria aprender a trabalhar, porque ele via muito eu falar que nunca fui vacinado, não tenho carteira de vacina, não tenho coisa nenhuma, e vivo muito com saúde. Então, ele foi e falou pra mim:

— Eu quero aprender isso. Eu quero te ajudar.

Eu eu fui e falei pra ele... Eu tava preocupado, a vista, os olhos dele ficando... o branco dos olhos dele ficando amarelo. Eu falei:

— Meu filho, eu vou te levar pra cidade. A tua mãe não deixa eu te dar as medicinas pra te tratar, então, eu vou te levar pra cidade. Vou deixar passar o ano novo e vou descer contigo, te levar pra cidade.

Ele falou:

— Olha pai, eu não quero ir pra cidade. Eu quero que o senhor cuide de mim com as medicinas que o senhor bebe, com o xarope que o senhor faz.

Eu falei:

— Olha meu filho, mas o doutor já passou. Tua mãe não deixa eu te dar o remédio. O doutor já passou esse remédio. E tua mãe tá dizendo que se tu tomar outro remédio dado por mim e tu chegar a ir a óbito, a equipe vai me acusar como eu ter envenenado você. Então, não posso fazer isso. Eu tenho que procurar os meios de... Vou conversar com minha família, sabe. Vou ver o que a família pode fazer. Se a família pode fazer uma arrecadação de recursos. E eu descer para lá, quero tratar de você.

Aí, ele foi e perguntou:

— O que o senhor vai fazer hoje.

Eu falei:

— Olha, eu vou tirar cipó, vou tirar folha, pra fazer uma ayahuasca pra nós fazer nossa festa no terreiro.

Ele falou:

— Eu não vou com o senhor. Mas o senhor vá!

Eu falei:

— Meu filho, você não tá bem?

— Não, eu tô tranquilo. Mas eu não vou poder ir com o senhor para a mata, não. Tá. O senhor vai.

Eu falei:

— Tá bom.

E eu fui, tirei o cipó, no saquinho lá. E fui mais pra frente tirar umas folhas. Quando eu tava tirando as folhas, parece que eu tava tirando as folhas, tinha cantado umas músicas tradicionais pedido licença à natureza pra tirar aquelas folhas e preparar o nosso Kumi. Para a gente ter uma boa luz, ter um bom conforto. E aí, tive um aviso, assim, espiritualmente, assim ó:

— Olha! Teu filho vai morrer já.

Parece que uma coisa falou no meu ouvido. Senti um vento muito forte e aquele vento trouxe esta mensagem:

— Teu filho vai morrer.

E, naquele momento, só veio o nome dele. Não veio outro nome, só o nome dele:

— Ele vai morrer!

Pra mim aquilo foi um choque muito grande, no meu corpo. Eu fiquei assim... pra mim, que meu corpo tinha saído, a matéria tinha levantado da terra. Então, me abracei com um pé de Roroa. E tava meu sobrinho. Eu fiquei chorando em silêncio. E meu sobrinho percebeu que algo tinha acontecido comigo. Ele falou:

— Tio, o que foi que aconteceu?

Eu falei:

— *Nada. Não aconteceu nada.*

Aí, ele disse assim:

— *O senhor sentiu dor? O senhor está pálido. O senhor ficou... Mudou o seu semblante. O que aconteceu? É algo... é coisa pesado que está acontecendo com o senhor? É alguém, algum mau espírito que está querendo atacar o senhor?*

Eu falei:

— *Não, meu filho, isso é apenas um aviso.*

Aí ele falou

— *O que que foi?*

Eu fui e falei para ele. E ele disse:

— *Então, vamos embora. Vamos embora. O senhor está só. E está precisando de pessoas para estar com o senhor também, para não deixar o senhor fracassar. O senhor, como nosso líder maior, não pode ficar só.*

— *Tá bom, então vamos.*

E fiquei preocupado, com aquilo, com aquela coisa na minha cabeça, matutando. E, quando eu cheguei em casa, a notícia que eu tive é a de que meu filho estava provocado. Tinha provocado e tava com dor no estômago. E aí, eu entrei dentro de casa e falei pra ele.

— *Meu filho...*

Ele estava deitadinho assim na rede. Aí, fui e falei:

— *Meu filho tá doente, tá sentindo dor?*

Ele falou:

— Meu estômago tá doendo. E eu tô com febre, pai.

Aí, ele conhecia a medicina que a gente tira e faz o chá da raiz pra beber, pra quem tá com o fígado inflamado. E quando ele melhorou do vômito — enquanto eu tava pra mata — ele foi na mata, arrancou a medicina, trouxe, lavou e deu pra mãe dele.

Trouxe e disse:

— Tá aqui! Eu quero que faça esse chá pra eu beber.

A mãe dele disse:

— Mas meu filho...

— Faça esse chá pra eu beber, mamãe. Quem tá sofrendo sou eu. Meu pai não tá aqui, mas eu conheço. Ele arrancou três pezinhos, trouxe a raiz de três pezinhos, lavou bem lavadinho, bateu e deu pra mãe dele:

— Tá aqui. Faz assim. Deve ser um litro de água nestes três pezinhos de raiz aqui.

E a mãe dele fez. Só que a mãe dele não tinha dado, tava deixando esfriar.

E aí, quando eu cheguei, a mãe dele já estava chorando, sabe, no Girau. Preocupada com a situação do filho.

Aí, ela foi e falou:

— Olha, nosso filho tá provocando, ele tá com febre. E tá aqui o remédio, a medicina que ele trouxe. Tu ensinou pra ele. E ele quer porque quer beber esse remédio. E eu tô com medo de dar.

Aí, eu falei:

— Olha, por incrível que pareça, você não acredita na medicina do nosso povo.

Que ela não é índia, é Anauá (?)

— Você não acredita, mas ele acredita.

Ela disse:

— E ele me pediu até pelo amor de Deus que esfriasse logo esse chá pra ele beber.

Eu disse:

— Então, você tem que dar. Você tem que respeitar a natureza dele.

Aí, eu fui lá visitá-lo e ele falou:

— Eu quero o chá, pai. Eu sei que eu sou criança, mas quem tá sofrendo sou eu. E se acontecer alguma coisa, que talvez sirva de exemplo para o nosso povo.

Parece que sabia que não ia resistir.

— Eu quero que o senhor mande a mãe me dar o chá.

— Tá bom.

Falei:

— Olha, dá o chá pro nosso filho. Ele tá pedindo, tem que dar.

Ela pegou, esfriou o chá, e queria dar com um calmante que o enfermeiro de lá do posto tinha mandado. Tinha mandado um vidrinho de Dipirona já escrito como podia dar. Ela tinha falado que o menino tava com febre, que tava com uma febre muito alta. Ele foi e mandou esse vidrinho de dipirona com um calmante.

Aí, eu falei:

— Não, não é pra dar com calmante não. Deixa aí. Dá só esse remédio natural. Não mistura.

E aí, ela pegou, esfriou, e deu o chá para a criança. Quando deu por volta de meio dia, ele suou bastante, passou a dor no estômago. E aí, ele foi pra onde eu estava, numa casinha. Eu estava preparando o ayahwasca. Aí, ele teve por lá, aí pediu pra tomar um banho.

Eu falei pra mãe dele:

— Não deixa mais ele tomar banho no rio. Ele vai tomar no banho no rio, no igarapé. Vai tá bebendo essa água. E eu não quero que meu filho volte a sentir essa coisa. Então, tem muita água de chuva, pega, amorna a água, e faz um banho pra ele.

Aí, ele saiu em volta da casa e encontrou as medicinas que têm no meu sítio plantada, que eu tenho sítio muito grande de frutinhas, mas também tem as medicinas tradicionais. E ele sabe as medicinas, exatamente, que é pra banho. Então, ele foi lá e tirou três tipos de medicina e trouxe pra mãe dele:

— Tá aqui a medicina que eu que eu quero que a senhora coloque nesse banho pra mim.

E a mãe dele veio lá onde eu tava e falou:

— Olha! Tá aqui as medicinas que nosso filho trouxe e pediu que eu preparasse um banho pra ele com estas medicinas. São essas medidas mesmo que ele tem que tomar banho?

Eu digo:

— É. São ervas perfumosas, sabe. Então, ele tá pedindo... E estas medicinas aqui são calmantes também. Elas são calmantes, fazem ele dormir bem, pode suar, dá uma relaxada boa pra ele, também, então, faz o banho pra ele.

Ela foi pegou, fez o banho pra ele. Quando foi por volta das cinco horas ele tomou banho. E aí, ela pegou e fez uma comidinha bem leve pra ele, uns peixinhos assim cozidinhos, fez um pirão escaldadinho, não deixei que ela colocasse óleo nem colocasse manteiga na comida dele, fizesse só com a gordurinha do peixe mesmo ali.

Aí, ele veio aonde eu estava e fez uma recomendação:

— Papai, eu não vou beber ayahuasca com o senhor hoje. E eu não queria que a mamãe bebesse também.

Aí eu disse:

— Olha, meu filho, se você não tá bem eu também não vou beber.

Ele falou:

— Não! Não é bem assim. A nossa família tá toda reunida. Então, é para o senhor beber junto com o nosso povo. Só quero que o senhor deixe minha mãe aqui, pra ela fica cuidando de mim também. Se eu precisar do senhor, eu chamo o senhor de volta.

Eu falei:

— Tá bom. Então, tá bom.

Quando foi por volta das seis horas... a minha casa é uma casa grande, casa de cacique, porque casa de liderança tem que ser uma casa grande, pra quando tiver qualquer encontro você ter uma casa boa pra receber esse povo.

E aí, já tava todo mundo esperando no meio do terreiro. Aí eu fui e falei:

— Meu filho, você tem certeza que você quer que eu vá administrar esse trabalho aí junto com nosso povo?

Aí, ele falou:

— O papai, vai lá pro terreiro,. Serve ayahuasca para nossos parentes. Não se preocupa comigo não, que eu estou bem.

— Então, tá bom. Eu eu vou.

Aí, reuni todo mundo. O pessoal armou as redes no terreiro em torno... em volta das fruteiras. Cento e sessenta pessoas ali reunidas para comemorar a minha chegada na aldeia. Beber ayahuasca. Até, o combinado era beber ayahuasca até meia noite. Da meia-noite em diante a gente ia brincar o Mariguei no meio do terreirão. Era uma festa mesmo, de comemoração por eu estar ali junto com ele.

E aí, quando foi por volta das dez horas da noite, nós estávamos todo mundo na concentração, ia começar a cantoria. Quando eu me levantei no terreiro e cantei duas músicas tradicionais, aí a mãe dele chegou no terreiro onde eu tava e falou:

— Olha, Osmildo, o Emiliano voltou... a febre voltou e ele tá sentindo muita dor no estômago. Ele está provocando, e está despedindo. É pra você ir lá pra dentro de casa.

Aí, eu fui e chamei o meu irmão mais novo e chamei o meu sobrinho — que são meus assistentes de trabalho na ayahuasca — entreguei o trabalho, a administração do trabalho na mão dele, reuni todo mundo e falei:

— Olha, vocês me dão licença que eu vou estar indo para onde está meu filho lá dentro de casa, mas estou repassando a coordenação do trabalho espiritual da ayahuasca aqui para o Cidoca e o Zico, que são meus assistentes, são meus auxiliares mais preparados. Então, a missão está com eles agora e eu vou estar indo para dentro de casa pra cuidar da saúde do meu filho.

E quando eu cheguei aonde ele tava, ele tava... já tinha mudado o semblante. A febre já voltou mais forte. E ele estava provocando muito. Então, o semblante dele tava totalmente mudado. E aí, meu sobrinho tava lá também, tava ligado, nós tínhamos feito ayahuasca, e ele tava ligado totalmente comigo. E ele viu minha preocupação. Então, meu sobrinho veio pra dentro do quarto e falou:

— Tio, a gente podia descer com criança agora. Nós podíamos entregar esta administração na mão do tio Cidoca e ir imediatamente arrumar uma canoa pra levar esse menino ainda hoje. O senhor tá sabendo, que eu tô vendo aqui. Nós estamos ligados, né tio. Então, a gente podia descer com essa criança agora mesmo, imediatamente.

Aí, a mãe dele disse:

— Não. Vamos deixar o dia clarear. Não é bom nós sair por aí. A canoa que a gente tem é uma canoa pequeninha, não é uma canoa segura, sabe. E pra gente colocar essa criança do jeito que ela tá aqui, Zico, numa canoa, sabe... E aí, tem que ir... o pai dele precisa ir acompanhando, ou eu preciso ir acompanhando, com um motorista, sabe. Que a cona é muito pequena, nós não temos um barco seguro. Então, vamos deixar pra ir de manhazinha.

E a gente... Aí, eu fiquei com ele. Desci pro terreiro pra cuidar trabalho até o dia amanhecer.

Quando o dia amanheceu, por volta das seis da manhã, quando as pessoas entraram para dentro de casa, que foi para tomar o café da manhã, aí começou a chover. E choveu muito forte até por volta das duas horas da tarde. Foi chuva que o rio alagou. Deu uma enchente muito grande no rio assim, daquelas que fazia tempo que eu não via acontecer. E nós com...

E cada vez mais ele ia piorando. E agente com as coisas todas prontas para descer com ele para a sede do município, para o posto de Saúde lá. E quando foi quatro horas da tarde meu filho foi a óbito.

Não só para mim, como pai, e nem só pra mãe dele assim, mas deixou, desde os professores, o agente de saúde, os agentes ambientais, os agente agroflorestais, a família inteira, assim, ficou muito abalada e revoltada com aquilo.

Porque não é fácil, sabe, um pai de família, ou uma mãe de família, sabe, ver um filho ir a óbito. E quando se vê falar tanto da questão, da parte financeira que o nosso Governo Federal recebe, que vem pelo Governo Estado. Que do Governo do Estado é repassado a Prefeitura e não chega sabe, ao ponto esperado, ao ponto destinado, que a população indígena, espera, que é, sabe, os polos de Saúde Indígena dentro das terras indígenas. As equipes de saúde atuando, trabalhando diretamente dentro das terras indígenas. Esse é o nosso objetivo, isso é o que a gente espera.

Mas deixa... a gente... Mas tem muitas coisas a desejar a bem da Saúde Indígena. Ele foi a óbito no dia 25 de dezembro. E eu tenho como prova lá a caixa de remédio e o vidro de remédio que a doutora passou para meu filho diretamente para infecção.

Entrevistador. — Natal né? Foi no dia de Natal?

— Foi. Foi no dia de Natal.

Entrevistador: — Qual o nome inteiro dele?

— Emiliano Andrade da Conceição Jandué Kutá Kuntanawa.

Entrevistador: Tem algum significado esse nome?

— *Tem significado. Janduá é uma espécie de periquito, que ele é fantasiado, tem o peito amarelo e tem a costinha dele verde e a cabecinha toda amarelinha. Pássaro que só se alimenta de fruta. Que nome de índio sempre é isso: ou é nome de pássaro ou é nome de um bicho, sabe, ou é nome de medicina. Mulher é sempre nome de medicina, nome de flor, de pássaro que voa, sabe. Nome do índio é sempre voltado a mais essa coisa da natureza mesmo, sabe. No idioma é isso.*