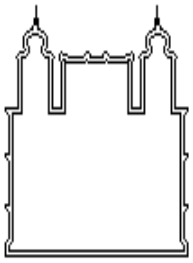


Ministério da Saúde

Fundação Oswaldo Cruz
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
Núcleo de Ecologia Saúde e Populações Indígenas

Contato Interétnico, Perfil Saúde-Doença e Modelos de Intervenção Mínima:
- O Caso Enawene-Nawe em Mato Grosso

Tese de Doutoramento

Maria Clara Vieira Weiss

Orientador: Dr. Ulisses E. C. Confalonieri

Rio de Janeiro - RJ

Novembro - 1998

O Mito de Origem dos Enawene-Nawe

"Antigamente os Enawene moravam dentro da pedra
Um dia um raio atingiu a pedra e fez um buraquinho
Um passarinho acordou e saiu.
Lá fora ele viu as flores, comeu peixe-agulha, comeu lobó,
comeu traíra, olhou os rios, as árvores e voltou para dentro da pedra
Na volta, o passarinho passou bem apertado pelo buraco
Dentro da pedra ficou pensativo e calado.
Vendo o passarinho assim, o chefe Wadare falou:
- O que houve titio, Você está doente?
Não sobrinho eu saí por aquele buraco

[Eu vi lá fora é bonito!
Saí da pedra e voei...
Eu peguei lobó...
Eu vi lá fora é bonito!]

Wadare meu sobrinho eu vi tudo lá fora é bonito!
Venham comigo vamos sair lá fora é bonito!
Wadare chamou o Pica-pau de cabeça vermelha e disse:
Aumente esse buraco para a gente sair!
O pica-pau foi batendo, Toc, Toc, Toc... e abriu um buraco do tamanho dessa porta
As pessoas foram saindo da pedra e ... cada povo tomou um rumo.
Wadare levou os Enawene-Nawe para o rio Papagaio..."

(Ataina e Kawairi - CTI/OPAN, 1996)

"Os conceitos e os métodos, tudo é função do domínio da experiência; todo o pensamento científico deve mudar ante uma experiência nova; um discurso sobre o método científico será sempre um discurso de circunstância, não descreverá uma constituição definitiva do espírito científico."

(Gaston Bachelar)

AGRADECIMENTOS

A Cleacir , Dora, Fabrício, Júnior, Kátia, Helena e Pedro indigenistas da OPAN que nos mostraram o caminho da aldeia Matokodakwa.
Ao Ivar, Nélson, Ivo, Télia, Sandra, Uirá e Jô pela atenção no levantamento de informações na OPAN.
A Cibele Verani pelos esclarecimentos nas questões antropológicas, a Diana Pinheiro pelo inestimável apoio na confecção dos gráficos, a Márcia secretária do NESPI.
A Rosângela Alves Pereira e Lenir Vaz Guimarães pelo apoio na análise dos dados do estado nutricional.
A Maria Stela de Castro Lobo e Rubens Vaz Ianelli pelas avaliações clínicas e laboratoriais.
Ao orientador Ulisses E. C. Confalonieri, aos professores e colegas da Escola Nacional de Saúde Pública - FIOCRUZ companheiros nessa trajetória intelectual.
Aos companheiros do Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFMT)
À banca prévia e examinadora pelas críticas e sugestões..
À Coordenação de Saúde do Índio (COSAI/FNS) pelo apoio ao Projeto Enawene-Nawe.
À CAPES.

Aos amigos e companheiros com os quais compartilhamos ideais e idéias nesta trajetória ...

Ao Paulo, a minha mãe e as minhas filhas Caroline, Adriana e Bianca pelo companheirismo e compreensão às ausências.

Aos Enawene-Nawe pela acolhida e alegria de simplesmente viver!

RESUMO

Os Enawene-Nawe foram contactados em 1974 nas proximidades da margem esquerda do rio Juruena por missionários jesuítas (MIA), sendo adotada uma estratégia de convivência pacífica, garantia do território e da cultura tradicional e cuidados de saúde. Na ocasião do contato eram 97 pessoas e nessas duas décadas a população aumentou para aproximadamente 300 pessoas.

Desde 1988, os Enawene-Nawe vêm sendo assistidos pela Operação Amazônia Nativa (OPAN) caracterizada por um indigenismo alternativo, que tem buscado o conhecimento da sociedade indígena para melhor direcionar as ações e garantir a autonomia do grupo no território tradicional em que vive.

As ações de saúde desenvolvidas têm propiciado a manutenção do sistema tradicional de saúde através de uma intervenção mínima com cuidados básicos como a imunização, controle da malária e enteroparasitoses, prevenção da cárie e tratamentos das principais doenças.

Essas estratégias têm garantido um perfil epidemiológico estável e um crescimento populacional acelerado. No decorrer do contato as epidemias de gripe e malária devem-se, em sua maioria, às excursões dos Enawene-Nawe a outros territórios de povos indígenas vizinhos, como os Miky, os Nambikwara e os Erikbatsa.

No âmbito das políticas de saúde indígena, procuramos demonstrar como a organização das ações de saúde podem garantir a atenção primária de saúde às populações indígenas e o acesso das mesmas aos níveis secundário e terciário - nos DSEIs/SUS. Entretanto, a implantação deste modelo implica numa mudança na lógica de intervenção da política indigenista oficial, possibilitando que as populações indígenas possam reafirmar sua autonomia através do controle social dessas ações.

Palavras-chaves: atenção primária de saúde, modelos de intervenção, políticas indigenistas de saúde.

ABSTRACT

The contact with the indian group Enawene-Nawe was first established in 1974, close to the left border of the Juruena river by jesuit missioners (MIA) who adopted a pacific companionship strategics, guaranty of the territory and traditional culture and health care. At the time of the contact there were 97 persons and during these two decades the population growed to almost 300 persons.

Since 1988 the Enawene-Nawe have been attended by Operação Amazônia Nativa (OPAN).

This institution is characterized by an alternative way to work with the indians (indigenismo) which has looked for indigenous society knowledge to better manage the actions and to warrant the groupe's autonomy in the traditional territory where the indians live.

The health care actions developped have propitiated the maintenance of the traditional health system through a minimal intervention with basic diligences like immunization, malaria and enteroparasite control, caries prevention and medical treatment of the main diseases.

These strategics have ensured a stable epidemilogic perfil and an accelerated population growth. During the contact occurrency of epidemic grippe and malaria are majority indebted to Enawene-Nawe journeys to other neighbouring indian territories like Miky, Nambikwara and Erikbatsa.

In the ambit of indigene health policy we try to demonstrate how the organization of the health care actions can warrant primary health care to the indian populations and their access to the second and third degrees - in DSEIs/SUS. Nevertheless, the implement of this model implies in a change to the intervention logic of the official indians policy, allowing the indian populations to reassure their autonomy through these social control actions.

Key words: primary health care, intervention models, indians health policy.

CONTATO INTERÉTNICO, PERFIL SAÚDE-DOENÇA E MODELOS DE INTERVENÇÃO MÍNIMA: - O CASO ENAWENE-NAWE EM MATO GROSSO

SUMÁRIO

LISTA DAS SIGLAS vi
LISTA DE TABELAS xi
LISTA DE QUADROS xii
LISTA DE FIGURAS xiii
LISTA DE GRÁFICOS xiii
LISTA DE ANEXOS xiv

I - INTRODUÇÃO 01
1.1 - Considerações sobre Contato Interétnico 06
1.2 - Epidemiologia e atenção às populações indígenas 12

II - MATERIAL E MÉTODOS 21
2.1 – Discussão Metodológica 21
2.2 - Técnicas e Instrumentos 25

III - OS ENAWENE-NAWE: A aldeia Matokodakwa..... 28
3.1- Localização Geográfica e Ambiente 28
3.2- Estratégias e Situação de Contato 35
3.3- Cosmologia e Organização Social 42
3.4- Atividades Econômicas e Rituais 51

IV - A SITUAÇÃO DE SAÚDE DOS ENAWENE-NAWE 59

4.1 - Perfil Populacional 59
4.2 - Dados sobre Mortalidade 72
4.3 - Dados sobre Morbidade 82
4.4 - Inquéritos Complementares 94
4.5 - Estado Nutricional e Aspectos da Alimentação Tradicional 98

V - AÇÕES DE SAÚDE: Um campo de ação indigenista 112
5.1 - Ações de Saúde no Indigenismo Alternativo:
O Projeto Enawene-Nawe 112
5.2 - Ações de Saúde no Indigenismo Oficial:
O Projeto Waimiri-Atroari 126

VI - SAÚDE INDÍGENA: Por um modelo de intervenção mínima..... 132

VII - CONCLUSÕES GERAIS 143

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 144

ANEXOS 160

LISTA DAS SIGLAS

CAIEMT – Coordenadoria de Assuntos Indígenas no Estado de Mato Grosso

CIMI – Conselho Indigenista Missionário

CISI - Comissão Intersetorial de Saúde do Índio

CLSI - Conselho Local de Saúde do Índio

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CNSPI – Conferência Nacional de Saúde de Populações Indígenas

CTI – Centro de Trabalho Indigenista

DSEI – Distritos Sanitários Especiais Indígenas

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública

FAO – Food Agriculture Organization

FAWA - Frente de Atração Waimiri-Atroari

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

FNS – Fundação Nacional de Saúde

FUNAI – Fundação Nacional do Índio

GERA – Grupo de Estudos da Amazônia, Pantanal e Cerrado

GTME - Grupo de Trabalho Missionário

IBAMA - Instituto Brasileiro do Meio Ambiente

I I I - Instituto Indigenista Internacional

INCRA – Instituto Nacional de Crédito e Reforma Agrária

ISA - Instituto Sócio-Ambiental

MAIC - Ministério da Agricultura Indústria e Comércio

MIA – Missão Anchieta

NESPI – Núcleo de Ecologia, Saúde e Populações Indígenas

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG - Organização Não-Governamental

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAN – Operação Amazônia Nativa

OPS – Organização Panamericana de Saúde

PIASI - Programa Integral de Atenção à Saúde do Índio

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PWA - Programa Waimiri-Atroari

SEMA – Secretaria Estadual do Meio Ambiente

SPI – Serviço de Proteção ao Índio

SPILTN – Serviço de Proteção ao Índio e Localização de Trabalhadores Nacionais

SUS – Sistema Único de Saúde

UAE - Unidades de Atendimento Especiais

UNICAMP – Universidade de Campinas

WHO – World Health Organization

LISTA DE TABELAS ***pág.***

Tabela 01: Distribuição percentual da população por faixa etária e sexo nos anos de 1981, 1983, 1989 e 1990..... 62
Tabela 02: Distribuição percentual da população por faixa etária e sexo em 1997 65
Tabela 03: Distribuição percentual da população por faixa etária, segundo recomendação da OMS e sexo em 1997..... 66
Tabela 04: Distribuição percentual da população por faixa etária e sexo em 1997, segundo as fases de vida do grupo 68
Tabela 05: Comparação da distribuição percentual da população por casa e número de famílias em 1995 e 1997 70
Tabela 06: Números de agravos à saúde relatados pelos indigenistas da OPAN 1989-1996 86
Tabela 07: Números de agravos diagnosticados por equipe médicas em visita à área indígena em 1995 e 1996 90
Tabela 08: Frequência dos agravos encontrados nos inquéritos clínicos realizados em 1993 e 1997 92
Tabela 09: Resultados encontrados nos inquéritos sorológicos realizados em 1988 e 1996 95
Tabela 10: Resultados encontrados nos inquéritos parasitológicos realizados em 1988 e 1997 97
Tabela 11: Frequência dos Resultados de Score-z, percentil e mediana dos indicadores A/I, P/I e P/A encontrados entre as crianças menores de 72 meses 99
Tabela 12: Frequência dos resultados dos Índices de Massa corporal (IMC) em maiores de 18 anos, por sexo 100
Tabela 13: Frequência dos resultados da relação entre circunferência abdominal e circunferência de quadril (CA/CQ) em homens e mulheres maiores de 18 anos 102

LISTA DE QUADROS ***pág.***

Quadro 01: Relação entre os elementos culturais e as decisões do grupo 10
Quadro 02: Mudanças culturais no decorrer do contato (1974-1997) 47
Quadro 03: Frequência dos óbitos e coeficientes de mortalidade geral,
no período de 1988-97 73
Quadro 04: Distribuição dos óbitos ocorridos por faixas etárias e sexo,
no período 1977-1997 74
Quadro 05: Ocorrência de óbitos em crianças menores de 1 ano no período
1977-1997 76
Quadro 06: Ocorrência de óbitos em crianças de 1 a 13 anos no período
1977-1997 77
Quadro 07: Ocorrência de óbitos em maiores de 14 anos, adultos e idosos no
período 1977-1997..... 78
Quadro 08: Principais síndromes asssociadas aos óbitos no período
1977-1997 79
Quadro 09: Surtos epidêmicos ocorridos nos meses do ano, no período
1977-1987 83
Quadro 10: Ocorrências de surtos epidêmicos no período 1988-1997 84
Quadro 11: Remoções realizadas para tratamento de saúde fora da aldeia,
no período de 1990-1997 94
Quadro 12: Valores médios da relação CA/CQ, pressão arterial e glicemia em
maiores de 18 anos, do sexo feminino e masculino 98
Quadro 13: Principais alimentos consumidos por mês no período 1977-1987 .....
103
Quadro 14: Valor nutricional de alguns alimentos consumidos em 1995 .....
105
Quadro 15: Preparações e alimentos utilizados no seu preparo 107
Quadro 16: Alimentos mais comuns oferecidos durante os rituais no período
1977-1997 108
Quadro 17: Ações de saúde desenvolvidas desde o contato (1977 - 1997) 116

Quadro 18: Ações primárias de saúde da Conferência de Alma-Ata e as ações de saúde do Projeto Enawene-Nawe 119
Quadro 19: Comparação entre as estratégias das ações desenvolvidas entre os Enawene-Nawe e os Waimiri-Atroari 128
Quadro 20: Organização das ações básicas desenvolvidas na intervenção mínima em áreas indígenas 141

LISTA DE FIGURAS ***pág.***

Figura 01: Configuração circular das casas da aldeia 30
Figura 02: Mapa da Área Indígena Enawene-Nawe 32
Figura 03: Articulação dos espaços terrestre, o celeste e o subterrâneo..... 45
Figura 04: Fatores demográficos que influenciam o processo saúde-doença 60
Figura 05: Relação entre a produção de alguns alimentos, o calendário ritual anual e o ciclo hidrológico 104
Figura 06: Calendário da coleta de frutos, insetos e outros comestíveis 106
Figura 07: Alguns fatores antropológicos relacionados à situação de alimentação e nutrição das populações indígenas 111

LISTA DE GRÁFICOS ***pág.***

Gráfico 01: Crescimento da população no período de 1974 a 1997 61
Gráfico 02: Pirâmides etárias em 1983 e 1993 63
Gráfico 03: Distribuição da população por faixa etária e sexo em 1997 65
Gráfico 04: Distribuição da população por faixa etária, segundo a OMS e sexo 67
Gráfico 05: Distribuição da população por faixa etária e sexo, segundo as fases da vida em 1997 69
Gráfico 06: Comparação da distribuição da população por casas comunais e famílias em 1995 e 1997 71

Gráfico 07: Distribuição dos óbitos por faixa etária e sexo no período de

1977 a 1997 74
Gráfico 08: Principais síndromes associadas aos óbitos (1977-1997) 80
Gráfico 09: Porcentagem dos Casos de malária por faixa etária entre janeiro de 1993 e dezembro de 1995 88
Gráfico 10: Número de casos de malária entre janeiro de 1993 e dezembro de 1995 .. 88
Gráfico 11: Distribuição do Score-z para o indicador altura/idade e peso/altura 101
Gráfico 12: Distribuição do score-z para o indicador peso/altura 101

LISTA DE ANEXOS ***pág.***

Anexo 01: Cronologia das estratégias dos primeiros contatos 161
Anexo 02: Cronologia do processo de delimitação do território 162
Anexo 03: Ocorrências no decorrer do contato (1977-1980) 163
Anexo 04: Ocorrências no decorrer do contato (1981) 164
Anexo 05: Ocorrências no decorrer do contato (1982 e 1983) 165
Anexo 06: Ocorrências no decorrer do contato (1984) 166
Anexo 07: Ocorrências no decorrer do contato (1985) 167
Anexo 08: Ocorrências no decorrer dos primeiros anos de contato (1986 – 1987) 168
Anexo 09: Croqui do interior de uma casa comunal Enawene-Nawe 169
Anexo 10: Relação do vestuário com as diferentes fases da vida 170
Anexo 11: Atividades realizadas pelos homens e as mulheres 171
Anexo 12: Documentos consultados nos arquivos da OPAN 172
Anexo 13: Formulário utilizado no Inquérito da Saúde em julho de 1997 173
Anexo 14: Formulário utilizado na avaliação da imunização em julho de 1997 174

I - INTRODUÇÃO

> *"Deveríamos nos perguntar se a criação de uma consciência nacional necessariamente deve ser acompanhada pela negação de uma identidade étnica. Nacionalismo e pluralismo são realmente incompatíveis? Para o cientista político "De tribo para nação" parece ser a estrada real para a moderna civilização. Devido aos movimentos de revivificação étnicos na Europa atual, eu não acredito que a estrada é necessariamente de mão única".*
>
> *(Morin, 1977:314)*

As sociedades tradicionais tendem a ser bem adaptadas aos aspectos dos seus ambientes imediatos, relevantes para a saúde e a sobrevivência. Essas sociedades interagem continuamente e se ajustam por meios culturais e biológicos às populações de microrganismos e vetores, bem como à fauna e à flora, com manutenção da complexidade ecológica. Entretanto, o estado de saúde satisfatório da população não é caracterizado pela ausência de doenças, mas por uma situação benigna de cronicidade e endemicidade (Wirsing, 1985), em decorrência da intensificação do contato interétnico e das mudanças culturais. Assim, as condições de saúde das populações indígenas refletem as mudanças ambientais, a ausência de atenção primária à saúde e a desorganização social no decorrer do contato

No Brasil, a atenção à saúde indígena tem se caracterizado por ações assistencialistas e pontuais implementadas pela FUNAI e missionários religiosos, geralmente em apoio às políticas integracionistas de atração e "pacificação" dessas populações, resultando em intervenções com recursos baseados nas necessidades e critérios das sociedades modernas, não considerando a diferenciação étnico-cultural das populações indígenas e o ambiente em que vivem (Weiss, 1994).

As ações assistencialistas implementadas pelo indigenismo oficial têm por base um esquema analítico no qual as etnias se inserem num processo de integração, podendo ser

classificadas como índios isolados, com contatos intermitentes, depois contato permanente, até à condição de índios integrados (Oliveira, 1995).

Por outro lado, desenvolveu-se um movimento em defesa dos direitos dos povos indígenas à sua autonomia. A OPAN, por exemplo, pratica uma concepção de indigenismo de prevenir e não remediar, lutando pela autonomia com base no conhecimento profundo dos valores e práticas tradicionais dos povos indígenas, que favoreçam a construção segura de relações favoráveis e harmônicas entre estes povos e a sociedade nacional.

Com o avanço no reconhecimento dos direitos culturais dos povos indígenas, através das pressões exercidas pelas agências de comunidades internacionais como a ONU, a FAO, a OIT, a OMS, a OPS e ONG's internacionais (Page, 1995) e as discussões sobre a democratização do setor saúde, a questão da saúde indígena vem sendo abordada no sentido de conhecer os seus determinantes e da adoção de modelos diferenciados de atenção para essas populações.

No âmbito das políticas de saúde, a situação dos povos indígenas tem sido discutida nas conferências nacionais (I CNSPI, 1986; IX CNS, 1992 e II CNSPI, 1993), num esforço para garantir a sobrevivência étnico-cultural e os direitos à cidadania de aproximadamente 180 etnias e 300 mil índios em todo o território nacional. Essas discussões têm defendido a proposta da implantação de modelos diferenciados com base nas diretrizes do ***Sistema Único de Saúde*** - SUS e nas peculiaridades das diferentes etnias como: a situação de contato e mudanças em relação às práticas do sistema médico tradicional e o oficial; a situação geográfica e sua implicação na continuidade das ações de saúde e a dinâmica do perfil epidemiológico no decorrer das transformações sócio-culturais inerentes ao contato interétnico (Confalonieri, 1989).

Os princípios fundamentais desses modelos são a integração das ações dos prestadores de serviços à saúde indígena como a FNS, FUNAI, Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais, ONGs, Universidades e outras instituições de pesquisa; a promoção da atenção à saúde indígena através de programas de prevenção e tratamento de doenças, considerando as práticas tradicionais de saúde; e, a garantia da participação dos representantes indígenas nos órgãos colegiados de saúde a fim de propor, avaliar e controlar as ações. A partir desses princípios deverão surgir as medidas necessárias para

deter e/ou reverter os processos de deterioração física e sócio-cultural dessas comunidades (Confalonieri, 1989; II CNSPI, 1993).

A construção deste modelo de assistência visa garantir os direitos de cidadania das populações indígenas e o acesso aos serviços de saúde num sistema de referência e contra-referência regional e nacional, nas diretrizes da Política Nacional de Saúde, acompanhado de medidas que favoreçam o respeito à sua diferenciação étnica, com o apoio das instituições indigenistas oficiais e não-oficiais que prestam assistência a essas populações. Essas estratégias se somam às discussões nacionais e internacionais dos setores interessados no reconhecimento dos direitos dos povos indígenas a sua diferenciação étnico-cultural, e apontam na direção da preservação da sua autonomia e participação nas decisões que os afetem (OIT, 1989).

Em 1991 houve ampliação da responsabilidade da saúde indígena para o Ministério da Saúde, a qual anteriormente era exclusiva da FUNAI. Embora determinada pelo Governo Federal, vários fatores relacionados à instabilidade político-administrativa dos órgãos governamentais, às finalidades e objetivos institucionais, ao financiamento e à aplicação dos recursos, têm dificultado a consolidação desse modelo de atenção à saúde indígena no Brasil. Através do decreto presidencial 1.141 de 09 de maio de 1994, as decisões sobre a saúde indígena retornaram aos auspícios da FUNAI, mantendo-se as propostas de interinstitucionalização com o setor saúde e o controle social das ações exercidos pelos conselhos de saúde indígena.

Entretanto, o processo de implantação de um modelo assistencial de saúde diferenciado para as populações indígenas considerando a situação de contato, o perfil epidemiológico, as condições de acesso aos serviços locais e as características do ecossistema regional, tem-se dado através de avanços e recuos, devido às indefinições político-administrativas, à desarticulação interinstitucional entre os prestadores de serviços e às dificuldades de mudanças no caráter predominantemente assistencial das ações de saúde. Esses são apenas alguns fatores que dificultam o reconhecimento dos direitos dos povos indígenas, a diferenciação étnico-cultural e sua participação nos planos e programas que dizem respeito a sua sobrevivência (Weiss, 1994).

Estes deslocamentos nas responsabilidades sobre as ações indígenas têm permitido o acesso a alternativas oferecidas pelos setores oficiais e especializados em saúde e

ONG's, mas, por outro lado, podem favorecer a ocorrência de ações impróprias a estas comunidades, se não houver critérios de adequação e avaliação das mesmas, sob o risco de serem mantidos os mesmos padrões anteriores de assistência paternalista implementados pelo indigenismo oficial.

Para Confalonieri & cols (1994), nas recomendacões para a implementação do modelo diferenciado de atenção à saúde indígena são necessárias estratégias como a integração e definição das ações da FUNAI e da FNS, articuladas ao SUS e com a participação de representantes indígenas; o reconhecimento das decisões da II Conferência Nacional de Saúde das Populações Indígenas (II CNSPI, 1993) quanto à implantação dos DSEI; a discussão e demarcação dos DSEI, através dos Núcleos Interinstitucionais de Saúde Indígena; contratação e capacitação de pessoal; organização da atenção primária de saúde e formação de agentes; implantação de um sistema de informação em saúde indígena; apoio técnico às ONG's indigenistas; maior aplicação de recursos financeiros; desenvolvimento teórico e metodológico de indicadores de saúde que viabilizem o acompanhamento de ações e propostas para a progressiva autonomia das populações indígenas no contato com a sociedade envolvente.

A construção deste modelo, além de integrar uma multiciplidade de fatores que envolvem o processo saúde-doença, deve considerar ainda a realidade social e a participação das populações indígenas neste processo, o que lhe confere o caráter de complexidade (Weiss, 1994). Em Mato Grosso, essas discussões têm avançado nos últimos anos consolidando a proposta de implantação dos DSEIs, com o funcionamento dos Conselhos Locais de Saúde e de uma comissão especial para assuntos de saúde indígena no Conselho Estadual de Saúde.

Neste sentido, têm sido desenvolvidas reflexões críticas sobre as informações epidemiológicas de que dispomos para a avaliação da situação de saúde e intervenção nas populações indígenas, considerando que seus parâmetros foram elaborados para aplicação em populações ocidentais modernas (Santos & Coimbra, 1993 e 1994; Coimbra & Santos, 1991; Lobo, 1996; Weiss, 1996; Hökerberg, 1997; Erthal, 1998).

Neste estudo pretendemos analisar a natureza da intervenção em saúde na área Indígena Enawene-Nawe que na ocasião do contato em 1974, foi assistida por missionários da Missão Anchieta. A partir de 1985, a então Operação Anchieta, hoje

Operação Amazônia Nativa - OPAN, também passou a apoiar as ações de assistência através do Projeto Enawene-Nawe, assumindo a coordenação do projeto em 1987. Mais recentemente vem contando com parcerias de instituições governamentais e de pesquisa, tanto nas questões de saúde como de economia.

Ressaltamos que as diretrizes das ações desenvolvidas têm sido o controle dos principais problemas de saúde, garantindo a autonomia deste grupo em seu território tradicional, através de "intervenções mínimas" do aparato da medicina ocidental. Essas intervenções serão analisadas considerando as estratégias de contato adotadas nessas duas décadas, bem como a evolução dos perfis de morbi-mortalidade.

A hipótese desse trabalho deriva das seguintes premissas:

a) Populações com contato controlado e com a integridade territorial mantida preservam seus sistemas tradicionais. Consequentemente, a perda do isolamento ocorre de maneira progressiva por iniciativa da própria comunidade, sem ameaça a sua reprodução sóciobiológica.

b) As populações nesta situação tendem a ser epidemiologicamente estáveis e uma parte pequena do aparato técnico-científico da medicina ocidental é necessária para a promoção e proteção da saúde destes grupos étnicos, caracterizando um processo que poderia ser chamado "intervenção mínima".

A importância desse enfoque reside em dois aspectos principais:

1 - A extrema heterogeneidade de situações de contato observada entre cerca de 180 povos do Brasil, com a sociedade envolvente. O Brasil possui grupos autóctones completamente isolados nos ecossistemas naturais, como na Amazônia Ocidental e, por outro lado, possui grupos contatados há vários séculos e residindo, atualmente, em pequenas áreas na periferia de regiões metropolitanas de vários Estados.

2 - O atual processo de estruturação de um subsistema de atenção à saúde das populações indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de adequar modelos diferenciados de sistemas locais de saúde a estas populações, segundo

sua situação de contato e perfil epidemiológico. Tenta-se delinear as necessidades dos recursos técnicos e institucionais, orientados pelo processo político regional com a participação das etnias e seus respectivos prestadores de serviços de saúde, como as ONGs, as instituições de ensino e pesquisa, as missionárias e as Secretarias de Saúde.

1.1 - Considerações sobre Contato Interétnico

As intervenções em saúde nas populações indígenas no Brasil não têm se dado isoladamente, mas articuladas a políticas indigenistas integracionistas adotando estratégias de contato como as alterações dos hábitos culturais, a intervenção na vida econômica com introdução de técnicas agrícolas, utilização da mão-de-obra indígena no desenvolvimento econômico regional, ensino formal e religioso associadas à assistência a saúde. Esta realidade pode ser evidenciada na criação do Serviço de Proteção ao Índio (SPI), que para Lima (1987) tem implícito um projeto indigenista subsidiário a uma concepção autoritária da construção da nacionalidade.

O pensamento indigenista enquanto práticas e discursos políticos, produzidos a partir do aparelho do Estado, teve implícita a idéia de que a salvação física dos povos indígenas asseguraria sua sobrevivência cultural, desejável como origem e componente parcial da nacionalidade brasileira. Para Lima (1987) a política indigenista e o discurso que se produziu sobre ela caracterizado como *indigenismo,* no sentido lato e não como categoria histórica específica, se reduzia a produtos do campo político e intelectual.

Em decorrência da grande influência da "cientificidade positivista", a história nacional pretendia mais que protegê-los, incorporá-los sob a tutela e hegemonia das sociedades modernas enquanto não fossem "assimilados", emergindo daí o SPILTN (Serviço de Proteção ao Índio e Localização de Trabalhadores Nacionais)[1], sempre citado por Darcy Ribeiro como SPI (Serviço de Proteção ao Índio), sendo estruturado a partir de uma posição defendida por agentes e agências situadas no campo político, notadamente do aparelho de Estado. Esta idéia já vinha sendo planejada desde a instituição do Ministério de Agricultura, Indústria e Comércio (MAIC) em 1906, e remotamente as

[1] Cit. STAUFFER, David Hall. The origin and estabilishement of Brazil's Indian Service, 1889-1910. Tese de doutorado. Austin, University of Texas, 1955

discussões no Congresso Nacional em 1891, quanto à necessidade de intervenção do Estado nas zonas pioneiras. Os povos indígenas sem direito à autodeterminação, deveriam vir a fornecer os efetivos constituintes do misto de trabalhador rural e soldado que defenderia as fronteiras nacionais, cultivada a idéia de *ordem* no Ocidente, o estímulo do *progresso* se encarregaria do resto (Lima, 1987).

Se o SPI não conseguiu a erradicação étnica que se propunha, inculcou elementos mínimos de uma representação de Brasil, que estaria relacionada às formas de alienação étnica. O campo indigenista, fundamentado na ausência do direito a autodeterminação justificaria a existência da figura do "*mediador"*. O questionamento desta idéia envolve aspectos sobre a noção de cidadania, tutela, nação e o papel dos próprios agentes, às vezes egressos dos grupos indígenas, situação ainda hoje presente nas ações da Fundação Nacional do Índio, criada em 1968 como órgão oficial e tutelar em plena ditadura militar. Para Lima (1987) o rompimento com esse sistema de representações e práticas, dar-se-ia com a ruptura da participação específica dos intelectuais nesse campo e a viabilização da constituição de um campo de produção científica sobre o assunto.

Por outro lado, emergiu um indigenismo que se autodenominou "alternativo", numa conjuntura de interiorização do desenvolvimento que projetou e construíu estradas como a Transamazônica e a Perimetral Norte. O indigenismo alternativo entende-se como a prática desvinculada e, muitas vezes, em oposição à política indigenista oficial e da Missão tradicional (Schroeder, 1995), sob as formas de organizações não-governamentais (ONG's).

As ONG's se caracterizam como um grupo de cidadãos que se organizam na defesa de direitos. No caso brasileiro, é a partir das décadas de 60 e 70 que as ONG's começam a se formar e estruturar. O surgimento está imbricado ao dos movimentos sociais, da atuação da Igreja progressista, das organizações de trabalhadores, das populações excluídas e da oposição política ao regime ditatorial, essas organizações crescem e se consolidam nos anos 80 e 90. O período de revisão da Constituição Brasileira foi um marco neste processo, desde 1985, vários setores da sociedade civil se organizaram, articulando-se em fóruns para debater a forma e o conteúdo da nova constituição (Paz, 1997).

Neste contexto, foi fundada em 1969 a Operação Anchieta *(OPAN),* uma entidade indigenista que desenvolve projetos alternativos junto a comunidades indígenas, na região Centro-Oeste e Norte do Brasil. Seus membros são técnicos de diversas profissões com formação básica no 2º. Grau e atuam nos setores de saúde, educação, economia, defesa da terra e organização indígena, diretamente com as comunidades indígenas. As características fundamentais da proposta indigenista são o apoio às organizações indígenas e a aliança com setores progressistas, comprometidos com a transformação da sociedade brasileira.

Os primeiros voluntários da OPAN, no início dos anos 70, embora atuando no espaço da Missão, construíram uma crítica interna e tentaram desmontar a Missão tradicional. As suas estratégias foram o retorno dos índios às aldeias e/ou incentivo a retomada de práticas tradicionais. Na aldeia foi proposta a convivência no dia-a-dia para recuperação da auto-estima e iniciativa para o trabalho, acompanhando e estimulando a reorganização daqueles povos (Schroeder, 1995)

Na Missão Anchieta alguns missionários também questionavam suas práticas, entre eles, Vicente Cãnas, Thomaz Lisboa, Egydio Schwade, Adalberto Holanda Pereira e Antonio Iasi buscando uma convivência mais próxima e despojada. No Diretório da Missão sobre "Questões de Aculturação", apesar da perspectiva de aculturação há uma avaliação crítica dos modelos baseados nas políticas de integração do novo órgão indigenista - a FUNAI, criada em 1968, daí emergindo uma intervenção em sentido oposto e contrastiva, constituindo-se como uma forma alternativa aos modelos vigentes (Schroeder, 1995:137)

No simpósio "Ação Indigenista como Ação Política", realizado em 1986, foi evidenciado que além de se multiplicarem as agências indigenistas, os índios e suas organizações tornaram-se interlocutores efetivos para as questões que os afetam, emergindo como legítimos sujeitos históricos (OPAN, 1987).

Oliveira (1995) destaca que nas últimas cinco décadas ocorreu uma sensível mudança nos registros sobre a presença indígena no país e as formas de apontar alternativas práticas para lidar com ela, apesar de estarem relacionadas às visões antagônicas entre o indigenismo oficial e as mobilizações indígenas. Neste sentido, há uma recomendação que os estudiosos se comprometam efetivamente com a preservação

dos povos indígenas, concentrando os seus interesses na investigação dos fenômenos relativos à interação entre índios e brancos.

As teorias de contato interétnico têm procurado explicar as modificações ocorridas nas diversas culturas decorrentes de fatores exógenos, desenvolvendo conceitos como "assimilação" e "aculturação" que ocultam o fenômeno da dominação. Os estudos mais recentes, apresentam uma abordagem crítica quanto às teorias de contato, aprofundando o conhecimento sobre a lógica interna da vida "tradicional", sem desprezar as mudanças ocorridas. Essa abordagem da questão considera que a "unidade de coesão interna" de um grupo étnico não é, de modo algum, um fato irredutível ou um dado absoluto, mas sim a conseqüência de relações de interdependência que se atualizam em um dado contexto histórico e cultural específico. Essa forma de pensar rompe com o senso comum do inexorável fim dos povos indígenas e procura compreender os fenômenos históricos atuais, como os processos de revitalização existentes em muitas sociedades indígenas e o surgimento de novas identidades[2] (Oliveira, 1995).

Batalla (1987), desenvolve um marco teórico-metodológico no estudo dos processos étnicos articulado à noção de controle cultural, diante do processo étnico no México questionando: - Coexistem a identidade étnica e a identidade nacional? Para a análise de questões deste tipo refere-se ao grupo étnico como um tipo de organização, extrapolando a descrição e análise puramente cultural, dando atenção às relações sociais e suas representações, permitindo assim um melhor entendimento das fronteiras étnicas (Barth, 1969). Na revisão da definição dos termos relativos ao grupo étnico, conclui que não há consenso sobre povo, nação, raça e sociedade. Nas suas reflexões, define grupo étnico como:

> *"conjunto relativamente estável de indivíduos que mantém continuidade histórica porque se reproduz biologicamente e porque seus membros estabelecem entre si vínculos de identidade social distintiva a partir de se*

[2] cit. Oliveira, (1988:55-56) o alinhamento dos indivíduos em grupos e subgrupos pode variar grandemente de um contexto para outro, inclusive transpondo as barreiras étnicas, sem prejuízo do fato de que a clivagem étnica funcione como o fator ordenador básico das relações sociais. O que limita as escolhas individuais e destaca a importância da clivagem são fatores histórico-culturais específicos, como por exemplo, de um lado as relações de dependência e de outro, o conjunto de normas legais fixadas no contexto histórico.

assumirem como uma unidade política que tem direito exclusivo ao controle de um universo de elementos culturais que consideram próprios."

Considerando que o grupo étnico possui representações coletivas inconscientes e supondo a preexistência do grupo com cultura própria e aspectos culturais significativos como: origem comum, identidade coletiva, território, organização política, língua e outros, a decisão sobre os elementos culturais próprios é determinante do ***"controle cultural".*** A partir da correlação entre os elementos culturais e decisões próprias ou alheias determina metodologicamente se a cultura é autônoma, imposta, apropriada ou alienada (Quadro 1):

Quadro 01: Relação entre os elementos culturais e as decisões do grupo

Cultura	Elementos Culturais	Decisões
Autônoma	Próprios	próprias
Imposta	Alheios	alheias
Apropriada	alheios	próprios
Alienada	próprios	alheias

Fonte: Adaptado de Batalla (1987)

No caso dos Enawene-Nawe as estratégias de contato adotadas têm procurado garantir uma cultura autônoma, através do respeito aos elementos da cultura tradicional e a participação do grupo nas decisões que os afetam num processo de conscientização para o enfrentamento das questões decorrentes do contato com a sociedade envolvente.

Por outro lado, a estabilidade demográfica das populações indígenas está relacionada aos aspectos culturais no controle de nascimentos, como os tabus sexuais, os abortos, os infanticídios, o controle populacional por suicídios ou eliminação de não produtivos, a fissão social devido aos conflitos intracomunidade e a manutenção ou não de infecções indefinidamente. O contato contínuo com a sociedade nacional pode provocar declínio populacional, sedentarismo, mudanças alimentares e alterações nos perfis epidemiológicos, nas relações de trabalho e no ecossistema.

No âmbito das doenças transmissíveis a interação dos indígenas com os europeus e seus descendentes vem ocorrendo por contato indireto através de insetos vetores e reservatórios animais, por contato intermediário através de comércio de trocas de bens, "capitães de barcos", extração da borracha, fuga de escravos e exploração dos portugueses e por contato direto através de ataques de objetos materiais, reféns, guerra por revanche. Posey (1987), por exemplo, refere-se às doenças européias como a principal causa da desintegração da tradicional sociedade Kaiapó, provocando fissão entre os grupos, hostilidade e nomadismo, havendo acusação de feitiçaria devido à não explicação das doenças como o tifo, a febre amarela e a malária.

No contato abrupto e violento, como no caso dos Yanomami, com a invasão de suas terras por garimpeiros, as consequências sanitárias têm sido desastrosas, associando-se à desnutrição, às infecções por contaminação ambiental e às doenças transmissíveis por contato. O contato contínuo com a sociedade tecnoindustrial modifica o estilo e qualidade de vida dos índios, sobretudo nas atividades econômicas com a adoção de novas tecnologias de subsistência que, além de provocar impactos ambientais, associados a outros fatores, favorecem a sedentarização e o crescimento populacional rápido. As transformações econômicas e sociais frequentemente esgotam a base tradicional de subsistência, intensificam as relações de troca com a sociedade moderna e alteram os hábitos alimentares, surgindo daí as doenças crônico-degenerativas. Neste processo de transformações surgem os desequilíbrios psicossociais, sendo as consequências mais extremas, o alcoolismo e a violência (Confalonieri, 1993).

A relação entre o convívio e a contaminação foi descrita por Ribeiro (1956) como uma associação de agentes mórbidos em sociedades isoladas, devido a interrupção dos rituais, o desconhecimento das práticas higiênicas, o banho de rio durante as febres, a não aceitação de dietas, etc. A interação desses fatores provocaram declínio populacional e desorganização social. Alguns povos foram exterminados e outros atingiram um equilíbrio demográfico. Para Black (1975 e 1994) e Salzano (1992) muito do impacto das novas doenças pode ser atribuído a suas consequências sociais.

Entretanto, reconhecer o impacto do contato entre as populações indígenas e a sociedade envolvente e os agravos nos perfis epidemiológicos dessas etnias, não é suficiente para garantir ações que viabilizem a autonomia e a sobrevivência étnico-

cultural desses povos em seus ambientes naturais, sendo necessário compreender a dinâmica do processo de interdependência com a sociedade nacional.

Nesses pressupostos pretendemos embasar as investigações sobre a situação geral de saúde dos Enawene-Nawe, das intervenções ocorridas desde o contato, assim como a escolha dos indicadores de saúde e nutrição para sua análise, procurando discutir criticamente seus resultados.

1.2 - Epidemiologia e Atenção as Populações Iindígenas

A utilização de variáveis epidemiológicas relacionadas à demografia, saúde e nutrição são referidas por Mc Elroy & Townsend (1989) como necessárias nos estudos sobre os efeitos do contato das populações indígenas com a sociedade envolvente, mencionam ainda a importância de considerar-se a credibilidade na atuação dos xamãs e os diferentes graus de impacto do contato em decorrência do descrédito por não curarem doenças como a difteria, tuberculose e outras, que poderiam ser evitáveis por ações primárias de saúde.

Por outro lado, a compreensão da situação de saúde das populações indígenas brasileiras no contexto do contato interétnico e das mudanças culturais e sócio-econômicas é necessária em decorrência das discussões em nível mundial, sob o impacto dos danos ambientais e ecológicos frente ao desenvolvimento tecnológico e econômico.

A capacidade de resistência tem assegurado a sobrevivência étnico-cultural e a permanência no território brasileiro de diferentes etnias, contrariando as expectativas negativas de que estariam condenados ao extermínio. Pelo contrário, tem-se verificado o aumento demográfico das populações indígenas e a mudança de comportamento no cenário nacional, buscando seu espaço na sociedade brasileira através da organização e luta pelo direito aos seus bens patrimoniais e a cidadania.

Muitos grupos indígenas que foram contatados na década de 70, no "milagre brasileiro" e expansão da fronteira econômica do país e que sofreram declínio populacional, vêm iniciando um processo de recuperação demográfica, constatando-se na década de 80, uma retomada geral do seu crescimento populacional. Ressurgem, ainda, etnias e reivindicações de identidades étnicas devido à discriminação que sofreram em

áreas de colonização antiga, sendo de grande importância o apoio à garantia de terras, a atenção à saúde e o apoio jurídico (Cunha, 1995).

Nos últimos anos, os estudos sobre a situação de saúde das populações indígenas foi impulsionada nas avaliações do estado nutricional (Coimbra & Santos, 1991; Dufour, 1991 e 1992; Santos & Coimbra, 1993 e 1994; Martins & Menezes, 1994; Gugelmin, 1997), nas considerações sobre a adequação dos indicadores de saúde (Weiss, 1996; Lobo, 1996; Hökerberg, 1997), sobre os processos saúde e doença (Coimbra, 1987; Verani, 1994, Ianelli, 1997a; Erthal, 1998) e nas considerações sobre os modelos de intervenção (Confalonieri, 1989 e 1992; Confalonieri & cols, 1993 e 1994), entre outros, criando-se um espaço de discussões sobre a utilização de variáveis epidemiológicas que considerem a diferenciação étnica e social destas populações.

Na reunião de trabalho sobre povos indígenas e saúde, foi recomendado que a OPS e os Ministérios de Saúde deveriam assegurar um sistema de vigilância sobre as condições de saúde dos povos indígenas através do desenvolvimento de métodos e instrumentos específicos e indicadores epidemiológicos para avaliação contínua e sistemática. Deveriam ainda, estabelecer mecanismos que permitiram à comunidade indígena participar na definição do tipo de informação e reconhecer o seu uso (OPS, 1993).

Na definição de Rouquayrol (1994:7) a epidemiologia é uma *"ciência que estuda o processo saúde-doença em coletividades humanas, analisando a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades, os danos à saúde coletiva e os eventos associados a saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle e ou erradicação de doenças, fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de saúde"*. São identificados quatro grandes setores na epidemiologia moderna: a) estudos da situação de saúde, que compreendem os diagnósticos de saúde; b) a avaliação de serviços, programas e tecnologias de saúde; c) estudos etiológicos, causais e explicativos e, d) a vigilância epidemiológica.

Numa perspectiva política, a epidemiologia pode contribuir na construção de um espaço consensual, quando visa o planejamento das ações de saúde entre grupos sociais com projetos e aspirações similares, assim como a compreensão do conflito que se estabelece em relação aos grupos não beneficiados ou aos que se opõem aos referidos

projetos. Há necessidade de incluir-se as diferentes percepções dos grupos populacionais em relação aos seus próprios problemas de saúde e a forma como se articulam com as condições de vida e aspirações sociais, com a consequente noção de "planejamento estratégico situacional" (Castellanos,1994). Nesse sentido, o modelo epidemiológico deve orientar estratégica e dinamicamente a metodologia para coleta, processamento, descrição e análise das informações de saúde, além de fornecer elementos técnico-instrumentais que facilitam a tomada de decisões (Paim, 1992).

Sob um enfoque estratégico, o diagnóstico da situação de saúde, base para a escolha de alternativas de ação, corresponde à seleção de problemas relevantes, à descrição das questões selecionadas e à explicação dos múltiplos processos, em diferentes planos e espaços, que produzem os problemas em foco. A descrição, explicação e a ação transformadora devem, então, considerar os espaços ou os níveis: singular, na definição do problema de saúde em questão; particular, nas questões de qualidade de vida; e geral, nos problemas dentro de uma perspectiva histórica, cultural e social. Além das características de recursividade entre estas dimensões (Castellanos, 1987). No contexto das populações indígenas pressupõe-se a compreensão da situação de contato interétnico e as interrelações de dependência do grupo com a sociedade envolvente. A adaptação deste modelo estratégico aplicado à malária no Distrito Sanitário Yanomami/RR foi proposta por Lobo (1996:102).

Para Cassel & cols (1959) a análise epidemiológica das implicações na saúde dos processos culturais e sociais relevantes dependeria de melhores conceituações em duas áreas: a) desenvolvimento de índices mais satisfatórios para descrever o estado de saúde da unidade de estudo da epidemiologia, o grupo; e b) o desenvolvimento de uma estrutura teórica mais adequada identificando as categorias e processos culturais e sociais de relevância para saúde.

Na busca de uma compreensão totalizante da realidade social, Dufour (1992a) apresenta um marco conceitual comparativo da globalidade e unificador da diversidade, onde a cultura não é um fator de risco, mas um *"sistema que distingue e que conecta"* em interface com o biológico. Este paradigma vem emergindo nos anos 90 e implica na responsabilidade individual e coletiva, com o aumento da autonomia da população,

preconizadas nos anos 70 pela OMS na identificação de profissionais de saúde que buscassem a solução para os problemas de saúde da população.

A partir da análise da noção de antropia em oposição à de entropia, proveniente da cosmologia moderna, Dufour (1992a) demonstra que esta noção permite uma ampliação dos marcos conceituais para compreender o fator humano em sua globalidade. O fator humano é o centro de um intercâmbio constante com seu meio físico e com outros seres humanos. Este princípio implica a tendência à unidade da pessoa em si mesma, a unidade da pessoa com seu meio físico e humano, ao mesmo tempo que rejeita a divisão entre corpo e espírito, deixando de lado as explicações em termos de variáveis individuais ou sociais, tomadas separadamente ou de maneira conjunta.

Esta abordagem dos objetos de estudo em saúde indígena, provavelmente, seja o caminho para a compreensão e busca de alternativas a nível local, a partir do conhecimento da sociedade como um todo, sua organização social, o sistema tradicional de saúde, o seu sistema simbólico, as relações de interdependência com o sistema de saúde ocidental e a sociedade envolvente em geral.

As discussões e estudos, tendo por referência a teoria da complexidade, justificam um diálogo interdisciplinar e asseguram a comunicação entre as partes do que nomeamos o real, onde as disciplinas deixam de ser entidades fechadas sem, contudo, perderem as suas identidades (Morin, 1988 e 1990).

O modelo de sistema aberto foi sugerido por von Bertalanffy em 1950 para a utilização na física e na biologia. Com este modelo a epidemiologia pode captar a sua unidade de estudo, o grupo. Tal unidade faz do método epidemiológico um frutífero campo para a criação e consequente teste de hipóteses referentes aos processos culturais e sociais significantes para a saúde. A análise destes dados pode fornecer ainda pistas como as envolvidas nos processos psicológicos e fisiológicos, mas tais pistas não podem ser testadas somente por técnicas epidemiológicas (Cassel & cols, 1959).

A ampliação do debate sobre a complexidade da abordagem epidemiológica dos quadros de morbimortalidade contemporâneo foi comentada por Castiel (1994:174) ao referir-se a relação entre os numeradores e denominadores na determinação das taxas – medidas epidemiológicas básicas e as limitações das operações com variáveis absolutas

que procuram chegar a possíveis ligações de causa/efeito, devido às atuais formas de organização sócioeconômicas e culturais nos países capitalistas periféricos.

Para Dufour (1992a), a cultura tem sido enfocada na saúde pública sob os "aspectos psico-sociais da saúde", a complexidade entre pessoa-cultura-sociedade é reduzida a um complexo psico-somático, sendo necessária uma mudança de paradigma para compreender as representações da saúde e doença.

Nestes pressupostos, o emprego de outras racionalidades produtoras de outras sentidos torna-se necessário na compreensão dos riscos de adoecer e morrer e nas intervenções no processo saúde-doença nas populações indígenas. Lightman (1977) considera que os problemas de saúde e doença em sociedades isoladas não podem ser considerados apenas como uma situação biomédica, mas, devem ser reconhecidas as múltiplas interrelações que envolvem as pressões da cultura dominante sobre essas populações, necessitando-se de um enfoque multidisciplinar com profissionais de saúde e cientistas sociais.

Entretanto, a questão da interdisciplinariedade não é recente, ela vêm sendo discutida desde as origens do saber científico e, principalmente, quando a especialização progressivamente foi se firmando como forma de conhecimento, na tentativa de se retomar a unidade. Na perspectiva teórica, as pesquisas interdisciplinares são um meio de superação do positivismo. Japiassu[3] considera que o principal ponto é encontrar "a unidade do fenômeno humano", opondo-se aos excessos da especialização, dando respostas de ordem prática. Este empreendimento é alcançado quando incorporamos os resultados de várias pesquisas e conseguimos emprestar instrumentos, técnicas metodológicas e esquemas conceituais depois de comparados e julgados (Nunes, 1995).

Para Piaget[4], o último estágio das possibilidades de relações disciplinares seria atingido com a transdisciplinariedade. Nele não há apenas relações ou reciprocidade, mas as ligações se dariam num plano total, sem fronteiras entre as disciplinas (Nunes, 1995).

No seu caráter de complexidade, os eixos básicos da epidemiologia são as ciências biológicas, as ciências sociais e a estatística (Pereira, 1995). Os estudos

[3] JAPIASSU, H. 1986 Interdisciplinariedade e Patologia do Saber. Rio de janeiro.:Imago. Apud Nunes (1995)

[4] PIAGET, J. (org.) 1972) Epistemologia de las Ciencias Humanas. Tradução de Hugo Acevedo. Buenos. Aires:Proteo, p. 169-96. Apud Nunes (1995)

epidemiológicos em populações indígenas envolvem as discussões sobre a interdisciplinariedade e transdisciplinariedade com a antropologia, na determinação da influência das interrelações culturais no processo saúde-doença em decorrência do contato interétnico e do reconhecimento de seus sistemas tradicionais de saúde, na adoção dos modelos adequados de intervenção nas situações de contato, de maneira a não provocar rupturas na organização social e política dessa populações.

Para Janes & cols. (1990) as ciências sociais têm contribuído com os estudos epidemiológicos com a explicação das relacões entre os processos sócio-culturais e a saúde (anomia, aculturação, etnicidade, pobreza, etc.). Uma conseqüência deste trabalho interdisciplinar tem sido a evolução de modelos gerais de saúde-doença para modelos que incluem, como componente central, as muitas dimensões de comportamento humano. De todas as ciências sociais, a antropologia possui uma metodologia tradicional que diverge significativamente, tanto conceitual como operacionalmente, da metodologia epidemiológica. A discussão sobre a valorização do quantitativo e/ou do qualitativo tem sido enfocada no sentido de complementariedade dos instrumentos de análises objetivos e subjetivos (Minayo & Sanches, 1993).

O ponto de maior complementariedade e articulação prática entre a epidemiologia e a antropologia está no nexo entre os comportamentos e suas conseqüências para a saúde (Buchillet, 1991; Morgado, 1991; Meihy, 1994; Santos & Coimbra, 1994; Verani, 1994). Na antropologia médica (escola americana), a etnomedicina é o estudo da unidades de saúde e das relações médico-paciente, entretanto, não leva em consideração qualquer contexto e mostra-se etnocêntrica quando trata das sociedades tradicionais. Já, a antropologia da doença (escola francesa) estuda as representações sociais da doença e cura, em articulação com a organização social da sociedade estudada, embora, pouca importância seja dada aos apectos históricos das forças políticas e das relações interétnicas (Verani, 1997).

As interfaces entre as disciplinas da saúde e da antropologia são complexas, podendo envolver atuações diretas ou indiretas. O antropólogo pode se envolver na pesquisa desenvolvendo desenhos de pesquisa, definindo variáveis, testando hipóteses específicas, etc.. Pode também, ter uma cooperação tangencial, analisando as dimensões culturais de uma associação causal; levantando teorias e hipóteses antropológicas sobre

dados epidemiológicos ou consultando epidemiologistas para propor medidas de controle de doenças. Em quaisquer que sejam os níveis de colaboração é importante que tanto epidemiologistas, quanto antropólogos desenvolvam o conhecimento dos métodos e teorias de uma e outra disciplina (Janes & Cols., 1990).

A necessidade de combinar a medicina científica e a tradicional nos serviços de atenção primária de saúde tem sido enfatizada por vários autores nos últimos anos (Kroeger, 1982; Bannerman & cols, 1983; Garre & Young, 1983; Young, 1983; Gutierrez, 1988) impulsionada pela Conferência de Alma Ata organizada pela OMS e UNICEF em 1978, que preconizou a participação da comunidade na resolução de seus problemas de saúde e o empenhos dos governos locais na avaliação da eficácia das práticas tradicionais, das modalidades organizacionais e jurídicas de integração dos curadores tradicionais nos sistemas oficiais de saúde, valorizando as eficazes e rejeitando as nocivas.

Por outro lado, antropologia médica no Canadá, sob a influência de autores americanos e franceses, trouxe contribuições ao debate crítico, emergindo uma "Antropologia Médica Crítica Aplicada" que reúne posturas relativistas tanto de ordem antropológica quanto de natureza médica (Verani, 1997). Assim, tem enfocado que as intervenções terapêuticas devem levar em consideração os conceitos de saúde e doença reconhecidos pelo grupo, e que as intervenções médicas e o desenvolvimento de projetos devem ser precedidos por cuidadosos estudos da cultura das populações envolvidas

A partir da década de 80, na antropologia médica cresceu o enfoque sobre os temas relativos à medicina tradicional e medicina ocidental, como política de assistência à saúde, educação em saúde, formação de agentes de saúde, fitoterapia, relações com agentes da biomedicina, contribuindo para o conhecimento das lógicas conceituais que organizam o campo das representações culturais das populações indígenas estudadas (Verani, 1997).

Para Uchôa & Vidal (1994) o reconhecimento dessas lógicas na pesquisa epidemiológica, permite o seu refinamento e a reformulação das questões relativas ao planejamento e à organização de programas de saúde, no sentido de maior adequação das intervenções às características sociais e culturais das populações. Entretanto, esta rede ainda é pouco orgânica do ponto de vista corporativo (Canesqui, 1994)

A finalidade desse arcabouço conceitual seria subsidiar o reconhecimento da diferenciação étnico-cultural e a implantação de modelos diferenciados de atenção à saúde indígena que proporcionem maior eficácia, autonomia e participação dessas populações no controle e prevenção das doenças, como recomendado na II CNSPI (1993).

Para Paim (1994:457) "*os modelos assistenciais são combinações tecnológicas utilizadas pela organização dos serviços de saúde em determinados espaço-populações, incluindo ações sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários de diferentes unidades prestadoras de serviços de saúde com distinta complexidade, como por exemplo, postos, centros de saúde, hospitais, etc*." No Brasil, identificam-se dois modelos contraditórios: o modelo médico assistencial privatista, que atende à demanda espontânea e o sanitarista, através de campanhas e programas especiais. Os modelos alternativos vêm sendo propostos e elaborados visando à integralidade da atenção à saúde. São experiências ainda restritas, que buscam concretizar os princípios básicos e diretrizes estabelecidos pela Constituição da República (1988), que se iniciaram com a implantação do Sistema Único de Saúde em alguns Estados, através da organização de distritos sanitários.

Esta proposta impõem a revisão de modelos, operações e ações de vigilância sanitária em saúde, que passam a requerer uma análise crítica, seja em função de sua efetividade, seja em consonância com os novos paradigmas (Paim, 1994: 458).

Para Castelhanos (1994:477), a perspectiva integrada deve considerar a investigação epidemiológica como um espaço metodológico em que devem ser revisados os pólos: a) epistemológico - métodos discursivos utilizados; b) teórico - concepções de mundo envolvidas; c) morfológico - tipologias e marcos de análise; e, d) técnico - modos de investigação e definições de procedimentos.

A implantação de modelos diferenciados de atenção à saúde das populações indígenas deve seguir esta proposta, uma vez que envolve novas aquisições no desenvolvimento da epidemiologia e no enfrentamento de situações diversificadas. Por outro lado, este desafio com certeza contribuirá para o progresso do conhecimento científico geral e para as mudanças nas formas de articulação da epidemiologia com os tipos de organização dos serviços de saúde para estas populações.

Nestes pressupostos temos como objetivos:

1 - Reconstituir o histórico do processo de contato e as relações subsequentes do grupo com as instituições e setores da sociedade envolvente.

2 - Avaliar a persistência das práticas tradicionais de subsistência, principalmente o comportamento alimentar e da agricultura e coleta, que vêm sendo analisadas através de projetos econômicos implementados pela OPAN.

3 - Estabelecer um diagnóstico geral de saúde da população Enawene-Nawe, visando conhecer os parâmetros em torno dos quais se buscará descrever um perfil epidemiológico e cultural para justificar uma intervenção mínima.

4 - Recuperar a sequência de todas as ações de saúde desenvolvidas desde o primeiro contato, procurando identificar um conjunto de práticas e intervenções que caracterizem um modelo de intervenção.

II - MATERIAL E MÉTODOS

2.1 – Discussão Metodológica

> *"o observador precisa distinguir as racionalidades científicas, que usa para ordenar sua teoria e seus resultados, das racionalidades do senso-comum que atribui aos atores estudados".*
>
> *Cicourel (1990)*

O perfil de morbi-mortalidade pode ser considerado um indicador relativamente sensível das condições de vida e do modelo de desenvolvimento de uma população, sendo o resultado da interação de diversos fatores interdependentes. Os fatores ambientais e sócio-culturais devem ser considerados, por não ser possível separar o nível de mortalidade de sua estrutura e de sua relação com fatores históricos, sócio-econômicos, demográficos e ambientais (Prata, 1992)

O crescimento populacional é um dado particularmente importante para o conhecimento da ecologia humana e para testar hipóteses sócio-biológicas, por ser uma medida direta do potencial de crescimento e aptidão genética. Entretanto, apesar da utilidade das taxas demográficas para pesquisas antropológicas ou de populações menores de 1.000 habitantes, como no caso da maioria das populações indígenas, os métodos de estimativa de taxas demográficas através de dados antropológicos são recentes, sendo desenvolvidos a partir das teorias de populações estáveis e não estáveis (Gage, 1985)

Para o conhecimento do perfil de morbi-mortalidade de uma população são empregados indicadores de saúde que contraditoriamente indicam dano, doença ou morte.

A mortalidade e morbidade se referem ao conjunto de indivíduos que morreram ou adquiriram doenças em um determinado intervalo de tempo, utilizadas freqüentemente para especificar a causa de doença ou de morte, grupos etários, sexo, local e outras variáveis (Rouquayrol, 1994). Entretanto, nas populações indígenas, as limitações quanto à qualidade e obtenção dos registros de dados vitais são maiores que as encontradas, geralmente, nos serviços locais de saúde, devido à localização geográfica das áreas indígenas em regiões remotas, a diferenciação étnica e cultural dos grupos e o perfil assistencialista das ações de saúde desenvolvidas pelos prestadores de serviço. Um outro problema frequente é a dificuldade de transformar os dados colhidos sobre morbidade e mortalidade nos coeficientes e índices recomendados pela OMS, devido aos reduzidos tamanhos populacionais.

As estatísticas de mortalidade são consideradas indispensáveis à avaliação da situação de saúde de populações devido a sua cobertura universal e às dificuldades de obtenção de dados referentes à morbidade através de estatísticas dos serviços de saúde ou de inquéritos, geralmente parciais e onerosos. No caso das populações indígenas, apesar das dificuldades na obtenção dessas informações, são muito importantes para o planejamento das ações de saúde a serem desenvolvidas a nível local e para o conhecimento das influências que o contato interétnico pode provocar na situação de saúde do grupo.

O coeficiente de mortalidade geral apesar de ser muito utilizado para áreas geográficas restritas, apresenta limitações relacionadas às possibilidades de aplicação

universal e comparação internacional como recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) devido aos sub-registros decorrentes da organização dos serviços de saúde (Rouquayrol, 1994). No caso das populações indígenas, ainda somam-se as dificuldades relacionadas às suas características demográficas, já que no caso de populações pequenas um óbito produz grande diferença nos resultados deste indicador, uma vez que a base referencial para a população exposta é 1000.

Além da evolução da mortalidade geral, é importante também a identificação das causas de morte, apesar das deficiências na qualidade dos dados de mortalidade e das parcelas de óbitos com causa desconhecida (Duchiade, 1995)

A morbidade é definida como o *"comportamento das doenças e dos agravos à saúde em uma população exposta"* e no campo da saúde pública, seu conhecimento é importante para os planejadores, os pesquisadores, os epidemiologistas e a toda comunidade ligada ao SUS (Rouquayrol, 1994:36). Em relação aos Enawene-Nawe, procuramos demonstrar, através dos dados disponíveis, a ocorrência dos agravos à saúde desde o contato em 1977 até 1997.

Com o objetivo de conhecer o perfil epidemiológico do grupo, foram realizados inquéritos clínicos, laboratoriais e antropométricos.

A taxa de glicemia e a pressão arterial são considerados indicadores do acompanhamento da transição epidemiológica decorrente da ocidentalização do estilo de vida e da alimentação. A sedentarização acompanhada do aumento de gordura e hidratos de carbono e a diminuição de fibras na dieta têm sido associadas à obesidade, à diabetes mellitus e ao cálculo biliar denominados com "Síndrome do Novo Mundo - NWS" (Weiss, 1984; Young, 1988). O inquérito sorológico foi realizado com o intuito de esclarecer os surtos febris que acometem os Enawene-Nawe e o parasitológico para avaliação das enteroparasitoses e adequação do seu tratamento e controle.

No intuito de aproximar os dados epidemiológicos da realidade social do grupo, procedemos a análise de conteúdo (Minayo, 1992) dos dados qualitativos disponíveis em diários de campo e relatórios sobre as estratégias de contato, a caracterização étnico-cultural e a organização sócio-econômica dos Enawene-Nawe, a fim de reconhecer alguns elementos do sistema simbólico do grupo e as mudanças ocorridas nessas duas

décadas de contato, além das informações sobre os nascimentos, os óbitos e a ocorrência de doenças.

A situação de alimentação e nutrição é também um importante indicador de saúde de populações, o qual é amplamente utilizado em estudos de saúde pública em vários países. Entretanto, é necesssário considerar que os métodos de avaliação do estado nutricional foram elaborados segundo o contexto das populações ocidentais, a partir os recursos do sistema médico e as políticas para controle da fome e desnutrição, geralmente significativos das desigualdades entre as classes sociais.

Os métodos mais usados para avaliação da situação de alimentação e nutrição de populações são o consumo alimentar, a antropometria e a dosagem de hemoglobina no sangue. O inquérito antropométrico massivo fornece indicadores mais expressivos da situação de saúde, uma vez que os indicadores de mortalidade baseiam-se em registros retrospectivos e constituem-se em parâmetros, não somente indiretos, mas também negativos, pois medem a enfermidade e não as condições de vida e de saúde sob as quais se encontram aqueles que sobrevivem. Particularmente, do nascimento até aos 6 anos, a insuficiência alimentar acarreta prejuízos do crescimento e está associada a morbidade e a mortalidade (Silva, 1992).

Na avaliação do estado nutricional, o uso de diferentes medidas do corpo, permite estimar o crescimento sob diversos aspectos. O peso e a altura têm sido referidos como as medidas mais sensíveis e específicas para a avaliação do processo de crescimento e, por conseguinte, do processo de nutrição e saúde (Silva, 1992).

A relação altura/idade (A/I) é um indicador do passado alimentar e relaciona-se com os fatores que atuam sobre o estado nutricional a longo prazo, como por exemplo, as condições de vida e os cuidados com a criança. No caso das populações indígenas, geralmente são encontrados valores baixos deste indicador, mas que devem ser relativizados, devido às características genéticas do grupo é importante garantir o controle e tratamento das doenças de forma a evitar os estados de depleção física e garantir as condições adequadas ao crescimento e ao desenvolvimento.

A relação peso/altura (P/A) indica déficits nutricionais atuais ou agudos e tem a vantagem de poder ser analisada mesmo sem que a idade da criança seja conhecida, além de ter comportamento independente da idade até o décimo ano de vida. O índice do P/A está

relacionado com os fatores que interferem na condição nutricional em curto prazo, tais como as doenças, as estiagens e a sazonalidade da produção de alimentos na área rural. O indicador peso/idade não tem sido recomendado para estudos de populações devido a sua baixa especificidade, não distinguindo crianças altas e magras de crianças baixas e bem proporcionadas.

Os pontos críticos podem ser expressos em termos de percentis, score-Z e percentagem de mediana. Os score-Z, também são referidos como unidades de desvio-padrão, têm uma distribuição normal com média 0 e desvio padrão 1. Os percentis ou "centis", variam de 0 a 100, com o 50^{o}. percentil representando a mediana da população de referência. O cálculo das percentagens de mediana não considera a distribuição de referência em torno da mediana, sendo menos consistente que os demais. Nos Estados Unidos e alguns outros países, os percentis são usados como pontos críticos. Em outras partes do mundo, são mais usados os score-z ou as porcentagens de mediana (WHO, 1995).

Nos últimos anos, esses métodos têm sido utilizados na avaliação do estado nutricional de várias etnias, como por exemplo: os Ianomami (Bloch & cols, 1993), os Xavantes (Gugelmin, 1997), os Tupí-Mondé (Santos & Coimbra, 1994), os Suruí (Coimbra & Santos, 1991), os Parakanã (Martins & Menezes, 1994) e os Kaigang (Hockerberg, 1997) apesar de questionada sua validação na aplicação para as populações indígenas, tendo como referência o padrão do National Center for Health Statistics (NCHS), recomendado para uso internacional (WHO, 1986 e 1995). Os indicadores nutricionais, assim como os demais indicadores de saúde, apresentam limitações quando aplicados às populações indígenas devido às suas características étnicas e culturais, devendo ser cuidadosamente selecionadas as técnicas e os critérios de avaliação dos seus resultados a fim de se direcionar adequadamente as necessidades de intervenção. (Weiss, 1996 e 1997).

Na determinação da situação alimentar e nutricional dos Enawene-Nawe, consideramos alguns aspectos do sistema alimentar tradicional, os dados antropométricos de peso e altura das crianças menores de 6 anos e dos adultos, maiores de 18 anos, além de exames clínicos.

2.2 – Técnicas e Instrumentos

1) No levantamento de dados etnográficos sobre os Enawene-Nawe foram utilizados dados secundários dos seguintes materiais:

a) Diários de campo do Irmão Vicente Cañas (1977-1987), o Kiwxi, como era chamado pelos Enawene-Nawe. As informações desses diários, que totalizam 742 páginas, foram classificadas em 5 categorias: contato (anexos 3 a 8), nascimentos e óbitos, saúde, alimentação e rituais para a reconstituição do histórico do processo de contato, a recuperação da sequência de ações desenvolvidas e a categorização epidemiológica e cultural.

b) Relatório sobre "Manejo dos Recursos Naturais da Área Indígena Enawene-Nawe" (OPAN, 1995), para a avaliação da persistência das práticas tradicionais de subsistência e o reconhecimento da organização social e das atividades econômicas (agricultura e pesca) relacionadas ao sistema simbólico.

c) Vídeo Ÿãkwa: O Banquete dos Espíritos" (CTI/OPAN, 1995) para importantes informações sobre a cosmologia do grupo relacionada a sua origem, à pesca e à roça ritual do Yãkwa.

2) Foram analisadas as informações sobre as condições de saúde descritas nos relatórios das visitas médicas nos anos de 1993, 1995, 1996 e 1997, assim como as informações sobre saúde, terra e economia descritas nos relatórios dos indigenistas e documentação dos arquivos da OPAN (anexo 12), e os registros das fichas clínicas de acompanhamento das condições de saúde dos Enawene-Nawe.

3) Realização de Inquéritos Clínicos, Laboratoriais e Antropométrico:

a) O exame clínico geral foi realizado em toda a população. Foram examinadas 287 pessoas e investigada a presença de queixas e dores abdominais, além das medições de pressão arterial e de glicemia nos maiores de 18 anos (anexo 13).

b) Os inquéritos de glicemia e de pressão arterial foram realizados em 84,4 % da população de maiores de 18 anos e de ambos os sexos, foram examinadas 84 pessoas. O

Inquérito de Glicemia foi realizado através da medição em mg/dl, através de sangue capilar obtido por punção de polpa digital realizada com lanceta, com o auxílio de fita reagente Glucostix e de reflectômero portátil Glucometer II (Laboratório Miles do Brasil Ltda.). O aparelho possui mecanismo para aferição periódica da calibragem. O Inquérito de Pressão Arterial foi realizado através de medição em mmHg, com aparelho aneróide e manguito padrão para adultos. Foi registrada como pressão arterial sistólica (PAS) a fase I de Korotkof e como pressão arterial diastólica (PAD) a fase V de Korotkof. As medidas foram realizadas no braço direito, com os índios sentados, por duas vezes e com intervalo mínimo de 15 minutos entre cada aferição, e antes da medida de glicemia.

c) O inquérito sorológico foi realizado em 47,7 % da população, foram examinadas 118 pessoas e realizado o teste laboratorial para detecção de arbovírus de Inibição da Hemaglutinação (IH) e o MAC ELISA para detecção de infecção recente.

d) O inquérito parasitológico foi realizado em 40,06 % da população total. Foram realizados 115 exames de indivíduos de todas as idades e ambos os sexos. As fezes foram identificadas pelos indigenistas e conservadas em MIF. Daí, foram transportadas para o laboratório de análises clínicas em Brasnorte – MT.

e) O Inquérito Antropométrico foi realizado em 91,6 % da população total. Foram examinadas um total de 263 pessoas de todas as idades e ambos os sexos, apresentamos os resultados da avaliação nutricional de 83,3 % das crianças (n=70) até 5 anos e 88,8 % dos adultos maiores de 18 anos (n=88) a partir das medições de peso e estatura;

- O peso foi tomado através de balanças pediátricas, com capacidade para 20 Kg e divisão em 10 gramas e balança antropométrica, com capacidade para 160 Kg e divisão em 100 g, ambas da marca Filizola.

- A estatura foi medida com antropômetro, para as crianças de colo foi usado régua antropométrica. Esses dados foram analisados e comparados com o padrão internacional de referência NCHS (National Center for Health Statistics), segundo as

recomendações da Organização Mundial de Saúde . Os pontos críticos foram expressos considerando-se score-z -2; percentil < 3 e mediana < 80 (WHO, 1995).

- Nos adultos, maiores de 18 anos, foram realizadas ainda as medições da circunferência abdominal (CA em cm) e do quadril (CQ em cm), para a Razão CA/CQ e o cálculo do Índice de Massa Corporal. A Organização Mundial de Saúde (WHO, 1995) adotou como ponto de corte para baixo peso IMC < 18,5; para peso adequado entre 18,5 e 25; e para obesidade maior que 25 kg/m^2.

4) Foi realizado um levantamento das informações sobre as vacinas aplicadas na população no período de 1989 a 1997 (anexo 14)

III – OS ENAWENE-NAWE EM MATO GROSSO - A aldeia Matokodakwa

3.1 – Localização Geográfica e Ambiente

Na ocasião do contato, em 1974, a única aldeia dos Enawene-Nawe localizava-se na margem esquerda do alto rio Juruena. Eram 7 casas comunais e a casa das flautas[5]. Mas, segundo as informações contidas nos diários do Ir. Vicente Cãnas, havia outra aldeia e a população também era maior, e foi reduzida antes do contato devido às mortes por ataques inimigos e envenenamentos.

> *"Também sempre tinha duas aldeias, pois eram muitos. Com o veneno, mortes naturais e mais os ataques dos Cinta-Larga, ficaram alguns poucos e com isso as duas aldeias se juntaram. A outra turma se separou devido as intrigas internas. Sumiram e ninguém jamais os viu, embora já os tenham procurado".*
>
> *(Cãnas, 1986)*

[5] Casa das Flautas - construção na direção do pôr-do-sol onde são guardadas as flautas usadas nos rituais.

Em 1979, construíram uma nova aldeia no rio Camararé com o Juruena. Em 1984, mudaram-se para uma aldeia antiga construída há uns 30 anos, no rio Iquê, de onde se mudaram devido aos ataques dos Cinta-Larga. No local já havia 9 casas e algumas foram aumentadas.

Atualmente, habitam a aldeia Matokodakwa construída em 1993, na margem direita do rio Iquê, com 10 casas e a casa das flautas, chamada de casa do Yãkwa. Essas casas são distribuídas em círculo em apenas uma aldeia e o modo de ocupação está relacionado à organização social e à cosmologia do grupo. Há ainda nos fundos da primeira casa, uma outra que abriga uma família isolada e mais uma que serve à equipe indigenista para as ações de atenção à saúde, é a *"baraiti hakolo"* (casa dos remédios) ou *"wicera hakolo"*, onde levam as crianças pequenas.

Silva (1995) descreveu a configuração circular da aldeia Enawene-Nawe, onde as dez casas comunais retangulares estão dispostas no sentido radial, ao contrário das aldeias indígenas Aruak do Alto Xingu que são dispostas no sentido perimetral. No interior, mas não no centro, está a casa cerimonial de forma circular, na direção do pôr-do-sol (Figura 01).

Além das casas da aldeia os Enawenê-Nawê têm abrigos e construções provisórias e estacionais em acampamentos de pesca, de coleta de mel e em roças distantes, como citado por Costa & Malhano (1986) nas descrições sobre habitações indígenas,. Nas roças de milho, por exemplo, são construídas as *"kutero hakolo"* casas do milho, com dimensões aproximadas de 5 m de largura por 15 m de comprimento, suficientes para abrigar um grupo doméstico, para onde se deslocam logo após o plantio da mandioca, geralmente, nos meses de julho e início de agosto. O retorno à aldeia ocorre após o plantio, retornando para o replantio uns 30 dias depois, provavelmente devido à insuficiência de chuvas e obrigações rituais. (Santos, 1995)

A construção das casas da aldeia está relacionada ao mito de origem do grupo. Não temos evidências se há alguma relação anatômica com o corpo humano, como pode ser verificado entre outros grupos indígenas (Novaes, 1983 e Costa & Malhano, 1986).

"Dataware levou os Enawene-Nawe para o rio Papagaio.
Lá ele tocou uma flauta e os paus saíram debaixo d'água e vieram sozinhos.
Eles se empilharam formando a casa das flautas

ALDEIA MATOKODAKWA

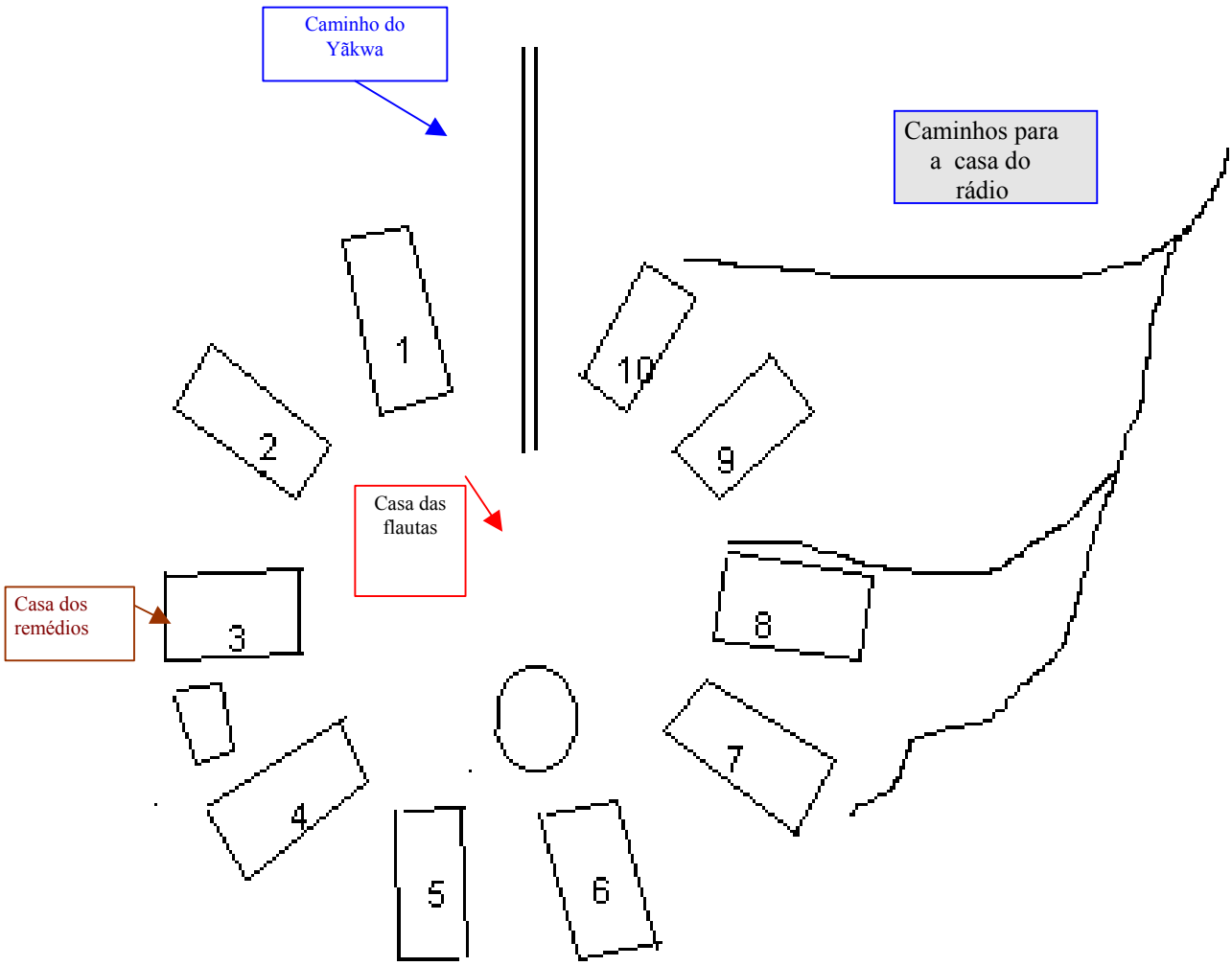


Figura 01: Configuração circular das casas comunais

Vieram outros paus e formaram as casas da aldeia.
A aldeia já estava pronta quando AYARIOKO falou:
- Esta casa e minha
- Não é sua não!
- É a casa dos Yãkwa!
Então Ayarioko tocou a flauta mágica. Os paus não gostaram e voltaram para dentro d'água.
As casa se desmancharam.
Ayarioko estragou tudo. Acabou a aldeia".

A Área Indígena Enawene-Nawe foi interditada em 19/10/87, delimitada pela Portaria 464-MJ, de 13 de outubro de 1991, demarcada em 1995 e homologada em 02/10/1996. Apesar disto é ameaçada pela ações de grileiros, madeireiros e garimpeiros. Recentemente, foi realizado um estudo sobre as potencialidades e manejo dos recursos naturais na área, resultando num plano de trabalho para melhoria da autonomia econômica dessa população frente ao crescimento demográfico que vem ocorrendo desde o contato e os riscos ecológicos, decorrentes da ocupação da região norte-matogrossense (OPAN, 1995).

A Área Indígena Enawene-Nawe localiza-se nos municípios de Juína, Campo Novo dos Parecis e Comodoro, com 752.000 hectares (Figura 02). Seus limites são: ao leste o córrego Sapezal e rio Papagaio; ao norte irregularmente abaixo do paralelo 11 graus e 45 minutos, as margens dos rio Juruena, o córrego Anasseuína e cabeceiras do rio Preto; a oeste, na estrada MT-319 ou AR-1 que liga Juína a Vilhena e ao sul, as áreas indígenas Pirineus de Souza e Nambikwara. A vegetação natural é composta por savanas (cerrado), florestas estacional semidecidual, aluvial, submontana e zona de transição savana/floresta estacional. O solo carcacteriza-se por areias quartzosas distróficas e solos latossolo vermelho escuro distrófico, litólitos distróficos e solos aluviais (Higa & Silva, 1995).

Segundo o "Zoneamento Agroecológico do Estado de Mato Grosso" a A. I. Enawene-Nawe está localizada numa região caracterizada, ao Norte, por florestas que

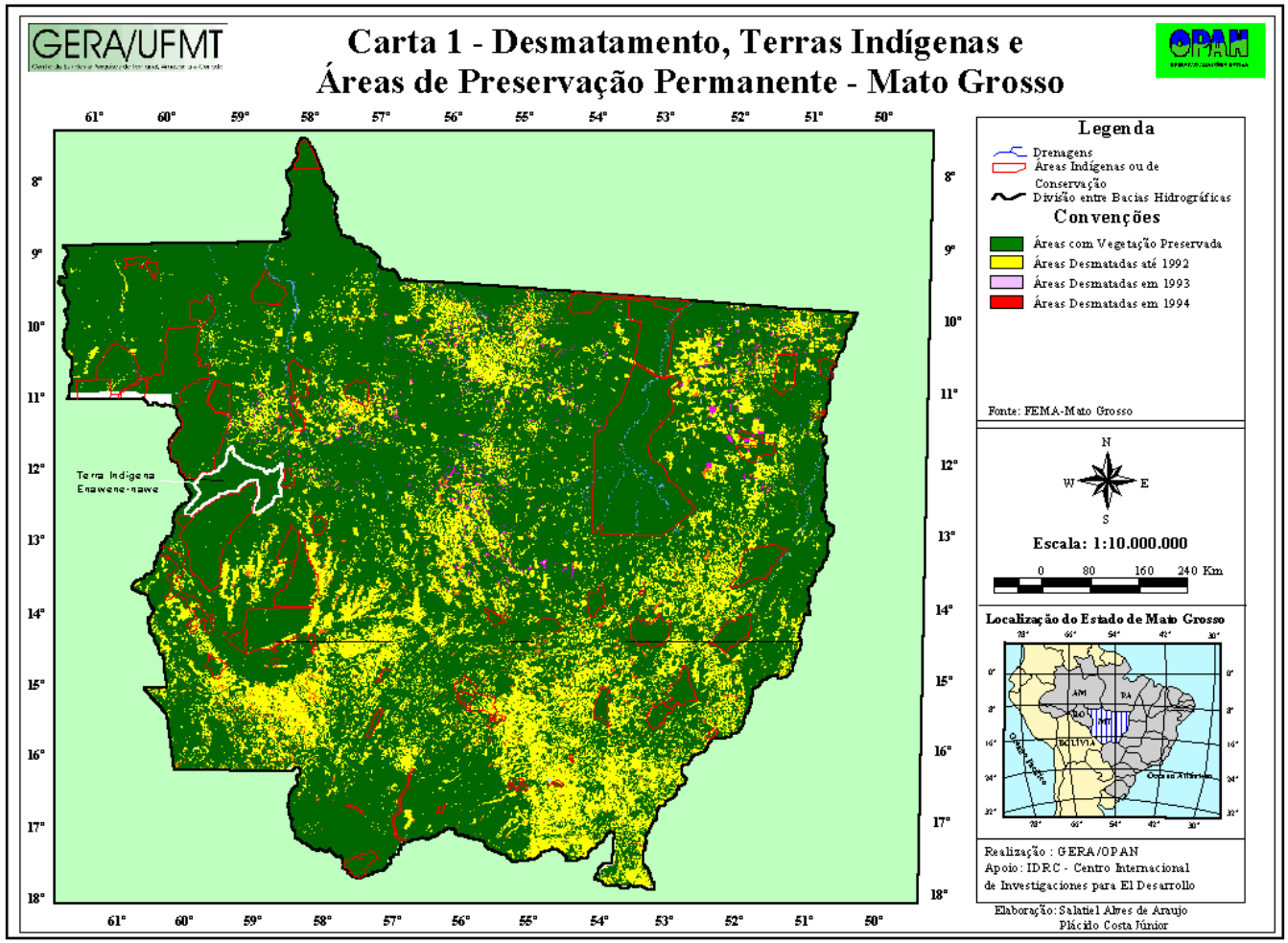


Figura 02: Mapa da Área Indígena Enawene-Nawe - MT

associam equilíbrio ecológicos frágil e requerem conservação integral, às vezes com manejo ambiental para proteção, melhoramento e/ou recuperação do efeito bio-estático da vegetação; nas proximidades do rio Iquê favorece o manejo florestal com rendimento ecossustentado com ambientes florestais ecologicamente inaptos para substituição da vegetação natural; e nas proximidades dos rios Sapezal, Papagaio e Juruena favorece o manejo de savana com rendimento ecossustentado, também em ambiente ecologicamente inapto para substituições da vegetação natural, admitindo porém o aproveitamento da oferta de plantas forrageiras nativas, como tem sido empregado na pecuária extensiva na região (Sanches, 1992).

Este território é constituído por rios importantes como o Juruena, Doze de Outubro, Camararé, Papagaio e outros menores como o Iquê, Mutum, Joaquim Rios e Olowin e seus tributários, geralmente, suas águas são límpidas, com baixa turbidez devido em parte à natureza arenosa dos solos. Além, de lagoas marginais e áreas alagáveis, onde desenvolvem-se várias espécies de peixes que constituem a alimentação básica do grupo. Há um constante esforço para compatibilizar os ciclos hidrológicos/ecológicos, às estações rituais e a seu calendário econômico (Costa Jr., 1995).

O período de maior precipitação pluviométrica na região ocorre nos meses de dezembro, janeiro e março, o período de menor precipitação são os meses de junho, julho e agosto. É importante ressaltar que o acesso à área indígena no período de maior precipitação pluviométrica é extremamente difícil devido às condições das estradas de terra e dos rios, que tornam-se quase intransitáveis com a chuva intensa. As condições geográficas e o difícil acesso, de certa forma, favorecem o isolamento e a autonomia do grupo devido ao conhecimento ancestral sobre o ecossistema em que vivem.

Na perspectiva ecológica o conceito de ecossistema é considerado como o contexto geral onde ocorre a adaptação humana e segundo a teoria de sistemas complexos:

> *"toda alteração em um setor se propaga de diversas maneiras através do conjunto de relações que definem a estrutura do sistema e em situações críticas que impossibilitem a recuperação do ecossistema é gerada uma reorganização total" (Garcia, 1991).*

Neste sentido, a análise das sociedades indígenas no contexto de um ecossistema, cujas interrelações sociais e econômicas se dão através da relação homem-natureza, as alterações em qualquer das suas partes como o solo, os rios, as matas ou o clima, implicam em uma necessária reorganização dessas populações no ambiente em que vivem.

A exploração econômica dos países da América Latina que se estendem na bacia amazônica e a rápida colonização têm causado o deslocamento das populações indígenas para áreas mais distantes, devido à cobertura da floresta que vem sendo substituída por pastos e grandes plantações, além das companhias de exploração de madeira, minerais e petróleo (Kroeger & Barbira-Fiedman, 1987)

As mudanças nos sistemas de vida e ambiente alteram significativamente os perfis epidemiológicos das populações nativas. Nos povos indígenas os determinantes da morbi-mortalidade devem ser entendidos no contexto natural e social, considerando-se os aspectos físicos e biológicos do meio natural. As doenças infecciosas transmissíveis como a leishmaniose, as arboviroses, a malária, etc, que apresentam focos naturais nos ecossistemas são comuns nas tribos mais isoladas da região amazônica, com a intensificação do contato altera-se este perfil com agravos de outra natureza (Confalonieri, 1993).

A incidência de várias doenças infecciosas, determinada sorologicamente, em diversas populações indígenas da Amazônia, demonstra que as doenças que infectam apenas homens se classificam em duas categorias: as que podem persistir num indivíduo por períodos prolongados são altamente endêmicas, mas aquelas que são infecciosas apenas na fase aguda desaparecem rapidamente após a sua introdução (Black, 1975).

Na prática da vigilância em saúde, o território transcende a sua redução a uma superfície-solo e às suas características geofísicas, é um espaço em constante construção, produto de uma dinâmica social em que se tensionam os sujeitos sociais, tem vida pulsante, conflitos de interesses, projetos e sonhos (Mendes, 1995)

Essas considerações indicam a necessidade de conscientização política sobre a importância da preservação ambiental da região para a sobrevivência dos povos autóctones em seus territórios tradicionais com conhecimentos ancestrais sobre a relação homem e natureza. Para tanto, é fundamental traçar estratégias de enfrentamento aos

projetos desenvolvimentistas do nortematogrossense, de maneira a viabilizar as relações interétnicas entre "índios" e "brancos" rumo ao reconhecimento do direito à cidadania e o respeito à diferenciação étnico-cultural desses povos.

3.2 – Estratégias e Situação de Contato

Os Enawene-Nawe foram contatados em 28/07/74 por missionários jesuítas, apesar de haver informações sobre a existência do grupo desde a atuação da Comissão de Linhas Telegráficas através dos Pareci, no início do século, e de observações das barragens de pesca por eles construídas nos córregos do rio Juruena, por seringalistas nas décadas de 40 e 60. Somente em 1973 a aldeia foi descoberta por um piloto da linha áerea Cuiabá-Juína-Aripuanã, que comunicou o fato ao piloto da Missão Anchieta (Busatto, 1995).

Do contato até 1975, foram realizadas algumas viagens à aldeia pelos missionários jesuítas, os Padres Thomaz Aquino Lisboa e Adalberto Holanda e o Irmão Vicente Cãnas, acompanhados de índios Nambikwara, Rikbatsa, Paresi e Miki, sendo muito bem recebidos pelo grupo (Anexo 1).

O Irmão Vicente Cãnas, em acordo com outros missionários traçou uma política de manutenção da alimentação tradicional, defesa do espaço territorial e reconhecimento da medicina nativa que garantiu a autonomia do grupo.

> *"... a convivência, com boa dose de equilíbrio, sensatez e bastante autonomia com aquela sociedade, e também nas condições dela, era algo capaz de reforçar sua identidade cultural e étnica"*
>
> *(Irmão Vicente Cãnas)*

Os primeiros contatos com os Enawene-Nawe em 1974 foram influenciados pelas estratégias de contato dos missionários jesuítas que já vinham sendo desenvolvidas com os Miky desde 1971, devido aos bons resultados que o novo tipo de presença missionária não-interferente vinha obtendo (Lisboa, 1985).

Antes do contato com os missionários, os Enawene-Nawe já tinham uma história de fuga do seu território tradicional devido aos ataques dos Cinta-Larga e Rikbatsa. Após

o contato, voltaram à plantação das roças e ao reconhecimento do território que ocupavam, determinando assim a demarcação do mesmo com o apoio da ação missionária.

> *"À noite YALAUYNACEATOKLE conta histórias das brigas com os canoeiros. Devido a isso os ENAUENENAUE que moravam nas cabeceiras do OLOUINA e Rio Preto abandonaram o lugar onde estavam morando há muito tempo. Daí passaram a morar nas cabeceiras dos Rio Joaquim Rios e também Rio Iquê e Iquezinho, onde os Cinta Larga também atacaram os ENAUENENAUE e são obrigados a abandonar o lugar, onde passam a morar pelos vales dos afluentes do Camararé em sua margem direita, mas encontram os Nambikwara, brigam com eles e conseguem expulsá-los. Também atacam vários seringueiros"*
>
> *(Cãnas, 1984:448)*

A partir de junho de 1977 até sua morte em abril de 1987, o irmão Vicente Cãnas permaneceu em contato direto com os Enawene-Nawe, acompanhando-os nas pescarias, nas barragens e acampamentos, num processo intenso de reconhecimento do território, língua e costumes do grupo. Neste período os Enawene- Nawe falavam dos ataques aos seringueiros e manifestavam grande interesse por "civilizados", principalmente pelas roupas e ferramentas que saqueavam dos ribeirinhos e das outras etnias vizinhas, os Nambikwaras e Miky que já as estavam usando. Este tipo de saque não é considerado por eles como uma ação violenta, pois muitas vezes são negociados em "troca" de outros bens, realizados ainda hoje.

Neste período o Irmão Vicente recebeu o apoio de indigenistas da OPAN (então Operação Anchieta, atualmente Operação Amazônia Nativa), no atendimento à saúde dos Enawene-Nawe, como Wanda Barbosa e Sylvia Bonotto, Terezinha Weber, Rosa Cartagenes e Dorotéia de Paula. Os primeiros levantamentos etnográficos e linguísticos foram realizados pelo padre jesuíta Bartolomeu Meliá. Nas negociações da demarcação das terras foi grande a influência do Padre Thomaz de Aquino Lisboa. O pedido de interdição da área foi encaminhado à FUNAI em 20/06/78 e somente em 1984, ocorreram os acordos preliminares em relação aos limites da área interditada. (Anexo 2).

Em 1980 verificam-se os primeiros contatos do grupo com o processo de ocupação da região do rio Juruena, na ocasião a instalação da Fazenda Londrina nos limites de seu território tradicional, cujo pedido de interdição já se encontrava na FUNAI desde 1978. As ações de derrubada são paralisadas. Em 1983, ocorre de fato a 1ª. invasão da área interditada com conseqüente ação de despejo dos invasores; nesta ocasião verifica-se a autodeterminação dos Enawene-Nawe na defesa de seu território, cujos impulsos são contidos pelo Pe. Adalberto referindo-se aos invasores como *"irmãos brancos"*.

Os Enawene-Nawe, até 1983, eram conhecidos como *Salumã*. Este equívoco ocorreu na ocasião da visita dos Paresi que assim os chamavam, inclusive, julgando que os Enawene-Nawe fossem seus dissidentes, na verdade era o nome próprio de um deles, mas aceitaram o apelido. Entretanto, depois de esclarecido o equívoco fizeram questão de serem reconhecidos por sua autodenominação. Em 1984, foi encaminhada à FUNAI a solicitação de renomeação da área de Salumã para Enawene-Nawe e a ocupação do território tradicional (Lisboa, 1985).

A partir de 1984, os Enawene-Nawe iniciam excursões em seu território para verificar invasões e encontram várias picadas nas cabeceiras do rio Preto, subindo o Juruena e em direção aos rios Iquê, Iquezinho, e Olouinã, onde fazem as barragens todos os anos.

> *"O pessoal fica um tanto chateado, pois percebe que o pessoal vem vindo e aos poucos tomando a sua terra. Fazem muitos comentários. Alguns vão para a frente e encontram uma casa e voltam trazendo notícias.(...) O pessoal fala que as terras do São João Rios, Iquê e Iquezinho é deles e que é para falar para os civilizados que respeitem estas terras".*
>
> *(Cãnas, 1984:484)*

Em princípio, saqueiam as casas que encontram e, em setembro de 1984 procedem a um ataque em que morrem um topógrafo e um auxiliar, outros dois auxiliares ficam feridos. Estas mortes revoltam os moradores de Juína, onde os trabalhadores moravam, suscitando o desejo de vingança e morte dos índios e dos que trabalhassem com eles.

Neste contexto, o SEMA, INCRA e FUNAI chegam a um acordo quanto aos limites da área. No sobrevôo encontram uma Fazenda dentro da reserva e várias nos seus limites. O INCRA libera a área pretendida no rio Iquê e os Enawene-Nawe mudam-se, para onde já moraram e de onde fugiram devido aos ataques dos Cinta-Larga.

Em 1985, vão com freqüência à aldeia antiga no rio Camararé com o Juruena buscar mandioca, visitam os Nambikwaras e os Miky. Também recebem a visita dos Cinta-Larga para esclarecimento de fatos dos ataques e fazem excursões para buscar castanhas, nas quais encontram novas picadas no rio Juruena.

Em 1986, quando vão ver as divisas de terras no rio Iquê encontram um loteamento e atacam uma família matando 8 pessoas. Segundo o inquérito policial, esta área havia sido grilada pelo fiscal da Secretaria de Fazenda de Mato Grosso, Joaquim Campos Dourado, que a vendeu para 4 pessoas, que por sua vez revenderam seus lotes a outras 16 famílias, entre as quais a que foi atacada (Conte, 1990).

Em março de 1987, o Ir. Vicente Cãnas vai para seu acampamento às margens do rio Juruena para ficar alguns dias, sendo brutalmente assassinado. Seu corpo é encontrado no dia 16 de maio, já mumificado a 2 metros de sua casa, onde havia sinais de violência. Segundo a perícia do Instituto Médico Legal a morte deveria ter ocorrido há aproximadamente 40 dias antes do corpo ser encontrado, através de instrumento perfuro cortante na região abdominal. Seu último contato foi no dia 05 de abril por radiofonia com os Rikbatsa, dizendo que iria no dia seguinte para a aldeia.

Após sua morte, saiu a Portaria de Interdição da Área Indígena Salumã de nº PP/3544 de 19 de outubro de 1987, atingindo quase que plenamente o território Enawene-Nawe, ficando de fora o córrego Pedra de Fogo e as cabeceiras dos rios Preto e Iquê.

A partir de 1987 a OPAN passou a prestar assistência ao grupo respeitando suas características culturais e buscando conhecer melhor seus costumes, a fim de direcionar as intervenções necessárias.

Em 1988 foi proposto pela OPAN o "Programa Regional de Informação sobre a Questão Indígena" com o objetivo de subsidiar a população envolvente, em Brasnorte, Juína e Vilhena, para serem aliados na luta pela causa indígena e ecológica simultaneamente. As propostas básicas consistiam em um esforço de fortalecimento do

movimento indigenista e conscientização da realidade regional do norte mato-grossense. Mas, se por um lado mantêm-se a defesa dos povos indígenas, por outro, continuam as invasões.

Em outubro de 1988, os Enawene-Nawe constatam mais uma invasão de suas terras nos afluentes da margem direita do rio Juruena, a abertura de uma grande estrada e tratores. Desta vez, mudam a estratégia de defesa, acompanhados de membros da OPAN que trabalham com o grupo, vão ao Governador Carlos Bezerra, em Cuiabá, e solicitam sua intermediação na questão da demarcação da reserva e retirada dos invasores. Então, é formado um grupo com representantes da CAIEMT, FUNAI, OPAN, Polícia Federal e alguns índios, que averigua a invasão e constata suas dimensões apreendendo dois tratores de esteira.

Entretanto, esta questão se prolonga devido à solicitação do suposto dono da área, Camilo Óbici, de reconsideração ou revogação da Portaria que interditou a área indígena, baseado em uma certidão negativa de terra indígena já invalidada e de uma Ação de Reintegração de Posse na Justiça Federal. Neste processo, são constatadas outras irregularidades na titulação feita pelo Governo do Estado de Mato Grosso na região, desconsiderando os territórios tradicionais dos povos indígenas.

A demarcação do território dos Enawene-Nawe é demorada e em agosto de 1990, eles mesmos começam a afixar placas e a abrir picadas em 50% da área, devido às pressões externas sobre a área indígena nos 2 últimos anos. É dado prosseguimento às atividades de filmagens para registro e documentação da cultura e são realizadas palestras e mostra de vídeos em Brasnorte, na "Semana do Índio". Nessa ocasião, ocorre uma Ação de Manutenção de Posse de Pedro Chiquete, proprietário da Fazenda Londrina, acusando a sobreposição da Área Indígena Enawene-Nawe com sua fazenda.

É constatada ainda a abertura de uma série de estradas para loteamento de fazendas no limite sul. Há boatos sobre outras invasões nos limites norte, próximo a Reserva Ecológica do Iquê e a instalação de um garimpo de diamantes neste limite, com risco de adentrar a área indígena.

No início de 1991, são retirados os garimpeiros das cabeceiras do rio Canoas e em 13/09/91 é publicada no Diário Oficial da União a Portaria de demarcação da Área Indígena Enawene-Nawe. São realizados estudos linguísticos com a assessoria

antropológica de Márcio Silva e denúncia pública em Cuiabá, através da Assembléia Legislativa, dos mandantes e executores do assassinato de Vicente Cãnas.

A partir de 1993, são realizadas pesquisas sobre o manejo dos recursos naturais, a estrutura social e as relações de parentesco dos Enawene-Nawe com a participação do GERA/UFMT e da FAEP/UNICAMP. São implementadas ainda as atividades de fiscalização da área e denúncia de invasões (OPAN/FUNAI), duas no sul do território, supostamente por posseiros e outra no noroeste, promovida por garimpeiros. Essas invasões foram denunciadas à imprensa cuiabana e à assembléia legislativa do Estado.

A demarcação da Área Indígena Enawene-Nawe foi concluída em 1994, pela FUNAI. As atividades de fiscalização foram mantidas, com a participação intensiva dos Enawene-Nawe.

Os resultados da pesquisa sobre as potencialidades e manejo dos recursos naturais trouxeram significativos avanços para as ações no campo da economia, saúde e educação. Em 1995, efetivam um projeto em parceria com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), com ações pontuais nas áreas agroflorestal, de pesca e odontologia. Foi realizado, ainda, um levantamento dos utensílios manufaturados na sociedade Enawene-Nawe, com o intuito de evidenciar a necessidade de reposição, desencadeando a proposta de um fundo rotativo efetivado através da troca de artesanato pelos materiais de lavoura e pesca, sob a responsabilidade da equipe.

Na área de educação foi implementada uma exposição itinerante sobre a cultura Enawene-Nawe em Brasnorte, a restruturação do glossário de palavras Aruak, o estudo lingüístico e o início do processo de aquisição da língua escrita. Na fiscalização do território os índios foram a Cuiabá para pressionar os órgãos governamentais (FUNAI, IBAMA e Polícia Federal) na retirada dos garimpeiros, no limite noroeste da área, e de quatro "proprietários", que com a demarcação ficaram no interior da área, mas já se encontravam em processo de retirada. Foi realizado um mapeamento dos locais de nascimento, esclarecendo os limites do território tradicional que permitiu a reivindicação de uma parte da área não contemplada na demarcação oficial.

A Área Indígena Enawene-Nawe foi objeto de contestações com a assinatura do Decreto 1.775 de 08 de janeiro de 1996, que visavam a revisão dos limites da área ou indenizações. Mas foram desconsideradas pela FUNAI diante das manifestações de

entidades, pessoas envolvidas e laudo antropológico. Em 02/10/96 foi assinado o decreto de homologação. Durante uma fiscalização ao noroeste da área foram constatadas a abertura de estrada para retirada de cascalho, retirada de madeira no interior da área e a utilização de parte da área para pastagem de gado, essas irregularidades foram denunciadas. A atividade garimpeira exercida no limite extremo da área ainda não havia adentrado o território indígena.

No setor econômico foi introduzido o plantio de plantas frutíferas, após algumas experiências e discussões, foi adotada a adaptação ao sistema tradicional de plantio. As sementes são distribuídas às famílias nucleares que assumem seu plantio e cuidados, com informações técnicas fornecidas pela equipe. As trocas da produção artesanal pelos materiais de lavoura e pesca são realizadas conforme as necessidades, está sendo mantido o fundo rotativo com o artesanato vendido.

A partir de 1995, através de convênio com a FNS e apoio técnico do NESPI/ENSP/FIOCRUZ foram realizados inquéritos sorológicos, parasitológicos e clínicos (exame geral, pressão arterial, glicemia e antropometria) para diagnóstico da situação de saúde do grupo.

Foi realizado um seminário "Enawene-Nawe: Presente e Futuro" em julho de 1996 com a participação da equipe e profissionais envolvidos da UNICAMP, UFMT, FIOCRUZ e CIMI, as discussões foram direcionadas à dinâmica das relações da sociedade Enawene-Nawe com a sociedade envolvente. No setor educação, cerca de 40 pessoas entre 13-35 anos participam do processo de alfabetização, desenvolvido sem a intenção de corresponder a construção de uma instituição escolar.

Foram realizadas exposições intinerantes de fotografias e artesanato no município de Sapezal e Cuiabá, com o objetivo de desmistificar os preconceitos em relação aos povos indígenas. Não foi realizada em Juína devido a apuração do assassinato de Vicente Cãnas.

Em fevereiro de 1997 foi realizado um levantamento fundiário ao noroeste da área, com dois Enawene-Nawe, dois membros da equipe e dois técnicos da FUNAI, sendo esclarecido aos invasores sobre a homologação da área indígena e que sua retirada era obrigatória. Foi encaminhado também à Procuradoria a reivindicação de áreas do território tradicional que se encontram fora do território demarcado, como o Jenipapal.

A ênfase nas estratégias das agências de contato é importante pois com a mudança nas formas de relações estabelecidas ao longo do tempo com a sociedade nacional, a situação epidemiológica e nutricional de populações indígenas da Amazônia tende a deteriorar-se, sendo necessário considerarmos as dimensões sociológica, antropológica e epidemiológica deste processo, colocando-se sobretudo a questão ética na perspectiva de um desenvolvimento alternativo diante dos interesses na adoçåo de medidas políticas desenvolvimentistas.

3.3 – Cosmologia e Organização Social

> *"Cultura não é um lugar subjetivo, ela abrange uma objetividade com a espessura que tem a vida, por onde passa o econômico, o político, o religioso, o simbólico e o imaginário. Ela é o locus onde se articulam os conflitos e as concessões, as tradições e as mudanças e onde tudo ganha sentido, ou sentidos, uma vez que nunca há apenas um significado".*
>
> *(Minayo, 1992:15)*

Os fatores culturais podem ter uma importante influência na origem, prevenção e controle das doenças. Os cuidados com o corpo e a alimentação, o destino dos dejetos, os tipos de casas, se familiar ou comunal, enfim, os costumes podem ser maléficos ou benéficos, assim como, a maneira como os recursos são obtidos do meio ambiente podem ter importância positiva ou negativa. O modo como as pessoas reconhecem ou classificam uma doença também é importante e deve determinar o tratamento (Salzano, 1992).

Nas análises sobre o modo de vida dos Enawene-Nawe vem sendo enfatizado a relação com o sistema simbólico (Silva, 1995). Para os Enawene-Nawe os rituais *yãkwa*, *lerohi*, *salumã* e *kateoku* são as formas de manutenção do elo entre a sociedade e o cosmos, através deles buscam a harmonia e a vida plena. Esses rituais envolvem as práticas agrícolas e de pesca, assim como a distribuição e o consumo dos principais alimentos na sua cultura: a mandioca, o milho, o peixe e o mel (Santos, 1995).

Para Mauss (1974:62) estas relações são relações contratuais ou de troca praticadas entre os homens e as coisas, associadas aos seres sagrados, verdadeiros proprietários das coisas e dos bens do mundo. Esses rituais contratuais e econômicos são praticados entre homens, *"mas onde esses homens são encarnações mascaradas, amiúde xamanísticas e possuídas pelo espírito cujo nome trazem: esses, na realidade, agem apenas enquanto representantes de espíritos"*.

Segundo os Enawene-Nawe os rituais *yãkwa* e *lerohi* envolvem os *yakairiti*, enquanto o *salumã* e o *kateoku* envolvem os enore-nawe:

- os *yakairit*i apresentam-se sob diferentes formas monstruosas e se manifestam com diversos nomes, habitam o mundo subterrâneo, geralmente sob barrancos, morros, lagoas, etc. vivem normalmente solitários e são responsáveis pelos infortúnios, pelas catástrofes e pelas doenças, se tocarem um humano provocam sua morte imediata. São predadores por excelência e só os pajés em transe podem mirá-los. Os Enawene-Nawe afirmam não terem nenhum parentesco com eles e não há nenhuma possibilidade de troca. Durante os rituais do *yãkwa* e *lerohi* dão alimentos aos *yakairiti*, sem expectativa de retribuição, para evitar que sejam atacados por eles (Silva, 1995).

"- Se os Yakairiti comem bastante, é bom.
Os Yãkwa voltam da barragem e bebem oloiti.
Enquanto a gente bebe, o oloiti cai na terra e
vai direto para a panela do yakairiti
Lá embaixo, outro Yakairiti pega o oloiti e bebe.
Os yakairiti moram embaixo da terra
O Yakairiti bebe e diz: é bom !
Depois é a vez do beiju
As mulheres dos Yakairiti pegam os beijus
Então elas dizem: assim é bom !
Peixe também é bom.
- Já estamos satisfeitos os Enawene-Nawe
não vão morrer, dizem os Yakairiti."
(CTI/OPAN, 1995)

- os *enore-nawe* são seres inversos aos *yakairiti*, moram no céu, vivem em sociedade, são brancos, cheirosos e saudáveis. Têm o poder de curar os doentes com o toque das mãos e são considerados os ancestrais dos Enawene-Nawe, tendo uma relação de cognação com eles[6]. São seu passado e futuro, pois ao morrer o impulso vital - os "corações" e olhos dos humanos vão para o eno (céu), enquanto o corpo é enterrado e entregue aos yakairiti (Silva, 1995). Assim verificamos que os Enawene-Nawe estão no "meio", articulando o espaço terrestre dos humanos, o celeste e o subterrâneo (Figura 03).

Para Silva (1995), na morfologia social dos Enawene-Nawe são encontrados os grupos exogâmicos - os clãs que sinalizam para a consanguinidade e a afinidade; e os grupos residencial, doméstico e familiar. Nesta estrutura social os clãs são a base do sistema de parentesco e, por conseguinte, da organização da vida social e econômica.

A base do sistema de parentesco é a consanguinidade (irmãos) e a afinidade (cônjugues e irmãos do cônjugue). De certa forma, as relações de afinidade e de consangüinidade são estabelecidas pelo regime de trocas matrimoniais que é do tipo multi-bilateral, definido pelos entrecruzamentos dos clãs.

Os clãs são segmentos patrilineares espacialmente dispersos com funções matrimoniais, cerimoniais e econômicas. Estes grupos são compostos pelos descendentes de dezenas de "tribos míticas", que viviam no vale do rio Juruena e regiões adjacentes. No conceito nativo de cultura, essas tribos teriam "culturas incompletas" e ensinaram umas às outras o que sabiam.

[6] Cognato - diz-se de quem tem raiz comum com outro

ARTICULA O DOS ESPA OS CELESTE, TERRESTRE E SUBTERR NEO

FIGURA 3

Uma série de catástrofes foram reduzindo estas tribos, seus sobreviventes se reuniram em conjunto em torno do yakairiti, formando os clãs ou yãkwa. Os yãkwa são compostos do que sobrou de uma ou mais "tribo mítica", podendo os restos de uma figurar em dois clãs diferentes. No passado havia 12 yãkwa, mas 3 desapareceram. Eles foram responsáveis pela organização espacial e cerimonial da aldeia.

O desaparecimento dos clãs parece estar relacionado à redução populacional anterior ao contato.

> *"Este ritual que estavam fazendo, há muito tempo não era feito, devido a Tiholosene que era criança (...). Além disso tem mais toalinere, mas eram de outra aldeia. Também falam que dois rituais não são mais feitos, pois os lideres que encabeçavam os rituais, morreram de veneno e dos Cinta-Larga"*
>
> *(Cãnas, 1986:671)*

O complexo ritual foi resumido por Silva (1997) demonstrando a super-estrutura sócio-cosmológica Enawene-Nawe como um método extremamente sofisticado de organização do tempo social e das atividades econômicas.

Neste quadro, os *"toairinere"* são caracterizados como tribo mística do clã *lulahese*. Segundo os Enawene-Nawe o clã atosairi foi extinto um pouco antes do contato, mas não lembram dos nomes das tribos formadoras e dos espíritos associados (Silva, 1997).

O grupo residencial corresponde aos residentes na mesma casa comunal, na qual se encontram os grupos domésticos e os grupos familiares (anexo 09). O grupo familiar tem como núcleo um casal e seus filhos e filhas solteiros, mas podem incluir pai ou mãe viúvos de um dos conjugues e os filhos das filhas solteiras. Podem ser encontrados grupos familiares independentes formados por mães viúvas ou solteiras de filhos solteiros, quando seus pais não sejam vivos. Ao grupo familiar compete cultivar os pequenos roçados de mandioca próximo a aldeia, a extração de lenha, a coleta de insetos comestíveis e as pescarias em pequena escala com a participação de todos os membros.

O grupo doméstico é constituído de um homem, sua esposa, seus filhos (as) solteiros (as) e suas filhas casadas; note-se que com o casamento o genro vai morar na casa do sogro. Cada casa abriga geralmente mais de um grupo doméstico, constituindo o grupo residencial. O grupo doméstico e o grupo residencial são importantes unidades sociais, a partir das quais são definidas várias atividades comunitárias:

- grupo residencial: construção e conservação das casas
  construção da casa cerimonial, como unidade corporada
- grupo doméstico: cultivo de roças de milho distantes
  organização de expedições de coleta de mel
  cozinha própria.

No decorrer dessas duas décadas de contato podemos verificar a manutenção dos seus costumes e que a introdução de alguns elementos na sua cultura como as linhas, panelas, ferramentas e instrumentos na pescaria, através da troca, não têm afetado sua autonomia econômica (Quadro 2).

Quadro 2: Mudanças culturais no decorrer do contato (1974 – 1997)

	Cultura Própria	Cultura Substituída	Cultura Introduzida
Utensílios de Cozinha	Pilão de tronco de árvore		
	Borduna		
	Peneira de palha		
	Cuia de barro		Bacias de alumínio
	Panelas de barro		Panelas de alumínio
	Cabaça		
	Abanador de palha		
	Jirau		
	Ralador de madeira		
	Atari de barro (tijela)		
Objetos Domésticos e Pessoais	Cesto de palha		Tesoura
	Rede de algodão		Linha de algodão
	Corda de tucum		Sabão
	Pente de taquara		Camisa
	Saia de algodão		Calção
	Brincos de concha		Espelho
	Pulseiras de tucum		Boné
	Saia de algodão		Isqueiro
	Pente de taquara		Lona
Instrumentos Musicais	Flautas sagradas		
	Chocalhos Arco e flecha		
Instrumentos de Trabalho	borduna		Arame
	Armadilhas		Linha de nylon
	Machado de pedra	Machado de ferro	Machado de ferro
	Borduna na pesca	Pesca com facão	Facão
	Tear		Faca
	Fuso		Enchada/enxadão
	Cestos grandes		Foice
	Barragens de pesca		Lima chata
	Venenos vegetais		Terçado
			Anzol /Chumbada
			Máscara de mergulho
			Redes de pesca
			Arpões de pesca
Cultivos	Algodão		
	Mandioca		
	Feijão		
	Amendoim		
	Mel		
	Sal		
Criação	Araras		
	Gavião		
	Papagaio		
Locomoção *e* Comunicação	Canoa de jatobá	Canoa de cerejeira	
	Remos		Rádio transmissor
Habitação e Construção	Malocas		Casa do rádio
	Casa das flautas Agricultura		Casa dos remédios
Economia	Pesca		
	Coleta		
	Artesanato		
Saúde			Remédios
	Plantas medicinais		Vacinação
	Sistema tradicional		Borrifação
Língua	Aruak		Escrita
Religião	Yãkwa		
	Lerohi		
	Salumã		

	Kateoku		

Adaptado de Miky. In: Ermi & Monserrat. OPAN. 1989

Outrossim, um elemento de fortalecimento das relações entre o grupo, os prestadores de serviços e outros grupos indígenas com os quais têm mantido contato como os Miky, Nambikwara e Rikbatsa. Tradicionalmente, realizam excursões pela circunvizinhança do seu território de onde obtêm elementos da cultura introduzida muito cobiçados, como panelas, ferramentas e algumas roupas.

Para Laraia (1986:99) as sociedades indígenas isoladas têm um ritmo de mudança menos acelerado do que uma sociedade complexa influenciada pelas inovações tecnológicas, em parte decorrente da sua satisfação com as soluções tradicionais. Qualquer sistema cultural está num processo contínuo de modificação, quando a mudança cultural é interna pode ser mais lenta, quando é resultante do contato de um sistema cultural com outro, pode ser mais rápida e brusca.

Após o contato com a sociedade não índia o facão *"atautase"* substituiu a borduna *"atahu"*. Esses instrumentos são utilizados principalmente para a captura de peixes médios e grandes, assim como o arco e flecha *"okory/okorece"* , quando os peixes vêm á tona em busca de oxigênio. A borduna e o arco e flecha podem ser utilizados ainda no

confronto com outros povos. Os Enawene-Nawe utilizam o *"mataxi"*, que é uma forma de cone colocada nos riachos, o *"mata"* que é introduzido nas barragens de pesca *"waiti"* (Costa Jr., 1995)

A armadilha de pesca e a construção da barragem fazem referência ao personagem mítico Dokui:

"Nós não trazemos mulher para a barragem.
Se o homem transa, a armadilha sente o cheiro.
Ela diz: está azedo ! E não pega peixe.
A armadilha é sabida ! É a cintura de Dokui.
- Pegue bastante peixe para mim."

(CTI/OPAN, 1995)

Através do contato com pescadores artesanais adquiriram algumas redes de pesca. Recentemente, vêm confeccionando arpões de pesca subaquática, em decorrência da

“troca”de máscara de mergulho com os Pareci, e que atualmente vem ocorrendo também com não índios (Costa Jr., 1995).

Para Costa Jr. (1995:106), a introdução do anzol proporcionou uma revolução no manejo dos rios, aumentando as possibilidades de pesca quanto aos períodos, espécies de peixes e na relação pesca/produtividade. Essas inovações, juntamente com a introdução dos machados para confecção de canoas de cerejeira, mais leves que as de jatobá utilizadas, aumentaram a eficiência da navegação no território. Entretanto, não foi diminuída a ênfase dada às práticas tradicionais e algumas inovações foram absorvidas ganhando uma identidade cultural que, em conjunto, são reconhecidas como estratégias adaptativas de forma a garantir tanto uma eficiência sócio-cosmológica, quanto econômica.

Entre os Enawene-Nawe observa-se a fabricação de artefatos cerâmicos como panelas de diferentes tamanhos, algumas bem grandes para o preparo de alimentos, como o *kitera e o oloiti* e o armazenamento de água. O *atari,* uma forma tipo prato é usada para o preparo de beiju.

Como entre os outros povos indígenas no Brasil, também entre os Enawenê-Nawê a fabricação da louça de barro faz parte da área doméstica sob o domínio feminino, sendo amplamente utilizada no armazenamento e preparo dos alimentos. A troca por panelas de alumínio é bastante cobiçada para buscar água e coletar mel devido à incomparável diminuição do seu peso. Utilizam ainda grandes cestos nas suas atividades diárias de coleta e pesca.

A partir dos 7 anos são observadas mudanças nas atividades cotidianas e rituais, as crianças acompanham os pais em suas atividades. Aos 12 anos usam indumentárias nos rituais e a partir dos 14 anos ocorre a transição entre a infância e a vida adulta. Os meninos passam a usar adorno peniano e as meninas tatuagem nos seios e ao redor do umbigo, após a primeira menstruação. Desde as primeiras semanas do nascimento até a idade avançada, há uma diferenciação no uso dos adornos em torno dos tornozelos e punhos, dos brincos e do tipo de pintura corporal, que identificam as diferentes fases da vida (Anexo 09). As mulheres usam dois tipos de saiotes, um tubular e outro quadricular preso ao cinto de tucum. As braçadeiras e tornozeleiras são usadas pelas mulheres e pelos

homens, com a finalidade de fortalecimento da musculatura dos braços e das pernas, para a confecção destas utilizam um pequeno tear (Sá, 1996).

Os Enawene-Nawe usam rede para dormir, que se adapta perfeitamente bem às características do clima tropical, quente e úmido. As redes ocupam o espaço da família nuclear, geralmente são dobradas e amarradas quando em desuso durante o dia e são confeccionadas num "tear" maior.

Em relação à coloração, o vermelho e o negro são referidos por Ribeiro (1986) como cores dominantes do universo tribal e são amplamente utilizados nos artefatos e pintura corporal dos Enawenê-Nawê. Essas tintas são obtidas a partir do urucum e do jenipapo

A tecelagem é feita pelas mulheres, a partir da fiação do algodão. A troca pela linha industrializada é cobiçada tanto pelas mulheres como pelos homens que, neste caso, presenteiam as mulheres com essa linha. Entretanto, este tipo de linha corresponde a uma pequena fração de toda linha utilizada na tecelagem do grupo.

Para Ribeiro (1986), a tatuagem, os adornos e a pintura corporal identificam a etnia e singularizam o indivíduo segundo sua origem, sexo, idade e em alguns casos, status. Para os profissionais de saúde, a caracterização do vestuário pode contribuir para a definição da idade ou faixa etária em inquéritos epidemiológicos, além de permitir uma leitura dos resultados mais aproximada ao modo de vida do grupo.

A produção artesanal tem garantido as necessidades básicas da sociedade Enawene-Nawe. O aumento do interesse do grupo por bens de consumo da sociedade nacional, tem sido motivo de reflexão para a equipe indigenista. A perspectiva é de garantir um comércio primário à base de trocas de artesanatos para obtenção dos produtos manufaturados incorporados ao seu modo de vida, como ferramentas, material de pesca e panelas. A presença desses produtos não têm influenciado o sistema simbólico da etnia.

É importante ressaltar que a introdução de novos elementos na cultura material dos Enawene-Nawe, tem-se dado através de reivindicações do grupo e participação do grupo nas decisões. Segundo as considerações de Batalla (1987) sobre controle cultural, os Enawene-Nawe se encontram na situação de cultura autônoma em relação aos elementos culturais próprios e cultura apropriada em relação aos elementos culturais

alheios, ambos considerando as decisões próprias. Neste esquema, a participação nas decisões impede a imposição de elementos culturais alheios e a alienação do grupo por mudanças necessárias à manutenção da sua qualidade de vida frente ao contato interétnico.

3.4 – Atividades Econômicas e Rituais

As atividades econômicas da sociedade Enawene-Nawe são basicamente a pesca, o plantio e a coleta de alimentos, além da produção artesanal dos elementos próprios a sua cultura. Estas atividades estão relacionadas a um calendário ritual que se realiza conforme os ciclos ecológicos da região (Silva, 1995).

As atividades desenvolvidas entre os Enawene-Nawe são realizadas no processo de trabalho cooperativo, através de técnicas simples de produção, nas quais se estabelecem as relações sociais do grupo, onde nenhum segmento da sociedade vive da exploração do outro.

Costa Jr. (1995) analisou as práticas de pesca na sociedade Enawene-Nawe enfocando a associação dos elementos cosmológicos, econômicos e a percepção do meio aquático. Nesta perspectiva, a importância econômica dos peixes está relacionada a uma matriz de ordem simbólica que transcende a finalidade de alimentação, fazendo da pesca uma prática ritual de trocas entre homens e espíritos. Para os Enawene-Nawe, durante um ciclo anual os espíritos *yakairiti* e *enore-nawe* desenvolvem as atividades de pesca através deles. Entretanto, a pesca entre os Enawene-Nawe pode ter caráter ritual ou não.

As pescas não rituais são relacionadas às atividades dos grupos familiares e domésticos e têm por objetivo as refeições cotidianas. Já as pescas rituais são relacionadas aos grupos cerimoniais e seu produto é destinado aos rituais *yãkwa*, *lerohi* e *salumã* que se realizam no decorrer do ano, dependendo da sazonalidade dos movimentos migratórios das variedades das espécies de peixe consumidos e das variações no ciclo hidrológico da bacia do rio Juruena:

As atividades tradicionais de pesca desenvolvem-se basicamente nas lagoas e nos rios da região onde se localiza a Área Indígena Enawene-Nawe; entretanto, nem sempre

no domínio do território demarcado, como nos casos do rio Wadanawina localizado na Área Indígena Nambikwara e da lagoa Hone, localizada fora de território indígena.

O manejo das lagoas e rios é fundamentado num conhecimento ancestral da relação entre os personagens míticos Dokui, seu pai Dataware e o irmão de seu pai Ayarioko e o conhecimento empírico desenvolvido através da exploração do seu território (Costa Jr., 1995).

"No início dos tempos, Dokui pescava com uma rede mágica.
O irmão de seu pai estragou a rede e falou:
- Dokui, lá no porto tem peixe, vá pegar !
- Leve as flechas, não vá sem elas !
Dokui flechou um peixe que , ferido, saiu nadando.
Dokui mergulhou atrás do peixe.
Ele nadou, nadou, mas não conseguiu alcançá-lo.
Veio o peixe-agulha e falou: O que você está fazendo aqui ?
E foi logo furando Dokui no peito. Ele caiu e morreu.
Vieram outros peixes e comeram Dokui.
O pitu chegou depois e ficou lambendo os ossos."

(Ataina – CTI/OPAN, 1995)

As técnicas e os instrumentos de pesca são relacionadas às partes do corpo do personagem mítico Dokui, que se transforma em vários tipos de venenos vegetais e armadilhas (Costa Jr, 1995).

PARTES DO CORPO	NOME INDÍGENA
Olhos	*Dalala* (veneno vegetal - fruto)
Testículos	*Halula* (veneno vegetal - fruto)
Vasos Sanguíneos	*Lululaihi* (veneno vegetal - cipó)
Carne do Corpo	*Xaihi* (veneno vegetal - cipó)
Veias	*Aikyuna* (veneno vegetal - cipó)
Unhas	*Wahu* (veneno vegetal)
Pele	*Ketaiti* (veneno vegetal)

Pele	*Lotahitanece* (veneno vegetal)
Pele	*Tairi* (veneno vegetal - mogno)
Pele	*Kasewakatatá* (veneno vegetal)
Nuca	*Aikyuna* (lodo das lagoas)
Tórax/Abdomem	*Mata* (armadilha)
Cílios	*Mataxi* (armadilha)
Ânus	*Kinore* (armadilha)
Brinco de Tucum	Furo do Anzol
Contorno das Orelhas	Corpo do Anzol

Nos rituais *lerohi* e *salumã* é enfatizada a pesca com *aikyuna*, em detrimento do uso de anzóis. Entretanto, como a pesca ritual do salumã pode ocorrer no mesmo momento dos acampamentos de coleta de mel referente ao ritual kateoku, que se realiza de 2/2 anos no início das enchentes, pode ser dada ênfase à pesca com anzol de espera e linhadas, assim como, às construções de pequenas barragens em cursos de água de pequeno porte.

O universo da pesca é do domínio masculino e a organização do grupo baseia-se nas relações de parentesco de afinidade e consanguinidade, dependendo se o caráter for ritual ou não. Entretanto, quando os homens estão ausentes da aldeia devido às pescas rituais, as mulheres pescam para alimentação nos igarapés nas proximidades da aldeia com o uso de *mataxi* no período de enchentes e com *aikyuna* nas pequenas lagoas marginais do rio Iquê durante a seca (Costa Jr., 1995).

Os Enawene-Nawe consideram que no dique marginal que separa a lagoa do rio Juruena residem os espíritos, numa parte colonizada por buritis. Neste local, concentrava-se um grande esforço da pesca ritual salumã. A pesca na lagoa Hone foi abandonada em função da redução da quantidade de peixes devido à pesca por ribeirinhos e pescadores desportivos, apesar da sua importância econômica e simbólica.

A pesca nas barragens é atividade do ritual yãkwa. Essa pesca é a de maior potencial econômico, requer mais tempo que os demais tipos e envolve atividades de engenharia na construção das barragens *waiti* e introdução das armadilhas de pesca *mata.* Estas armadilhas significam representações dos espíritos que capturam os peixes,

com as quais os Enawene-Nawe dialogam e se alegram nos acampamentos que podem durar até 60 dias (Costa Jr., 1995).

O momento de saída para os acampamentos de pesca é determinado por alguns indicadores relacionados aos ciclos da natureza, como:

- *Ohã* - florescimento desta gramínea indica a descida dos cardumes
- *Owe* - árvore cuja florescência indica o momento de saída para as barragens e frutificação indica o término das chuvas.
- Aumento da temperatura ambiente - indica o amadurecimento dos frutos e saída de vários cardumes onívoros, como o matrinchã, o pacu, o piau e outros.
- Estrela kokwi - o seu aparecimento no céu indica o término das chuvas.

Nas barragens se estabelece a relação entre homens, espíritos e peixes extrapolando o sentido de um instrumento de pesca que garante a subsistência do grupo. Ainda na aldeia os grupos cerimoniais percorrem a área para coletar a casca de uma árvore denominada *'mata"* que servirá para confeccionar as armadilhas com o mesmo nome.

> *"No final das chuvas, Dataware olhou a planta Ohã e viu que a flor apontava, indicando o final da piracema.*
> *Dataware pensou: agora vou pegar os peixes !*
> *Transformou-se em matrinchã e foi em direção às cabeceiras dos rios.*
> *Dataware encontrou os peixes e disse:*
> *- Venham, lá em baixo tem muitas frutas !*
> *O pacuzinho sabido ficou desconfiado e falou:*
> *- Vou ficar aqui mesmo comendo folhas.*
> *- Venham, venham ! Chamava Dataware.*
> *Os peixes nadaram atrás de Dataware.*
> *Ele os atraía para perto da barragem.*
> *Os peixes iam caindo nas armadilhas.*
> *Quando Dataware viu que elas já estavam cheias,*
> *saltou para fora da água e voltou a ser gente."*
> *"- Venham, dizia Dataware para os Enawenê-Nawê.*

- Tirem as armadilhas, elas estão cheias de peixe.

(Ataina- CTI/OPAN, 1995)

As barragens de caráter ritual são construídas pelos *yãkwa*, que representam os espíritos *yakairiti*, nos rios Joaquim Rios *"Tinuliwna"*, Mutum *"Muxikiawina"*, Arimena *"Olowina"* e Nambikwara *"Huyakawiná"*.

Após 2 meses de pescaria os integrantes do grupo cerimonial yãkwa retornam à aldeia, descarregam as canoas, arrumam os peixes na beira do rio e em cestos para transporte, pintam o corpo e preparam os enfeites dos peixes para oferecimento aos Harikare.

. *" Escute festeira eu já voltei.*
Fui para a barragem de pesca e voltei.
Estou com vergonha porque trouxe pouco peixe.
Agora vou beber e vou chupar o sal
Escuta festeira eu já voltei
Abri um caminho até o outro rio e a flauta foi comigo.
Olha festeira eu me pintei de jenipapo
O jenipapo já secou no meu corpo"

(Música Ritual - CTI/OPAN, 1995)

As pescas não rituais têm caráter secundário e ocorrem na vizinhança da aldeia e regiões adjacentes próximas às roças de milho, envolvendo um número menor de pessoas dependendo da técnica utilizada (Costa Jr., 1995).

Como o calendário econômico de pesca está relacionado a um calendário ritual decorrente de um sistema simbólico e de adaptação ao meio, as mudanças ecológicas que vêm ocorrendo na região e que ainda possam ocorrer, poderão afetar o modo de vida dos Enawene-Nawe, devido às variações no ciclo hidrológico e na sazonalidade dos movimentos migratórios das espécies de peixes que se reproduzem na Bacia do Juruena.

Assim como a pesca, o plantio e a coleta de alimentos têm um importante papel na organização social do grupo.

"Às 11h a mandioca que é arrancada da roça do YAUKUA é benzida pelos rezadores, por ser a primeira mandioca arrancada. Cada família arrancou mandioca para si. As mulheres de uma casa ajudam as mulheres de outra casa para ralar e raspar mandioca, pois é o YAUKUA"

(Cãnas, 1984:424)

A análise das técnicas de cultivo e coleta foram realizadas por Santos (1995), constatando que os principais alimentos cultivados na cultura Enawene-Nawe são o milho e a mandioca em roças familiares e coletivas, além de outros cultivos menores de amendoim, urucu, feijões e tubérculos. Há ainda uma atividade de coleta significativa de mel, insetos e alguns vegetais e frutos silvestres que garantem a autonomia da alimentação básica do grupo no ambiente de cerrado e floresta, através de um conhecimento ancestral do seu manejo.

As roças familiares objetivam o suprimento familiar e/ou doméstico e fornecem os produtos agrícolas nos meses em que se realizam os rituais salumã e kateoko. As roças familiares de mandioca localizam-se num raio de 3 km da aldeia, geralmente, são avizinhadas por roças de parentes consangüíneos - irmãos ou pai. O cultivo do milho nas roças familiares é caracterizado por relações de parentesco de afinidade. Os sogro e genro selam socialmente relações de trabalho e produção em conjunto.

Já o cultivo da mandioca e do milho nas roças coletivas se dá num calendário que garante a realização dos rituais *yãkwa* e *lerohi*, onde se estabelecem a relação entre os alimentos consumidos, a cosmologia do grupo e os ciclos ecológicos da região.

A roça coletiva de mandioca ou do yãkwa, localiza-se a alguns metros da aldeia, que corresponde à direção da porta da casa das flautas, passando entre as casas dos dois patronos principais - *Kawairi* e *Ataina*, no trajeto diário do sol. O sol nasce na direção da roça do yãkwa, entre as casas 1 e 10, que fecham o círculo da aldeia, se pondo atrás da casa das flautas. Os nove clãs formadores da sociedade Enawene-Nawe se organizam em cinco grupos cerimoniais revezando-se a cada dois anos para o cultivo dessas roças (Santos, 1995).

O cultivo da mandioca é iniciado pelos yakairiti, coletivamente denominado lerohi e o plantio pelos *yãkwa*, que entregam à terra a mãe-mandioca *"kete-mamalo"*, no

mês de maio. No ritual do *lerohi*, são realizadas a roçada, a derrubada e a queimada, sendo abandonada a área até o ano seguinte, quando é novamente queimada e roçada para o plantio, agora pelos *yãkwa*.

As roças coletivas do milho também são voltadas para os rituais yãkwa e lerohi, entretanto, são feitas pelos *harikare* (festeiros - homens comuns). O cultivo do milho é realizado em regiões distantes da aldeia, de até 30 Km, em regiões com melhores condições de solo e próximas aos cursos d'água, onde constróem acampamentos de pequenas malocas para se fixarem durante o período desta atividade. A escolha do terreno é feita pelos *harikare* e a derrubada e roçada é iniciada, nos meses de julho e agosto, quando quase toda a população migra para a região para a colheita dos plantios anteriores e o início do cultivo das roças familiares-domésticas. Nessas roças são cultivados também os tubérculos e feijão fava em associação com o milho, que são os principais produtos coletados nessa ocasião.

Quando termina a derrubada, retornam à aldeia e voltam no mês seguinte para queimar a vegetação seca e realizar o plantio. A derrubada e o plantio da roça coletiva são feitos apenas pelo grupo cerimonial *harikare*. Depois de plantada, a roça não recebe mais nenhum cuidado, sendo visitada apenas para verificar o comprometimento por ataque de animais.

As atividades de coleta são relacionadas às obrigações definidas pelas relações de afinidade, tanto na coleta alimentar, como na destinada à fabricação de artesanato. Esta atividade ocorre durante todo o ano, entretanto, é no período chuvoso nos meses de setembro a março há maior disponibilidade de produtos de coleta na alimentação.

Os produtos consumidos pelos Enawene-Nawe são, em sua maioria, obtidos através de matérias primas encontradas em seu território. O trabalho artesanal consiste na produção de cerâmicas, armas, cestarias e tecelagens. Estes produtos fazem parte de um sistema de troca, através do qual obtêm produtos manufaturados utilizados nas atividades de subsistência, como: machados, foices e facões nas atividades de plantio e coleta, panelas de alumínio usadas para pegar água e coletar mel, anzóis utilizados nas pescarias de lazer. Alguns possuem tesoura e isqueiro, e as mulheres e crianças geralmente têm pequenas facas de cozinha. Na ocasião do contato, estes objetos eram obtidos através de saques às fazendas instaladas próximo ao seu território e a outras

etnias. Os artesanatos trocados são produtos controlados pelo setor de economia indigenista - OPAN, através de um fundo rotativo. Ainda não têm relações monetárias e mantêm a produção artesanal relacionada ao seu sistema simbólico próprio.

No México, os estudos realizados entre grupos indígenas e camponeses demonstram cada vez mais que o conjunto de conhecimentos de caráter empírico sobre o ecossistema e seus elementos (solo, clima, planta e animais) a partir do qual o produtor utiliza tecnologias e estratégias de produção, superam os sistemas taxonômicos modernos (Toledo,1985). Essas considerações são importantes na determinação da busca de alternativas à autonomia das populações indígenas, diante das pressões exercidas pelo desenvolvimento econômico nas regiões próximas aos seus territórios.

É importante considerar que, se por um lado, as inovações tecnológicas implicam em menor dependência do ecossistema, por outro lado, tornam-se dependentes do sistema econômico externo (Kroeger & Barbira, 1987). Os sub-produtos das melhorias tecnológica na utilização dos recursos naturais, podem ainda ser maléficos ao processo saúde-doença da população (Salzano, 1992).

I*V - A Situação de Saúde dos Enawene-Nawe*

4.1 - Perfil Populacional

Os fatores populacionais são o resultado histórico da interação entre o ambiente e a sociedade organizada, permitindo o cálculo de coeficientes padronizados relativos à

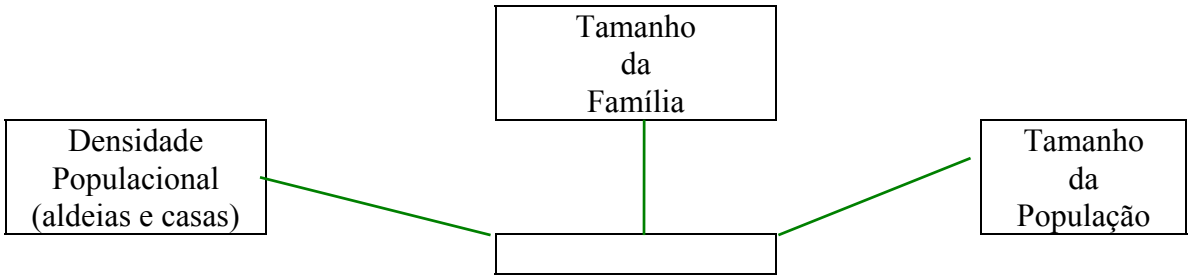
composição da população e à ocorrência de doenças e óbitos, principalmente as variáveis sexo e idade têm concentrado maior atenção dos epidemiologistas (Rouquayrol, 1994).

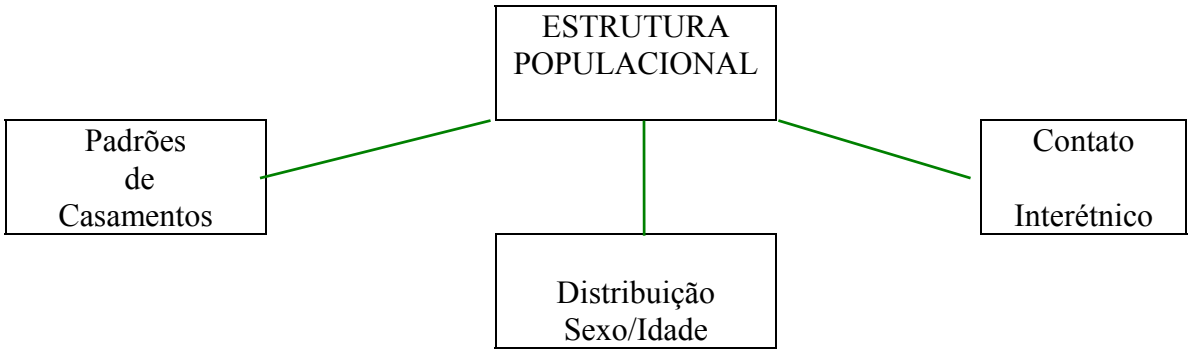
Os fatores que podem ser relacionados à estrutura populacional e os processos saúde-doença em populações indígenas foram referidos por Salzano (1992). O tamanho da população, a densidade populacional e a intensidade de intercâmbio com os grupos vizinhos podem influenciar a prevalência de doenças tanto infecciosas quanto não infecciosas. Os padrões de casamento serão importantes no aparecimento de condições genéticas. A distribuição de idade determina a frequência de doenças crônicas e degenerativas, enquanto os desequilíbrios na razão sexo podem influenciar pela promiscuidade e a propagação de doenças venéreas nas populações indígenas em contato intenso com a sociedade envolvente (Figura 04).

A dinâmica demográfica dos povos indígenas em geral é de difícil reconhecimento, em decorrência do desconhecimento da sua organização social, espacial e sazonal (ISA, 1996). No Amazon Health Report - Indigenous Peoles of Brazil (Confalonieri & cols, 1994) foram evidenciadas as dificuldades na obtenção das informações sobre a população, como nascimentos, óbitos e tamanho populacional. No Estado de Mato Grosso, este fato deve-se ao considerável sub-registro de natalidade e mortalidade (Scatena, 1994), assim como a falta de análise dessas informações e censos populacionais.

As informações sobre os nascimentos e óbitos nos primeiros contatos demonstram uma ocorrência maior de óbitos que de nascimentos. Entretanto, isto pode ser devido a sub-registros e falta de sistematização das informações (anexo 03). Também é importante notar que na ocasião dos primeiros contatos, os Enawene-Nawe encontravam-se numa situação de fuga do território tradicional devido a conflitos com grupos étnicos rivais.

Figura 04: Fatores relacionados à estrutura populacional e ao processo saúde-doença.





Fonte: Adaptado de Salzano (1992)

No caso dos Enawene-Nawe, somente a partir de 1979 encontramos informações sobre os nascimentos e óbitos, que dependiam da presença missionária no território, indígena ou de informações dos próprios índios sobre nascimentos e óbitos, na ausência do Ir. Vicente Cãnas ou de indigenistas da OPAN que apoiavam seu trabalho. Em diversas ocasiões esses nascimentos e óbitos ocorriam nos acampamentos distantes da aldeia onde desenvolvem atividades de subsistência. Na ocasião do contato, em 1974, a população dos Enawene-Nawe era de 97 pessoas (Lisboa, 1985), aumentando aproximadamente em 200% após o contato, em 1997 eram 287 pessoas. Nos últimos anos o crescimento vem sendo acelerado (Gráfico 01).

Entre os Enawene-Nawe o crescimento populacional parece ser desejado e esperado, pois eles se referem à existência de uma população maior do que a encontrada na ocasião em que o grupo foi contatado:

> *"LONECE-xamã falou que os ENAUENENAUE, quando chegam a ter uma população numerosa, desmembram-se fazendo mais um aldeamento. As visitas de uma a outra aldeia são realizadas por ocasião dos rituais, onde participam ambas as comunidades". (Cãnas,1984:478)*

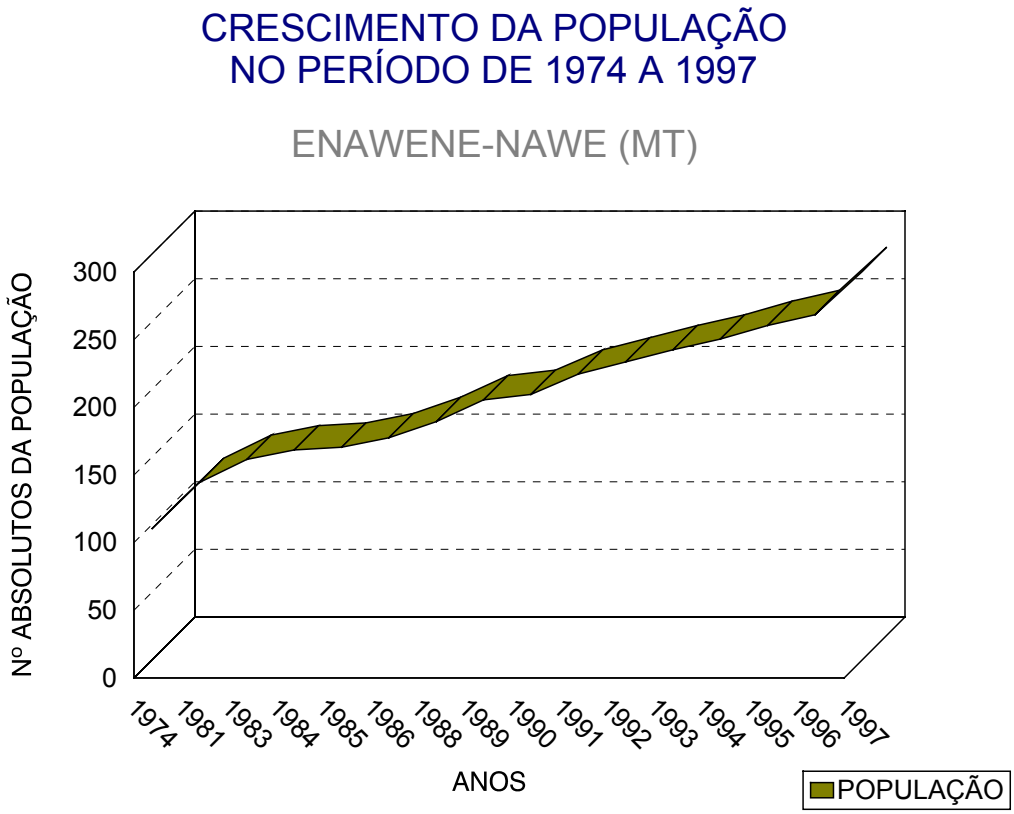


Gráfico 01

O primeiro censo demográfico da população Enawene-Nawe foi realizado em 1981 e outro em 1983, enquanto atuava na área o Ir. Vicente Cãnas com o apoio de indigenistas da OPAN; quando esta organização assumiu o Projeto Enawene-Nawe essas informações foram sistematizadas com maior frequência. A partir de 1988 com a coordenação do Projeto Enawene-Nawe pela OPAN houve um registro mais efetivo dessas informações, permitindo algumas considerações sobre a configuração populacional do grupo .

Observando-se as informações existentes sobre a distribuição percentual da população por faixa etária nos anos de 1981, 1983, 1989, 1990 (Tabela 02) nota-se que na faixa etária menor de um ano há uma diminuição percentual em 1989, provavelmente devido à diminuição de nascimentos. Isso explica-se pelo fato que nesse período houve mudança na coordenação do Projeto Enawene-Nawe devido ao assassinato do Ir. Vicente Cãnas. Este evento foi precedido de invasões do território tradicional dos Enawene-Nawe

e de ações violentas do grupo na sua defesa contra os invasores: em 1990 o aumento populacional é retomado com mais nascimentos.

As faixas etárias seguintes até os 24 anos mantiveram-se estáveis durante estes anos, com um concentração na faixa etária de 5-14 anos. Na faixa etária de 25-49 anos foi observado uma gradativa diminuição do percentual populacional e um aumento na faixa de 50 - 69 anos (Tabela 01). Entretanto, essas considerações devem ser relativizadas devido à imprecisão dos registros de dados demográficos na ocasião do contato, quando por falta de condições em obter maiores informações as idades foram estimadas (Lisboa, 1985).

Tabela 01: Distribuição percentual da população por faixa etária nos anos de 1981, 1983, 1989 e 1990.

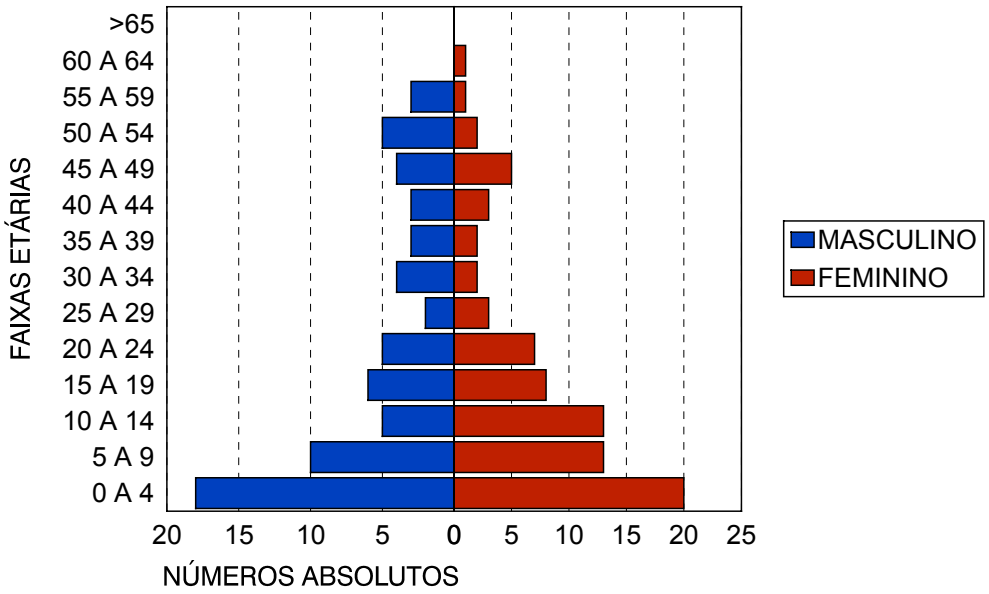
FAIXA ETÁRIA	1981	1983	1989	1990
	%	%	%	%
< 1 ano	6,8	9,4	3,6	9,4
1 – 4 anos	16,0	18,2	19,7	17,5
5 – 14 anos	30,5	29,0	32,8	29,8
15 – 24 anos	17,5	16,2	16,1	16,1
25 – 49 anos	24,4	20,2	17,1	17,0
50 – 69 anos	3,8	6,7	10,4	9,9
+ 70 anos	0,7	0,0	0,0	0,0
Total (%) no. Pessoas	131	148	192	195

Fonte: Censos populacionais do Projeto Enawene-Nawe - OPAN.

Nas pirâmides etárias de 1983 e de 1993 foram encontradas características de populações em crescimento, possuindo um grande número de pessoas com pouca idade (Gráfico 02). O afunilamento foi maior no período de 1993, que demonstra a aceleração deste crescimento nos últimos anos, com entradas expressivas nas gerações nascidas entre 1939 e 1958, correspondendo às informações dos próprios Enawene-Nawe sobre as mortes e ataques dos Cinta-Larga e Erikbatsa anteriores ao contato (Silva, 1993b).

PIRÂMIDE ETÁRIA EM 1983

ENAWENE-NAWE (MT)



PIRÂMIDE ETÁRIA EM 1993

ENAWENE-NAWE (MT)

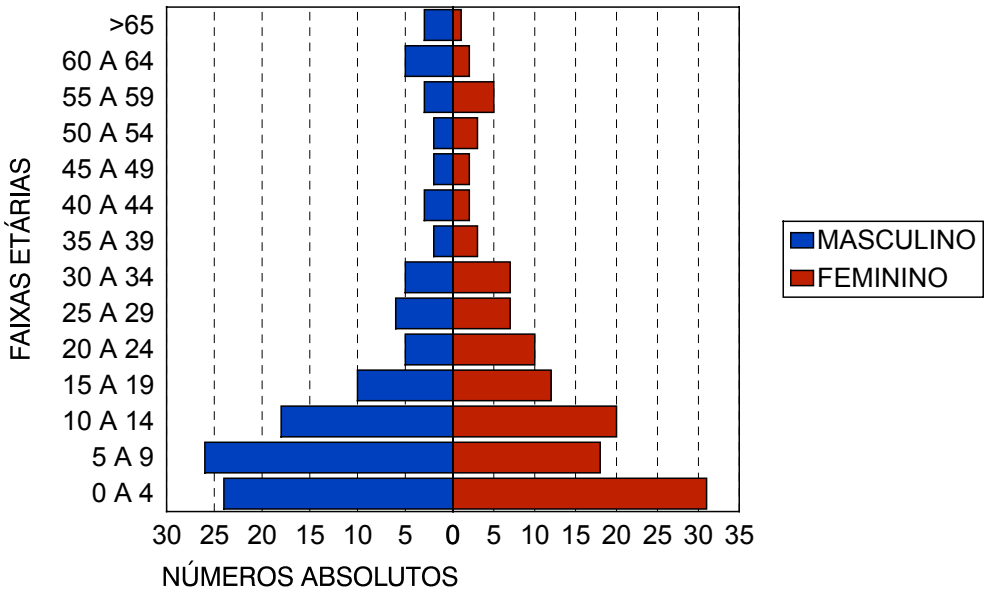


Gráfico 02

A retomada do crescimento populacional pode ser justificada pelas ações desenvolvidas pelas agências de contato, a diminuição das guerras e dos ataques interétnicos.

> *"Hoje falou-se de um ataque aos seringueiros que estavam acampados. O ataque ocorreu de noite, pois tinham várias lamparinas acesas. O ataque visava as ferramentas. Contaram também que perto da linha telegráfica no rio Juruena viram índios NAMBIKWARA e civilizados e que eram muitos. Isto deveria ser no tempo da Missão do Juruena. Também contaram que num dos ataques aos NAMBIKWARA, visando apanhar machados, abateram e puseram os NAMBIKWARA em fuga e fizeram um triste esforço, pois não encontraram nenhuma ferramenta".*
>
> *(Cãnas, 1983:333)*

Geralmente, as populações pequenas apresentam formas bizarras de pirâmides etárias e o problema de não termos com exatidão a idade dos mais velhos pode comprometer a exatidão analítica dos dados. Recentemente, vêm sendo implementados esforços no Projeto Enawene-Nawe visando a correção desses dados através das informações sobre as aldeias de nascimento e relações de parentesco que vêm favorecendo a adequação dos dados demográficos do grupo.

Na distribuição percentual da população por faixa etária e sexo em 1997 (Tabela 02 e Gráfico 03), foi encontrada um concentração de 35,5% na faixa etária de 5-14 anos, maior que nos anos anteriores (Tabela 01), devido à retomada do aumento dos nascimentos nos últimos anos e consequente aceleração do crescimento populacional. Um dado importante a ser considerado é o ressurgimento de indivíduos na faixa etária maior de 70 anos, esse fato pode vir a indicar um aumento na esperança de vida do grupo.

Tabela 02: Distribuição percentual da população por faixa etária e sexo em 1997.

FAIXA ETÁRIA	S E X O				T O T A L	
	MASCULINO		FEMININO			
	No.	%	No.	%	No.	%
< 1 ano	12	4,2	10	3,5	22	7,7
1 - 4 anos	22	7,7	23	8,0	45	15,7
5 - 14 anos	51	17,7	51	17,7	102	35,5
15 - 24 anos	22	7,7	27	9,4	49	17,1
25 - 49 anos	21	7,4	26	9,0	47	16,4
50 - 69 anos	10	3,4	11	3,8	21	7,3
+ 70 anos	01	0,3	0	0	1	0,3
TOTAL	139	48,4	148	51,6	287	100

Fonte: Dados censitários da população em 1997.

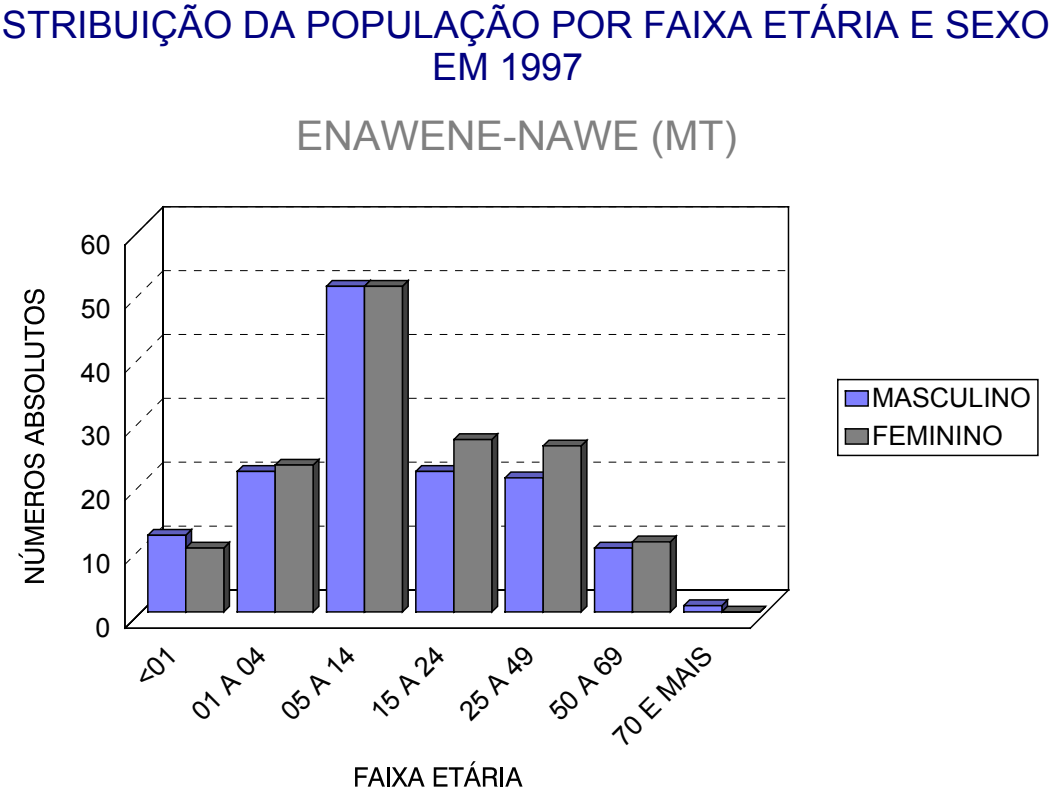


Gráfico 03

Nas análises sobre o crescimento populacional dos Xavantes, Flowers (1994) considera suas vantagens e desvantagens, uma vez que, embora assegure a sobrevivência física não garante a continuidade cultural. É necessário observar os riscos da pressão sobre os recursos naturais e o dispêndio maior dos adultos quando metade da população são crianças menores de 5 anos, situações que podem estimular o envolvimento das populações indígenas na economia de mercado regional e o enfraquecimento das tradições e conflitos internos.

Na distribuição da população por faixa etária e sexo, segundo recomendação da WHO (1995) 48,4% são do sexo masculino e 51,5% do sexo feminino. Na distribuição por faixa etária foi encontrado 29,6% de crianças menores de 6 anos e de adultos entre 18 e 60 anos. Entretanto, há predomínio de homens na faixa etária menor que 6 anos e de mulheres na faixa etária entre 18 e 60 anos (Tabela 03 e gráfico 04)).

Tabela 03: Distribuição percentual da população por faixa etária, segundo recomendação da OMS e sexo em 1997

IDADE (anos)	**MASCULINO**		**FEMININO**		**TOTAL**	
	No.	%	No.	%	No.	%
< 6 (crianças)	44	15,3	40	13,9	84	29,6
6 - 10 (crianças)	16	5,5	20	6,9	36	12,5
10 - 18 (adolescentes)	34	11,8	34	11,8	68	23,6
18 - 60 (adultos)	37	12,8	49	16,7	86	29,9
> 60 (idosos)	08	2,7	05	1,7	13	4,5
Total	139	48,4	148	51,5	287	99,9

Fonte: Levantamento de dados em julho de 1997

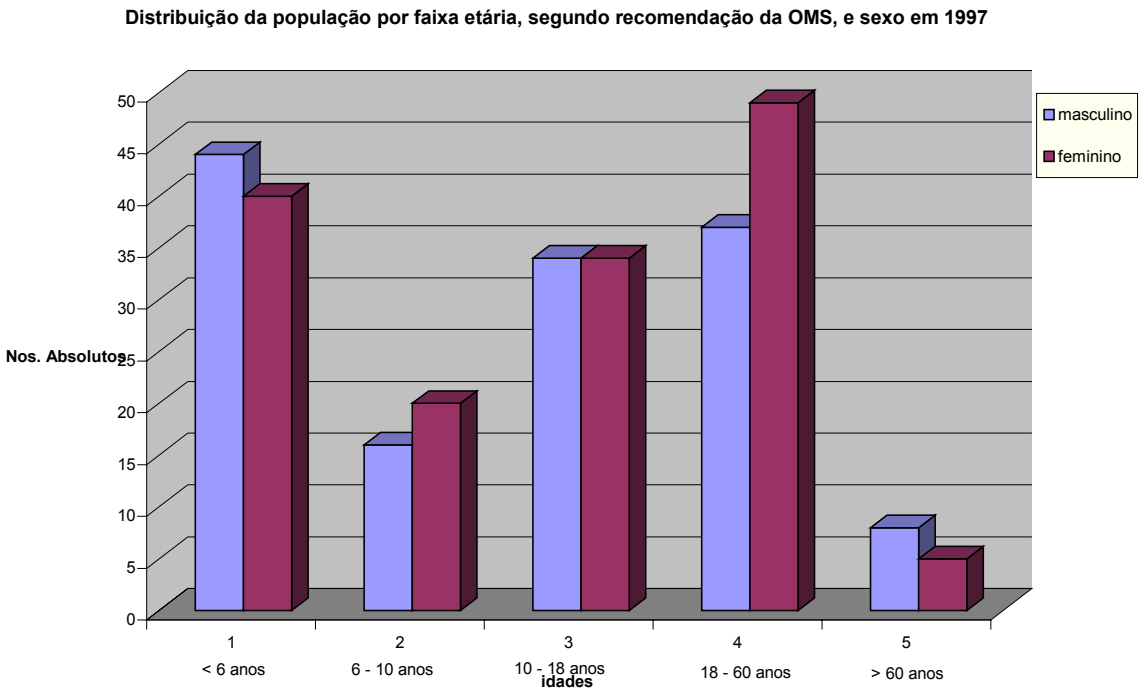


Gráfico 04

A apresentação desses dados procura demonstrar a composição da população Enawene-Nawe aproximada aos fatores demográficos associados à produção de doenças num determinado espaço, considerando que "*o surgimento das doenças está associado a uma estrutura sócio-econômica propícia e intermediada por uma conjuntura de fatores ecológicos e sociais (Rouquayrol, 1994:105)"*. Entretanto, esta distribuição das faixas etárias é pouco representativa da dinâmica social do grupo, pois separa importantes fases da vida do mesmo. A configuração da estrutura populacional está relacionada às dimensões cosmológicas que determinam sua organização social. Para a sua compreensão, é necessário considerar os fatores culturais que diferenciam as faixas etárias, como por exemplo as fases da vida.

Os Enawene-Nawe apresentam nas várias fases de vida, diferenças que podem ser observadas no vestuário, por exemplo. Estas fases são caracterizadas segundo critérios biológicos de nascimento, crescimento e desenvolvimento (anexo 10). Essas mudanças no vestuário são apenas a manifestação de direitos e obrigações sociais e outras, próprios a cada a fase, que um estudo antropológico aprofundado colocaria em evidência.

De maneira geral, podemos definir uma população infantil até aos 14 anos e uma população adulta a partir dos 14 anos, quando ocorrem os ritos de iniciação masculino e feminino. Nesta fase, os Enawene-Nawe estão assumindo atividades de subsistência e de reprodução sócio-biológica com efetivação dos casamentos e participação nos rituais.

> *"A filha de KAYOUEKUA que estava de reclusão devido à sua primeira menstruação, acaba de concluir o ritual (iniciação feminina) ". (Cãnas, 1982:276)*
>
> *"KUEYROCEENE põe o estojo peniano no rapaz que fica deitado e levanta de pé. Os demais homens pintam o rapaz de urucum e colocam os enfeites de YAUKUA. Durante a pintura e colocação dos enfeites, ATAYNA-sacerdote e YANAYLYLY, dão gritos alternadamente e fazem pausa (iniciação masculina)".*
>
> *(Cãnas, 1983:374)*

Tabela 04: Distribuição percentual da população Enawene-Nawe por faixa etária e sexo segundo as fases da vida do grupo em 1997

	Masculino		Feminino		TOTAL		
IDADE	No.	%	No.	%	No.	%	FASES DA VIDA
até 2 meses	0	-	4	1,6	4	1,6	wesekoitakori
2 - 6 meses	5	2,0	2	0,8	7	2,8	enawehorairi/lo
7 - 9 meses	7	2,8	2	0,8	9	3,6	anolokwari/lo
11 - 12 meses	1	0,4	1	0,4	2	0,8	atetwarese/lose
1 - 3 anos	2	0,8	4	1,6	6	2,4	atunaharese/lo
3 - 6 anos	16	6,4	16	6,4	32	12,8	diñoarese/lose
7 - 11 anos	27	10,9	30	12,1	57	23,0	enawarestese/lotese
12 - 13 anos	6	2,4	6	2,4	12	4,8	awitaretese/ makanatonerose
14 - 49 anos	43	17,4	53	21,4	96	38,8	awitariti/loti (14 anos) enetonasairi/lo (1º. filho) kulakarinasari/lo (4º. filho) kulakalari/lo (5º. ou 6º. filho)
+ 50 anos	11	4,4	11	4,4	22	8,8	ihitariti/loti (idosos)
Total	118	47,7	129	52,2	247	100	-

Fonte: Levantamento de dados realizado no inquérito epidemiológico realizado em julho de 1997 (Fases da vida segundo Sá, 1997)

Na distribuição percentual da população segundo as fases da vida encontramos uma concentração aproximada de 52 % na população infantil, considerando-se os recém-nascidos até aos 14 anos, quando entre os Enawene-Nawe os meninos *(awitariti)* e as meninas *(awitaritiloti)* através das iniciações masculina e feminina assumem a vida

adulta. Nas fases etárias reprodutivas agrupadas na faixa etária de 14 - 49 anos encontramos um percentual de 38,8% da população e na última fase, correspondente aos idosos ou idades acima de 50 anos encontamos 8,8% da população (Tabela 04 e gráfico 05). As faixas etárias foram estimadas até a iniciação masculina e feminina, após os 14 anos, geralmente, ocorre o nascimento do 1º. filho, daí para frente as fases da vida caracterizam-se pelo números de filhos até o envelhecimento (Sá, 1996).

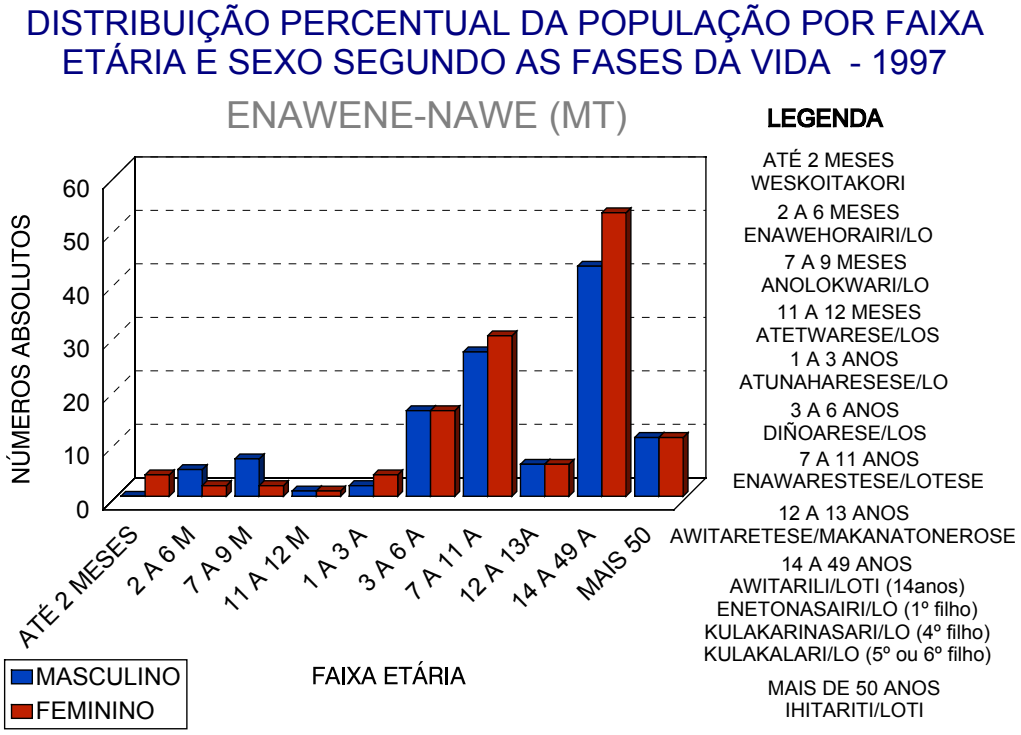


Gráfico 05

Ainda numa perspectiva sócio-cultural da diferenciação étnica a população Enawene-Nawe distribui-se em 10 casas comunais, onde são encontrados o grupo residencial, o grupo doméstico e o grupo familiar definidos através de critérios de consanguinidade e afinidade (Silva, 1993b).

Em termos de distribuição percentual da população nas casas comunais, observamos que a casa 01 destaca-se em 1995 e 1997 quanto ao maior número de famílias e pessoas, com uma faixa de 14 a 17 % da população total. Somente neste dois

anos aumentou em 14 pessoas . As casas 07 e 10, em 1995 também tinham cerca de 14 % da população, mas em 1997 foram reduzidas para 9,5 % e 11,2 %, respectivamente. Em 1997 as casas tinham uma faixa de 20 a 32 pessoas, exceto a casa 01 com 50 pessoas. As demais casas comunais apresentam uma variação da distribuição da população em torno de aproximadamente 6 a 10% (Tabela 05).

É interessante notar que o número de famílias nas casas comunais manteve-se relativamente estável nos últimos dois anos, ocorrendo uma reorganização entre o número de pessoas neste período, tendendo a um equilíbrio entre a densidade populacional destes domicílios (Gráfico 06).

Tabela 05: Comparação da distribuição percentual da população por casas comunais e número de famílias, em 1995 e 1997.

CASA	No. DE FAMÍLIAS				No. DE PESSOAS			
	1995		1997		1995		1997	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
01	08	15,7	10	17,5	36	14,4	50	17,6
02	05	9,8	04	7,0	24	9,6	28	9,8
03	05	9,8	07	12,2	27	10,8	30	10,5
04	03	5,9	05	8,8	19	7,6	20	7,0
05	05	9,8	04	7,0	17	6,8	20	7,0
06	04	7,8	05	8,8	20	8,0	26	9,1
07	06	11,7	05	8,8	37	14,8	27	9,5
08	04	7,8	06	10,5	16	6,4	27	9,5
09	05	9,8	05	8,8	18	7,2	24	8,4
10	06	11,8	06	10,5	36	14,4	32	11,2
TOTAL	51	99,9	57	99,9	250	100	284	99,6

Fonte: Censos da população Enawene-Nawe 1995 e 1997

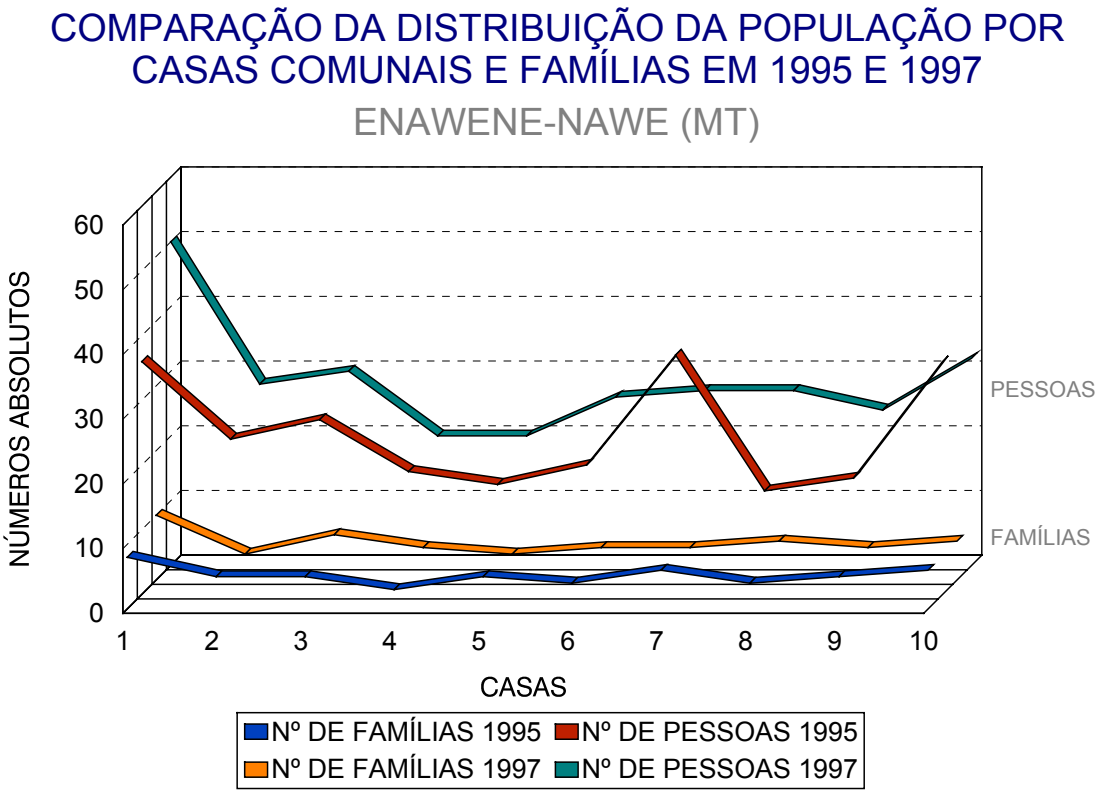


Gráfico 06

É importante ressaltar que na casa 01 mora um reconhecido líder do grupo e que para melhor compreensão da dinâmica do seu perfil populacional, dada a sua diferenciação sócio-cultural, se fazem necessários maiores conhecimentos sobre sua situação no sistema de parentesco e sistema simbólico, que vêm sendo aprofundados através de análises antropológicas (Silva, 1996 e1997).

A dinâmica de ocupação desses domicílios é importante para o estabelecimento e evolução dos processos saúde-doença em massa, como por exemplo os surtos epidêmicos de febre, malária e gripe que acometem o grupo. Essas informações são importantes para a determinação dos processos saúde-doença do grupo em seus níveis particular e geral (Castelhanos, 1987).

4.2 - Dados sobre Mortalidade

Na perspectiva do sistema simbólico dos Enawene-Nawe a mortalidade está sob o domínio dos *Yakairiti* (Silva, 1995), porém não temos maiores informações sobre as representações do processo de adoecer e morrer para o grupo.

> *"Quando os Enawene-Nawe não cumprem os ensinamentos dos espíritos Yakairiti, estes tornam-se uma ameaça à vida da aldeia.*
> *Há tempos atrás morreu meu cunhado, meu irmão mais novo, minha sobrinha, morreu muita gente!*
> *Foi o espírito Yakairiti que matou.*
> *O Yakairiti joga um pedaço de flauta e a pessoa morre.*
>
> *(CTI/OPAN, 1996)*

A partir dos dados obtidos nos registros de óbitos no período de 1977 a 1997, foi possível demonstrar a distribuição dos óbitos por faixa etária e as principais síndromes associadas aos óbitos neste período. Para efeito de discussão, apresentamos a frequência anual dos óbitos no período de 1988-1997 e os respectivos coeficientes de mortalidade geral, uma vez que neste período os dados populacionais apresentam maior consistência.

Na análise dos coeficientes de mortalidade geral (CMG) no período de 1988 a 1997 entre os Enawene-Nawe houve um aumento nos anos de 1990 (20,5); de 1993 (30,9) e de 1995 (20,4) devido a surtos epidêmicos de gripe em 1990 e 1993, sendo que em 1993 ainda houve 3 surtos de malária; em 1995 houve um surto de febre com dores abdominais. Esses dados devem ser relativizados pois a ocorrência de um óbito a mais implica num exagerado aumento desses coeficientes (Quadro 03) Em Cuiabá, capital de Mato Grosso, o coeficiente de mortalidade geral em 1987 foi de 6,5/1.000 para uma população de 318.561 com 2.063 óbitos, segundo o CENEPI/FNS.

Esses resultados demonstram a impossibilidade de estabelecer comparações dos CMG entre as populações indígenas e as populações urbanas. Já a distribuição da frequência dos óbitos, permite uma observação genérica das tendências temporais da mortalidade. Gage (1985) propõe ainda, para estudos demográgicos em pequenas populações uma estimativa da mortalidade a partir de censos demográficos realizados em

intervalos de 5 a 15 anos, permitindo uma acumulação dos eventos vitais entre os censos, para populações com menos de 1000 habitantes.

Quadro 03: Frequência dos óbitos e Coeficientes de mortalidade geral na população Enawene-Nawe no período de 1988 - 1997

ANOS	POPULAÇÃO	ÓBITOS		CMG
		No.	%	
1988	176	01	0,56	5,68
1989	192	02	1,04	10,4
1990	195	04	2,05	20,5
1991	211	03	1,42	14,2
1992	215	03	1,39	13,9
1993	226	07	3,09	30,9
1994	238	04	1,68	16,8
1995	247	05	2,04	20,4
1996	255	02	0,78	7,8
1997	284	02	0,7	6,9

Fonte: Levantamento de dados dos relatórios anuais e anotações dos indigenistas da OPAN.

Na distribuição dos óbitos por faixas etárias nos últimos 20 anos de contato (Quadro 04 e gráfico 07) encontramos 44,2% dos óbitos na faixa de menor de um ano, caracterizada como mortalidade infantil. Como indicador de saúde da população, a mortalidade infantil reflete as condições de vida, dado que a criança é extremamente sensível às condições ambientais. No caso dos Enawene-Nawe é importante notar que quatro dos óbitos em recém-nascidos neste período ocorreram com filhos de uma mesma mãe (OPAN, 1995) e que de 27 óbitos nesta faixa etária, 10 tiveram o sexo ignorado, indicando a possibilidade de sub-registros. Na faixa etária maior de 14 anos e adultos a mortalidade também apresentou-se alta (22,9%), é importante ressaltar que, geralmente, em torno dos 14 anos assumem as atividades da vida adulta.

Na distribuição da mortalidade por sexo entre os Enawene-Nawe nos últimos 20 anos de contato, verificamos que 44,2 % dos casos de óbitos foram do sexo masculino e 37,2% do sexo feminino e que em 18% do total de óbitos o registro sobre o sexo foi ignorado. Todos os óbitos de sexo ignorado foram de recém-nascidos, dificultando a análise da mortalidade por sexo nesta faixa etária. Na faixa etária entre 6 e 13 anos a

mortalidade é significativamente maior no sexo masculino, diferença pouco significativa na faixa etária de 14 a 50 anos e nula entre os mais de 50 anos (Quadro 04 e Gráfico 07).

Quadro 04: Distribuição dos óbitos ocorridos por faixas etárias e sexo, no período 1977-1997

FAIXA ETÁRIA	S E X O			T O T A L	
	M	F	Ignorado	No.	%
< de 1 ano	11	06	10	27	44,2
entre 1 e 5 anos	04	03	01	08	13,1
entre 6 e 13 anos	01	05	-	06	9,8
14 anos e adultos	08	06	-	14	22,9
mais de 50 anos	03	03	-	06	9,8
Total	27 44,2%	23 37,7%	11 18%	61	100

Fonte: Diários do Ir. Vicente Cãnas e relatórios dos indigenistas da OPAN.

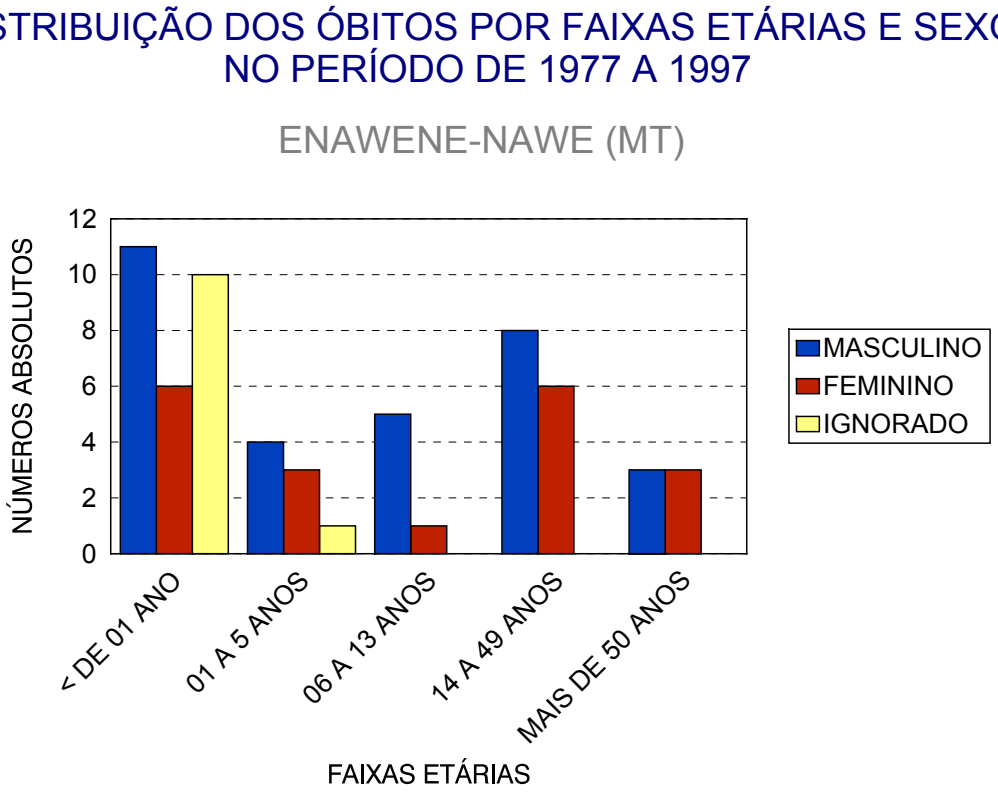


Gráfico 07

Entre os Enawene-Nawe encontramos como causas frequentes referidas aos óbitos em menores de 1 ano, seis casos de "paralisia intestinal", o que poderia ser um sinal de septicemia ou tétano neonatal; quatro casos de natimortos; e três casos de hemorragia umbilical em recém-nascidos, que se equiparam com os três casos de causa ignorada. A causa ignorada foi referida, principalmente, nos primeiros 10 anos de contato interétnico, em que não houve assistência médica especializada. Quanto ao óbito por lábio leporino e inanição em setembro de 1985, a criança poderia ter outra malformação congênita mais grave, pois é comum a associação de lesões nestes casos. Em 1990, ocorreu um óbito de recém-nascido por vômitos, que poderia ser um sinal de sepse ou uma malformação, como a estenose de piloro. É importante ressaltar que os óbitos ocorreram em sua maioria em recém-nascidos ou nos primeiros três meses de vida (Quadro 05).

A imprecisão diagnóstica dificulta a utilização das informações de mortalidade desta faixa etária na avaliação da situação de saúde do grupo. São necessários registros mais específicos de óbitos, assim como maior atenção ao grupo materno-infantil quanto ao acompanhamento do estado de saúde da mãe e vacinação anti-tetânica, uma vez que os casos de morte neonatal, apresentavam um quadro sugestivo de sepsis (Boneto, Vilela & Sá, 1993).

Quanto aos cuidados com o recém-nascido, embora as informações demonstrem ser um grupo de risco, torna-se difícil uma intervenção devido aos cuidados próprios do grupo em relação a esta fase da vida. Quando é o primeiro filho, os cuidados são mais rigorosos, a mãe e o recém-nascido só saem da sua repartição um mês após o nascimento para circular livremente pela casa com a benção do xamã. Estas práticas culturais sugerem cautela na atenção materno-infantil.

Quadro 05: Ocorrência de óbitos em crianças menores de 1 ano, no período 1977-97.

ANO	MÊS	IDADE	SEXO	CAUSA REFERIDA
1980	janeiro	RN	M	"Febre"
	junho	3 meses	F	Ignorada
1981	janeiro	0	-	Natimorto
1982	fevereiro	0	-	Natimorto
1985	abril	RN	-	Hemorragia umbilical
	agosto	40 dias	M	Ignorada
	setembro	2 meses	M	Lábio leporino, inanição
1986	janeiro	7 dias	M	Ignorada
1987	março	RN	-	Hemorragia umbilical
1989	-	RN	-	Hemorragia umbilical
1990	-	-	F	"Paralisia intestinal"
	-	10 dias	F	"Paralisia intestinal"
	maio	35 dias	M	Pneumonia
	novembro	-	M	Vômitos
1991	fevereiro	RN	F	Infanticídio
	fevereiro	RN	M	"Paralisia intestinal"
	agosto	RN	M	"Paralisia intestinal"
1992	janeiro	-	F	Malária falciparum
	maio	RN	F	"Paralisia intestinal", distensão abdominal, retenção urinária e febre
1993	fevereiro	RN	F	"paralisia intestinal"
	julho	RN	F	hemorragia umbilical
1994	fevereiro	43 dias	-	"paralisia intestinal"
	março	-	-	"paralisia intestinal"
	março	0	-	natimorto (parto pélvico)
	agosto	0	-	infanticídio
1996	-	15 dias	-	"paralisia intestinal"
	-	25 dias	F	edema generalizado

Fonte: Diários de campo do Ir. Vicente Cãnas e relatórios dos indigenistas da OPAN

> *"Pelas 10 h ORYTAKA, esposa de YANAYLYLY dá a luz a uma menina. O pai que estava participando do ritual imediatamente pára e guarda dieta.Pelo meio dia KAWALY que é benzedor, benze a raiz (MEKARE) e mexendo, provoca espuma e dá para a criança tomar banho. A mãe aos poucos vai passando pelo corpo do recém nascido. (Cãnas, 1983:324)*

Alguma experiência poderia ser desenvolvida, alertando as mulheres para essas constatações, embora exista como opinião corrente entre vários grupos indígenas que uma estimativa de sobrevivência de 7 crianças entre 10 nascimentos seja satisfatória.

Outro fator importante a ser considerado é o infanticídio como prática da cultura indígena que depende de investigação antropológica para seus determinantes, aparentemente não ocorre com frequência, foi referido apenas um caso entre os Enawene-Nawe no ano de 1991 e outro em 1994.

Na faixa etária entre 1 e 13 anos verificamos que nos relatos sobre as causas dos óbitos, a imprecisão é ainda maior, concentrando-se nas causas desconhecidas (Quadro 06). Nota-se que nesta faixa etária, também há o acometimento de febres, dores articulares, musculares e abdominais, como as que ocorrem entre os adultos, o que é compatível com o quadro clínico de arboviroses, levando ao óbito. Em 1997, um caso com esplenomegalia e desnutrição, e história clínica de leishmaniose e malária, com várias remoções para tratamento fora da aldeia desde 1993.

Quadro 06: Ocorrência de óbitos em crianças entre 1 e 13 anos, no período de 1977-1997

ANO	MÊS	IDADE	SEXO	CAUSA REFERIDA
1980	outubro	7	F	Ignorada *
	outubro	3	M	Ignorada *
1981	novembro	-	M	Reumatismo forte, febre, emagrecimento
1982	março	12	M	Febre
1985	setembro	2	M	Doença crônica
1986	dezembro	6	M	Desaparecido
1989	setembro	10	M	Dores articulares e vômitos (2 dias)
1990	junho	2	F	Dor abdominal e morte súbita
	novembro	4	F	Morte súbita
1993	julho	4	M	Malária falciparum
1995	julho	13	M	Dor abdominal e febre
	-	1	F	"paralisia intestinal
	julho	5	M	Dores abdominais e febre
	-	3	F	Afogamento
1997	-	10	M	Dores abdominais, diarréia e vômitos com sangue, corpo roxo ("morte social")

Fonte: Diários de Vicente Cãnas e relatórios de indigenistas da OPAN

* ocorridas no acampamento de milho

Apresentamos os dados de mortalidade dos maiores de 14 anos junto com os adultos, porque a partir dos 12 e 13 anos, entre os Enawene-Nawe (*awitaretese/lotese)* há um aumento significativo nas responsabilidade com o grupo, além de acompanharem os pais em suas atividades de subsistência como nas roças e pescarias. Depois dos 14 anos

(awirariti/loti) são iniciados através dos rituais específicos para os meninos e as meninas, assumindo a vida adulta.

Entre os maiores de 14 anos, adultos e idosos a principal causa referida aos óbitos é a gripe até 1986. Em 1979, foi a causa de 4 óbitos durante um surto epidêmico, ocorrendo mais um óbito em 1986. A partir de 1988, as dores abdominais e febre foram as principais causas de óbitos. Em 1995, os 4 óbitos ocorreram durante um surto epidêmico (Quadro 06 e 07).

Quadro 07: Ocorrência de óbitos em maiores de 14 anos, adultos e idosos no período de 1977 - 1997.

ANO	MÊS	IDADE	SEXO	CAUSA REFERIDA
1979	-	adulto	M	Gripe
	-	adulto	M	Gripe
	outubro	"adulto"	M	Gripe
	outubro	"adulto"	M	Gripe
	dezembro	"idosa"	F	Ferida fétida
1980	maio	"Adulto"	F	Febre
1982	janeiro	"idosa"	F	Caquética
1986	janeiro	"idosa"	F	Gripe, caquética
	maio	"mocinha"	F	Gripe
1988	fevereiro	18	F	Febre
1989	janeiro	"adulto"	F	Infecção intestinal com evacuações sanguíneas
1990	junho	"adulto"	M	Dores abdominais e febre
1993	janeiro	50	M	"Morte súbita"
	agosto	50	M	Pneumonia
	outubro	21	F	Acidente ofídico
	dezembro	57	M	Vesícula Biliar
1994	setembro	51	M	Dor abdominal e febre
1995	julho	26	M	Dor abdominal e febre
	julho	57	M	Dor abdominal e febre
1997		62	F	Síndrome parkinsonóide ("morte social")

Fonte: Diários de campo do Irmão Vicente Cãnas e relatórios dos indigenistas da OPAN

Nas sociedades modernas, as taxas de mortalidade por causa permitem uma boa avaliação de agravos, desde que o período entre o começo e o fim da doença seja curto e que a mesma tenha uma elevada taxa de letalidade (Rouquayrol, 1994). Este é um

conceito importante a ser considerado na sintomatologia compatível às arboviroses, como febres e dores abdominais (11,5%); nas gripes (16,4%) e nos óbitos dos menores de um ano: "paralisia intestinal" (9,8%), natimortos (4,9%) e hemorragia umbilical (6,5%) e infanticídio (3,3%) (Quadro 08 e gráfico 08)

Nas principais síndromes associadas às mortes no período de 1977 - 1997, encontramos ainda alta referência à morte por causa ignorada (9,8%) (Quadro 08). Para Rouquayrol (1995) o problema de fidedignidade dos registros de óbitos existe em todos lugares em que o óbito ocorre sem assistência médica e a doença transcorreu sem acompanhamento, sendo dada como desconhecida. Em geral, sabe-se quantos morrem, mas é difícil reconhecer a causa.

Quadro 08: Principais síndromes associadas aos óbitos no período 1977-97

Principais causas de morte referidas	Valores absolutos	%
Gripe	10	16,4
Febre e dores abdominais	07	11,5
Paralisia intestinal (recém-nascidos)	06	9,8
Ignorada	06	9,8
febre	04	6,5
Hemorragia umbilical	04	6,5
Natimorto	03	4,9
Infanticício	02	3,3
Vômitos	02	3,3
Malária	02	3,3
Febre e dores articulares	02	3,3
Pneumonia	02	3,3
Outras	10	18,0
Total	61	100

Fonte: Diários do Ir. Vicente Cãnas e relatórios de indigenistas da OPAN

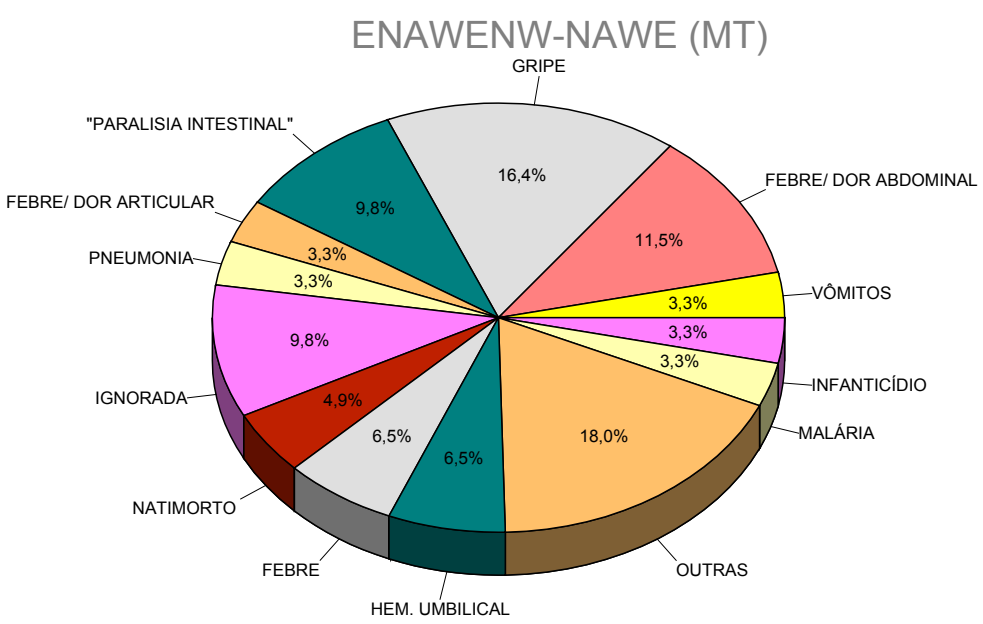


Gráfico 08

Nas duas décadas de contato, podemos observar que nos primeiros dez anos os óbitos ocorreram em sua maioria devido aos surtos epidêmicos de gripe. Nos últimos dez anos, devido aos surtos febris com dores abdominais e articulares. Entretanto, os óbitos entre os menores de um ano, equivalente à mortalidade infantil, não parecem ter-se modificado, porém se observamos o crescimento vegetativo do grupo, esses dados devem ser relativizados, uma vez que não afetaram o crescimento populacional, não indicando necessidade de intervenção. Nos últimos três anos tem sido enfocado apenas o incentivo à atenção às gestantes, puérperas e recém-nascidos e a cobertura vacinal de anti-tetânica.

É interessante notar que as principais síndromes febre e dores abdominais associadas à morte, se relacionam aos relatos sobre as ações do *Yakairiti*. Entretanto, é necessário um aprofundamento dos estudos antropológicos sobre a representação das doenças para compreensão da sua construção social e de seus determinantes, neste contexto apresenta-se a questão ética da relativização do etnocentrismo e o respeito à alteridade (Verani, 1994).

"O Yakairiti joga um pedaço de flauta e a pessoa morre.

- Ele não erra, joga assim, sem olhar!
Os pedaços de flauta entram aqui, aqui, aqui.
(região abdominal)
O coração vai ficando fraco e a pessoa morre".

(CTI/OPAN, 1995)

Essas tendências da mortalidade quando relacionadas aos acontecimentos históricos nos permitem avançar na compreensão da dinâmica populacional e o perfil epidemiológico do grupo. As informações etnográficas sobre o grupo indicam a possibilidade da redução populacional anterior ao contato devido a mortes por ataques interétnicos e envenenamentos.

> *"TOALY, hoje contou que LOLORE, ZENAKUANETO, YOLOLONETO e a esposa de WALYTERE-sacerdote são as três mulheres que têm um braço meio paralítico, efeito de um envenenamento que houve há uns 15 ou 20 anos atrás. O pai de TOALY morreu naquela ocasião, por causa do veneno. LOLORE tem as duas pernas paralíticas sem poder andar e em parte os dois braços também. É efeito do veneno. A mãe de XALOKUA que há dois anos morreu tão rapidamente, também foi envenenada segundo um rapaz me contou e de fato houve um envenenamento, pois com frequência contam a história. Isto contam como tendo ocorrido há uns 15 ou 20 anos atrás. TOALY falou que quem pôs o veneno na mãe de XALOUKUA foi KAYOUETANETO, velha já falecida".*
>
> *(Cãnas, 1983: 401)*

Houve redução das mortes por certas causas (causas externas, gripe, pneumonia), predominando nos últimos anos os óbitos por outras causas específicas (arboviroses e malária), decorrentes da interação da população com o ambiente natural em que vive. Há necessidade de se manter o controle das doenças através dos cuidados primários de saúde e de tecnologias simples da medicina moderna, da integridade territorial e das estratégias de contato com a sociedade envolvente

Em Mato Grosso, as infecções respiratórias agudas, as gastroenterites e a desnutrição são a principal causa de mortalidade, correspondendo a 46,7% dos óbitos e os nascimentos prematuros e condições perinatais a 52,4% dos óbitos totais (Confalonieri & cols, 1994).

4.3 - Dados sobre Morbidade

As primeiras informações sobre as ocorrências de doenças entre os Enawene-Nawe foram relatadas pelo Irmão Vicente Cãnas, da Missão Anchieta, como registros etnográficos, em seu diário de campo, sem muita preocupação com a quantificação dos casos e evolução do quadro clínico. É importante ressaltar que a prática missionária, neste caso, era de convivência com o grupo, reconhecimento dos seus costumes e defesa do território tradicional, controlando os casos de doenças que surgiam, principalmente no começo e final das chuvas.

Na análise dessas informações encontramos a referência constante às febres, que ocorriam em surtos ou como casos isolados, além de gripes, doenças de pele, conjuntivite, diarréias, dores abdominais, reumáticas e de cabeça, vômitos e, alguns casos identificados como leishmaniose cutânea (ferida brava). A forma clássica do homem adquirir a infecção por leishmania depende do contato direto dos indivíduos com o ambiente florestal (Gomes & Galati, 1989)

Embora a malária tenha sido pouco referida, freqüentemente, as febres eram tratadas como tal. As gripes ocorreram nos meses de novembro, dezembro e janeiro, período de chuvas intensas e nos meses de junho e julho, quando são registradas temperaturas mais baixas na região (Quadro 09).

Por outro lado, as febres foram citadas durante todo o ano.

> *"Ynarece está há uns 6 a 7 dias com febre de 39^{o} e 39,5^{o} graus. O tratamento da malária não está fazendo efeito. Corta a febre e volta. Não sente enfraquecido pela febre. Sente dor de cabeça, sem qualquer outro malestar. Continuo aplicando antibiótico, para perceber a reação."*
>
> *(Cãnas, 1982:210)*

Quadro 09: Surtos epidêmicos ocorridos nos meses do ano, no período de 1977-1987

MESES	SURTOS EPIDÊMICOS
janeiro	febres, gripe, diarréia, reumatismo, feridas no corpo
fevereiro	Febres
março	febre, reumatismo
abril	febres, diarréia, reumatismo, dor de cabeça
maio	febres, feridas no corpo, conjuntivite
junho	febre, gripe, conjuntivite
julho	febre, gripe
agosto	febre, diarréia, feridas no corpo, dor de cabeça, vômitos, malária
setembro	febre, diarréia, reumatismo
outubro	Gripe
novembro	febre, gripe, diarréia, dor de cabeça, vômitos
dezembro	febre, gripe, diarréia, reumatismo, feridas no corpo, dor de cabeça, vômitos

Fonte: Diários de campo de Vicente Cãnas, período 1977-87

No surto de diarréia ocorrido em setembro de 1985 foi constatada infecção intestinal causada por Escherichia coli patogênica e Enterobacter sp, através de exame parasitológico realizado no Laboratório de Análises Clínicas - Tangará da Serra.

Nos períodos em que os indigenistas da OPAN atuaram como apoio à MIA, houve um registro mais detalhado das ocorrências das doenças e seu tratamento, como nos anos de 1984 e 1985, e a partir de 1988, após o assassinato do Irmão Vicente Cãnas, quando a OPAN assumiu a responsabilidade das intervenções na Área Indígena Enawene-Nawe. Esses registros melhoraram muito, com a adoção de fichas clínicas individuais para atendimento dos Enawene-Nawe, para tabulação de dados demográficos e de saúde (distribuição das doenças e vacinação) e para coleta de dados de natalidade e mortalidade. Em 1990, foi registrada a distribuição das doenças mais comuns: gripe, malária, Shiguella e infecção nos olhos, por faixa etária e sexo (Paula & Sá, 1990), demonstrando uma preocupação dos indigenistas na utilização de dados quantificados. A adoção destas medidas é fundamental para pensar as intervenções necessárias para a prevenção e controle das doenças que afetam o grupo.

Em 1997 a tabulação dos dados ficou prejudicada com a perda das fichas clínicas num acidente de barco durante o transporte da equipe, que inviabilizou a quantificação dos agravos de saúde.

Nos últimos anos, foram observadas algumas mudanças nas manifestações das doenças que ocorriam na década anterior, como: a ocorrência de casos fatais nos surtos febris em 1989 e 1995, um surto de malária e infecção intestinal em 1990, constatado através de exames com a remoção de um Enawene-Nawe, que teve o quadro clínico agravado, sendo constatada a presença de Shiguella, caracterizando o surto de diarréia. Em 1993 e 1997, houve surtos de catapora, que não ocorreram nos anos anteriores; as demais ocorrências não diferem de uma década para outra (Quadro 10).

Quadro 10: Ocorrências de surtos epidêmicos no período 1988-1997

ANO	SURTOS EPIDÊMICOS
1988	abscessos e infecções. Febre e dores articulares
1989	gripe, diarréia, furúnculo, conjuntivite, febre.
1990	gripe, malária, conjuntivite, diarréia (Shiguella)
1991	gripe e malária
1992	malária, gripe, abscesso, conjuntivite, diarréia
1993	gripe, malária, catapora, conjuntivite, dores musculares e abdominais
1994	gripe, malária, infecção intestinal, conjuntivite, dores abdominais
1995	malária. Febre e dores abdominais
1996	Gripe
1997	conjuntivite, catapora

Fonte: Relatórios e entrevista de indigenistas da OPAN (1988-1997)

As populações indígenas isoladas da América do Sul apresentam um pool genético relativamente homogêneo. Desta forma quaisquer mudanças na distribuição das doenças podem ser atribuídas às mudanças culturais ou fatores ambientais, com ou sem interação genotípica (Salzano, 1992). Por outro lado, o isolamento geográfico de pequenas populações tem sido citado como suficiente para proporcionar longos intervalos entre as epidemias; os intervalos devem-se à introdução do agente infeccioso de fora e não à ativação do patógeno latente (Black, 1974).

Em janeiro de 88, devido às febres não esclarecidas foi realizada uma pesquisa médica, com o apoio do Hospital Pio X - Ceres-GO. Foram coletadas amostras de sangue para diagnóstico de malária, hemograma e sorologia em 13 pessoas. Em 1989 e 1996 foram realizados inquéritos sorológico e parasitológico para esclarecimento dos surtos febris, com a participação da FIOCRUZ.

O surto febril ocorrido em julho de 1995 provocou o óbito de 4 pessoas. As informações sobre o quadro clínico correspondem à febre, vômitos sanguinolentos, ausência de icterícia, agitação psicomotora e rápida evolução para óbito em menos de 24 horas. Há também relato de lesões dermatológicas, caracterizadas como bolhosas, principalmente em mucosas (Lobo, 1995). Os surtos febris aparecem com frequência no período 1977-1987 (Quadro 09), mesmo antes do contato, com acometimento de doença predominante de indivíduos do sexo masculino e na ocasião das derrubadas para plantio, atividade masculina no grupo (Lobo, 1995).

Os arbovírus são um grupo de vírus ecologicamente bem definidos, transmitidos por artrópodes, principalmente os mosquitos, a partir de animais vertebrados silvestres. As arboviroses, doenças causadas por esses vírus, pode ocorrer de forma esporádica, endêmica ou epidêmica e a tendência secular na incidência dessa infecção/doença pode vir a aumentar mediante a destruição dos ecossistemas (Tsai, 1991).

As arboviroses têm uma grande variedade de manifestações clínicas. A mesma sintomatologia pode ser determinada por diferentes arbovírus e, por outro lado, um determinado tipo de arbovírus pode ocasionar respostas clínicas diferentes. As infecções podem ser assintomáticas ou sintomáticas. As infecções sintomáticas podem se apresentar como doença febril com início súbito, com complicações gástricas, mialgia e artralgia ou ainda com febre hemorrágica ou encefalite, que evoluem rapidamente para óbito. Quando diagnosticada, o tratamento da doença é sintomático. Nos casos em que a assistência médica não é possível, deve ser estabelecido um mecanismo de alarme emergencial para chegada oportuna da equipe de saúde e/ou remoção dos casos graves para a rede hospitalar capacitada mais próxima (Pinheiro & Rosa, 1991).

A respeito dos anos de 1989, 1990, 1992, 1993, 1994 e 1996 encontramos a quantificação dos agravos à saúde que ocorreram no período (Tabela 06). Essas informações são de grande importância nos diagnósticos de saúde, pois permitem mostrar a dinâmica do processo saúde-doença e sua tendência no tempo. Neste quadro verificamos que os agravos mais comuns de natureza epidêmica são a gripe, a malária, a diarréia e a conjuntivite, e as febres características das arboviroses. Aparecem ainda entre elas os abscessos e as dores abdominais e musculares, e mais recentemente, a catapora.

Tabela 06: Número de Agravos à saúde relatados por indigenistas da OPAN

AGRAVOS À SAÚDE	1989	1990	1992	1993	1994	1996	TOTAL
malária vivax		28	131	62	63	08	309
malária falciparum			17	7		01	25
recaída de malária vivax			2		14		16
gripe	296		440	704	295	833	2568
abscesso	24		66	9	5	02	106
conjuntivite	38	60	77	37	32	41	285
dores musculares				14	18	26	58
dores abdominais				29	42	26	97
obstrução intestinal						04	04
diarréia	13	90	49	6	100	19	277
leishmaniose				01	03		04
lesões dermatológicas			02	01		31	34
infecção do ouvido				03	01	16	20
infecção de garganta						03	03
infecção urinária				03		03	06
catapora				118			118
picada de cobra			03	01			04
hemorragia umbilical				01			01
queimadura					03	02	07
cortes						15	15
intoxicação alimentar					01		01
pneumonia							01
fratura						01	01
febres	24					12	36
impigem	03						03

Fonte: Relatórios anuais dos indigenistas da OPAN e fichas clínicas da aldeia

A malária encontra-se entre as principais causas de doenças e óbitos entre os índios do Mato Grosso (Scatena, 1994; Ianelli, 1997a). Em 1993 a região do Estado de Mato Grosso onde está inserida a Área Indígena Salumã teve incidência parasitária anual (IPA)[7] de 62,8 em Brasnorte e 487,9 em Juína. Para o mesmo período, o IPA entre os Enawene-Nawe esteve em torno de 350. No período entre janeiro de 1993 e dezembro de 1995 ocorreram 173 casos de malária entre os Enawene-Nawe. Em 1993 a malária causada pelo *Plasmodium falciparum* foi detectada em 15,7% dos casos. Em 1994 e 1995 todos os casos de malária foram ocasionados pelo *P.vivax* (Ianelli, 1977b).

[7] IPA = No. de pessoas com exame microscópico positivo por 1000 habitantes.

No período de 1993 - 1995 a faixa etária de 1 a 10 anos apresentou cerca de 50% dos casos de malária; as faixas etárias de 11 a 20 anos e de maiores de 30 anos apresentou cerca de 25 % dos casos. A faixa etária de 21 a 30 anos foi a que apresentou menor números de casos, menos de 5 % (Gráfico 09).

A distribuição mensal do número de casos sugere que a doença tem ocorrido na forma de surtos. Dois períodos apresentaram maior número de casos: janeiro e abril correspondendo, respectivamente, ao meio e ao final do período das chuvas. Contudo, observa-se uma tendência à diminuição na ocorrência de casos neste período de três anos (Gráfico 10).

Em vista destas considerações, a investigação entomológica é recomendada para a compreensão das características epidemiológicas da malária na aldeia e nos locais mais freqüentados dentro da área indígena pelos Enawene-Nawe. Entre os Enawene-Nawe, a malária ocorre, em grande parte, na população infantil. Este dado sugere que a transmissão esteja ocorrendo nos ambientes mais freqüentados por este segmento da população. As crianças, geralmente, estão mais presentes na aldeia ou em locais não muito distantes desta. Tanto meninos como meninas adoeceram pela malária; pode haver transmissão da malária dentro da aldeia, no regato onde as meninas costumam freqüentar logo ao nascer do dia, no rio Iquê, o qual os meninos percorrem com canoa ou ainda em outros locais (Ianelli, 1997b).

Há menor proporção de adultos doentes em relação às populações jovem e infantil. No entanto, há informações locais afirmando que a malária ocorre quando os adultos chegam infectados das excursões na reserva Enawene-Nawe ou nas reservas de outras etnias vizinhas. Os adultos infectados pelo *Plasmodium* são picados pelos mosquitos que transmitem a doença na aldeia em forma de surtos. Os resultados discutidos acima sugerem que as crianças têm um comportamento social que as torna mais expostas ao vetor da malária (Ianelli, 1997b).

Gráfico 09. Porcentagem de casos de malária por faixa etária na população indígena Enawene-Nawe, Mato Grosso, entre janeiro de 1993 e dezembro de 1995.

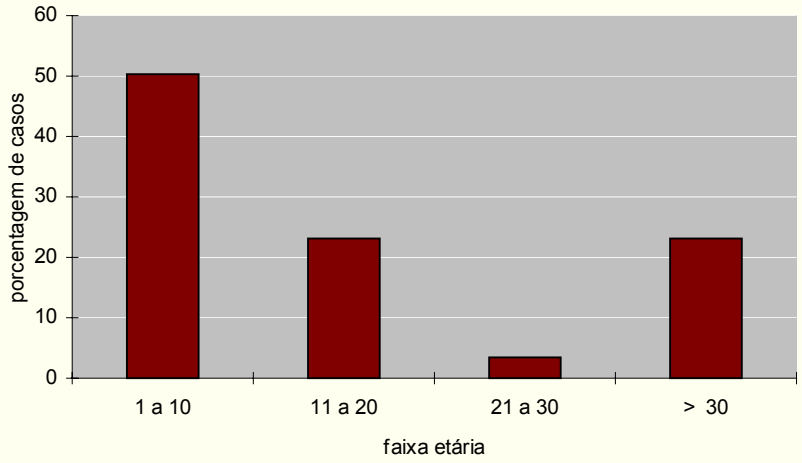
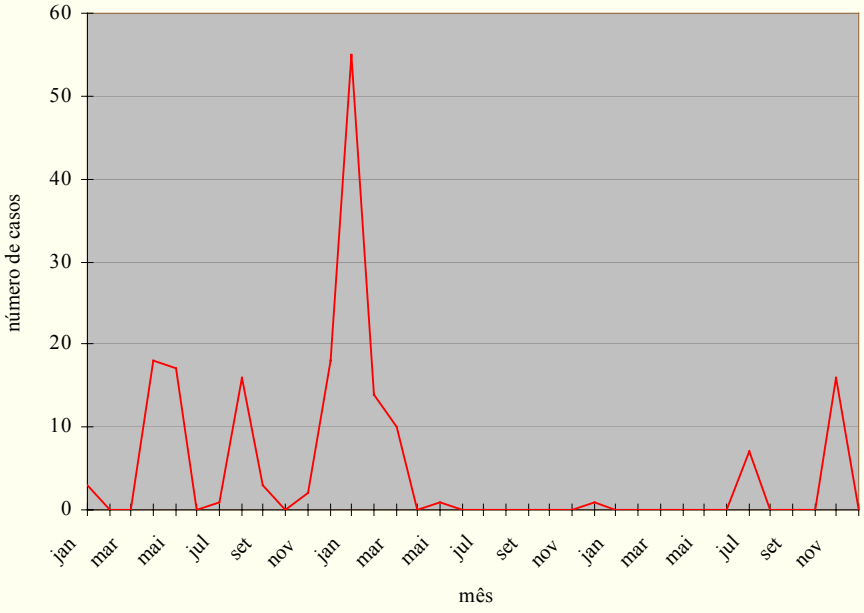


Gráfico 10. Número de casos de malária entre janeiro de 1993 e dezembro de 1995 na população indígena Enawene-Nawe, Mato Grosso.



Fonte: Ianelli, 1997

Nas visitas médicas realizadas em 1993, 1995, 1996 e 1997 foram diagnosticados alguns agravos à saúde de natureza crônica como a epilepsia, síndrome parkinsóide, miosite tropical e casos de hérnias epigástricas, inguinal e lipoma. O caso de epilepsia é encontrado nos relatos dos primeiros anos de contato, inclusive com referência a outras ocorrências.

> *"YOLOLO, menina de uns oito a dez anos, está tendo umas crises de cair no chão, ficando com o braço retorcido e perdendo os sentidos. O pessoal comenta que já faz muito tempo que isto acontece. Mas, atualmente isto está acontecendo todos os dias. Também falam que antigamente dois homens também tiveram este tipo de ataque e que caíram no fogo e morreram queimados. Uma mulher desmaiou enquanto tomava banho e morreu afogada. Um homem teve um ataque e morreu, mas outro que também teve ataques, tomou remédios de mato e ficou curado".*
>
> (Cãnas, 1984:510)

Num inquérito epidemiológico realizado pela OPAN, com o apoio técnico da equipe de saúde do Hospital Pio X, os casos de malformações congênitas foram levantados encontrando casos de lábio leporino, pé metatarso-varocongênito e má formação do pavilhão auricular. A significativa presença de malformação congênita, provavelmente, se deve aos casamentos consangüíneos. Foi encontrado apenas um caso de desnutrição em uma criança de um ano e sete meses em 1993 com amamentação, sendo indicado suplementação, e uma mulher de 21 anos com insuficiência mitral, sendo indicado encaminhamento para avaliação cardiológica. Os casos de hérnia umbilical eram assintomáticos. Foi ressaltado ainda que as dores abdominais que acometiam várias pessoas na aldeia, melhoravam com antí - ácido, sugerindo a avaliação da relação alimentação - dentição - dor epigástrica (Boneto, Vilela & Sá, 1993).

Na visita clínica em julho de 1995, foi encontrada uma situação crítica devido ao acometimento de um surto febril que atingiu 27 pessoas, ocasionando quatro mortes. Havia ainda, alguns casos de gripe que evoluíram para pneumonia, sendo atendida a demanda espontânea e avaliados os casos clínicos de epilepsia, sindrome parkinsóide e leishmaniose tegumentar (Tabela 07) (Lobo, 1995).

Na visita clínica em janeiro de 1996, foram encontrados dois casos de febre de 39,5^{O} C, cervicalgia, astenia, mialgia e cefaléia, através do exame foi encontrado linfonodomegalia em cadeias cervicais, com evolução favorável em dias desde o início dos sintomas, um caso de fratura de femur e um caso de miosite tropical, além dos casos clínicos diagnosticados nas visitas anteriores (Tabela 07). No mês anterior à visita, em dezembro de 1995, houve relato de aproximadamente 20 casos de febre semelhantes ao descrito acima. No levantamento de dados das fichas individuais de saúde, verificaram-se 7 casos de leishmaniose cutânea, nos últimos três anos (Chaves, 1996).

Os casos de leishmaniose tornam-se preocupantes devido ao quadro clínico que pode assumir características crônicas , se não tratada corretamente. O controle e prevenção da doença podem ser relacionados ao controle da malária com aspersões de DDT (Lima & col, 1988)

Tabela 07: Número de agravos diagnosticados por equipe médica em visitas à área nos anos de 1995 e 1996

CASOS CLÍNICOS	**1995**	**1996**
	Nos.	Nos.
Síndrome parkinsóide	01	01
Epilepsia	01	01
surto febril com complicações gástricas	23	-
Pneumonia	03	-
infecção do coto umbilical	01	-
abscesso de membros inferiores	02	-
queimadura de 2o. grau	01	01
leishmaniose tegumentar	01	01
linfonodomegalia	-	02
fratura de fêmur	-	01
miosite tropical	-	01

Fonte: Relatórios técnicos de visitas médicas e odontológicas.

No inquérito epidemiológico realizado em 1997 foram encontrados dois casos de leishmaniose tegumentar e um caso de desnutrição, com história clínica de leishmaniose, com dores abdominais e complicações viscerais; outros dois casos de dores abdominais sem aumento de fígado ou baço, sendo sugerida a realização de exames de fezes e endoscopia nos casos de dores mais intensas. Se for descartada a possibilidade de

gastrite/duodenite, questiona-se a presença de agentes infecciosos que possam atingir pâncreas, gânglios linfáticos intra-abdominais ou a circulação mesentérica, não avaliada rotineiramente na endoscopia e ultrassonografia; o caso de miosite tropical, diagnosticado há cerca de um ano, não apresentou sequelas (Lobo, 1995).

A síndrome cardiológica encontrada em grande parte do grupo, caracteriza-se por:

1 - sopro sistólico do coração compatível com prolapso de válvula mitral (PVM);

2 - *pectus excavatum* ("peito de sapateiro" ou rebaixamento do osso externo em sua porção inferior);

3 - diastase (afastamento das bordas) do músculo reto abdominal. Esses achados têm em comum algumas alterações do tecido conjuntivo e, de uma maneira geral, não têm repercussão clínica.

Na população geral, o prolapso de válvula mitral ocorre em cerca de 20% dos indivíduos e algumas vezes se manifesta por dor no peito, arritmia e palpitação no coração. Através de exame, foi observado apenas um caso de arritmia, ritmo cardíaco irregular por extra-sístoles ou batimentos repentinos fora do ritmo (Lobo, 1997:5).

Nos inquéritos clínicos realizados em 1993 e 1997, segundo a classificação internacional das doenças (CID), não foram verificadas modificações significativas no comportamento entre as infecções das vias respiratórias, as doenças do aparelho genito-urinário e os problemas oftalmológicos nestes anos. Em 1997 foram encontradas mais doenças de pele e acidentes ou traumatismo, particularmente queimaduras e uma fratura de femur. Em compensação, não foram encontrados casos de diarréia. Entre os Enawene-Nawe não são encontrados ainda casos de tuberculose ou problemas cardiocirculatórios (Tabela 08).

Tabela 08: Frequência dos agravos encontrados nos inquéritos clínicos realizados em 1993 e 1997

AGRAVOS	**1993**	**1997**

	No.	%	No	%
Infecções das vias aéreas superiores e IRA	1	1,9	-	-
D. da pele e tecido celular subcutâneo	4	7,8	7	6,6
Diarréias (Verminose)	5	9,8	-	-
D. do aparelho genito-urinário	1	1,9	-	-
Problemas oftalmológicos	1	1,9	2	1,9
Acidentes/ traumatismo	-	-	4	3,8
Prolapso de Válvula Mitral	-	-	62	59,0
Todos os demais agravos	10	19,6	6	5,7
Malformação congênita	24	47,0	24	22,8
TOTAL	51	100	105	100

Fonte: Inquéritos clínicos realizados em 1993 e 1997.

Quanto aos vários casos encontrados de sinais e sintomas mal definidos, geralmente de caráter crônico, como as hérnias e as artroses, além das malformações congênitas, são encontrados com frequência nos diagnósticos de saúde das populações indígenas associados aos cruzamentos genéticos.

No contexto do contato interétnico os estudos imunogenéticos de Black (1974 e 1975) avaliam a possibilidade de persistência de microrganismos em populações pequenas, adotando uma classificação das doenças em quatro tipos: a) endêmicas, com alta prevalência de infecção e baixa morbidade, como os herpes, os citomegalovírus e algumas bactérias b) enzoóticas, mantidas em reservatórios animais e responsáveis por surtos esporádicos, como a febre amarela e outras arboviroses; c) introduzidas, de caráter explosivo e transitório, por conferirem imunidade permanente como a influenza, a caxumba, a rubéola, a poliomielite; e, d) introduzidas com capacidade de persistência e endemicidade na região ou ecossistema favorável, por não conferirem imunidade permanente, como por exemplo a malária e a tuberculose.

No caso dos Enawene-Nawe as avaliações diagnósticas têm constatado um perfil de saúde satisfatório, identificando-se uma situação epidemiológica compatível com o contato interétnico que o grupo mantem com a sociedade envolvente. As doenças

bacterianas, estafilococcicas e streptococcicas, as parasitoses intestinais e as cáries dentárias são encontradas, como o esperado, além dos surtos esporádicos de doenças causadas por zoonoses, como as arboviroses e as leishmanioses, mantidas por reservatórios silvestres (Lobo, 1997).

O tratamento sintomático das doenças se dá na própria aldeia, com administração de medicamentos pela equipe de indigenista, geralmente pelos responsáveis pela atenção à saúde. É importantíssimo notar o respeito pelas práticas da medicina tradicional. Nos casos mais graves são realizadas remoções para diagnóstico e acompanhamento do caso, sempre com o aval da comunidade e acompanhamento de parentes. Os exames de rotina também são realizados nos centros hospitalares em que são atendidos em casos de remoções para diagnóstico e tratamento.

Em 1993, foi realizada a remoção de um menino de 8 anos para avaliação diagnóstica e tratamento de Leishmaniose, submetendo-se a vários exames em Brasnorte, Juína e Cuiabá, sendo encaminhado para o Hospital Pio X, em Ceres-GO. Este foi o caso mais demorado de tratamento e recuperação fora da aldeia, com complicações de infecção secundária e desnutrição, vindo a falecer em 1997.

As remoções são realizadas para os municípios de Brasnorte, Juína e Cuiabá, em Mato Grosso ou Ceres, em Goiás quando há agravamento do quadro clínico das doenças e os recursos na aldeia não são suficientes para o tratamento O encaminhamento dos Enawene-Nawe para esses locais depende da gravidade e dos recursos de saúde que os municípios dispõem para acompanhamento do caso (Quadro 11).

Quadro 11: Remoções realizadas para tratamento de saúde fora da aldeia, no período 1990 - 1997.

ANO	MOTIVO DA REMOÇÃO	LOCAL DE DESTINO
1990	infecção intestinal por Shiguella	Brasnorte - MT
1993	cirurgia de hidrocele	Ceres - GO. Hospital Pio X

	cirurgia reparadora de lábio leporino	Ceres - GO. Hospital Pio X
	leishmaniose	Cuiabá - MT
	picada de cobra	óbito antes de chegar a Brasnorte
	pneumonia	Brasnorte - MT
	eritrodermia esfoliativa	Cuiabá - MT
1994	leishmaniose	Ceres -GO
1995	dores abdominais e febre	Brasnorte - MT
1996	litíase biliar	Cuiabá - MT
	fratura de fêmur	Cuiabá - MT
1997	fratura de fêmur	Cuiabá - MT

Fonte: Relatórios anuais de saúde e entrevistas com indigenistas da OPAN (1997).

4.4- Inquéritos Complementares
(Sorológicos, Parasitológicos, de Glicemia e de Pressão Arterial)

Em 1989 foram realizados os primeiros inquéritos, o sorológico para pesquisa de arbovírus e o exame parasitológico de fezes. Neste ano, foram pesquisados 19 tipos de arbovírus dos mais prevalentes na região. Segundo as análises do Instituto Evandro Chagas, dentre os tipos do grupo A , o Mayaro foi o mais reativo; nos do grupo B, a maioria foi do tipo cruzado podendo ser devido à infecção pelo Ilhéus, uma vez que ainda não tinham recebido vacinação anti-amarílica. As descrições da doença induzida pelo vírus Ilhéus baseiam-se em observações de alguns casos agudos, contrastando-se com a elevada prevalência de anticorpos para o agente, o que sugere que as infecções podem ser inaparentes ou leves. Quanto aos demais vírus, foram detectadas 12 reações para o vírus Caraparu e 10 para o vírus Guaroa (Tabelas 09).

Tabela 09: Resultados encontrados nos inquéritos sorológicos realizados em 1989 e 1996.

ARBOVÍRUS ENCONTRADOS	1989		1996	
	No.	%	No.	%
Maguari	03	2,6	-	-
Caraparú	13	11,5	-	-
Oropouche	03	2,6	-	-

Grupo A	17	15,0	-	-
Grupo B	13	11,5	-	-
Mayaro	28	24,7	85	29,8
Mucambo	10	8,8	31	10,8
Guaroa	10	8,8	-	-
WEE (Encefalite Eqüina do Leste)	10	8,8	07	2,4
EEE (Encefalite Eqüina do Oeste)	-	-	04	1,4
Febre Amarela	04	3,5	69	24,2
Ilhéus	10	8,8	65	22,8
Tacaiuma	01	0,8	-	-
São Luís	01	0,8	-	-
Flavivírus	-	-	24	8,4
Total	113	100	285	100

Fonte: Exames sorológicos realizados em 1988 e 1996

O Caraparú é um membro do grupo C dos arbovírus e inquéritos sorológicos mostram que até 15% dos habitantes de certas localidades da Amazônia, inclusive populações indígenas, possuem anticorpos IH para os membros desse grupo. O Guaroa pertence ao grupo Califórnia e, depois de Mayaro e grupo B, é o vírus que apresenta a maior prevalência (18%) de anticorpos IH em soros humanos testados na Amazônia (Rosa, 1989).

No inquérito sorológico realizado em 1996 todos os soros foram testados por Inibição da Hemoaglutinação contra 19 tipos de arbovírus, sendo 4 pertencentes ao gênero *Alphavírus,* familia *Togaviridae* (EEE, WEE, MAYARO e MUCAMBO), 9 ao gênero *Flavivírus,* família *flaviridae* (YF - amostras vacinal e silvestre, Ilhéus, SLE, Rocio, DEN 1, DEN 2, DEN 3 e DEN 4 e, 5 ao gênero *Bunyavírus,* família *bunyaviridae* (Caraparu, Catú, Guaroa, Maguari e Tacaiuma). Dentre os *Alphavírus,* o Mayaro foi o mais reativo, seguido pelo Mucambo (complexo WEE). Em relação aos Flavivírus houve um predomínio de reações cruzadas, bem como inúmeros soros reativos com o Ilhéus. Os soros positivos para Mayaro por IH foram testados por MAC ELISA, onde apenas um apresentou reação positiva caracterizando infecção recente (Rosa, 1989) (Tabela 10).

Os resultados do inquérito parasitológico de fezes, realizado em julho de 1997, entre os Enawene-Nawe detectou a presença de helmintos (Ancilostomideos, *Ascaris lumbricoides*, *Strongyloides stercoralis*) e protozoários (*Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia*) (Tabela 10). Este resultado atesta para a contaminação da água, dos alimentos

e/ou do solo por ovos ou larvas destes parasitos provenientes de fezes humanas. Com exceção das araras, animais domesticados não foram observados na aldeia (Ianelli, 1997b).

Os Ancilostomídeos e *Strongyloides stercoralis* têm suas formas infectantes nas larvas que permanecem no solo e penetram na pele humana. Ovos de *Ascaris lumbricoides,* permanecem no solo e infectam o indivíduo através da água e dos alimentos contaminados. O tratamento periódico da população com anti-parasitários não implica necessariamente na erradicação dos parasitos da aldeia. Contudo, os exames de fezes quantitativos, que contam o número de ovos de helmintos nas amostras de fezes, podem indicar a carga parasitária dos indivíduos, caracterizando a gravidade da infecção e os efeitos da medicação em massa. A sensível redução da carga parasitária é um resultado satisfatório para a população (Ianelli, 1997b).

Estas observações sugerem que os exames de fezes sejam qualitativos (indicam o diagnóstico do parasito) e quantitativos (indicam o número de ovos dos parasitos por grama de fezes). O exame quantitativo está limitado a inquéritos epidemiológicos e é indicado na pesquisa de ovos de Ancilostomídeos, *Schistosoma mansoni*, *A. lumbricoides* e *Trichuris trichiura* e larvas de *A. lumbricoides*. Este exame deve ser realizado em campo, pois as observações dos ovos são viáveis apenas por poucas horas (Ianelli, 1997).

Tabela 10: Resultados encontrados nos exames parasitológicos de fezes em 1989 e 1997.

COPROPARASITOS ENCONTRADOS	1989		1997	
	No.	%	No.	%
Entamoeba coli	34	23,1	101	38,6
Strongilóides stercolaris	-	-	48	18,3
Enterobius vermiculares	-	-	36	13,7
Entamoeba histolytica	27	18,3	35	13,4
Ancilostomideo	39	26,5	25	9,6

Giardia lamblia	02	1,3	12	4,6
Hymenolepis nana	14	9,5	3	1,1
Ascaris lumbricóides	-	-	1	0,3
I. butschlii	22	14,9	-	-
C. mesnili	09	6,1	-	-
TOTAL	147	99,7	261	99,6

Fonte: Exames parasitológicos de fezes realizados na população em 1989 e 1997

Os Enawene-Nawe têm o costume de enterrar as fezes humanas, apesar das crianças nem sempre seguirem esta regra. Contudo, este costume é um bom exemplo de como eliminar dejetos numa população em condições de semi-isolamento. Talvez este seja um dos fatores que influenciam os poucos casos de diarréia encontrados entre os habitantes da aldeia (Ianelli, 1997 b).

No inquérito de glicemia para análise da presença de diabetes devemos considerar a dificuldade de avaliação, uma vez que o exame tem de ser feito em jejum, o que parece impossível de fazer na aldeia, devido aos hábitos alimentares das populações indígenas, que não possuem horários para as refeições. Os Enawene-Nawe passam o dia ingerindo uma espécie de mingau de mandioca com milho - *o ketera,* além do que não ingerem água pura, mas água com mel (Lobo, 1997).

No entanto, apenas uma medida foi alta, superior a 200 mg/dl. Era o caso de *Yololoneto*, 61 anos, feminino, casa 1, que inclusive foi a única com padrão nutricional muito deficitário, que poderia ser compatível com caquexia. Entretanto, ela exerce normalmente suas atividades na comunidade e havia acabado de ingerir um apetitoso *"Ketera"*. A equipe chegou a discutir sobre a necessidade de investigar alguma doença de base para tamanha magreza, mas concluiu que, por ora, não haveria maiores vantagens em deslocá-la da aldeia desde que está bem adaptada ao seu contexto de vida (Lobo, 1997:7).

Os resultados obtidos foram semelhantes aos encontrados entre os Yanomami (Bloch & cols., 1993), não houve casos de hipertensão arterial e os níveis tensionais decrescem com a idade. Os valores médios do IMC, encontram-se na faixa de peso adequado (23 Kg/m2. A relação CA/CQ encontra-se aumentada, principalmente para as mulheres (Quadro 12), considera-se que há um aumento de risco de complicações

associadas à obesidade, como hipertensão arterial e diabetes mellitus quando CA/CQ é maior que 0,95 para os homens e 0,8 para as mulheres.

Quadro 12: Valores médios da relação CA/CQ, pressão arterial e glicemia em maiores de 18 anos, do sexo feminino e masculino.

Variáveis	Feminino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	Média %
IMC	44	22,1	42	23,8	86	23
CA/CQ	46	0,95	42	0,97	88	0,96
PS/mmHg	45	90,0	39	101,8	84	95,4
PD/mmHg	45	54,8	38	61,4	83	57,8
Glicose	45	93,3	41	92,6	86	93,0

Fonte: Levantamento de dados entre 88 adultos. Área Indígena Enawene-Nawe. julho. 1997

As observações sobre a presença de diabetes mellitus entre os índios da América do Sul são escassas, quando comparadas às evidências entre os índios da América Central e do Norte. Há indicações de que a epidemia de diabetes mellitus e cálculo biliar aumentaram nos últimos 40-50 anos entre esses índios como consequência do processo de aculturação, caracterizados como "Síndrome do Novo Mundo - NWS" (Weiss, 1984; Salzano, 1992)

4.5 - Estado Nutricional e Aspectos da Alimentação Tradicional

Na avaliação do estado nutricional das crianças menores de 6 anos entre os Enawene-Nawe, foram encontrados para o indicador altura/idade (A/I) 50% das crianças examinadas no Score-z - 2,0; 53,8% no percentil <3,0; e, nenhuma na mediana < 80 (Tabela 11). Quando encontrados valores acima de 25% de déficit nutricional na população, há indicação de uma situação grave de carência alimentar e condições precárias de vida, determinando a falta de condições adequadas ao crescimento e desenvolvimento, sendo necessária uma intervenção.

No caso das populações indígenas, esses resultados são discutíveis devido as suas características étnicas e genéticas. No caso dos Enawene-Nawe, considerando as tradições culturais, o perfil populacional e epidemiológico do grupo, esses resultados

devem ser relativizados, entretanto devemos viabilizar estratégias de acompanhamento do estado nutricional da população, no decorrer do contato interétnico. Outros estudos realizados em populações indígenas demonstraram resultados semelhantes (Santos, 1993)

Para o indicador peso/altura (P/A) foram encontrados resultados aproximados entre os diferentes critérios de análise: 5,6% das crianças examinadas com score-z - 2,0; 5,6 no percentil < 3,0 e 4,2% na mediana < 80 (Tabela 11). Esses resultados indicam boas condições atuais de nutrição e controle dos fatores que interferem no estado nutricional a curto prazo, como as doenças, as estiagens e a sazonalidade da produção de alimentos ou sua disponibilidade, segundo o Ministério da Saúde, somente valores encontrados de déficits nutricionais acima de 8% da população indicam um estado de alerta.

O indicador P/I foi o que demonstrou maior disparidade entre os critérios de análise: 17,8% das crianças examinadas no score-z; 85,7% no percentil < 30 e 7,1% na mediana < 70 (Tabela 11). Esses resultados confirmam a pouca especificidade do indicador quando utilizado na avaliação do estado nutricional de populações (Tabela 11).

Tabela 11: Frequência dos resultados de Score-Z, Percentil e Mediana dos indicadores altura/idade, peso/idade e peso/ altura encontrados entre as crianças Enawene-Nawe menores de 72 meses

Indicadores	altura/idade	peso/idade	peso/altura
	%	%	%
Score-Z - 2,0	50,0	17,8	5,6
Percentil < 3,0	53,8	85,7	5,6
Mediana < 80	0	7,1	4,2

Fonte: Levantamento de dados entre 70 crianças Enawene-Nawe em julho de 1997

A distribuição do score-Z de altura/idade das crianças menores de 72 meses demonstrou um déficit de crescimento, com uma tendência à esquerda, enquanto a relação peso/altura aproximou-se da distribuição normal, segundo o padrão de referência NCHS (Gráfico 11 e 12). Essas tendências na distribuição do score-z foram observadas também entre o Kaigang (Hockergerg, 1997)

Segundo a avaliação do estado nutricional dos Enawene-Nawe maiores de 18 anos, nos padrões normais do IMC foram encontrados 31,2% dos homens e 38,3% das mulheres. A frequência maior de baixo peso foi encontrada entre as mulheres (13,1%) e de obesidade entre os homens (11,1%) na faixa etária de 18 a 60 anos (Tabela 12).

Tabela 12: Frequência dos resultados dos índices de massa corporal (IMC) de maiores de 18 anos, por sexo

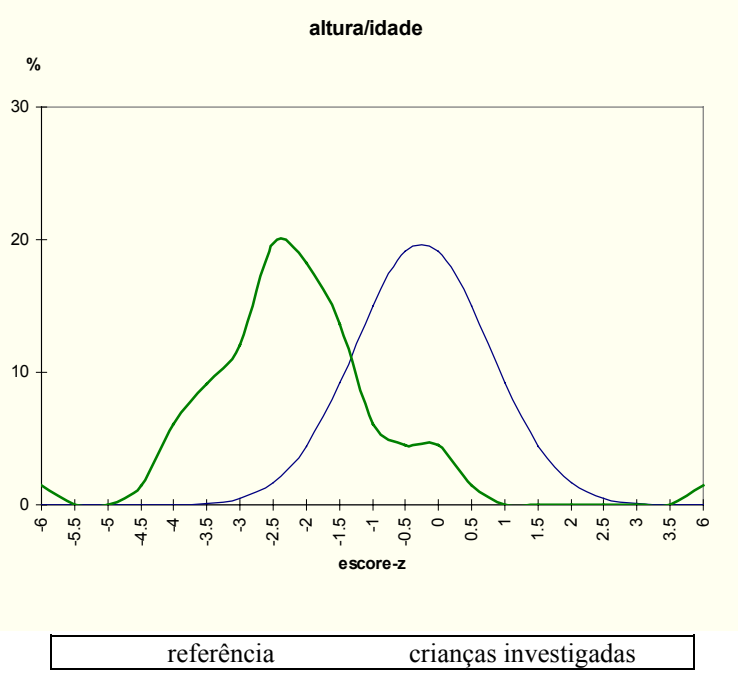
IDADES/ IMC	< 18,5 (%)		>18,5 e < 25 (%)		> 25 (%)	
	M	F	M	F	M	F
18 - 60 anos	3,0	11,1	23,2	35,3	11,1	3,0
> 60 anos	0	2,0	8,0	3,0	0	0
Total	3,0	13,1	31,2	38,3	11,1	3,0

Fonte: Levantamento de dados entre 88 adultos em julho de 1997

Nos exames clínicos não foram encontrados sinais significativos de desnutrição, foi encontrado um caso associado ao quadro clínico anterior de leishmaniose em um menino de 11 anos e um outro de magreza extrema em uma mulher idosa, que apesar do quadro desenvolve suas atividades normalmente sem outras queixas.

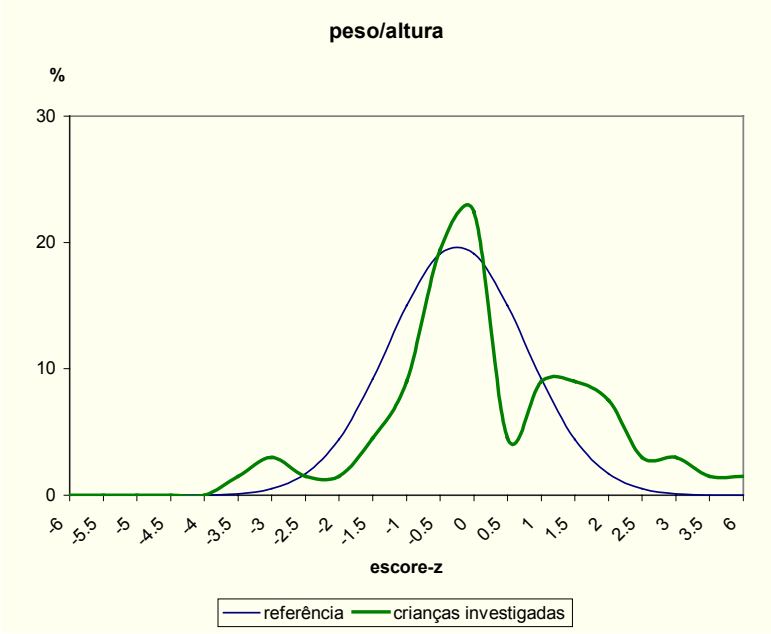
Entre os Enawene-Nawe foi observada uma frequência de 26,6% dos homens com a relação CC/CQ maior que 0,95 e de 40,0% das mulheres com resultados maiores que 0,8 (Tabela 13). Na literatura, estes resultados significam risco maior de sofrer de

Gráfico 11: Distribuição do score-z para o indicador A/I



Fonte: Inquérito antropométrico realizado em julho de 1997

Gráfico 12: Distribuição do Score-Z para o indicador P/A



Fonte: Inquérito Antropométrico realizado em julho de 1997

doenças cardiovasculares, devido à concentração de gordura na região abdominal. Entretanto, segundo os índices de massa corporal encontrados, não há indicação de obesidade no grupo, talvez os valores encontrados entre as mulheres estejam relacionados a fatores genéticos e biológicos, como as características fenotípicas e as várias gestações, comuns nas populações indígenas.

Tabela 13: Frequência dos resultados da relação entre circunferência da cintura e circunferência do quadril em homens e mulheres maiores de 18 anos.

IDADES	M A S C U L I N O		F E M I N I N O	
	> 0,95	< 0,95	F > 0,8	F < 0,8
	%	%	%	%
18 - 60	18,8	22,2	36,6	7,7
> 60	7,7	1,1	3,3	2,2
Total	26,6	23,3	40,0	10,0

Fonte: Levantamento de Dados realizado em julho de 1997.

É importante que esses dados sejam analisados considerando-se as informações sobre a pressão arterial e o surgimento de diabetes mellitus no grupo, embora, estas possibilidades sejam remotas enquanto se mantiver a alimentação tradicional, sem introdução dos alimentos industrializados.

As mudanças nos padrões alimentares dizem respeito à transição nutricional, que tem aspectos singulares em cada país e região, mas os elementos comuns convergem para uma dieta rica em gordura saturada, açúcar e alimentos refinados. As alterações na composição corporal, principalmente a obesidade estão associadas a essas dietas (Monteiro, 1995)

A alimentação básica dos Enawene-Nawe ainda está diretamente relacionada a disponibilidade de alimentos no cerrado e transição de floresta, ecossistema do território em que vivem tradicionalmente, sendo comum o consumo de insetos e larvas, além dos alimentos principais (peixe, mandioca, milho e mel), algumas leguminosas e frutos silvestres, que seriam considerados, no mínimo, exóticos na nossa cultura (Quadro 13).

O comportamento alimentar está inserido no contexto cultural e os modelos culturais, por sua vez, envolvem a maneira de pensar e o comportamento de um determinado grupo de pessoas, que conduz a um conjunto particular de costumes

relacionados aos alimentos nos quais interferem fatores sociais, políticos e culturais (Hurtado,1984).

O alimento "representado" é apreendido cognitiva e ideológicamente. As ideologias alimentares são definidas como " *um sistema cognitivo e simbólico que define qualidades e propriedades dos alimentos e dos que se alimentam, qualidades e propriedades essas que tornam um alimento indicado ou contra-indicado em situações específicas, que definem seu valor como alimento, em função de um modelo pelo qual se conceptualiza a relação entre o alimento e o organismo que o consome e que definem simbolicamente a posição social do indivíduo"* (Woortmann, 1978).

Na cultura Enawene-Nawe a produção dos principais alimentos consumidos, assim como a sua distribuição e consumo estão relacionados a um calendário ritual de pesca, plantação e coleta, que é determinado pelo ciclo hidrológico da região, ou seja, as estações de seca, enchente e vazante dos rios que correm em seu território. Verificamos assim a relação entre a disponibilidade de peixe, mandioca, milho e mel com a realização dos rituais *yãkwa*, *lerohi*, *salumã* e *kateoko*, durante os meses do ano.

Quadro 13: Principais alimentos consumidos por mes no período 1977 - 1987

MESES	ALIMENTOS CONSUMIDOS
Janeiro	peixe, milho, mel, buriti, cogumelos, larvas de rã, pequi, macuco[8]
Fevereiro	peixe, mandioca, milho, formiga, marimbondo, coró, macuco
Março	peixe, mel e macuco
Abril	peixe, mandioca e mel
Maio	peixe, mandioca e amendoim
Junho	peixe, mandioca, feijão fava, cará, araruta, batata e amendoim
Julho	peixe, mel, batatas e marimbondo
Agosto	peixe, mandioca, feijão fava, cará, batatas, mel e maribondo
Setembro	peixe, mandioca, mel, formiga, marimbondo e castanha
Outubro	peixe, mandioca, mel, formiga e castanha
Novembro	peixe, milho, mel, buriti, bacava[9] , larvas de rã, pequi, formiga, marimbondo, macuco e castanha
Dezembro	peixe, milho, buriti, larvas de rã e macuco

Fonte: Levantamento de dados dos diários de campo de Vicente Canas (1977-1987)

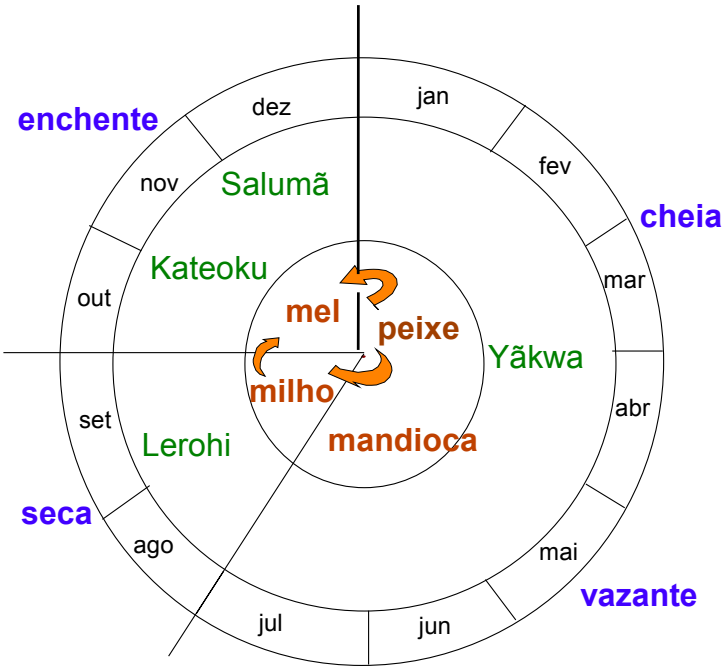
Nos meses de junho a agosto, verifica-se um período de seca na região, iniciando-se as chuvas em setembro, com aumento da intensidade no período de dezembro a março,

[8] macuco - espécie de ave consumida como dieta por crianças e idosos, necessita de benzedura ou sopro para ser consumido

que consequentemente diminui a disponibilidade de alimentos. Os rituais realizam-se da seguinte forma: o *Yãkwa*, no período da cheia; o *lerohi*, da seca; o *salumã* e o *kateoko*, na enchente (Figura 05).

Quanto aos processos de distribuição e consumo alimentar seria necessário realizar um aprofundamento no conhecimento da suas relações com o sistema de parentesco que determina as atividades econômicas do grupo.

Figura 05



Relação entre a produção de alguns alimentos, o calendário ritual anual e o ciclo hidrológico. Adaptado de OPAN (1995)

Comparando-se os registros etnográficos dos alimentos consumidos no período 1977-1987 (Quadro 13) com os encontrados na pesquisa sobre manejo dos recursos naturais (OPAN, 1995) verificamos que não houve mudanças nos hábitos alimentares dos Enawene-Nawe. A escassez de alimento ainda não é uma preocupação para o grupo

[9] bacava é um fruto pequeno, do qual preparam um suco, quase um vinho

considerando-se os resultados da avaliação do estado nutricional e de saúde. Temos referência apenas em 1988, devido à seca. Geralmente, o mel também é escasso no mês de janeiro e faltando em fevereiro. Entretanto, devem-se manter estratégias de vigilância epidemiológica e nutricional em decorrência do contato interétnico e as relações de interdependência do grupo com a sociedade envolvente.

Santos (1995) observou que a coleta de frutos e insetos se dá principalmente no período chuvoso, as larvas de borboletas no período anterior às chuvas e o mel quase durante todo o ano, com exceção dos meses de maio e junho (Figura 06).

Do ponto de vista qualitativo, a alimentação do grupo apresenta um bom suporte nutricional para as necessidades orgânicas, quando analisada a composição química das preparações consumidas (Quadro 14). Por outro lado, é difícil proceder a uma análise quantitativa do consumo alimentar devido aos costumes dos Enawene-Nawe. Eles não realizam refeições definidas, consomem com freqüência o *ketera* e pedaços de *beiju,* tubérculos ou amendoim, além dos frutos silvestres, durante todo o dia.

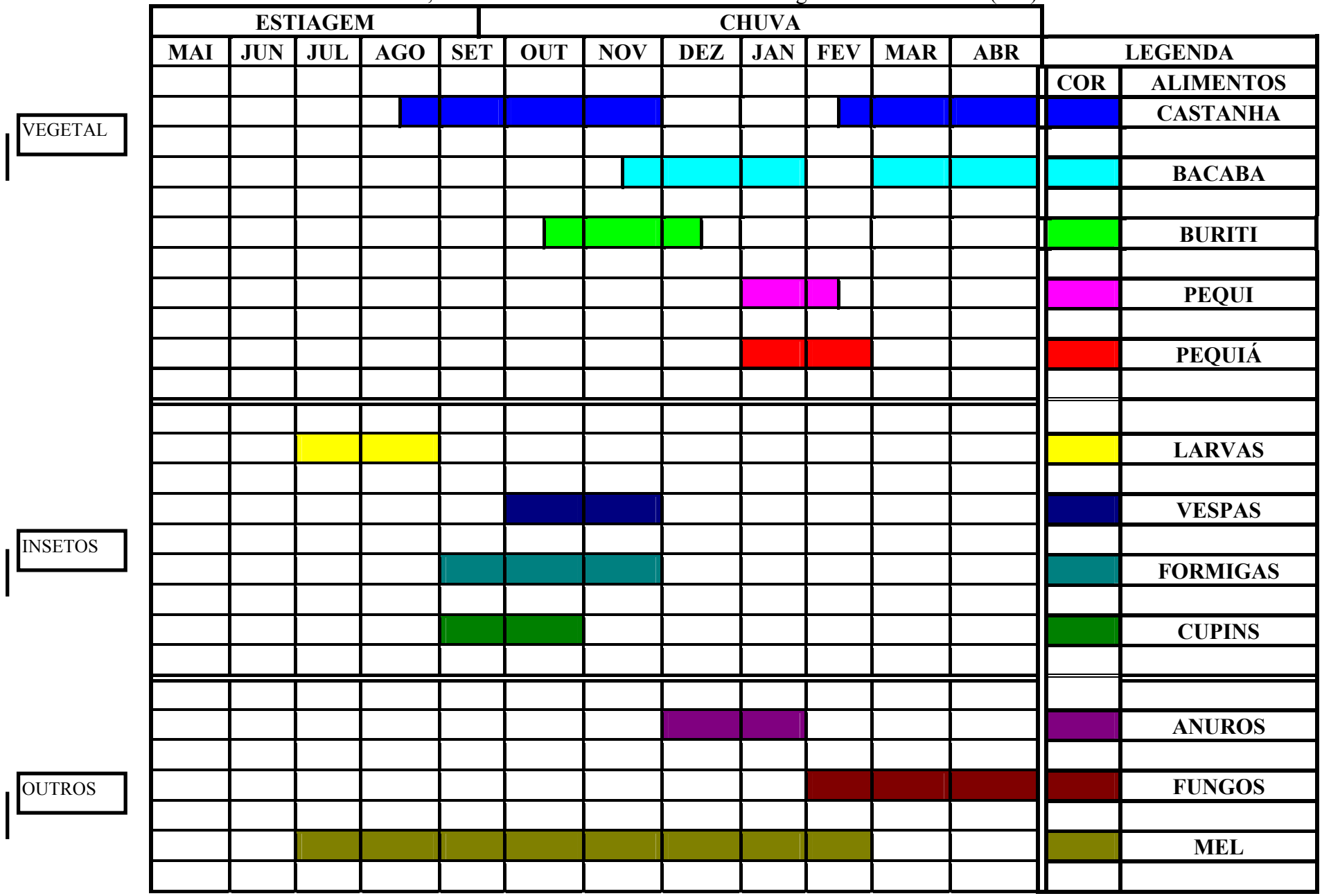
Quadro 14: Valor nutricional de alguns alimentos consumidos em 1995

Alimentos	umidade	proteína	gordura	cinzas	carboidratos	calorias
	%	%	%	%	%	%
Walako peixe piau	9,41	60,66	21,15	3,10	5,68	455,71
Muxikya peixe matrinchã	8,28	59,41	21,23	4,27	6,81	455,95
ketera mingau	77,77	2,22	0,62	0,63	58,38	49,85
Tolokwari bolo	62,11	6,36	2,86	1,04	27,63	161,70
Kuretohi bolo	33,46	6,93	2,93	1,35	55,3	275,56
Holokwari caldo	84,68	4,49	0,62	0,43	9,78	62,66
Kuretola refresco	95,65	0,97	0,50	0,18	2,70	19,18
xixi beiju	16,92	1,52	0,26	1,41	79,89	327,98

Fonte: Relatório sobre manejo dos recursos naturais (OPAN, 1995)

Não há o acondicionamento dos alimentos, que permanecem à disposição de todos nas grandes panelas de barro, nos jiraus ou nas esteiras e peneiras nas casas. Geralmente servem-se em cabaças de diferentes tamanhos, o que torna impossível a padronização de

FIGURA 06 : Calendário da coleta de frutos, insetos e outros comestíveis na área indígena Enawene-Nawe (MT).



ONTE: Adaptado OPAN/GERA/UFMT - 1995

medidas com fins de avaliação do consumo alimentar. É interessante ressaltar que a água não é consumida pura, mas com mel.

As condições de alimentação modificam-se um pouco dependendo da localização e desenvolvimento das atividades do grupo na aldeia, nos acampamentos ou nas barragens, uma vez que há uma divisão social do trabalho entre homens e mulheres (anexo 11). Aos homens estão reservadas as pescarias e coleta de alimentos em excursões pelo território. As atividades de preparação dos alimentos estão reservadas às mulheres , tanto para o consumo diário, como para os rituais em que ocorre a distribuição dos alimentos. Nas barragens, onde as mulheres não podem ir, os homens preparam os alimentos consumidos, principalmente, o peixe que levam assado para a aldeia onde será repartido no ritual do *yãkwa*, referido por Cãnas como "alimentação comunitária".

Dependendo da ocasião ritual os alimentos são consumidos no pátio, nas casas ou nas barragens de pesca, como por exemplo no *yãkwa*:

> *-'' Escute meu cunhado está na hora de ir para a barragem de pesca. Fale para sua mulher preparar bastante beiju.*
>
> *-Tá certo eu vou falar. Nós vamos levar muita comida para a barragem....*
>
> *- Está certo meu tio quando você voltar eu vou te dar a bebida.*
>
> (CTI/OPAN, 1995)

Os alimentos consumidos são preparados de maneira simples, sem condimentação, às vezes com sal de palmeira, as preparações aproveitam ao máximo os alimentos e não se verifica o desperdício (Quadro 15). Não apresentam nenhuma dependência na aquisição de alimentos, não tendo sido introduzida nenhuma mudança na cultura alimentar do grupo.

Quadro 15: Algumas preparações consumidas e alimentos utilizados no seu preparo

PREPARAÇÕES	ALIMENTOS
Ketera	água de mandioca, milho e polvilho
Makajali (farinha)	mandioca
xixi (beiju, beiju de milho e de mandioca)	massa de mandioca e milho
bolos de mandioca	massa de mandioca
oleniti, oleniti de mandioca	água de mandioca
mãha (chicha de mel)	água e mel
peixe assado com beiju de mandioca	peixe e mandioca
mingau de mandioca duro com formiga	mandioca e formiga
mingau de milho	milho
farofa de miúdos de peixe	miúdos de peixe e farinha de mandioca
Oloiti	bebida fermentada diluída
Olokware (sopa de peixe)	peixe, milho, mandioca e feijão
-	folha de mandioca fervida e socada
-	batata de cipó assada e misturada com peixe
Tolokware (bolo de milho)	larvas de perereca, milho socado e assado
	milho socado misturado com peixe envolto em folha e assado na cinza

Fonte: Diários de campo do Irmão Vicente Cãnas (1977-87) e entrevistas com indigenistas da OPAN.

Nos diários do Ir. Vicente Cãnas (1977-87) encontramos registros sobre os alimentos oferecidos nos rituais, destacamos que o sal não é oferecido no *kateoko* e que o mel, por sua vez, é usado apenas no *kateoko*. O *olokware*, o *ketera* e o *oleniti* são oferecidos em todos os rituais: lerohi, salumã, yãkwa e kateoko (Quadro 16).

Entretanto, essas informações não são suficientes para uma caracterização da relação simbólica dos alimentos, necessitando de um aprofundamento no conhecimento da cosmologia Enawene-Nawe. No vídeo Yãkwa: O Banquete dos Espíritos (CTI/OPAN, 1995) são demonstradas as relações simbólicas da mandioca e do sal com a mitologia Enawene-Nawe.

Quadro 16: Alimentos mais comuns oferecidos durante os rituais no período (1977 - 1987)

ALIMENTOS	LEROHI	SALUMÃ	YÃKWA	KATEOKO
Olokware	*X*	*X*	*X*	*X*
Ketera	*X*	*X*	*X*	*X*
Oleniti	*X*	*X*	*X*	*X*
Beiju	*X*	*X*	*X*	*X*
Peixe	*X*	*X*	*X*	*X*
chicha de mel		*X*	*X*	*X*
Sal	*X*	*X*	*X*	
chicha de milho		*X*	*X*	
Batatas		*X*	*X*	
peixe assado com beiju			*X*	
Mel				*X*
OUTROS				
Lenha	*X*		*X*	
Batucada de pilão	*X*		*X*	

Fonte: Levantamento de dados dos diários de campo de Vicente Cãnas (1977-1987)

Na mitologia Enawene-Nawe a produção da mandioca se deu a partir do enterramento de uma menina pela sua mãe, a seu próprio pedido - "a menina-mandioca'. A seu pai caberia pescar para ela, o que é observado quando retornam das barragens e vão plantar mandioca, oferecendo o peixe para a "menina-mandioca" através de uma reza durante o ritual do Yãkwa:

> *"Sua mãe mandou seu pai pescar para você*
> *Aqui está essa Traíra para você, foi seu pai Dataware que pescou*
> *Aqui está essa Piava para você, foi seu pai Dataware que pescou*
> *Aqui está esse Matrinchã para você, foi seu pai Dataware que pescou*
> *Aqui está esse Paca é para você, foi seu pai Dataware que pescou*
> *Aqui está esse Peixe-agulha é para você, foi seu pai Dataware que pescou*
> *Aqui está esse Tucunaré para você, foi seu pai Dataware que pescou."*
>
> (CTI/OPAN, 1995)

Os personagens míticos são entendidos como arquétipos do inconsciente coletivo que permitem o contato com emoções e imagens da própria condição humana, compartilhados universalmente. Neste sentido, os mitos indígenas mostram as igualdades

básicas da existência humana, cujas narrativas caracterizam as particularidades do grupo social ou povo que a produziu (Lopes da Silva, 1995:319)

Na mitologia Enawene-Nawe é citada uma ruptura no modo de vida anterior a algumas ações negativas *Ayarioko* e sua mulher, que tornaram mais difícil a obtenção dos alimentos. Na interpretação da relação homem-natureza, Thomas (1989) ressalta o domínio do homem sobre todas as coisas vivas. O predomínio do homem sobre o mundo animal e vegetal tem sido através dos tempos uma pré-condição básica da história humana. A forma como racionalizamos e questionamos este predomínio é um tema vasto que tem recebido atenção de filósofos, teólogos, geógrafos e críticos literários.

"Há muito tempo atrás o sal ficava no pé da árvore enquanto ela crescia.
Tinha uma cobra Surucucu que se enrolava no tronco.
Era ela quem cuidava do sal".
Quando Dataware vinha procurando o sal, ele via a cobra e dizia:
- Saia! Vá para lá! ...
..... Chegou o irmão de Dataware (Ayarioko) e disse: assim não é bom!
O sal escutou e entrou no tronco.
"Eu cortei a árvore, queimei o tronco e peguei a cinza", disse Ayarioko.
Você estragou tudo! Disse Dataware
Agora vamos ter muito trabalho: cortar, queimar, cozinhar e as cinzas vão ter que ficar muito tempo no fogo.
(CTI/OPAN, 1995)

Historicamente, é impossível separar o que as pessoas pensam sobre as plantas e animais do que elas pensam sobre si mesmas. Para teólogos do início dos tempos, no princípio "homens e bestas" conviveram pacificamente, ao rebelar-se contra Deus o homem perdeu o direito de exercer um domínio fácil e incontestável sobre as outras espécies (Thomas, 1989).

No caso das populações indígenas são fundamentais, tanto o conhecimento da estrutura social que determina as relações sociais do grupo, envolvidas com a produção, distribuição e consumo dos alimentos, como das relações de interdependência com a sociedade envolvente que determinam a inserção do grupo no mercado regional e acesso aos bens e serviços (Figura 07), a fim de evitar os resultados desastrosos do contato

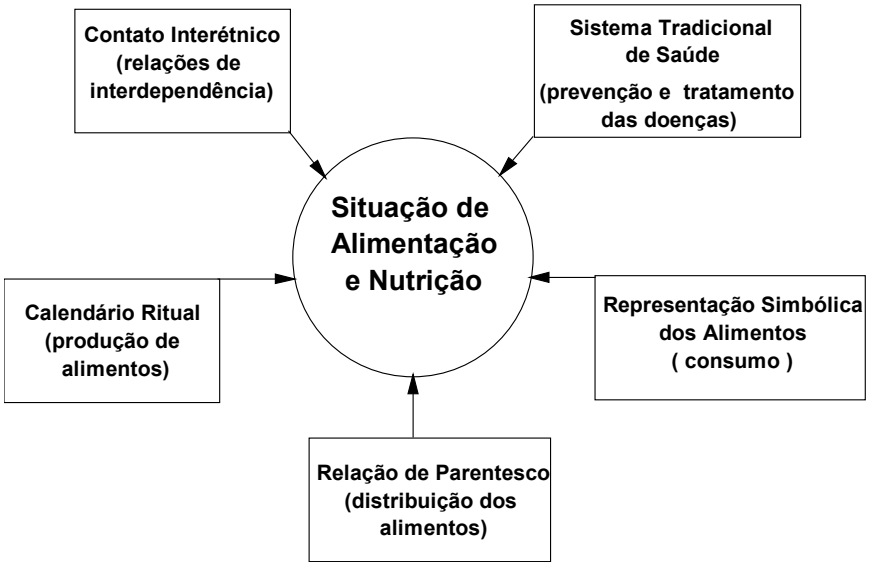
evidenciados por vários autores (Clastre, 1986; Wirsing, 1985; Confalonieri, 1993) entre os povos indígenas e a sociedade moderna.

Um caso característico deste processo são os Tupí-Mondé em Rondônia, onde logo após o contato em 1978, houve uma rápida articulação com a economia regional, com raízes no processo de "pacificação". No início, foram oferecidos presentes, posteriormente a população indígena abandonou seus assentamentos mudando-se para os postos indígenas - FUNAI e recebendo presentes, alimentos e remédios, sendo fomentada a dependência pelos produtos industrializados.

Com a invasão de suas terras por colonos produtores de café, os Tupi-Mondé abandonaram ou reduziram suas práticas de subsistência e inseriram-se nas atividades econômicas voltadas para o mercado, pressionados pela comercialização da madeira estabeleceram uma permuta desigual com os empresários, recebendo pelos produtos valores inferiores aos preços reais do mercado (Santos & Coimbra, 1994) tendo como resultado a desorganização social do grupo e a inserção marginal no mercado regional.

Neste caso, verificamos rupturas abruptas no sistema alimentar e de saúde através da introdução de alimentos e remédios, as mudanças na sua organização social e ocupação do território, além do estabelecimento de relações de interdependência com perda da autonomia. Essas alterações conduziram o grupo a condições críticas de saúde e nutrição.

Figura 07: Alguns Fatores Antropológicos e a Situação de Alimentação e Nutrição



V - Ações de Saúde: Um campo de ação indigenista

5.1 - Ações de Saúde no Indigenismo Alternativo: O Projeto Enawene-Nawe (1977-97)

A estratégia de convivência adotada pelo Ir. Vicente Cãnas (MIA) no contato com os Enawene-Nawe permitiu o conhecimento do modo de vida do grupo e os contatos realizados com as etnias vizinhas, ribeirinhos, peões e pistoleiros das fazendas que se instalavam na região, além de observar os riscos de adoecer e morrer do grupo. De acordo com o Diretório da Missão Anchieta (MIA):

> *"a aculturação deve ser lenta, paulatina, sem precipitação na história, sem qualquer pressão, sem ruptura com o passado, realizada através de longos períodos e por métodos suasivos e sem interferência violenta na vida, nas crenças e nos costumes tribais.*
>
> *(...) para orientar o processo aculturativo o missionário deve ter um real conhecimento da cultura tribal.*
>
> *(...) dentro da maior simetria entre os sistemas de interação, transmitamos ao índio os traços culturais que ele deseja receber e recebamos dele os que possa transmitir."*
>
> *(In: Schroeder, 1995:88[10])*

Nos primeiros 10 anos de contato, as ações de saúde desenvolvidas foram, basicamente, o tratamento das verminoses, tratamento sintomático das epidemias de gripe, "febre" e malária, das doenças de pele, conjuntivites e dores reumáticas, a vacinação de rotina, a extração de dentes e a confecção de dentaduras (Quadro 17).

Esta atuação contava com o apoio de missionários da MIA e indigenistas da OPAN. Nesta ocasião, atuaram na área os indigenistas Wanda Barbosa, Sylvia Bonotto, Terezinha Weber, Rosa Cartagenes, Dorotéia de Paula, Marcos Batista e Rosa Monteiro da OPAN e os Pes. Thomaz Lisboa e Adalberto Holanda e o Ir. José Fernandes.

Em 1985, os indigenistas participaram do "Projeto Miky/Salumã" através da cooperação entre a Operação Anchieta e a Missão Anchieta, havendo em comum o

interesse em desenvolver um trabalho mais progressista, apesar das divergências ideológicas, políticas e práticas das instituições no espaço de trabalho comum.

No planejamento trienal para o povo Enawene-Nawe encontramos as seguintes propostas para o setor saúde (MIA, 1985):

> *"- continuidade do trabalho de medicina preventiva e acompanhamento e tratamento no caso de possíveis incidências de doenças não controláveis pelos recursos médicos próprios e pertinentes à cultura Enawene-Nawe.*
>
> *- Atendimento dentário (confecção de próteses) e deslocamento e acompanhamento de uma cirurgia de lábio leporino.*
>
> *- Participação do Encontro de Saúde indígena promovido pelo CIMI."*

As intervenções nos agravos à saúde neste período, caracterizam-se como cuidados básicos de saúde segundo as necessidades do grupo e os recursos institucionais, ocorriam através da administração de medicação sintomática pelo Ir. Vicente Cãnas ou pelos indigenistas da OPAN, que apoiavam as atividades. Nos relatos dos diários de campo eram mencionadas frequentemente as intervenções xamanísticas na cura das doenças.

> *"A menina doente, dormiu pela noite . Os xamãs interromperam diversas vezes para realizar a cura. A menina passa bem o dia, está se recuperando, pois febre não voltou. Há vários casos de febre e dor de cabeça entre o pessoal"*
>
> *(Cãnas, 1986:724)*

Em 1987, com o assassinato do Ir. Vicente Cãnas é criado um grupo de trabalho para a elaboração de um projeto para os Enawene-Nawe. Os participantes deste grupo tinham tido contatos anteriores com os Enawene-Nawe. Foram discutidas questões como os primeiros contatos, a relação dos saques com a dependência de produtos manufaturados, como as ferramentas, por exemplo, a solicitação de injeções e as condições de coordenação da OPAN (se oficial ou não). Após algumas discussões a OPAN assume integralmente as ações de intervenção na área indígena Enawene-Nawe.
Os objetivos da OPAN, enquanto organização não-governamental são:

---

[10] cit. Adalberto Holanda Pereira. "Questões de Aculturação". Diretório MIA - sem data. mimeo

a) defender os direitos humanos em todos os níveis;

b) apoiar os povos indígenas e as populações tradicionais, colaborando para sua autonomia e continuidade étnica e cultural;

c) favorecer o reconhecimento dos direitos dos povos indígenas, em particular a sua organização social, as suas expressões culturais e a demarcação de suas terras;

d) preservar o meio ambiente e buscar alternativas de desenvolvimento ecologicamente sustentado;

e) selecionar, treinar e acompanhar equipes para execução de projetos e trabalho que cumpram os objetivos da entidade;

f) desenvolver estudos e pesquisas antropológicas, sócio-econômicas e ambientais;

g) prestar serviços e colaborar com organismos que tenham objetivos afins.

(Art. 2^{O}. dos Estatutos da OPAN - 1997)

No setor saúde, mantem-se a preocupação dos indigenista da OPAN em evitar a dependência do grupo, relativizando a importância da medicina ocidental.

> *"O grupo demonstra uma grande dependência da medicação alopática, sobretudo as injeções que eles julgam prevenir as doenças. Contudo conservam sua medicina nativa, fazendo uso dela juntamente com nossos medicamentos. Recorrem ainda aos xamãs que são profundamente respeitados"*
>
> *(Dorotéia de Paula, 1988)*

Somente a partir de 1988, com a OPAN na coordenação do Projeto Enawene-Nawe, ocorrem as visitas médicas e odontológicas à área para levantamento das condições de saúde geral do grupo e para possibilitar a implementação de medidas preventivas às ações de saúde desenvolvidas (Quadro 17).

Nesta ocasião observa-se uma preocupação em obter informações técnicas mais precisas sobre os problemas de saúde que afetam os Enawene-Nawe. Em 1989 é

realizado um levantamento epidemiológico das condições de saúde geral com visitas médicas e odontológica, inclusive com realização de inquéritos sorológico e parasitológico para esclarecimento do agravamento dos surtos febris e complicações gastrointestinais, inclusive com casos fatais.

Verifica-se, ainda, uma organização nos registros de imunizações com a introdução das fichas de vacinação em 1988, assistência aos agravos à saúde e acompanhamento das epidemias: como surgiram, os sinais e os sintomas, a duração e o tratamento. Em 1990, há referência à identificação de doenças de natureza epidêmica, no caso a gripe, e de natureza endêmica, no caso as febres suspeitas de arboviroses, as doenças de pele (abscessos, impigem), a conjuntivite e anemias, assim como, os respectivos tratamentos incluindo, em alguns casos, a descrição de plantas da medicina nativa utilizadas pelos Enawene-Nawe.

Em 1991, foi implementado o Programa de Combate à Malária com coleta de lâminas LVC e borrifação de inseticidas para controle dos mosquitos transmissores. Em 1993, a equipe indigenista começa a ser treinada para leitura das lâminas nos cursos de microscopia oferecido pela FNS-MT.

As remoções ocorrem raramente. A partir de 1993, ocorrem com mais frequência para diagnóstico e tratamento de saúde, se bem que, apenas em um ou dois casos por ano. Em 1994, há uma proposta de tratamento fitoterápico, principalmente nos casos de gripe.

Na avaliação do Triênio 1992-1994, foi enfatizada a necessidade de um programa global de saúde, com atividades de imunização, pesquisa sobre as práticas curativas tradicionais e os papéis sociais dos sopradores, fitoterapeutas e xamãs.

Quadro 17: Ações de saúde desenvolvidas desde o contato (1977-1997)

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

Fonte: Levantamento de dados dos diários de campo do Irmão Vicente Cãnas, relatórios anuais dos indigenistas e documentação da OPAN.

Em 1995, a OPAN realiza um convênio com a FNS para financiamento do Projeto de Saúde Enawene-Nawe, com os seguintes objetivos:

01 - Supervisão dos registros de saúde, controle de material, orientação de pessoal, vacinação semestral.

02 - Diagnóstico geral de saúde, busca ativa de casos de doenças transmissíveis.

03 - Diagnóstico da situação de saúde bucal e prevenção de cáries.

04 - Acompanhamento e avaliação da execução do projeto pela coordenação e assessoria.

A execução desse projeto consistiu em três viagens a campo nos seguintes períodos: 16 de julho a 01 e agosto de 1995; 04 a 18 de janeiro de 1996 e 18 de julho a 01 de agosto de 1997, de uma equipe de saúde composta de: médicos, dentista e nutricionista. A continuidade das ações de saúde como vacinação, higienização dos dentes, registros de dados e remoções para tratamento, era garantida pela equipe de indigenistas da OPAN que permaneciam na área, num esquema de convivência com o grupo.

Com os resultados do inquérito epidemiológico de saúde bucal, verificou-se a dificuldade de atendimento da demanda odontológica com os recursos disponíveis do referido projeto. Neste mesmo ano, foi realizado um convênio com o PNUD, para controle da situação que era grave.

Em 1996, foi realizado um inquérito sorológico da população para investigação do surto febril ocorrido em julho de 1995, que provocou o óbito de quatro pessoas, com o apoio técnico do NESPI/FIOCRUZ.

Em 1997, foram realizados inquéritos de glicemia, de pressão arterial, antropométrico e parasitológico de fezes para maior precisão diagnóstica da situação geral de saúde da população, ainda com o apoio técnico do NESPI/FIOCRUZ.

No Programa Trienal de Saúde Enawene-Nawe (1996-1998), a fim de assegurar as condições mínimas necessárias para a preservação da cultura e o bem estar da população, foram previstos os seguintes objetivos:

"- Continuidade no atendimento rotineiro à saúde.

- Continuidade do programa de ação preventiva de saúde oral

- Manutenção dos registros sobre a situação de saúde-doença, notificando os casos de morbidade e mortalidade.

- Continuidade do programa de cobertura vacinal

- Continuidade no acompanhamento à gestante e à primeira infância

- Remoção, encaminhamento e acompanhamento dos casos graves, impossíveis de serem tratados na aldeia, aos centros especializados em Brasnorte, Cuiabá e Ceres/GO."

As ações desenvolvidas pela MIA, nos primeiros dez anos de contato e pela OPAN, nos últimos dez anos, têm sido basicamente de "Atenção Primária à Saúde" incluindo a promoção da educação em saúde, garantia da nutrição apropriada e dos recursos naturais, a saúde materno-infantil, a imunização, a prevenção de doenças endêmicas , o tratamento de doenças e lesões comuns e o fornecimento de medicamentos segundo as necessidades básicas do grupo, os recursos e finalidades institucionais, ou seja, a autonomia dos povos indígenas. Essas ações foram preconizadas dentre os oito princípios básicos da Conferência de Alma-Ata (OMS/UNICEF, 1978) (Quadro 18).

1 - Práticas Educativas em Saúde:

As informações sobre a prevenção e controle dos principais problemas de saúde como malária, gripe, arbovirose e tratamento dos casos clínicos têm sido transmitidas aos Enawene-Nawe pelos indigenistas. Ainda não há formação de agentes indígenas de saúde devido à valorização do sistema tradicional de saúde, à relativa estabilidade epidemiológica, o uso da língua nativa e à estratégia de assistência através da convivência dos indigenistas com o grupo, que tem garantido as ações contínuas de atenção à saúde.

No caso da educação em saúde bucal foram introduzidos materiais de higienização em caráter experimental, para verificação da aceitação pelo grupo, através de discussões com a equipe indigenista e a comunidade que se mostrou receptiva. As atividades de prevenção têm sido desenvolvidas com o apoio da comunidade (Detogni, 1995).

Quadro 18: Ações primárias de saúde da Conferência de Alma-Ata e as ações de saúde do Projeto Enawene-Nawe

AÇÕES PRIMÁRIAS DE SAÚDE	PROJETO ENAWENE-NAWE
Educação em Saúde	Práticas educativas sobre a higienização dos dentes. Informações gerais sobre contaminação da gripe, malária e outras.
Nutrição Apropriada	Estímulo às práticas tradicionais de produção, distribuição e consumo dos alimentos
Água e Saneamento Básico	Manutenção da integridade do território tradicional
Saúde Materno - Infantil	Acompanhamento da gestação e de recém-nascidos
Imunização	Programa Vacinal de rotina no 1º . ano de vida. Vacinação Antí-amarílica e antí-hepatite B
Prevenção e Controle das Doenças (localmente endêmicas)	Gripe, malária, conjuntivite e cárie dental. Inquéritos clínicos e sorológicos.
Tratamento de Doenças e Lesões Comuns	Dermatoses, leishmaniose, causas externas
Promoção da Saúde Mental	Respeito à relação corpo - mente - cultura
Fornecimento de Medicamentos	Suprimento segundo recomendação médica

2 - Nutrição Apropriada, Água e Saneamento Básico

Até o momento não temos evidenciado o comprometimento da disponibilidade de alimentos e água na Área Indígena Enawene-Nawe, devido ao isolamento do grupo e a integridade do território tradicional, embora seja um desafio garantir a autonomia e qualidade de vida do grupo diante do investimento do Estado no desenvolvimento do noroeste mato-grossense, a urbanização de cidades pólos no interior, como Juína por

exemplo, e a especulação com terras. São necessárias articulações institucionais ao nível das esferas estadual e nacional num processo contínuo de conscientização da situação de risco a que estão expostas as populações indígenas e de politização na busca de alternativas viáveis para a autonomia e a sobrevivência étnica.

As deficiências nutricionais são verificadas com frequência em decorrência do contato interétnico. As mudanças sócio-culturais e econômicas têm resultado em problemas nutricionais, principalmente a desnutrição infantil. As sociedades indígenas são muito mais sensíveis que outras à introdução de novos hábitos alimentares por considerá-los superiores e precipitando assim a situação de dependência (Lightman, 1977)

3 - Saúde Materno - Infantil

A importância da atenção à saúde materno-infantil também tem sido enfatizada devido ao rápido crescimento da população Enawene-Nawe, com predominância da população de mulheres em idade fértil, crianças e adolescentes em sua maioria. Deve ser lembrado que após a menarca as mulheres estão aptas ao casamento. Há também maior frequência de mortes entre os recém-nascidos no grupo, devido à imprecisão sobre o diagnóstico que ocasionou esses óbitos, ao isolamento do grupo e às características culturais que inviabilizam o exame ginecológico e de recém-nascido é necessário uma melhor compreensão do comportamento na gestação, parto e puerpério. A equipe de indigenistas têm sido orientada quanto ao acompanhamento do desenvolvimento da gestação e do esquema de vacinação anti-tetânica.

Em saúde pública, a importância de se tratar o grupo materno-infantil de maneira distinta, deve-se às suas elevadas taxas de morbidade e mortalidade, frequentemente por problemas preveníveis, e pela demanda efetiva que apresenta junto aos serviços de saúde.

Os principais problemas relacionados ao recém-nascido nas sociedades modernas são a anoxia neonatal, o baixo peso ao nascer, o tétano neonatal, infecções congênitas. Nos períodos pós-neonatal e até aos 5 anos (pré-escolar) são a diarréia infantil, as infecções respiratórias agudas, as doenças preveníveis por imunização, a desnutrição infantil, as parasitoses intestinais e o atraso psicomotor. No período de 5 a 14 anos

(escolar) são a febre reumática, os déficits visual e auditivo, a cárie dental (Correia & McAuliffe, 1995).

O aumento populacional é uma expectativa do grupo, que se refere à existência de uma população maior, até mesmo com mais uma aldeia, e que a redução populacional ocorreu no passado devido às fugas dos conflitos intertribais com os Erikbatsa e Cinta Larga.

4 - Imunização

A primeira vacinação dos Enawene-Nawe foi realizada com o apoio da FUNAI, em 1980; a vacina introduzida foi a SABIN. Em 1981, foi introduzida a BCG. Em 1985, a tríplice e sarampo; em 1988 a anti-tetânica; em 1995 a febre amarela e anti-hepatite B. No levantamento das vacinas aplicadas no grupo a partir de 1989 até 1997 (anexo 13), encontramos os seguintes resultados, nos registros das fichas clínicas individuais:

VACINAS	Pop. Vacinada (%)
SABIN	86,7
DPT	89,4
TT	99,2
BCG	98,0
SARAMPO	94,1
F. AMARELA	96,0
HEPATITE B	95,7

Esses resultados são excelentes, considerando-se que os registros de vacinação foram realizados a partir de 1989. No caso da vacinação BCG, por exemplo, embora tenha sido encontrado nos registros uma cobertura de 98,0 % podemos observar que todos os Enawene-Nawe têm cicatriz vacinal, o que deve ser levado em conta devido à falta de registros das primeiras vacinações. O mesmo pode ter ocorrido com a SABIN, a DPT e o sarampo. Estas imunizações têm garantido a prevenção de doenças epidêmicas como o sarampo e a tuberculose que têm provocado depopulações e dizimado vários grupos indígenas no decorrer do contato.

Atualmente, os indigenistas da OPAN têm implementado esforços para atingir a cobertura vacinal de 100% da população através de um Programa de Imunização, com o apoio da SMS - Brasnorte e da FNS-MT.

A imunização contra as principais doenças infecciosas tem sido apoiada pela OMS, desde 1974, antes mesmo de erradicar a varíola no mundo. Em sua meta de "Saúde para Todos no Ano 2000" insere, em 1982, como atividade fundamental, a vacinação de todas as crianças e das gestantes com um esquema mínimo, o Programa Ampliado de Imunizações (PAI), cujo objetivo é o controle de seis doenças, no mínimo: sarampo, poliomielite, tétano, coqueluche, difteria e tuberculose.

No Brasil, em 1973, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Imunizações (PNI). Em princípio, as ações eram orientadas em sentido vertical com programas especiais para erradicação da varíola, controle da tuberculose e da poliomielite, quase sempre isolados por iniciativas de governos estaduais. A partir de 1975, com a criação de legislação específica sobre imunizações, Lei n. 6.259, de 30 de outubro de 1975, procurou-se imprimir maior agilidade ao PNI, visando o controle das doenças transmissíveis: poliomielite, sarampo, difteria, tétano, coqueluche, tuberculose, mediante a imunização da população exposta a estas doenças, tendo ainda, como objetivo, coordenar a utilização e o suprimento de alguns imunobiológicos indicados em situações especiais ou em grupos populacionais específicos (Santos, 1995).

5 - Prevenção e Controle das Doenças Endêmicas

As principais doenças endêmicas entre os Enawene-Nawe são a malária, os surtos febris e a cárie dental. Na prevenção e controle da malária tem sido utilizada a borrifação e a leitura de lâminas para diagnóstico e tratamento. No caso da cárie dental, as primeiras ações foram as extrações e confecção de dentaduras. Para o esclarecimento dos surtos febris têm sido realizados inquéritos sorológicos.

Nos últimos anos verificamos um grande avanço na abordagem do problema da cárie dental que afeta gravemente o grupo, entretanto, ainda não foi encontrada uma solução eficaz. As visitas odontológicas têm sido mais freqüentes mas, ainda assim, pontuais. O ponto positivo é o envolvimento da equipe indigenista que tem procurado

alternativas para seu controle através da aplicação de flúor e conscientização da população para a higienização dos dentes.

Mas, a questão da cárie dental é mesmo complexa. No Brasil é considerada como um dos problemas carenciais que merecem destaque pela sua expressão epidemiológica. Cerca de 2/3 dos casos de cáries resultam de baixa concentração de flúor nas águas de abastecimento público, apesar do compromisso assumido no Plano Decenal de Saúde para as Américas de instalar a fluoretação da água em todas as cidades com mais de 50.000 habitantes, até o ano 1980, pouco foi realizado neste sentido (Batista Filho, 1995).

No caso das populações indígenas, devido ao isolamento e às condições de habitação, é necessário repensar estratégias adequadas à situação de contato do grupo, de maneira a garantir as ações de profilaxia e tratamento, assim como a continuidade das ações. Para Pose (1993:151) a atenção odontológica às populações indígenas deve inserir-se nas políticas de saúde bucal como responsabilidade do setor público.

A definição das prioridades deve ser discutida nos grupos, sendo importante considerar as prioridades definidas para o restante da população brasileira: cobertura assistencial às crianças de 6 a 12 anos; prevenção das doenças, com ênfase na cárie dental, em toda população; ações de educação em saúde bucal e prestação de cuidados emergenciais a toda comunidade (Pose, 1993).

Na prevenção e controle da malária, apesar da borrifação ser o método preconizado pelo Ministério da Saúde, o mesmo não considera as particularidades das áreas indígenas. A importância do principal vetor da malária no Brasil (*Anopheles darlingi*) pode ser avaliada na localidade investigada e, ao mesmo tempo, podemos detectar outras espécies do gênero *Anopheles* com importância epidemiológica na transmissão da malária, através do conhecimento das espécies predominantes. A investigação dos ambientes onde os mosquitos podem ser encontrados deve levar em consideração aqueles locais mais freqüentados pela população. Geralmente, o estudo pode ser feito no ambiente intradomiciliar, peridomiciliar e extradomiciliar (Ianelli, 1997 a b).

O comportamento exofílico e exofágico do mosquito *An. Darlingi,* permanecendo e picando os indíviduos fora das casas pode ocorrer pelas características, entre outras, da

arquitetura da casa indígena (escura, sem janelas, enfumaçada, etc.) e da adaptação à pressão do uso de inseticidas dentro das casas. Nas aldeias indígenas o *An. darlingi* pode ser encontrado predominantemente nos regatos utilizados pela população para o banho e para a coleta de água. Neste caso, a borrifação intradomiciliar de inseticidas é uma medida pouco eficaz e de baixo custo/ benefício (Ianelli, 1997 ab).

O estudo entomológico poderia avaliar os períodos do ano com maior procriação de vetores. Geralmente a transmissão da malária ocorre com maior intensidade nos períodos de início e final das chuvas. Nestes períodos há a multiplicação dos criadouros. O período da seca diminui o número de criadouros e o período das chuvas dificulta a manutenção de criadouros pois as enxurradas costumam dispersar e inviabilizar o desenvolvimento das larvas e dos mosquitos. Estas situações também dependem de outros fatores como as características geográficas da região.O controle da malária também pode ser feito eliminando os reservatórios de água que funcionam como criadouros ou, eliminando as formas larvárias destes locais (Ianelli, 1997ab).

Os Enawene-Nawe visitam as áreas indígenas dos Nambikwara e dos Erikbaktsa e os índios adultos estariam adquirindo a malária nestes locais. Confirmando esta hipótese, o controle da malária deve ser mais abrangente. Neste caso, é preciso fazer gestões junto à FUNAI e à FNS para que o controle seja feito a partir do foco de origem, ou seja, a partir dos Nambikwara e dos Erikbaktsa. Uma segunda medida paliativa é fazer o exame da gota espessa obrigatório em todos os indivíduos que chegam destas outras áreas indígenas.

Os inquéritos sorológicos para esclarecimento dos surtos febris que têm levado os Enawene-Nawe à morte tem apenas evidenciado que podem ser devido às arboviroses (Rosa, 1989 e 1996). A precisão diagnóstica depende de exames especializados de difícil realização, como necrópsias, e de estudos entomológicos, para compreensão do comportamento e infecção dos mosquitos transmissores e possíveis reservatórios animais dos arbovírus.

No Programa Trienal do Projeto Enawene-Nawe (1998-2001) estão previstas as seguintes ações para o programa de saúde:

"a) Repasse das noções básicas de educação em saúde, de tratamento preventivo e curativo; através de diálogo e de aulas com temas específicos.

b) *Procurar conhecer e incentivar os métodos tradicionais de prevenção e cura. Fazer uso de plantas de outras culturas através do diálogo, diminuindo o uso de medicamentos alopáticos.*

c) *Dar continuidade ao programa de imunização*

d) *Dar continuidade ao controle da malária na área Enawene-Nawe, bem como das áreas vizinhas.*

e) *Garantir o tratamento emergencial e primário na própria aldeia.*

f) *Sistematizar periodicamente os registros sobre saúde, que inclui anotações nas fichas individuais, inclusive nascimentos e óbitos.*

g) *Acompanhamento às gestantes e à primeira infância*

h) *Promover a reciclagem da equipe de saúde nos setores assistenciais, preventivo e clínico.*

i) *Visitas médicas à área a cada trimestre para exames clínicos e avaliação do estado geral de saúde e do trabalho.*

j) *Continuidade de aplicação mensal de flúor. Incentivo diário à escovação nas faixas etárias de três e quatorze anos. Visitas odontológicas semestrais.*

k) *Acompanhamento nas saídas emergenciais para tratamento de saúde.*

l) *Garantir o tratamento de verminose a cada semestre."*

Além desses objetivos o Projeto Enawene-Nawe (OPAN) tem como perspectivas futuras o conhecimento sobre os componentes materiais e imateriais do modelo nativo do corpo, os agentes etiológicos causadores das enfermidades e a atuação dos agentes humanos envolvidos na questão saúde-doença: os baraitare/lo (fitoterapeutas), honaitare/lo (benzedores), sotairi/loti (xamãs) e iholalare/lo (feiticeiros), a fim de promover uma maior integração entre as ações dos sistemas de saúde ocidental e tradicional.

5.2 - Ações de Saúde no Indigenismo Oficial:

O Programa Waimiri - Atroari

As estratégias de contato e intervenção adotadas pelo indigenismo alternativo se opõem às estratégias adotadas pelo indigenismo oficial. Roberto Cardoso de Oliveira (1978) na publicação "Sociologia do Brasil Indígena", analisou diversas situações no processo de contato interétnico. Na avaliação do papel que os Postos de Serviço de Proteção ao Índio - FUNAI desempenhou no processo de incorporação da população indígena à sociedade brasileira, constatou-se que essa proteção foi direcionada à terra e ação policial, não proporcionando uma assistência econômica, sanitária ou educacional satisfatória.

No decorrer do tempo, essas ações, apesar de serem reestruturadas em suas bases, seguiram os ideais integrativos e uma política de assimilação. Se, por um lado gerou uma resistência dos povos indígenas à incorporação à sociedade nacional, expressadas de diferentes formas - quer na luta pela demarcação de terras e defesa do território, quer por mecanismos de redução populacional, quer por resgate da sua tradição cultural, - por outro lado, o indigenismo oficial também assumiu novas formas, como no caso dos Waimiri - Atroari. A comparação entre as estratégias adotadas no contato com os Enawene-Nawe e os Waimiri-Atroari atualizam a discussão sobre as ações de saúde no campo indigenista (Quadro 19).

Os Waimiri-Atroari eram conhecidos como Crichanás, quando segmentos expansionistas da sociedade envolvente brasileira travaram contato com eles a partir do século XIX. No início dos contatos, uma estimativa da população foi de seis mil pessoas e uma outra, em torno de duas mil. A cobiça dos colonizadores desencadeou um contato quase sempre belicoso, inclusive, com o apoio de forças militares coloniais, sendo considerados como um empecilho à exploração das riquezas do território que ocupavam; por isso foram dizimadas várias aldeias por expedições militares ou por matadores profissionais.

O primeiro contato amistoso foi mantido por volta de 1870, por intermédio do etnógrafo e botânico João Barbosa Rodrigues. Na década de 1960 iniciaram-se os trabalhos de frentes de atração e contato da FUNAI, desencadeando-se um processo de contato vertiginoso devido às políticas desenvolvimentistas de integração nacional. A

intensificação do contato com a sociedade nacional, acarretou-lhes consequências dramáticas em termos de depopulação, por choques armados e surtos epidêmicos de origem exógena, ocasionando desorganização social em várias de suas aldeias; os sobreviventes eram, em sua maioria, crianças e adolescentes (Baines, 1994a). A numerosa documentação existente sobre o processo de contato contrastava com a inexistência de material etnográfico até 1987 (Silva, 1993 a).

A política indigenista oficial caracterizou-se pela ampliação da infra-estrutura na área indígena, o aumento de controle sobre os índios, a promoção de lideranças indígenas como porta-vozes da FUNAI e das empresas que avançaram em seus territórios e a proibição do acesso a etnólogos e missionários. Estas medidas representam um caso extremo de subordinação de uma população indígena aos interesses desenvolvimentistas internacionais e nacionais, definido por Baines (1993a) como "indigenismo empresarial".

Em suas terras foram desenvolvidos três grandes empreendimentos: a rodovia BR 174, concluída em 1977; a instalação do Projeto Pitinga, de extração de casseterita e esbulhos das terras; e, a construção da hidrelétrica Balbina, concluída em 1987. A partir da construção da rodovia BR-174 e a implantação da Frente de Atração Waimiri-Atroari (FAWA) foram reduzidos de cerca de 600 a 1000 ao ponto mais baixo de 332 sobreviventes, principalmente em consequência das epidemias, seguido de uma rápida recuperação (Baines, 1993b).

A ELETRONORTE, em decorrência dos impactos sócio-ambientais do reservatório de 30 mil hectares construído na área indígena, financiou a demarcação do território Waimiri-Atroari, em 1977 e a implantação do Programa Waimiri-Atroari (PWA), em 1988, com ações nas área de administração, saúde, educação, meio-ambiente, apoio à produção, documentação e memória. Hoje, contam com 706 pessoas e um estado de saúde garantido com o financiamento da ELETRONORTE (PWA, 1993).

Quadro 19: Comparação entre as ações e estratégias desenvolvidas entre os Enawene-Nawe e os Waimiri-Atroari

	ENAWENE - NAWE	WAIMIRI - ATROARI
LOCALIZAÇÃO	Bacia do rio Juruena - MT	Bacia do rio Branco - AM
PRIMEIROS CONTATOS	Século XX (evidências da existência do grupo na região desde a década de 40)	Século XIX (1870)
CONFLITOS E VIOLÊNCIAS	Não foram perseguidos	Perseguições Atuação das forças armadas coloniais
EFETIVAÇÃO DO CONTATO	1974	1960
AGENTES DO CONTATO	Missão Anchieta (MIA)	Serviço de Proteção aos Índios (SPI)
ESTRATÉGIAS DE CONTATO	convivência pacífica	integração acelerada
EPIDEMIAS PÓS-CONTATO	Gripe, malária e surtos febris	sarampo, malária e gripe
DINÂMICA POPULACIONAL	aumento populacional. 50% em 10 anos (1974-1984) aceleração do crescimento	redução populacional 50% em 10 anos (1973-1983) aumento a partir de 1989
INÍCIO DA ASSISTENCIA	1974	1973
PROMOTORES DA SAÚDE	MIA OPAN FNS (convênio OPAN)	FUNAI ELETRONORTE
INTEGRIDADE TERRITORIAL	Recuperada e mantida através da demarcação do território tradicional	Perda do território tradicional em 68% com a construção de estrada e da hidréletrica, e extração de cassiterita
MUDANÇAS CULTURAIS	tradições mantidas por auto-determinação do grupo	resgate cultural imposto pela administração indigenista

Fonte: Documentos da OPAN, PWA (1993), Baines (1992, 1993, 1994 e 1995), Silva (1993), Espinola (1995).

No período de 1987 a 1993 foram gastos U$ 3.060.909,36 deste total U$ 263.108,39 foram referentes aos gastos em 1993 com pessoal, material de consumo, serviços de terceiros, equipamentos, obras e construções. As atividades do sub-programa de saúde consistiram em imunização; monitoramento da demografia, nascimentos e óbitos; controle da malária; prevenção e controle do cólera; controle de enteroparasitos;

saúde bucal; atendimento primário à saúde; atendimento secundário e terciário à saúde; estudo da medicina tradicional; avaliação dos custos e benefícios; e, participação em eventos (PWA, 1993)

Os resultados das ações de saúde no período 1987-1993 foram o aumento da cobertura vacinal; o crescimento vegetativo em torno de 6% ao ano; a diminuição do coeficiente de natimortalidade de 111 para 50/1000; a diminuição do coeficiente de mortalidade geral de 24,6 para 6,7/1000 e de mortalidade infantil de 214,4 para 26,3/1000; diminuição da incidência de malária de 191 para 82 casos no ano; diminuição da prevalência de enteroparasitos de 90,8% para 75,9%. Na saúde bucal, apesar do aumento absoluto das restaurações e redução das exodontias, os objetivos ainda estão longe de serem alcançados havendo necessidade de investir mais esforços nas medidas preventivas. As causas mais frequentes de atendimentos foram em 40% devido às infecções respiratórias agudas, em 41,1% às causas externas (traumatismo e envenenamentos); 14,8% às doenças de pele e 11,7% às doenças diarreicas agudas; as remoções para tratamento aumentaram 30,9% em 1993 em relação ao ano anterior, indicando a necessidade de mais critérios na indicação das remoções e elevação da resolutividade dos postos de saúde por comprometer a sustentabilidade do programa de saúde (PWA, 1993).

A medicina ocidental é utilizada pela sua disponibilidade sem envolver custos ao paciente, nem interferindo na etiologia nativa pois não esperam a cura dos sintomas. A utilização dos tratamentos da biomedicina são seguidos sem problemas, entretanto, o mesmo não é verificado quanto às práticas preventivas que exigem mudanças de hábitos, como por exemplo, a escovação dos dentes e a ingesta de água filtrada que evidenciam a não aceitação da etiologia biomédica e dos seus pressupostos teóricos que legitimam a prática preventiva (Espínola, 1995)

Por outro lado, apesar dos bons resultados do PWA, a sua atuação reforça a situação de dependência do grupo à administração indigenista, reproduzindo novas formas de dominação, uma vez que as questões discutidas com o grupo não são as mais relevantes, pois o principal é decidido em Manaus. Este modelo de atendimento é um serviço imposto, planejado por uma equipe de técnicos e não envolve a comunidade (Espínola, 1995)

Na análise do processo histórico do contato interétnico entre os Waimiri-Atroari e os agentes de contato da sociedade nacional, Baines (1995) ressalta que a FAWA (Frente de Atração Waimiri-Atroari) incorpora todas as contradições de um indigenismo que visava "integrar" os Waimiri-Atroari à sociedade nacional e, ao mesmo tempo, "preservar as suas tradições".

Ao lado da imposição da obediência, destruindo toda a capacidade para autodeterminação, previsão e preparação para o futuro, os projetos da FAWA remodelavam violentamente a sociedade indígena, censurando seus costumes e substituindo-os por outros ensinados sob o padrão de como deveria *"ser índio",* definido por Baines (1995) como uma *"invenção social da etnicidade"*, diferentemente da construção da etnicidade presente nas reivindicações de garantia de acesso à terra dos povos indígenas do nordeste. Essas reivindicações são a fonte de sua mobilização política e base para uma recomposição e/ou elaboração étnica, resultante de "um jogo de pressões e alianças no campo de ação indigenista envolvendo instituições e ideologias além da FUNAI"[11].

Diante de uma nova situação, a pavimentação da BR 174, 125 Km no território Waimiri-Atroari, o Instituto Sócio-Ambiental (ISA) e a Documentação Indigenista Ambiental (DIA) têm apoiado a elaboração de um plano de Proteção Ambiental e Vigilância Territorial, com a intenção de atenuar os impactos sócio-ambientais que decorrerão do aumento do fluxo de veículos e o contato com a sociedade envolvente.

Verificamos que ao longo desses 20 anos de contato as intervenções em saúde do Projeto Enawene-Nawe e do Projeto Waimiri-Atroari têm baseado-se na vacinação, no controle de endemias, como a malária e as gripes, na atenção à saúde oral, no tratamento das verminoses e das outras doenças que afetam o grupo, garantindo o bom nível das condições de saúde. A implementação dessas ações, de certa forma, vem ao encontro aos pressupostos dos "Cuidados Primários de Saúde", preconizados pela reunião de Alma-Ata realizada na URSS em 1978:

[11] cit João Pacheco de Oliveira "A fronteira e a viabilidade do campesinato indígena" PPGAS/MN. 1979 e "A viagem de volta": reelaboração cultural e horizonte político dos povos indígenas no nordeste. Atlas das Terras Indígenas no Nordeste. RJ:MN/PETI. Pp v-viii. 1993

"Os cuidados primários de saúde estão voltados para os principais problemas de saúde da comunidade, assim proporcionando serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação. Por refletirem, e a partir dos mesmos evoluírem as condições econômicas e os valores sociais do país e de suas comunidades".

(OMS/UNICEF, 1978:28)

Entretanto, é importante ressaltar as diferenças fundamentais entre os dois modelos de intervenção quanto às estratégias de contato, que marcam as políticas indigenistas alternativa e oficial e a aplicação de recursos, que implicam na relação de autonomia e dependência das populações indígenas com as agências de contato e a sociedade envolvente.

Se, por um lado, o movimento indigenista procura alternativas nos setores progressistas do Estado para garantir os direitos de cidadania dos povos indígenas, num processo de conscientização e preparo para enfrentamento da luta pela sua autonomia, por outro, o indigenismo oficial ainda mantem-se atrelado ao entulho autoritário que lhe deu origem, através de ações verticalizadas que não viabilizam a participação das comunidades nas decisões que os afetam, atendendo aos interesses desenvolvimentistas.

No contexto da política indigenista de saúde, considerando-se que o desenvolvimento das ações tem baseado-se nos cuidados primários de saúde e que se verificam alguns desequilíbrios e distorções na sua implantação, as recomendações da nova política são reforçar a ação política em defesa da saúde; a proteção e promoção da saúde; o desenvolvimento do sistema de saúde, sua reforma e gestão; e combate à saúde precária (OMS, 1996).

Nas revisões sobre o Estatuto das Sociedades Indígenas as ações de saúde deveriam complementar as práticas da medicina indígena, serem assegurados os serviços de atenção primária de saúde, o acesso aos níveis secundário e terciário, e a integração do órgão oficial de assistência ao índio ao Sistema Único de Saúde (SUS).

VI - Saúde Indigena: Por um modelo de intervenção mínima

A garantia da atenção primária à saúde aos povos indígenas tem sido discutida em fóruns internacionais (Lightman, 1977; OIT, 1989 e OPS, 1993) num esforço de viabilizar o acesso aos serviços de saúde, a participação da população nas decisões e o respeito à diferenciação étnica.

No simpósio sobre "Saúde e Doença em Sociedades Tribais", realizado em Amsterdã, Lightman (1977) apresentando as responsabilidades de intervenção em sociedades isoladas, considerou que depois da assistência médica urgente dos primeiros contatos, um programa de saúde deve ser elaborado baseado na associação da auto-confiança, nutrição adequada, propriedade da terra, direitos legais, educação e conscientização étnica. Somente considerando estes fatores será possível consolidar uma intervenção médica.

Há cinco princípios básicos nos quais esta intervenção médica deve ser fundamentada:

1 - a intervenção médica deve ser desenvolvida no contexto da cultura local.

2 - deveria haver participação local nos programas de saúde, inclusive com o envolvimento de curandeiros locais.

3 - os desejos e necessidades da comunidade deveriam ser monitorados.

4 - a organização deve ser de baixo para cima, os cuidados primários de saúde encaminhando para os níveis secundário e terciário.

5 - os cuidados primários de saúde devem dar a máxima cobertura à população.

Em 07 de junho de 1989, a Conferência Geral da Organização Internacional do Trabalho (OIT) foi convocada em Genebra observando as normas internacionais contidas na Convenção e na Recomendação sobre Populações Indígenas e Tribais de 1957 e a evolução dos Direitos Internacionais. Numerosos instrumentos internacionais sobre a prevenção da discriminação; reconhecendo as aspirações dos povos indígenas a exercerem o controle de suas próprias instituições e identidade étnica; as contribuições que têm a oferecer quanto à diversidade cultural, à harmonia social e ecológica da humanidade foram considerados.

Em sua 76$^{a.}$ sessão a OIT (1989) resolveu adotar a Convenção 169 sobre Povos Indígenas e Tribais, cujas disposições foram redigidas com a colaboração da ONU, OMS

e III (Instituto Indigenista Internacional) havendo o propósito de continuar a colaboração, a fim de promover e assegurar a sua aplicação. No setor de previdência social e saúde (parte V), determina:

> "*art. 24: Os regimes de previdência social deverão ser progressivamente estendidos aos povos em questão e ser a eles aplicados sem discriminação*
>
> *art. . 25:*
>
> *1 - Os governos deverão assegurar que serviços de saúde adequados sejam postos à disposição dos povos em questão, ou proporcionar-lhes recursos que os permita organizar e prestar tais serviços sob sua própria responsabilidade e controle, de maneira que possam gozar do mais alto nível de saúde física e mental possível.*
>
> *2 - Os serviços de saúde deverão ser na medida do possível, organizados à nível comunitário. Estes serviços deverão ser planejados e administrados em cooperação com os povos em questão, e deverão levar em conta suas condições econômicas, geográficas, sociais e culturais, bem como, seus métodos de prevenção, práticas curativas e medicamentos tradicionais.*
>
> *3 - O sistema de assistência à saúde deverá dar preferência à formação e ao emprego de pessoal de saúde das comunidades locais, e concentrar-se nos cuidados básicos de saúde, mantendo, ao mesmo tempo, vínculos estreitos com os demais níveis de assistência à saúde.*
>
> *4 - A prestação de tais serviços de saúde deverá ser coordenada com outras medidas sociais, econômicas e culturais no país".*

Nesta Convenção são reforçados os direitos à diferenciação étnica e à participação nas decisões que os afetem, o respeito à cultura tradicional, não devendo ser utilizado nenhum meio de força ou coação que viole esses direitos e liberdades, que já tinham sido recomendados em 1957.

A proposta de um modelo de intervenção na saúde indígena que garantisse esses direitos, foi discutida na I Conferência de Saúde das Populações Indígenas (I CNSPI), em 1986, no Brasil, surgindo das discussões do movimento indigenista, na busca de alternativas às ações intervencionistas da FUNAI. Sua atuação se dava em caráter assistencialista e pontual através de equipes volantes de saúde (EVS), com um número

básico de profissionais de diversas áreas. Esta estratégia foi baseada nas práticas de saúde das Unidades de Atendimento Especiais (UAE), que eram basicamente o controle da tuberculose, vacinação e remoções para tratamento de saúde, há quase 50 anos atrás.

Os cuidados básicos de saúde promovidos na maior parte dos programas de saúde desenvolvidos pelo governo e organizações não-governamentais no Brasil, podem ser caracterizados como *Atenção Primária de Saúde Seletiva* proposta por Wash & Warren (1979), devido à situação crítica de saúde e aos poucos recursos para alcançar as metas de "Saúde para Todos no Ano 2000" nos países em desenvolvimento. A APS seletiva foi apresentada como a racionalidade necessária para direcionar a prevenção e tratamento de algumas doenças que são responsáveis por grande parte da mortalidade e morbidade em áreas pouco desenvolvidas e para as quais existem intervenções de eficácia comprovada.

Esta proposta vem sendo criticada, e Rifkin & Walt (1986) por exemplo, referem-se à intenção de uma atenção para pobres e ao seu caráter vertical com intervenções médicas priorizadas pelos planejadores sem participação da comunidade nas decisões, como vem ocorrendo historicamente nas intervenções em saúde da política indigenista oficial.

As propostas da I CNSPI (1993) apontavam para o espaço democrático das diretrizes básicas do Sistema Único de Saúde, consolidado na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 e com a nova Constituição Brasileira em 1988. Os princípios básicos são o acesso universal e igualitário às ações e serviços, rede regionalizada e hierarquizada, a descentralização, atendimento integral e participação comunitária, surgindo daí, a proposta dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, conforme proposta.

O decreto 23 (1991), como ficou conhecido nas discussões sobre a política de saúde indígena, repassava a responsabilidade da atenção à saúde indígena aos auspícios da Fundação Nacional de Saúde (FNS), gerando grande resistência de adesão da FUNAI, em parte, devido à perda de recursos financeiros e autonomia no setor saúde. Para Viana (1994) a crise instalada na proposta de um sub-sistema de saúde ameaçou os avanços institucionais; esta crise particular veio atrelada à crise político-institucional diante das políticas neo-liberais e o investimento no Estado mínimo, que repercutiu imediatamente sobre as estruturas administrativas públicas, incluindo a FUNAI e a FNS (Viana, 1994).

Em 1993, a II CNSPI reforça as propostas da I CNSPI e, a partir daí, são criados os Núcleos Interinstitucionais de Saúde Indígena (NISI) na FNS, com o objetivo de implantar os DSEI. Enquanto a FNS e a FUNAI disputam o controle e a administração dos recursos e dos serviços de atenção à saúde indígena, mantêm-se as investidas contra os interesses dos povos indígenas por parte de latifundiários, empresas mineradoras, garimpeiros, além das dificuldades no Sistema Único de Saúde em escala nacional decorrentes dos interesses de grupos privados e suas influências nos poderes Executivo e Legislativo (Viana, 1994).

Os entraves para implantação do novo modelo de saúde para as populações indígenas envolveram dificuldades de caráter político, técnico e administrativo que vêm sendo superadas aos poucos no decorrer das discussões interinstitucionais, como por exemplo:

1 - a busca de alternativas às estratégias de saúde da FUNAI se deu no interior do movimento indigenista, nas alianças com os setores da saúde.

2 - as reivindicações de mudanças na atenção à saúde indígena eram alheias aos profissionais de saúde da FNS, que não tinham experiência com a questão.

3 - as mudanças na responsabilidade da saúde indígena de um órgão público para outro envolveu discussões burocráticas no interior do aparelho do Estado, agravadas pela política neo-liberal.

A nível federal a Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI) vem encaminhando recomendações ao Conselho Nacional de Saúde no sentido de superar esses entraves e viabilizar a implantação dos DSEIs no âmbito do SUS.

Em 1994, o Decreto Lei No. 23 foi revogado pelo Decreto Lei No. 1141 complementado pela resolução no. 02, as ações preventivas, permanecem com a FNS e as de caráter assistencial passam à FUNAI. Estas mudanças ocorrem devido às pressões da FUNAI, num esforço de não perder a autonomia financeira/orçamentária sobre as intervenções na saúde indígena, remanejando o poder da estrutura central para implantação de um "Modelo de Atenção Integral à Saúde do Índio" através de Programas Integrais de Atenção à Saúde do Índio (PIASIs), numa tentativa de deslegitimar os NISIs, que eram espaços de parcerias entre instituições governamentais, organizações

não-governamentais e representantes dos povos indígenas como propulsores dos DSEIs (Viana, 1994).

Na ocasião, a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI) se manifestou criticamente quanto ao modelo de intervenção baseado nos PIASIs, este deveria ser entendido como um início do processo de distritalização proposto nas conferências nacionais de saúde e que o primeiro passo deveria ser a constituição dos Conselhos Locais de Saúde do Índio (CLSI).

Entretanto, a proposta oriunda das conferências nacionais de saúde do índio, de implantação dos DSEI como modelos diferenciados de atenção à saúde indígena implica também numa mudança na lógica de intervenção da política indigenista oficial, especificamente visando a redução da situação de dependência do grupo, possibilitando que possam reaver sua autonomia em suas *elaborações políticas e ideológicas*[12] através do controle social das ações a serem implementadas, que se daria a nível dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena.

Esta proposta de mudança na lógica da intervenção não encontrou espaço nas finalidades institucionais da FUNAI, apesar das iniciativas e participação do pessoal de saúde. Pelo contrário, o que se observa, como no caso dos Waimiri-Atroari, é que o indigenismo oficial corre o risco de asssumir novas faces diante dos interesses desenvolvimentistas da política neo-liberal, se não houver um processo de conscientização e politização da instituição na defesa dos interesses públicos.

Por outro lado, a proposição de um Sistema Único de Saúde para a população brasileira, fazia parte de 20 anos de um processo de lutas e transformações no setor saúde (Fleury, 1994), ao qual se aliou o movimento indigenista e as reivindicações pelo direito à cidadania dos povos indígenas.

Neste contexto, em Mato Grosso, a proposta de implantação dos DSEIs foi mantida no interior do movimento indigenista, agora articulado a níveis centrais de decisão do Estado, como a Secretaria Estadual de Saúde e a Secretaria de Planejamento, promovendo discussões e ações para o seu avanço, inclusive com o apoio do pessoal de

[12] Oliveira Filho, J. P. 1987 referindo-se as características do modelo indigenista utilizado no projeto Tikuna

saúde da FUNAI, já com experiências de conselhos distritais bem sucedida, como em Tangará da Serra.

No 1º. Seminário sobre povos indígenas em Brasnorte - MT (1997), promovido pela Secretaria Municipal de Educação Cultura e Desportos, a OPAN e o CIMI, foram destacadas entre as maiores dificuldades encontradas na saúde indígena: a ausência de uma política adequada, a falta de capacitação dos agentes indígenas de saúde, a falta de infra-estrutura (viaturas, medicamentos, etc), o pouco uso da medicina tradicional, a ausência de referência a cada cultura, a falta de recursos humanos, entre outras.

A FNS, por sua vez, vem desenvolvendo as ações que lhe couberam, com o Decreto 1141 e a Resolução No. 2, como órgão executor em saúde pública: a imunização, o controle de endemias, a formação de recursos humanos, o saneamento básico e programas especiais (DST/AIDS, Tuberculose, etc.) através de parcerias com as instituições prestadoras de assistência à saúde indígena, instituições de pesquisa e universidades (FNS, 1996). A articulação dessas parcerias viabilizou um investimento em diagnósticos de saúde como subsídios aos programas de intervenção e controle das doenças, principalmente com o apoio dado à capacitação de pessoal na compreensão da diferenciação étnico-cultural, da política de saúde e dos perfis epidemiológicos das populações indígenas.

Mas, ainda é necessário avançar nas propostas do modelo de intervenção, no que diz respeito à interação de um sistema pluralístico de atenção à saúde indígena com a valorização do sistema médico tradicional e a participação da comunidade, conforme as recomendações da Conferência de Alma-Ata (OMS/UNICEF,1978), da OIT (1989) e a reunião de trabalho sobre povos indígenas e saúde, realizada em Winnipeg (1993):

> *"El desarrollo de proyectos y programas de salud en comunidades indígenas se basará en la utilización máxima y apropriada de recursos locales y en la participación sistemática y activa de la población en el proceso de planificación, ejecución y evaluación de los mismos. La OPS y los gobiernos miembros deberían asegurar que en la ejecución de programas y proyetos de salud en los pueblos indígenas, se establezca la cordinación directa com las comunidades indígenas y organizaciones de base. Dichos*

programas deberán contribuir al fortalecimiento del auto-gobierno y autonomía de los pueblos indígenas"

(OPS, 1993)

Nesta lógica, devido às diferenças étnicas e a situação de contato interétnico, teríamos um sistema de saúde específico com diferentes níveis de intervenção e seleção de prioridades com a participação da comunidade, como por exemplo um "Sistema de Saúde Enawene-Nawe'. No qual as intervenções em saúde já são determinadas pelas necessidades, solicitação e aceitação do grupo, podendo ser caracterizada como uma "intervenção mínima". Entretanto, não é esta a situação da grande maioria das populações indígenas no Brasil, sendo necessária a revalorização das suas práticas tradicionais e a determinação de novas diretrizes na intervenção em saúde.

Na II CNSPI (1993) uma das diretrizes para a garantia do respeito aos sistemas tradicionais de saúde é a criação de um grupo de trabalho paritário para acompanhamento da coexistência dos dois sistemas médicos, o tradicional e o ocidental, dentro de cada distrito sanitário. Essa proposta de um sistema médico pluralístico implica numa perspectiva interdisciplinar, ampliando o marco de referência teórico-prático entre a epidemiologia e a antropologia, como vem ocorrendo nas intervenções em saúde em alguns países (Mc Dermott & cols, 1960; Kroeger, 1982; Garre & Young, 1983; Wirsing, 1985; Gutiérrez & cols, 1988; Zambrano & Lizaraso, 1991)

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

As medicinas tradicionais são aquelas que não fazem parte da medicina hegemônica como: a Indígena, a Galênica, a Homeopatia, a Ayurvédica, a Chinesa, etc. Por outro lado, podem ser hegemônicas dentro do seu contexto de origem como a Ayurvédica, na Índia e a Acunputura, na China (Bannerman & cols, 1983, Page, 1995, Luz, 1996).

No nosso contexto, as medicinas tradicionais são denominadas, dependendo de sua origem, medicinas alternativas ou medicina popular. O conceito de medicina tradicional se traduz por aquelas práticas médicas que têm sua origem no país ou na região que surgiram antes da colonização ou inerentes à origem de algum grupo, mesmo que tenham incorporado elementos conceituais médicos e terapêuticos das diferentes sociedades que os tenham dominado (Page, 1995)

O conhecimento sobre o sistema de saúde tradicional e a verificação de sua eficácia tem por objetivo favorecer a adequação das ações de saúde a serem implementadas, de maneira a estabelecer os recursos necessários à melhoria da situação de saúde, além de buscar alternativas com a participação da comunidade para a resolução dos seus problemas.

Desta forma, conhecendo o perfil epidemiológico das populações e os recursos locais que possuem para seu controle e tratamento, as possibilidades de intervenção sobre os problemas de saúde com os recursos da medicina moderna deveriam ser discutidos com a comunidade, tendo prioridade as ações da atenção primária de saúde e a organização de um sistema de referência e contra-referência para atendimento dos casos mais graves, a nível secundário e terciário, no âmbito do SUS , através dos DSEI.

Para adequação das necessidades da população, devemos adotar uma organização local dos serviços na intenção de combinar tecnologias para solucionar os problemas de saúde. Assim, além de atender a demanda espontânea, é possível remeter os pacientes aos programas específicos de saúde, quando necessário (OPS/OMS, 1996).

Nos princípios básicos para o sucesso na atenção primária de saúde, a política concomitante para a equidade social foi citada por Morley & cols (1983), junto à participação comunitária e à adequação tecnológica da intervenção. No programa geral de trabalho da OMS (1994) para o período 1996-2001 o acesso equitativo aos serviços de saúde está entre as orientações de políticas de ação mundial, além da integração do desenvolvimento sanitário e humano das políticas públicas, da promoção e proteção da saúde e da prevenção e controle de problemas sanitários concretos.

As ações da atenção primária à saúde adaptadas para as populações indígenas podem ser organizadas em: a) ações contínuas como as de caráter educativo, o controle de material, os registros de dados sobre nascimentos, óbitos e sintomatologias que

podem ser desenvolvidos por agentes indígenas de saúde, técnicos indigenistas ou missionários; b) ações temporárias desenvolvidas por pessoal especializado em saúde (médicos, enfermeiras, dentistas, nutricionistas) através de visitas periódicas, com exames clínicos, tratamentos dentários, vacinação, orientação, supervisão e análise de registros de dados; c) ações emergenciais, desencadeadas no caso de epidemias com necessidade imediata de médicos e enfermeiros em área ou agravamento de doenças e acidentes com necessidade de remoção no sistema de referência e contra-referência no DSEI (Quadro 20).

Por outro lado, o atendimento das populações indígenas, no sistema de referência e contra-referência no âmbito do DSEI-SUS, envolve a aceitação de tecnologias médicas modernas e, frequentemente, a solicitação de práticas tradicionais por parte dos pacientes indígenas, implicando na necessidade de relativização da biomedicina.

Quadro 20: Organização das ações básicas desenvolvidas na intervenção mínima em áreas indígenas

AÇÕES	ATIVIDADES	PESSOAL RESPONSÁVEL
Contínuas	Educativas Registros de dados Controle de material Tratamento sintomático	Agentes indígenas de saúde, técnicos indigenistas e missionários
Temporárias	Exames clínicos Vacinação Inquéritos Específicos Tratamentos dentários Orientação, supervisão e análise dos registros de dados	Médicos, Enfermeiros, Dentistas, Nutricionistas
Emergenciais	Controle das epidemias Remoções no caso de agravamento de doenças e acidentes	Médicos e Enfermeiros

No Brasil, na área de saúde coletiva, os estudos recentes sobre as racionalidades médicas e sua eficácia nos serviços de saúde (Luz, 1996; Camargo Jr. 1996) relativizam a imposição da biomedicina à outras medicinas tradicionais, como a chinesa, ayurvédica e a homeopatia. Para Luz (1996 e 1997) as racionalidades médicas são comparáveis em todas as suas dimensões teóricas, o que permite estabelecer critérios de verificação de eficácia adequados a essas racionalidades, sem o reducionismo habitual a uma realidade cultural dominante.

Para Luz (1996), a finalidade básica teórica e prática comum a todo sistema médico é restabelecer a saúde dos seres humanos ou combater as doenças que os afligem, desenvolvendo-se há milênios, em todas as culturas, sistemas terapêuticos apoiados em

saberes mágico-religiosos ou racionais. Seu exercício foi historicamente confiado a agentes específicos, socializados e treinados para o desempenho dessa função prestigiada, como nobre ou sagrada.

A racionalidade médica ocidental passou por cisões , que não afetaram outros sistemas médicos tradicionais, desde o classicismo grego, mas crescentemente com o capitalismo, como salientaram filósofos, historiadores e sociólogos como Max Weber. Desde o século XVI, o projeto epistemológico da medicina passou a produzir conhecimento sobre as doenças. O corpo do doente passou a ser examinado em partículas cada vez menores e dissociadas entre si, perdendo-se a integralidade individual viva (Camargo Jr. 1996).

Num estudo comparativo Luz (1966) também demonstra que as medicinas orientais não foram afetadas pelas cisões do sistema médico ocidental, na medida em que a arte de curar continuou a ser o elemento predominante de seu conhecimento. Por outro lado, são embasadas por cosmologias que postulam a integralidade do sujeito humano como constituída de aspectos psicobiológicos, sociais e espirituais. Nela a integração do homem e da natureza se dá numa perspectiva de macro e microuniverso, tal qual na medicina indígena. Na visão ocidental o espiritual é identificado com o místico, com toda a doutrina ligada à teologia judaico-cristã, contra a qual a ciência moderna posicionou-se desde o seu início.

Quanto à inclusão de "abordagens alternativas" no arsenal terapêutico na medicina ocidental atual, é na maioria das vezes, mera apropriação mecânica de aspectos terapêuticos que são parte de um sistema coerente e integrado, descontextualizado das racionalizadas médicas que se originam, com um consequente desprezo pelo seu significado filosófico (Luz, 1996), o que devemos considerar e evitar quando pensamos no sistema pluralístico médico para as populações indígenas.

VII - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta de um modelo de intervenção mínima em saúde para as populações indígenas consiste na utilização de um aparato necessário para garantir a atenção primária à saúde, considerando as recomendações da Conferência de Alma-Ata.

Essas recomendações adaptadas à diferenciação étnica dos povos indígenas consistem em práticas educativas sobre saúde, garantia da autonomia alimentar e condições ecológicas adequadas no território em que vivem, acompanhamento da gestação e do crescimento e desenvolvimento das crianças menores de 6 anos, cobertura vacinal da população, prevenção e controle das doenças endêmicas, diagnóstico e tratamento dos casos clínicos. A valorização do sistema tradicional de saúde e a participação do grupo nas decisões são fundamentais numa concepção de um sistema pluralístico médico.

Essas ações podem ser desenvolvidas de forma contínua, temporária ou emergencial através da articulação entre os prestadores de serviços de saúde e da racionalização dos recursos materiais e humanos. O espaço político desta proposta se encontra na implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) no âmbito do SUS, inclusive, na implementação de ações de vigilância epidemiológica e ambiental junto ao municípios em que se encontram os territórios indígenas.

A operacionalização deste modelo implica no reconhecimento das relações de interdependência com a sociedade envolvente, no conhecimento do perfil epidemiológico e em mudanças nas lógicas de intervenção de modo a permitir que os povos indígenas possam reafirmar sua autonomia étnico-cultural.

Referências Bibliográficas:

BAINES, S. G. 1992 ***A Política Indigenista Governamental e os Waimiri-Atroari: Administrações Indigenistas, Mineração de Estanho e a Construção de "Autodeterminação Indígena" Dirigida***. Série Antropologia 126. Brasília: ICH/UNB. 28 pags.

_____ 1993a ***O Território Waimiri-Atroari e o Indigenismo Empresarial.*** Série Antropologia 138. Brasília: ICH/UNB. 32 pags.

_____ 1993b ***Censuras e Memórias da Pacificação Waimiri-Atroari***. Série Antropologia 148. Brasília: ICH/UNB. 43 pags.

_____ 1994a ***Epidemics, the Waimiri-Atroari Indians and the Politics of Demography.*** Apresentado no Symposium "Epidemics and Interethnic Contact". Série Antropologia 163. Brasília:ICH/UNB. 38 pags.

_____ 1994b ***A Usina Hidrelétrica de Balbina e o Deslocamento Compulsório dos Waimiri-Atroari.*** Série Antropologia 162. Brasília: ICH/UNB. 16 pags

_____ 1995 ***Os Waimiri-Atroari e a Invenção Social da Etnicidade pelo Indigenismo Empresarial***. Série Antropologia 179. Brasília: ICH/UNB. 25 pags.

BANNERMAN, R. H. & Cols. 1983 ***Traditional Medicine and Health Care Coverage: A reader for health administrators and practioners.*** Geneva:WHO

BARTH, F. 1969 ***Introduction***. In : BARTH, F. (editor) ***Ethnic Groups and Boundaries***. Londres: George Allen & Unwin

BARRÉ, M. 1983 ***Ideologías Indigenistas y Movimentos Indios.*** 3a. ed. México: Siglo Veintuino Editores. 201-231

BARTH, F. 1983 ***Problems of Conceptualizing Cultural Pluralism, with ilustrations from Somar, Oman***. In ***The Prospects for Plural Societies***. American EthnologicalSociety. Ed. D. Maybury-Lewis

BASTOS, L. da R. & Cols 1995 ***Manual para a elaboração de projetos e Relatórios de Pesquisa, Teses, Dissertações e Monografias***. 4ª. ed. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan

BATALLA, G. B. 1987 ***La teoria del control cultural en lo estudio de procesos etnicos***. Revista Papeles de la Casa Chata 2 (3):23-43. CIESA. México.

BATISTA FILHO, M. 1994 ***Saúde e Nutrição***. In: ROUQUAYROL, M. Z. *Epidemiologia & Saúde*. 4ª edição. Rio de Janeiro: MEDSI365-382

BLACK, F. L. & Cols. 1974 ***Evidence for Persistence Infections Agents in Isolated Human Populations.*** American Journal of Epidemiology, 3: 230-250

_____ 1975 ***Infectious Diseases in Primitive Societies***. Science 187:515-518

_____ 1994 ***Infecção, Mortalidade e Populações Indígenas: Homogeneidade biológica com possível razão para tantas mortes.*** *In:* ***Saúde e Povos Indígenas*** (SANTOS, R. & COIMBRA JR., C orgs.). pp 63-90. Rio de Janeiro:FIOCRUZ

BLOCH & cols, 1993 ***Pressão Arterial, Glicemia Capilar e Medidas Antropométricas em uma População Yanomami.*** Cadernos de Saúde Pública, rio de Janeiro, 9 (4):428-438, out/dez

BONETO, VILELA & SÁ, 1993 ***Relatório de Saúde***. Cuiabá. OPAN. 12 pags

BUCHILLET, D. 1991 (org.) ***Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia.*** Contribuições científicas apresentadas no Encontro de Belém- 27 de novembro a 1 de dezembro de 1989). Pará:MPEG/CNPq/SCT/PR/CEJUP/UEP.

BUSATTO, I. 1995 ***Os Enawene-Nawe, Contato e Indigenismo.*** In OPAN/GERA-UFMT ***Relatório do Estudo das Potencialidades e do Manejo dos Recursos Naturais na A. I. Enawene-Nawe.*** Cuiabá.

CAMARGO, JR. 1996 ***Racionalidade Médicas: A medicina ocidental contemporânea.*** Série Estudos em Saúde Coletiva (65). Instituto de Medicina Social - UERJ

CÃNAS, V 1977 a 1987 ***Diários de Campo***. Mimeo. 742 pags.

CANESQUI, A M. 1994 ***Notas sobre a Produção Acadêmica de Antropologia e Saúde na Década de 80.*** In: ALVES, P. C. & MINAYO, M. C. S. ***Saúde e Doença: Um olhar antropológico.*** Rio de Janeiro: FIOCRUZ

CANESQUI, A. M. (ORG) 1995 ***Dilemas e Desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva***. São Paulo/Rio de Janeiro:Hucitec/Abrasco

CASSEL, J. & Cols 1959 ***Epidemiological Analysis of the Health Implications of Culture Change: a conceptual model***. Annals New York Academy of Sciences. 938-949

CASTELLANOS, P. L. 1987 ***Sobre el Concepto de Salud-Enfermedad; Un punto de vista epidemiológico.*** Taller Latino Americano de Medicina social. IV Congreso latino Americano y V congreso Mundial de medicina social. Medellin. Colombia

CASTELLANOS, P. L. 1994 ***A Epidemiologia e a Organização dos Serviços de Saúde.*** In: ROUQUAYROL, M. Z. ***Epidemiologia & Saúde***. 4ª edição. Rio de Janeiro: MEDSI. 477-485.

CASTIELL, L. D. 1994 ***O Buraco e o Avestruz. A singularidade do adoecer humano***. São Paulo:Papirus

CHAGAS, R. 1997 ***Relatório da I Oficina Pró-Organização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Propostas e Caminhos.*** Cuiabá:PNUD. Mimeo. 141 pags

CHAVES, S. 1996 ***Relatório de viagem a campo***. Projeto de Saúde Enawene-Nawe (OPAN/FNS). Rio de Janeiro: NESPI/ENSP/FIOCRUZ. 12 pags

CLASTRES, P. 1986 ***A Sociedade contra o Estado***. Pesqisas de Antropologia Política. 3a. ed. Rio de Janeiro:Francisco Alves

CICOUREL, A 1990 ***Teoria e Método em Pesquisa de Campo***. In: GUIMARÃES, A Z. ***Desvendando Máscaras Sociais***. 3ª. ed. Rio de janeiro: Livraria Francisco Alves Editora

COIMBRA JR. C. E. 1987 ***O Sarampo entre Sociedades Indígenas Brasileiras e Algumas Considerações sobre a Prática de Saúde Pública entre estas Populações***. Cadernos de Saúde Pública, 3:22-37.

COIMBRA JR. C. E. & SANTOS, R. V. 1991 ***Avaliação do Estado Nutricional num Contexto de Mudança Sócio-econômica: O Grupo indígena Suruí do Estado de Roraima, Brasil.*** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro. VII (4):538-562

CONFALONIERI, U. E. C., 1989 ***O Sistema Único de Saúde e as Populações Indígenas. Por uma Integração Diferenciada.*** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 5 (4):441-456.

CONFALONIERI, U. E. C., FERREIRA, L. F. & ARAÚJO, A. J. G. 1991 ***Intestinal Helmints in Lowland South American Indian Some evolutionary interpretation.*** HUMAN BIOLOGY, 63 (5):865-875.

CONFALONIERI, U.E.C. 1992 ***Health Care Delivery Models for Tribal Populations:The Situation of the Brazilian Indians***. Mimeo.17 pp.

CONFALONIERI U.E.C & COLS 1993 ***Saúde de Populações Indígenas. Uma Introdução para Profissionais de Saúde.*** FIOCRUZ/ENSP/PARES. pp. 9-25. Rio de Janeiro.

CONFALONIERI, U. E. C. (COORD.), 1994. **Amazon Health Report - Indigenous Peoples of Brazil.** Prepared by the organization MÉDICOS PELO AMBIENTE (MEPA) for the WORLD BANK with the cooperation of the following institutions: NESPI-FIOCRUZ/ISC-UFMT/FNS-DSY-AM. Rio de Janeiro.

CONTE, C. Q. 1990 ***Breve Histórico dos Conflitos e Invasões referentes à Área Indígena Salumã.*** Mimeo. Cuiabá:OPAN

CORREIA, L. L. & Mc AULIFFE, J. F. 1994 ***Saúde Materno-Infantil***. In: ROUQUAYROL, M. Z. ***Epidemiologia & Saúde.*** 4ª edição. Rio de Janeiro: MEDSI. 315-342

COSTA, M. H. F. & MALHANO, H. B. 1986 ***Habitação Indígena Brasileira*** in RIBEIRO, D. ***Suma Etnológica Brasileira***. Edição Atualizada do handbook of South American Indians. Tecnologia Indígena (Coord. RIBEIRO, B. G.). 2:27-94. Petrópolis: Vozes/FINEP.

COSTA JR., P. 1995 ***A Pesca na Sociedade Enawene-Nawe.*** In OPAN/GERA-UFMT Relatório do Estudo das Potencialidades e do Manejo dos Recursos Naturais na A. I. Enawene-Nawe. pp 101-149. Cuiabá.

COULON, A 1995 ***Etnometodologia.*** Petrópolis: Vozes

CTI/OPAN, 1995 ***Yãkwa: O Banquete dos Espíritos.*** vídeo

CUNHA, M. C. da 1986 ***Antropologia do Brasil: Mito, história e etnicidade.*** São Paulo:Brasiliense

_____ 1995 ***O Futuro da Questão Indígena.*** In: In LOPES DA SILVA, A & GRUPIONE, L. D. B. ***A Temática Indígena na escola: novos subsídios par professores de 1º. e 2º. graus*** . Brasília:MEC/MARI/UNESCO. 129-148

DETOGNI, A M. 1995 ***Relatório Final da Situação de Saúde Bucal do Grupo Indígena Enawene-Nawe - MT e Proposta para um Programa de Saúde Bucal para essa População.*** Cuiabá: PNUD/PRODEAGRO. 48 pags.

DUCHIADE, M. P. 1995 ***População Brasileira: um retrato em movimento***. In: MINAYO, M. C. de S. ***Os Muitos Brasis: Saúde e população na década de 80***. Rio de Janeiro:Hucitec/ABRASCO

DUFOUR, D. L., 1991. ***Diet and Nutricitional Status of Amerindians: A Review of the Literature.*** Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro. VII (4): 481-502.

DUFOUR, D. L. 1992 ***Nutritional Ecology in the Tropical Rain Forest of Amazônia.*** American Journal of Human Biology, 4: 209-222

DUFOUR, R. 1992a ***L'anthropie ouv la personne au centre du systemé de santé; contribution à l'élaboration d'un modèle opératoire de santé globale.*** Pp 180-199

EMERI, L. & MONSERRAT, R. 1989 ***A Conquista da Escrita***. OPAN. Cuiabá:Iluminurias. Pp 153-172

ERTHAL, R. M. C. 1992 ***As Ações de Saúde do Estado Brasileiro em Relação as Populações Indígenas de Contato Recente ou em Processo de Atração*** . Mimeo. 27 pp

ERTHAL, R. M. C. 1998 ***O Suicídio entre os Tikunas.*** Tese doutorado. ENSP/FIOCRUZ

ESPÍNOLA, C. V., 1995 ***O Sistema Médico Waimiri-Atroari: Concepções e Práticas***. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. Florianópolis:UFSC

FAGUNDES NETO, V.; BARUZZI, R. G.; WEHBA, J.; SILVESTRINI, W. S.; MORAIS, M. B. & CAINELLI, M., 1981. ***Observations of the Alto Xingu Indians (Central Brazil) with Special Reference to Nutritional Evaluation in Children.*** American Journal of Clinical Nutrition. 34:2229-2235.

FLEURY, S. 1994 ***Estado sem Cidadãos. Seguridade Social na América Latina***. Rio de Janeiro: FIOCRUZ

FLOWERS, N. 1994 ***Crise e Recuperação Demográfica: Os Xavantes de Pimentel Barbosa, Mato Grosso***. In: Santos, R. V. e Coimbra Jr., C. E. A ***Saúde e Povos Indígenas.*** Rio de Janeiro: FIOCRUZ

FNS, 1996 ***Relatório Síntese.*** Brasília: MS/FNS/DEOPE/COSAI.

FREITAS FILHO, A. S. , 1985. ***Estudo sobre o Estado Nutritivo dos Xavantes.*** Revista Brasileira de Medicina. Rio de Janeiro: 12 (8):565-567.

GAGE, T. B. 1985 ***Demographic Estimation from Anthropological Data: New Methods***. Current Anthropological. 26 (5): 644-647.

GARCIA, R. 1991. ***La Investigación Interdisciplinaria de Sistemas Complejos***. ***Projeto UNESCO-UNAM: Las Ciencias Sociales y la Formación Ambiental a Nível Universitário.*** México. mimeo.

GARRE, L. Y & YOUNG, J. C. 1983 ***Atencion de Salud en Minorias Etnicas Rurales. Algunas Observaciones Antropologicas.*** Boletin Oficina Panamericana. 95 (4):333-342

GOMES, A C. & GALATI, E. A B. 1989 ***Aspectos Ecológicos da Leishmaniose Tegumentar Americana.*** Revista Saúde Pública. São Paulo, 23 (2):136-42

GUGELMIN, S. 1997 ***Nutrição e Alocação de Tempo dos Xavante de Pimentel Barbosa, Mato Grosso: Um estudo em ecologia humana e mudanças. Dissertação de mestrado*** apresentada a ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro.

GUTIÉRREZ V., E. 1988 ***Antecedentes para la proposicion de un modelo de salud emergente.*** Cuad. Med. Soc. XXIX. 4:139-143

HERN, W. M. 1991 ***Health and Demography of Native Amazonians: Historiacal Perspective and Current Status***. Cadernos de Saúde Pública. Vol III. Número 4. Out/Dez. Rio de Janeiro:ENSP/FIOCRUZ

HIGA, N..T. & SILVA, C. J. 1995 ***Caracterização da área Indígena Enawene-Nawe.*** In OPAN/GERA-UFMT. ***Relatório do Estudo das Potencialidades e do Manejo dos Recursos Naturais na A. I. Enawene-Nawe.*** Cuiabá.

HÖKERBERG, Y. H. M. 1997 ***A Situação de Saúde dos Índios Kaigang do Rio Grande do Sul (1985-1995).*** Tese de Mestrado apresentada a Escola Nacional de Saúde Pública. FIOCRUZ. Rio de Janeiro

HURTADO, J. J. 1984. ***Determinantes Culturales en la Seleccion del Alimentos.*** Boletin de la Oficina Sanitaria Panamericana. 364-368

IANELLI, R. V. 1997 a ***Epidemiologia da Malária em uma população indígena do Brasil Central: os Xavante de Pimentel Barbosa.*** Dissertação de Mestrado apresentada na Escola Nacional de Saúde Pública. FIOCRUZ. Rio de Janeiro

IANELLI, R. V. 1997 b ***Relatório de viagem a campo.*** Projeto de Saúde Enawene-Nawe (OPAN/FNS). Rio de Janeiro: NESPI/ENSP/FIOCRUZ. 9 pags.

I CNSPI, 1987 CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE PARA AS POPULAÇÕES INDÍGENAS

II CNSPI, 1993 CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE PARA POPULAÇÕES INDÍGENAS. **Relatório Final.** Luiziânia - Go

IX CNS, 1992 CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

I SEMINÁRIO SOBRE POVOS INDÍGENAS EM BRASNORTE, 1997. ***Relatório.*** mimeo

ISA, 1996 ***Povos Indígenas no Brasil 1991/1995***. São Paulo: Instituto Sócio-Ambiental

JANES, C. R.; STALL, R. & GIFFORD, S. M., 1990. ***Anthropology and Epidemiology.*** In: LOCK, M. & YOUNG, A. ***Culture, Ilness an Healing.*** pp. 3-34. Dordrecht/ Boston/ lancaster/Tokyo:D. Reidel Publishing Company.

KROEGER, A 1982 ***Los Indigenas Sudamericanos ante una Alternativa: Servicios de Salude Tradicionales o Modernos, en las zonas rurales de Equador.*** Boletin Oficina Panamericana, 95(4): 300-315

KROEGER, A & BARBIRA-FREEDMAN, F. 1987 ***Cultural Change and Health: the casa of South American Rainforest Indians.*** In: BODLEY, J. H. Tribal Peoples & Development Issues: a global overview. Califórnia: Mayfield Publishing Company.

LARAIA, R. de B. 1986 ***Cultura: Um conceito antropológico***. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

_____1995 ***Nossos Contemporâneos Indígenas.*** In: LOPES DA SILVA, A & GRUPIONE, L. D. B. ***A Temática Indígena na escola: novos subsídios par professores de 1^{O}. e 2^{O}. graus*** . Brasília:MEC/MARI/UNESCO. pp. 261-290

LEACH, E. 1970 ***As Idéias de Levi-Strauss***. Mestres da Modernidade. São Paulo:Cultrix.

LEVI-STRAUSS, C. 1989 ***O Pensamento Selvagem.*** São Paulo: Papus

LIGHTMAN, S. 1977 ***The Responsabilities of Intervention in Isolated Societies. In; Health and Disease in Tribal Societies***. CIBA Foundation Symposia. 49 (new series). London/N. Holland/Amsterdam: Elsevier/Excerpta Medical

LIMA, A C. de S. 1987 ***Sobre Indigenismo, Autoritarismo e nacionalidade: considerações sobre a constituição do discurso e da prática da Proteção Fraternal***

no Brasil. In: OLIVEIRA Fo. J. P. (org.) ***Sociedades Indígenas e Indigenismo no Brasil.*** Rio de Janeiro:UFRJ/Marco Zero. 149-204.

LIMA, A C de S. 1995 ***Um olhar sobre a presença das populações indígenas na invenção do Brasil.*** In: LOPES DA SILVA, A & GRUPIONE, L. D. B. ***A Temática Indígena na escola: novos subsídios par professores de 1^{O}. e 2^{O}. graus*** . Brasília:MEC/MARI/UNESCO. 407-423

LIMA, L. C. & Cols 1988 ***Observações sobre a Leishmania Tegumentar Cinco Anos após Profilaxia.*** Revista Saúde Pública. São Paulo. 22 (1): 73 - 77.

LISBOA, T. de A. 1985. ***Os Enawene-Nawe: Primeiros contatos.*** São Paulo: Edições Loyola.

LOBO, 1995 ***Relatório de viagem a campo.*** Projeto de Saúde Enawene-Nawe (OPAN/FNS). Rio de Janeiro: NESPI/ENSP/FIOCRUZ. 13 pags.

LOBO, M. S. de C. 1996a ***O Caso Yanomami no Brasil: Uma proposta estratégica de vigilância epidemiológica.*** Dissertação de Mestrado apresentada a Escola Nacional de Saúde Publica. FIOCRUZ. Rio de Janeiro

LOBO, 1996b ***Relatório de viagem a campo.*** Projeto de Saúde Enawene-Nawe (OPAN/FNS). Rio de Janeiro: NESPI/ENSP/FIOCRUZ. 10 pags.

LOPES DA SILVA, Aracy 1995 ***Mito, razão, história e sociedade: interrelações nos universos socioculturais indígenas.*** In LOPES DA SILVA, A & GRUPIONE, L. D. B. ***A Temática Indígena na escola: novos subsídios par professores de 1^{O}. e 2^{O}. graus*** . Brasília:MEC/MARI/UNESCO. 317-340

LUZ, M. T. 1996 ***Racionalidades Médicas e Terapêuticas alternativas.*** Série Estudos em Saúde Coletiva no. 62. Rio de Janeiro:IMS/UERJ.

_____ 1997 ***VIII Seminário Racionalidades Médicas. Diagnose e Terapêutica: Médicos e pacientes no dia a dia institucional***. mimeo .

MAUSS, M. 1974 ***Sociologia e Antropologia.*** Vol. II. São Paulo: EPU

MARTINS, J. S. & MENEZES, R. C. 1994 ***Evolução do Estado Nutricional de Menores de 5 anos em Aldeias Indígenas da Tribo Parakanã, na Amazônia Oriental Brasileira (1989-1991).*** Revista Saúde Pública, 28 (1): 1-8

Mc DERMOTT, W & Cols 1960 ***Introducing Modern Medicine in a Navajo Community.*** Science. 131 (3395): 197-207.

Mc ELROY, A & TOWNSEND, P. K. 1989 ***Models for the Study of Contact Process.*** In: ***Medical Anthropology in Ecological Perspective***. 2ª. ed. Westview Press. San Francisco London

MEIHY, J. C. S. B., 1994. ***A Morte como Apelo para a Vida: O Suicídio Kaiowá.*** *In:* ***Saúde e Povos Indígenas.*** (SANTOS, R.V. & COIMBRA JR., C. E. A.). pp. 243-251.

MENDES, E. V. 1995 ***Um Novo Paradigma Sanitário: A produção social da doença.*** 4: 233-297

MIA, 1985 ***Plano Trienal para os Enawene-Nawe***. Cuiabá: Missão Aanchieta. Mimeo

MINAYO, M. C. de S. 1992 ***O Desafio do Conhecimento: Pesquisas Qualitativas em Saúde.*** São Paulo-Rio de Janeiro:HUCITEC/ABRASCO

MINAYO, M. C. de S. & SANCHES, O., 1993. ***Quantitativo-Qualitativo: Oposição e Complementariedade.*** In: MINAYO, M. C. & COIMBRA JR., C. E. A. (Coords.). ***Abordagens Antropológicas em Saúde.*** Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro. IX (3):237-262.

MONTEIRO, C. A., 1995 (Orgs.) ***Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil: A Evolução do País e suas Doenças.*** São Paulo:Hucitec.

MORGADO, A. F., 1991. ***Epidemia de Suicídio entre os Guarani-Kaiowá: Indagando suas Causas e Avançando a Hipótese de Recuo Impossível.*** Cadernos de Saúde Pública. VII (4):585-598.

MORIN, E. F. 1990 ***A Ecologia Humana das Populações da Amazônia***. Petrópolis:Vozes.

MORIN, E. 1977 ***O Método: A natureza da natureza.*** Lisboa:Publicações Europa América. 2ª. ed.

_____ 1991 ***Introduçåo ao Pensamento Complexo.*** Coleçåo Epistemológica e Sociedade. Instituto Piaget

MORLEY, D. & Cols 1983 ***Practising Health for All.*** Great Britain: Thomson Litho. Oxford York Toronto/ Oxford University Press.

NOVAES, S. C. (Org.) 1983 ***Habitações Indígenas.*** São Paulo:USP/Nobel

NUNES, E. D. 1995 ***A Questão da Interdisciplinaridade no Estudo da Saúde Coletiva e o Papel das Ciências Sociais.*** In CANESQUI, A. m. (ORG) ***Dilemas e Desafios das***

Ciências Sociais na Saúde Coletiva. São Paulo/Rio de Janeiro:Hucitec/Abrasco. 95-113.

OIT, 1989. ***Convenção (169) sobre Povos Indígenas e Tribais em Países Independentes e Resolução sobre a Ação da Organização Internacional do Trabalho Concernente aos Povos Indígenas e Tribais.*** Brasília/Genebra:Organização Internacional do Trabalho.

OLIVEIRA, R. C. 1978 ***A Sociologia do Brasil Indígena.*** Tempo Brasileiro. Rio de Janeiro: Universidade de Brasília

OLIVEIRA , J. P. de 1987 ***O Projeto Tükuna: Uma experiência de Ação indigenista*** In: OLIVEIRA, J. P. (org.) ***Sociedades Indígenas e Indigenismo no Brasil***. Rio de Janeiro:UFRJ/Marco Zero.205—240

_____ 1988 ***Os Obstáculos ao Estudo do Contato***. In ***O Nosso Governo: Os Ticunas e o Regime Tutelar.*** Ed. Marco Zero/CNPQ. São Paulo. Cap. 1. 24-59.

_____1995 ***Muita Terra para Pouco Índio? Uma introdução (crítica) ao indigenismo e à atualização do preconceito.*** In: SILVA, A. L. da & GRUPIONE, L. D. B. 1995 ***A Temática Indígena na Escola: Novos subsídios para professores de 1º. E 2º. graus.*** Brasília:MEC/MARI/UNESCO. Pp.61-86

OMS/UNICEF, 1978 ***Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma - Ata***. URSS

OMS, 1994 ***Noveno Programa General de Trabajo: para el periodo 1996-2001***. Ginebra

____ , 1996 ***Renovação da Estratégia de Saúde para Todos: elaboração de uma política de equidade, solidariedade e saúde.*** Documento de Consulta. Tradução: Angelo Valente. Rio de Janeiro:FIOCRUZ

OPAN, 1987 ***Simpósio Ação Indigenista como Ação Política***. Cuiabá: Gráfica Cuiabá

_____, 1995 ***Relatório sobre as Potencialidades e manejo dos recursos naturais na área indigena Enawene-nawe.*** Mimeo. Cuiabá-MT

OPS, 1993 ***Reunion de Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Salud***. Anexo 1. Recomiendaciones. Canadá. Winnipeg

OPS/OMS, 1996 ***Desarrolo de la Teoria y Practica de la Salud Pública en la Region de las Americas***. Washington: OPS

PAGE, J. T. P. 1995 ***Política Sanitaria y Legislación en Materia de Medicina Indígena Tradicional en México.*** Cadernos de Saúde Pública. Vol III. Número 2. abril/junho. Rio de Janeiro:Ensp/FIOCRUZ

PAIM, J. S. & TEIXEIRA, M. G. L. C. 1992 ***Reorganização do Sistema de Vigilância Epidemiológica na Perspectiva do Sistema Único de Saúde. Informe Epidemiológico do SUS***. CENEPI. Outubro. Pp 27-57

PAIM, J. S. 1994 ***A Reforma Sanitária e o Modelos Assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. z. Epidemiologia & Saúde***. 4ª edição. Rio de Janeiro: MEDSI 455-466

PAULA, D. F. 1988 ***Relatório de Saúde dos Enawene-Nawe***. Mimeo Cuiabá:OPAN

PAULA, D. F. & SÁ, C. 1990 ***Relatório de saúde dos Enawene-Nawe.*** OPAN Cuiabá. Mimeo

PAZ, R. D. O 1997 ***O que é ONG ? Serviço Social & Sociedade***. No. 53. Ano XVII. Março

PEREIRA, M.G. 1995 ***Epidemiologia Teoria e Prática.*** Rio de Janeiro:Koogan

PERES, B. A., CONFALONIERI, U. E. C., CHIEFFI, P. P. ET AL, 1991. ***Estudo da Frequência de Anticorpos Anti-Toxocara Canis em população Indígena***. Revista Sociedade Brasileira Medicina Tropical. 24 (Suplemento 11) pp:175

PINHEIRO, F. F . & ROSA, A P A T DA 1991 ***Arboviroses***. In: VERONESI, (org.)***Doenças Infecciosas e Parasitárias.*** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan Editora. Pp 156-165

PITHAN, O. A. , CONFALONIERI, U. E. C. & MORGADO, A. F. 1991 ***A Situação de Saúde dos índios Yanomami: Diagnóstico a partir da Casa do índio de Boa Vista.*** Roraima, 1987-1989. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 7 (4):563-580.

POSE, S. B. 1993 ***Avaliação das Condições de Saúde Bucal dos Índios Xavante do Brasil Central.*** Dissertação de Mestrado. ENSP/FIOCRUZ

POSEY, D. A. 1987. ***Contact before Contact: tipology of post-Colombian interaction with the northern Kaiapó of the Amazon basin.*** Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi (Antropologia), 3:235-154.

PRATA, P. R. 1992 ***A Transição Epidemiológica no Brasil.*** Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 8 (2): 168-175, abr/jun.

PWA, 1993 ***Programa Waimiri-Atroari.*** Relatório anual. Convênio FUNAI/ ELETRONORTE. 162 pags

RAMOS, A. R. 1986. ***Sociedades Indígenas.*** Série Princípios. São Paulo: Editora Ática.

RIBEIRO, D. 1977 ***Os Índios e a Civilização***. Segunda Edição, Vozes, Petrópolis.

RIBEIRO, D. 1986 ***Suma Etnológica Brasileira.*** Edição Atualizada do handbook of South American Indians. Tecnologia Indígena (Coord. RIBEIRO, B. G.). 2:231-282. Petrópolis: Vozes/FINEP.

RIBEIRO, B. G. 1986 ***A Arte de Trançar: dois macroestilos, dois modos de vida*** in RIBEIRO, D. ***Suma Etnológica Brasileira***. Edição Atualizada do handbook of South American Indians. Tecnologia Indígena (Coord. RIBEIRO, B. G.). 2:283-313. Petrópolis: Vozes/FINEP.

RIFKIN, S. B. & WALT, G. 1986 ***Why Health Improves: Defining the Issues Concerning "Comprehensive Primary Health Care" and "Selective primary Health Care".*** Great Britain. Soc. Sciencia Medica. 23(6):559-566

ROLANDO GARCIA, B. 1986 ***Conceptos basicos para el estudio de sistemas complexos.*** In Leff, E. ***Los problemas del conocimiento y la perspectiva ambiental del desarollo.*** México:Siglo XXI.

ROSA, A P. A T. da 1989 ***Soros de Índios da Tribo Enawene-Nawe MT. Pesquisa de Anticorpos IH para Arbovírus.*** Belém: Instituto Evandro Chagas. Mimeo

_____ 1996 ***Indios Enawene-Nawe (Noroeste de Mato Grosso). Pesquisa de Anticorpos para Arbovírus***. Belém: Instituto Evandro Chagas. mimeo

ROUQUAYROL, M. Z. 1994 ***Epidemiologia & Saúde***. 4ª edição. Rio de Janeiro: MEDSI

SÁ, C. A. & SILVA, M. F. 1995 ***Dados sobre a População Enawene-Nawe.*** In OPAN/GERA-UFMT ***Relatório do Estudo das Potencialidades e do Manejo dos Recursos Naturais na A. I. Enawene-Nawe.*** Cuiabá.

SÁ, C. 1996 ***As Fases da Vida: categorias de idade enawene (ru)-nawe***. Cuiabá:OPAN. (mimeo).

SALZANO, F. M. 1992 ***Disease Load and Sociocultural Change in South Americam Indians.*** Interciência. 17 (2). Venezuela

SANCHES, R. O. 1992 ***Zoneamento Agroecológico do Estado de Mato Grosso. Ordenamento Ecológico Paisagístico do Meio Natural e Rural***. Secretaria do Estado de Planejamento e Coordenação Geral. Cuiabá.

SANTOS, A R. 1994 ***Imunização.*** In: ROUQUAYROL, M. Z. ***Epidemiologia & Saúde.*** 4ª edição. Rio de Janeiro: MEDSI

SANTOS, R. V. & COIMBRA JR, C. E. A. 1993. ***Crescimento Físico e Estado Nutricional das Populações Indígenas Brasileiras***. Cadernos de Saúde Pública, 9 (suplemento 1): 46-57.

SANTOS, R. V. & COIMBRA JR., C. E. A. 1994 ***Contato, Mudanças Sócio-Econômicas e Bioantropologia dos Tupí-Mondé da Amazônia Brasileira.*** In: ***Saúde e Povos Indígenas*** (R. V. Santos & Coimbra Jr., C.E.A., orgs.) Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ.

SANTOS, G. M. 1995 ***Agricultura e Coleta Enawene-Nawe: Relações Sociais e Representações.*** In OPAN/GERA-UFMT. ***Relatório do Estudo das Potencialidades e do Manejo dos Recursos Naturais na A. I. Enawene-Nawe.*** Pp. 45-78 Cuiabá.

SCATENA, A. D. 1994 ***Diagnóstico da Situação de saúde da População Indígena de Mato Grosso.*** Mimeo. Cuiabá

SCHROEDER, I. 1995 ***Indigenismo e Política Indígena entre os Parintintin.*** Dissertação de mestrado apresentada no Instituto de Educação da Universidade Federal de mato Grosso. Cuiabá-MT

SILVA, M. F. 1993a ***Romance de Primas e Primos: Uma etnografia do parentesco Waimiri-Atroari.*** Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. Museu Nacional. Universidade Federal do Rio de Janeiro.

_____ 1993b Dados Demográficos sobre a População Enawene-Nawe. Cuiabá: OPAN. mimeo

_____ 1995 ***Estrutura Social Enawene-Nawe: um rápido esboço*** in Relatório ***"Estudos das Potencialidades e do Manejo dos Recursos Naturais na Área Indígena Enawene-Nawe".*** pp 19-32. Cuiabá:OPAN/GERA-UFMT.

_____ 1997 ***Ritual e Sociabilidade Enawene-Nawe.*** Apresentado no Seminário Temático "Horizontes da Etnologia Indígenas: Cosmologias e Formas de

Sociabilidade na América do Sul. XXI Reunião da ANPOCS. Caxambú - MG. Mimeo. 14 pags.

SILVA, A. L. da & GRUPIONE, L. D. B. 1995 ***A Temática Indígena na Escola: Novos subsídios para professores de 1º. E 2º. graus.*** Brasília:MEC/MARI/UNESCO

SILVA, R. A P. R. 1992 ***Nutrição- má - nutrição e Condições de Vida em Cáceres-MT, 1986.*** Tese de Mestrado. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ. 207 pags

THOMAZ, K. 1989 ***O Homem e o Mundo Natural: Mudanças de atitude em relação as plantas e aos animais (1500-1800)***. São Paulo: Companhia das Letras

TOLEDO, V. M. & COLS 1985 ***Ecologia e Autosuficiência Alimentaria.*** México:Siglo Veintiuno editores

TSAI, T. F. 1991 ***Infecções por Arbovírus nos Estados Unidos.*** In: MOELLRING, R. C. org. ***Infecções Humanas Associadas a Animais Clínicas de Doenças Infecciosas da América do Norte***. Rio de Janeiro: Interlivros Edições. Pp. 75-106

UCHÔA, E. & VIDAL, J. M. 1994 ***Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma abordagem da Saúde e da doença***. Cadernos de Saúde Pública.

VERANI, C. B. L. 1994 ***A Construção Social da Doença e seus Determinantes Culturais: A doença da reclusão do Alto Xingu*** In: ***Saúde e Povos Indígenas*** (R. V. Santos & Coimbra Jr., C.E.A., orgs.) Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ.

VERANI, C. B. L. 1997 ***A Antropologia, a Etnomedicina e a Antropologia Médica***. Mimeo. 6 págs

VIANA, G. 1994 ***Relatório sobre a Questão da Saúde Indígena em Mato Grosso.*** Mimeo. 6 pags

VIII CNS, 1986 CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

WASH, J. A & WARREN, K. S. 1979 ***Selective Primary Health Care: An interin strategy for disease control in developing countries.*** The New England Journal of Medicine. 301 (18): 967-974

WEISS, K., 1984. **A New World Syndrome of Metabolic Diseases with a Genetic and Evolutionary Basis.** Yearbook of Physical Anthropology. 27:153-178.

WEISS, M. C. V. 1994 ***Contato Interétnico e Saúde das Populações Indígenas no Brasil.*** Exposição de Painel. III Congresso de la Associación Latinoamericana de Antropologia Biológica. Rio de Janeiro

_____ 1996 ***Indicadores Nutricionais: Importância e limitações na avaliação das condições de saúde e nutrição das populações indígenas.*** Rio de Janeiro: NESPI/ENSP/FIOCRUZ. Mimeo. 20 pags

_____ 1997 ***The Feed and Nutrition Situation of the Indians Populations: an anthropological perspective.*** Abstracts of posters presentations. 16 th International Congress of Nutrition. Montreal - Canadá.

WIRSING, R. L. 1985 ***The Health of Traditional Societies and the Effects of Acculturation,*** Current Antropology, 26:303-322.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION), 1986. ***Use and Interpretation of Anthropometric Indicators of Nutritional Status.*** Bulletin of the World Health Organization. 64: 929-941.

WHO, 1995 ***Phisical Status: The use and interpretation of anthopometry .*** Report of a WHO Expert comitte. WHO Technical Report Series 854. Geneva: WHO

WOORTMANN, K. A A W. 1978 ***"Hábitos e Ideologias Alimentares em Grupos de Baixa Renda".*** Relatório Final. Trabalhos de Ciências Sociais. Série Antropologia - 20. Brasília, mimeo.

YOUNG, A 1983 ***The relevance of Traditional Medical Cultures to Modern Primary Health Care.*** Sociedad Sciences Medical. Vol 17 n. 16. Pp 1205-1211

YOUNG, K., 1988. ***Are Subartic Indians undergoing the Epidemiologic Transition?*** Social Science and Medicine. 26:659-671.

ZAMBRANO, F. A & LIZARAZO, C. M. 1991 ***La Atencion Primaria de Salude: Un programme viable para las comunidades indigenas.*** Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro. 7 (1): 104-114

ANEXOS

ANEXO 1: Cronologia das estratégias dos primeiros contatos

1962 - Informações sobre índios de índole pacífica nas imediações dos rios Camararé e Doze de Outubro.

1973 - Contato da Missão Anchieta com seus vizinhos Miki

1973 - A aldeia é avistada num sobrevoô nas proximidades da margem esquerda do alto rio Juruena a uns 20 Km da aldeia Nambikwara Utiariti, pensando-se inicialmente tratar-se desses índios.

09/07/1974 - Início da expedição de contato com os Irmãos Thomaz Lisboa de Aquino e Vicente Cãnas, os índios Nambikwaras Roberto, Zézinho e Baiano e o índio Irantxe Tupxí.

12/07/1974 - Os presentes tinham sido recolhidos e caminhando pela trilha foi encontrada a clareira de uma aldeia com 5 casas em silêncio e fechadas. Pelos utensílios encontrados concluíram que era uma simples aldeia de caça e pesca, e que provavelmente não seriam Nambikwaras como suspeitavam, devido ao uso de redes.

14/07/1974 - Foi encontrada uma aldeia abandonada com 8 casas em péssimo estado. Desceram a aldeia Barranco Vermelho dos Rikbatsa, trocando os índios Zézinho e baiano pelos chefes Tapema e Ogudubá.

22/07/1974 - Retorno à aldeia velha evidenciando a receptividade dos índios pelo recolhimento dos presentes que foram substituídos por beijus.

28/07/1974 - Encontrada a aldeia de moradia com 8 casas. pelos estilos da maloca e o sotaque concluíram tratar-se de um grupo Aruak, os primeiros contato foram amistosos e emocionantes.

03/09/1974 - Organização de mais uma expedição com os Irmãos Thomaz de Aquino e Vicente Cãnas, os índios Rikbatsa, Paresi e Luís Carlos Longo da OPAN.

06/09/1974 - Chegada ao pátio da aldeia e recebidos com a mesma receptividade anterior.

10/10/1974 - Sobrevôo da aldeia

15/07/1975 - Tentativa de subida pelo rio Camararé

19/07/1975 - Participação no ritual que estava sendo realizado

21/11/1975 - O Irmão Vicente segue para a aldeia a fim de ficar com eles, mas não vai até lá devido ao tempo chuvoso e risco de gripe.

29/12/1975 - Nova viagem para a aldeia com os Irmãos Vicente e Thomaz e o índios Miki.

31/12/1975 - Chegada à aldeia e grande receptividade do grupo, ocorre o imprevisto do desaparecimento de um velho índio Miki.

03/01/1976 - Saída da aldeia devido ao risco de gripe.

Fonte: Lisboa, 1985

ANEXO 2: Cronologia do processo de delimitação do território

24/081974 - Notícia no jornal "O Estado de São Paulo" sobre o contato amistoso da Missão Anchieta com índios isolados e a proposta de vacinação do grupo.
24/02/1978 - Carta expedida ao dono da fazenda, Sr. Albano Guimaro instalada no território dos Enawene-Nawe em Fontanilhas comunicando o saque dos índios e o apoio da Missão Anchieta ao empregado.
28/02/1978 - Resposta do Sr. Albano Guimaro ressarcindo os gastos da Missão Anchieta e comunicando a mudança de dono da Fazenda Londrina, Sr. Pedro Chiquete.
20/06/1978 - Pedido da interdição da área indígena à FUNAI.
02/06/1979 - Resposta de esclarecimento da FUNAI sobre os Salumã.
00/00/0000 - Carta da antropóloga Ana Maria analisando o mapa "definitivo" no qual foi reduzida a distância entre as divisas.
21/07/1980 - Ofício da Missão Anchieta à FUNAI solicitando a criação da Reserva Indígena da Nação Salumã.
21/07/1980 - Carta à FUNAI solicitando revisão do mapa.
29/08/1980 - Carta do diretor da Missão Anchieta em apoio à revisão do mapa.
00/00/0000 - Carta do Pe. Thomaz reivindicando a integração de área.
15/03/1983 - Carta da Missão Anchieta à FUNAI, esclarecendo a ocupação do território tradicional dos Enawene-Nawe que estavam refugiados dos ataques dos Cinta-larga no território Nambikwara, retornando aos poucos ao seu antigo território.
11/04/1983 - Carta à FUNAI comunicando invasão da àrea interditada.
05/05/1983 - Carta à FUNAI comunicando as dificuldades de diálogo com o Sr. Pedro Chiquetti, proprietário da Fazenda Londrina sobre os limites do território e necessidades de informação oficial da situação.
09/01/1984 - Solicitação de urgência à FUNAI no encaminhamento da demarcação da área,
20/08/1984 - Carta à FUNAI solicitando a renomeação da área para Enawene-Nawe e a ocupação do território tradicional, requerido pelo SEMA.
07/09/1984 - Notícia no jornal "Diário de Cuiabá" : Ïndios invadem fazenda em Juína e cometem um verdadeiro massacre".
10/09/1984 - Notícia no jornal "O Globo": "Identificada a tribo que assassinou topógrafos".
11/07/1984 - Notícia no jornal "Correio Brasiliense": "Só dois escapam de ataque Salumã".
19/09/1984 - Portaria No. 1766/E sobre o levantamento fundiário para demarcação da área.
25/09/1984 - Acordo preliminar em relação aos limites de área da Nação Enawene-Nawe.
22/10/1984 - Assinatura do mapa.

Fonte: Lisboa, 1985

Anexo 03: Ocorrências no decorrer dos primeiros anos de contato (1977-1980)

ANO	MÊS	OCORRENCIAS
1977	Setembro	Pesca nos rios Camararé, Juruena e Papagaio: retornam do rio Papagaio com medo de encontrar os Cinta-Larga, saqueiam a Fazenda Londrina levando arames, ferramentas, cordas, procuram anzóis e ferramentas
1978	Fevereiro	Chegada de Thomaz e insistência dos índios, inclusive das mulheres e crianças de saírem da aldeia de barco
	Abril	Gravação na Fazenda Londrina sobre o contato com os salumã
1979	Setembro	Construção da nova aldeia. Ritual quando as casas ficam prontas
	Outubro	Visita de 4 dias da FUNAI a aldeia. Discussão sobre a reserva e o sistema de trabalho para a autenticidade dos Salumã
	Novembro	Encontro dos Salumã com os Canoeiros no rio, bem gripados. Saqueiam barracão no picadão da Fazenda Londrina levam açúcar, facas, facões e foices.Kiwxi avisa aos moradores ribeirinhos sobre a vinda dos Salumã Escolha do local onde será construído o acampamento de Kiwxi
1980	Janeiro	Animados com a construção da aldeia próxima ao rio Camararé com o Juruena, têm grande interesse por civilizados e castanhas.
	Maio	Vão ao acampamento do Juruena levar o milho, constatam que os Canoeiros levaram vários machados, facões, enxadas e cabaças. Procuram mel e pescam no Camararé.
	julho	Alguns saem do acampamento de milho e vão buscar castanhas, têm a intenção de visitar os canoeiros. As roças de milho estão na divisa com a Fazenda Londrina. Descendo o rio Juruena param no Brás, no Piuva, no Amado alguns deixam encostar e outros não, respeitam. No Amado têm medo da sua gripe. Retornam do acampamento trazendo uma canoa roubada dos canoeiros ou dos seringueiros. Têm contato mais demorado com pistoleiros. Um avião sobrevoa e vão vê-lo, assustam-se com os jagunços
	setembro	Vão visitar os Miki. Fazem gozação com peões na barra do Papagaio, encontram um lugar para fazer roças de milho no ano seguinte. Tiram mel e taquaras, pescam e procuram papagaios Todos os homens fazem novo acampamento
	outubro	A turma do Atayna fica mais um mes no porto dos Miki e apanham muita mandioca. A turma de Kaualy está no 12 de outubro. pescam e procuram manduquirim. Encontram um peão "meio louco" no mato, dão de comer e beber para ele, têm medo que esteja doente. Meliá e Terê vão aos Salumã. A divisa com a Fazenda Londrina está Ok
	novembro	Thomaz é internato em Cuiabá com malária O pessoal que iria fazer o picadão da F. Londrina não sabe por onde começar. Há fraude com empreiteiro Braz dos Santos, comunicando a Pedro Chiquette. O dono da fazenda virá verificar a àrea, são pedidos os mapas para encontrarem-se no dia 13 ou 14.
	dezembro	Meliá e Tere saem da área. Pousam na barra do rio Camararé. Chegam à aldeia os índios que estiveram 5 meses fora, tirando castanhas, preparando as roças de milho e esperando amadurecer, ficaram um mes nos Miki e estiveram também com o pessoal da F. Londrina e da F. Juruena. Trocaram redes, bambole, sapatos, chapéus, calções, camisas e outras coisas, algumas foram apanhadas. Apanharam dos canoeiros roupas e arcos. Todos falam em ir ver novamente civilizados

Fonte: Diários de Vicente Cãnas

Anexo 04: Ocorrências no decorrer do contato (1981)

MÊS	OCORRÊNCIAS
janeiro	Conversam muito sobre os Miki, os carros, a estrada, tomaram pinga dada pelos peões e acharam ruim, trouxeram roupas e sabão. Os homens com suas famílias vão recolher milho nos rios Camararé, Juruena e Anasseuína outros vão para o rio Iquê tirar cascas de árvores para as armadilhas nas barragens, mas desistem. Não fica ninguém na aldeia
fevereiro	Têm medo que os canoeiros roubem o milho, dizem se isto acontecer colocarão fogo no taquaral e os matarão, referem-se a mortes antes do contato. Fazem os preparativos para retornar à aldeia, tiram mel. Chegam à aldeia e encontram grande quantidade de grilos
março	Terê chega à aldeia Salumã Vão para as barragens, decidem fazer a barragem no rio João Rios. Falam da existência de genipapo acima do Olouína. Vão ver as roças de milho e colocar as cabaças na água.
Abril	Verificam armadilhas e procuram casca de árvore para renová-las. Os canoeiros levam um pouco de milho dos Salumã. Fabricam peneiras, taquaras de flechas e jurupará, também talo de buriti. Tiram mel. Fazem bancos e xiris, fechados e pequenos. Vão buscar genipapo demorando de 4 a 5 dias, pois é distante. Conversam sobre os Cinta-Larga, Miki, Nambikwaras, os antigos, os civilizados, as mulheres, o yãkwa. Tiram folhas de buriti para fazer enfeites para o yãkwa . Voltam para a aldeia. Cecília da FUNAI vai a aldeia para vacinação
junho	Alguns vão para o Juruena procurar milho, outros vão pescar por uns 2 ou 3 dias. Kiwxi encontra o cozinheiro da equipe de medição da Londrina, no caminho do seu acampamento, que não diz até onde vão as linhas.
Julho	Terê e seus familiares visitam a aldeia salumã e são muito bem recebidos. Algumas famílias estão na aldeia e as mulheres dos que foram fazer as roças no rio Iquê. Vão para o acampamento da barra do Camararé, as crianças pescam o dia todo, as mulheres fiam algodão e cuidam dos filhos pequenos. Conversam sobre ir buscar castanha, sobem o Camararé para procurar cará e batata com as famílias.
Agosto	Preparam-se para descer ao acampamento das roças de milho do rio Anaceuina. Batem timbó na lagoa grande e recolhem muito peixe, já fazia 8 anos que não iam lá. Terê e Meliá vão a aldeia. Equipe da FUNAI vai à área: Pinheiro (Topógrafo), Arthur (Antropólogo), Eduardo (Chefe de Posto Nambikwara), muito novatos e sem interesse pelos índios. Eduardo joga do sobrevôo uma camisa e um par de sapatos nas roças de milho do Camararé. Arthur e Pinheiro queriam levar brindes como facões e sabonetes, foi vetado. Na volta da aldeia chegaram pelados, deram tudo.
Setembro	Meliá e Terê vão embora e chega P. Adalberto. É bem recebido. Alguns vão procurar castanhas, ver as roças de milho e tirar mel, outros falam em ir até aos canoeiros
outubro	Os salumã sobem a barra do Camararé onde as mulheres estão sozinhas, chegam mais magros e cansados, bateram timbó na lagoa do córrego Rico, visitaram os canoeiros, apanharam muita roupa e pouca castanha. Também pegam roupa boa e rasgada com civilizados na beira do rio. Uma turma que foi procurar papagaio chega ao acampamento e são bem recebidos, conversam muito sobre os canoeiros e civilizados e depois vão embora para pescar, tirar mel e demorarão uns 6 dias para retornar a aldeia. Vão ver as roças de milho no Anaceuína, replantam um pouco devido à seca, tiram "mauluriki". Thomaz e Terê vão à aldeia. Fazem nova casa das flautas.
Novembro	Visita dos Cinta-Larga, Thomaz, João e Rubens. São bem recebidos pelos Salumã.
Dezembro	Terê e Meliá vão à aldeia. Meliá introduz bamboles, dá canivetes e anzóis. Kiwxi considera paternalismo da Missão. Os salumã não aceitam Meliá.

Fonte: Diários de Vicente Cãnas

Anexo 05: Ocorrências no decorrer do contato (1982 e 1983)

MÊS	OCORRÊNCIAS
Janeiro	No rio Iquê encontram uma aldeia antiga onde foram atacados pelos Cinta Larga há uns 30 ou 40 anos atrás. Havia 9 casas. Foram buscar jenipapo.
Fevereiro	Vão para os rios João Rios e Olouinã. Conversam sobre ataques dos Canoeiros no Olouinã há 50 anos atrás e a procura que faziam de castanhas e jenipapo. Vão buscar jenipapo. Terê sairá dos Salumã.
Março	Vicente encontra-se com o pessoal da fazenda Brandalise na barra. O pessoal da SUCAM coleta sangue para análise de malária. Ficam chocados em ver os Miky com roupas, querem saber como conseguem.
Abril	Vão embora das barragens para a aldeia. Vicente encontra os canoeiros tirando taquara.
Maio	Vicente tem visto índios arredios no Sapezal. Dizem que é uma família que teve um desentendimento e subiu o rio Papagaio, sua autodenominação é Enawenenawe.
Junho	Ocorre um incêndio na aldeia. Constroem as casas novas mais afastadas, dando mais espaço no terreiro.
Julho	Construção de casas (9 casas).
Agosto	Um pessoal que foi buscar batatas na barra e meio do Camararé diz que viu carros. Algumas famílias tem roças no rio Iquê e mataram um gavião lá.
Setembro	Fazem canoa e preparam flechas.
Outubro	Vão procurar castanhas. São ameaçados no rio Juruena. Vicente chega ao acampamento com Arlindo Leite. Vão aos Miky e voltam decepcionados porque não lhes deram roupas nem mandioca.
Novembro	Estão nos acampamentos de milho nos rios Camararé, 12 de Outubro, Anaceuinã e Iquê. Vão a aldeia para cuidar da mandioca e matam 5 porcos, vários ficam feridos. Há muitos grilos.
Dezembro	Contam as fugas e os ataques que aconteceram, os ataques na linha telegráfica e a seringueiros e no rio Camararé aos Nambikwaras; as mudanças das cabeceiras do Juína para o rio Preto, Joáo Rios e Iquê, devido aos ataques dos Cinta Larga e do rio Olouinã devido aos ataques dos Canoeiros.

1983

MES	OCORRÊNCIAS
Janeiro	Pretendem mudar a aldeia para o rio Iquê antes da seca.
Fevereiro	Vão para as barragens: rios Mutum, João Rios e Olouinã. Construção das barragens. Padre Adalberto fica na aldeia com as mulheres.
Março	Thomaz recebe uns mapas da Funai. Algumas esposas, acompanhadas de filho, levam beiju e farinha até as barragens. Vão até o Olouinã buscar jenipapo. Há invasão da área por picadeiros do Ramão Paraguaio.
Abril	Repartem jenipapo e fazem enfeites. Chegada do yãkwa. Thomaz comunica à FUNAI a invasão de terra. Eram 4 picadeiros e 8 peões faziam a derrubada, já em 10 alqueires. O "gato" sabia que era território indígena e os peões foram enganados. Despejo. O rio Preto está loteado até o Juruena..
Maio	Vão para o rio 12 de outubro queimar miolo de palmeira para fazer sal.
Julho	Vicente vai para aldeia com Pivetta e Adalberto.
Agosto	Falam sobre envenenamento que ocorreu há muito tempo atrás.
Agosto	Um pessoal que foi buscar batatas na barra e meio do Camararé diz que viu carros. Algumas famílias tem roças no rio Iquê e mataram um gavião lá.
Setembro	Falam sobre relação com os Paresi, separaram-se no rio Amazonas. O Pe. Adalberto deteve os impulsos deles expulsarem os civilizados que invadiam suas terras.
Outubro	Vão procurar castanhas e não encontram. Vicente vai encontrar com Balduíno, Zelito e filha, querem conversar com Thomaz e Adalberto sobre um filme no Paralelo 11.
Novembro	Falam das aventuras na busca da castanha, do contato com civilizados e das ameaças no córrego do Rico.
Dezembro	Falam de vários ataques aos seringueiros.

Fonte: Diários de Vicente Cãnas

Anexo 06: Ocorrências no decorrer do contato (1984)

MES	OCORRÊNCIAS
Janeiro	Descem o Camararé para procurar milho.
Fevereiro	Ficam pouco tempo nas roças de milho devido aos rituais yãkwa e kateoko..
Março	Vão para o rio Iquê procurar cabaás e milho. Reformam as casas nas barragens. Falam em ir ver civilizados.
Maio	Falam que há várias picadas nas cabeceiras do Rio Preto. Encontram com canoeiros no Caixão de Pedra. Vicente fala com Arlindo Leite e Darci, vai buscar medicamentos. Chegada de Dorotéia .
Junho	Vicente espera Dr. Christ, dentista, pretende aprender a fazer dentadura. Vinda do Rinaldo Arruda do Projeto Polonoroeste (Banco Mundial) para discussão sobre terra e saúde.
Julho	Vai para a aldeia com Rinaldo Arruda, verificar demarcação de terras. Os Salumã dizem ter visto um objeto voador circular, voando em alta velocidade.
Agosto	Expedição em direção ao rio Iquê para verificar invasão. Encontram picada feita há uns 2 anos acompanhando, com duas casas e trator. Saqueiam: roupas, panelas, lonas, feijão. Pedem para avisar que as terras dos rios João Rios, Iquê e Iquezinho são deles.
Agosto	Um pessoal que foi buscar batatas na barra e meio do Camararé diz que viu carros. Algumas famílias tem roças no rio Iquê e mataram um gavião lá.
Setembro	Estão chateados com o roubo das terras onde moraram e muitos nasceram. Conversam sobre estratégias de ataque ao pessoal. Olham a picada que sobe o Juruena e uma outra que vai em direção ao rio Olouinã, onde fazem as barragens todos os anos. Viram muitas picadas pelos córregos. Saqueiam. Vicente aguarda o pessoal do SEMA para discutir sobre a reserva ecológica e cabeceiras dos rios Iquê e Iquezinho. Tem notícias de um massacre na região. Chega o delegado da FUNAI, 2 delegados federais, João Garimpeiro (Paresi) e o chefe de posto do P. I Santana. A OPAN faz trabalho de apoio aos Enawene-Nawe através da imprensa em Cuiabá. São ameaçados pelo pessoal de Juína, que querem vingança. Os Enawene-Nawe estão dispostos a enfrentá-los. Vicente encontra-se com equipe do SEMA, INCRA e FUNAI.
Outubro	Chegam a um acordo quanto aos limites da área. Sobrevoam a área e encontram uma Fazenda dentro da reserva. Nos limites há várias Fazendas. O INCRA libera a área pretendida do rio Iquê.
Novembro	Vão para as roças de milho.
Dezembro	Decidem mudar a aldeia para o rio Iquê, onde já moraram, não há mais perigo do ataque dos Cinta Larga. Alguns aumentam suas casas. Fazem a Casa das Flautas.

Fonte: Diários de Vicente Cãnas

Anexo 07: Ocorrências no decorrer do contato (1985)

MES	OCORRÊNCIAS
Janeiro	Aldeia com círculo irregular devido às casas serem do acampamento. Trabalham na construção das casas.
Fevereiro	Vão buscar mandioca na aldeia velha. Construção das barragens.
Março	Barragens nos rios Mutum, Olouinã e João Rios.
Abril	Destroem as barragens. Vicente vai procurar medicamentos.
Maio	Chega equipe da FUNAI para colocação de placas na reserva Nambikwara.
Junho	Dorotéia vai para Cuiabá. Vão à aldeia velha procurar rama de mandioca para plantar na roça do yãkwa.
Julho	Visita aos Nambikwara. Saque. Chegam delegados Aimoré e Wallington e o chefe de posto, Paulo. Vicente encontra com a equipe Miky e Cinta Larga. Vem Dorotéia e Rosa Cartagenes.
Agosto	Fazem panelas e canoas para dar aos Nambikwara quando vierem visitá-los. Vão à aldeia velha. Rosa tem malária. Vicente vai buscar vacina tríplice.
Setembro	Dorotéia esteve doente, vai para Brasnorte com o Sr. Antonio, Rosa vai fazer exames. Vicente encontra-se em Brasnorte com Pe. Adalberto e Marcão da OPAN.
Outubro	Vicente vai buscar medicamento em Brasnorte. Irmã Deolinda adianta cloranfenicol, enquanto não chega. Avaliação do estágio da Rosa e da Dorotéia. Vão para a aldeia velha. Vão apanhar castanha.
Novembro	Rosa vai para Cuiabá, estágio da OPAN. Vão à aldeia velha. Apanham pouca castanha, vêem estrada e muita gente chegando. Encontra picada no rio Juruena, feita há uns 8 ou 10 meses, vai até a barra do Juína.
Dezembro	Visita dos Cinta Larga aos Enawene-Nawe. Conversam sobre os ataques esclarecendo alguns fatos.

Fonte: Diários de Vicente Cãnas

Anexo 08: Ocorrências no decorrer do contato (1986 e 1987)

MES	OCORRÊNCIAS
Janeiro	Vão à aldeia Rinaldo Arruda e Julia Pascale (Ivar também?).
Fevereiro	Thomaz retorna à aldeia depois de 2 anos, os Enawene-Nawe alegram-se.
Março	Rosa vai para os Cinta Larga.
Abril	Vão visitar os Nambikwaras. Saque. Vão ao rio preto procurar jenipapo, não vêem picada nova. As mulheres usam as panelas de alumínio dos Nambikwara.
Junho	Vicente vai a Brasnorte procurar medicamentos com Deonila.
Julho	Vão ver as divisas de terras pelo rio Iquê. Atacaram uma família matando 8 pessoas.
Agosto	Usam camisas para se protegeram das abelhas durante o ritual. Vão ver os limites do Juruena na margem direita. As margens estão naturais, mas ouvem urro de carro pela linha telegráfica.
Setembro	Fazem casas pequenas no acampamento. Descem o Juruena, saqueiam os Miky.
Outubro	FUNAI -Vilhena quer fazer picadão no local do massacre. Foram pescar e encontram na linha telegráfica um campo de aviação, uma casa queimada e um túmulo. Saqueiam. Vão apanhar mandioca na aldeia velha.
Dezembro	Desmancham a casa das flautas e constroem outra. Visita aos Nambikwareas, saqueiam. Uma criança se perdeu.

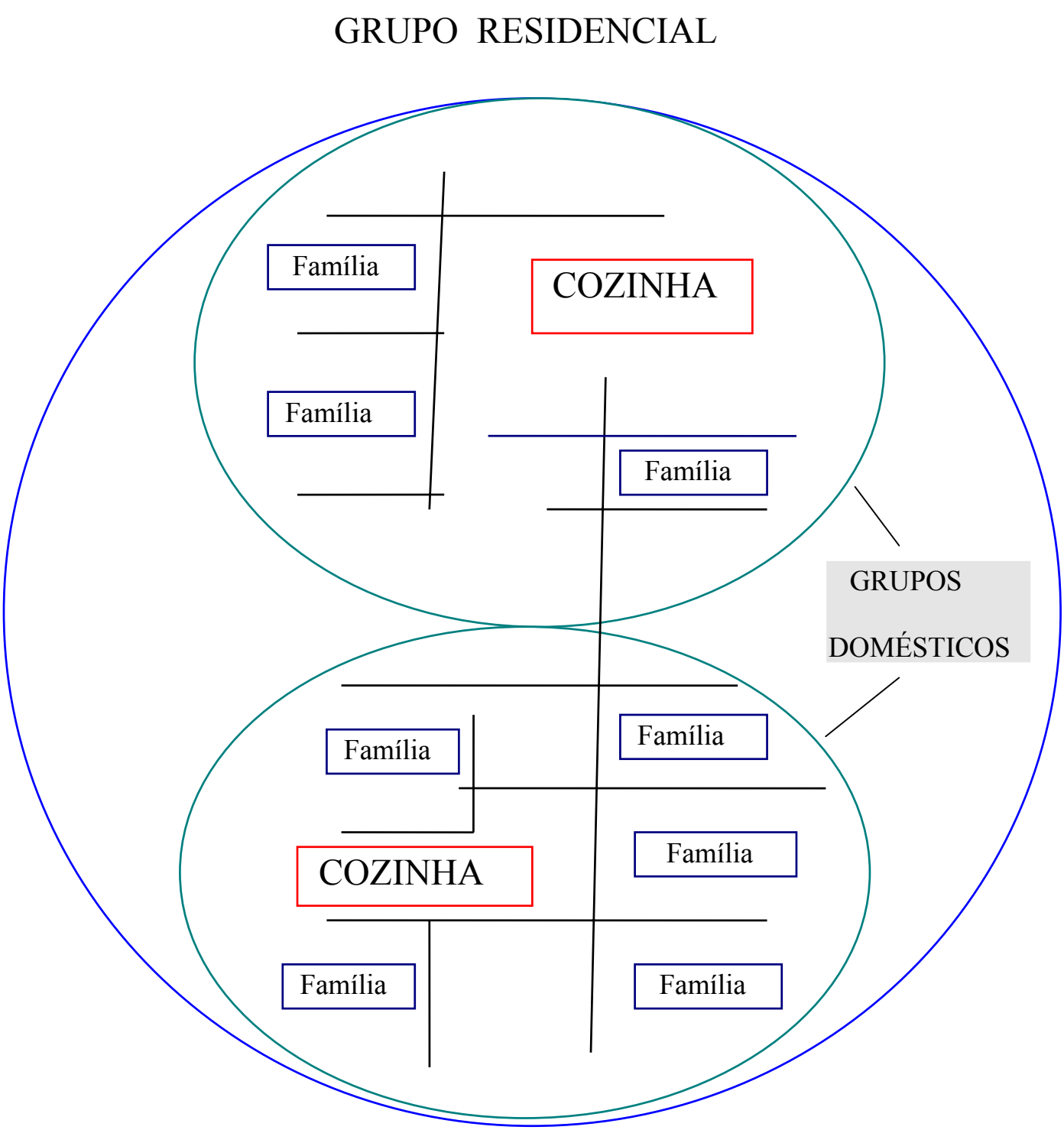
1987

MES	OCORRÊNCIAS
Fevereiro	Vicente vai à Cuiabá.
Março	Vicente vai para o acampamento ficar alguns dias. Último registro dia 24 antes de sua morte.

Fonte: Diários de Vicente Cãnas

Anexo 09: Croqui do interior de uma casa comunal Eanwene-Nawe

Adaptado de Silva (1995)



ANEXO 10: Relação do vestuário com as diferentes fases da vida (Sá, 1996):

- *wesekoitakori* . Até 2 meses o recém-nascido tem seu cabelo cortado ao estilo Enawene-Nawe e suas orelhas são furadas para receber um pequeno brinco de tucum. Também são colocados adornos de algodão em torno dos tornozelos e punhos. Todo o corpo e a face são pintados com urucum utilizando-se os dedos.

- *enawehorairi/lo.* De 2 a 6 meses, fase de colo, usam pulseiras e tornozeleiras de tucum e colares de diversos materiais como contas, penas, tucum, algodão, etc.

- *anolokwari/lo.* De 7 a 9 meses, fase em que engatinha, recebem um par de brincos de conchas e um número maior de colares. As meninas *"anolokwalo"* recebem também o cinto de algumas voltas de tucum. Nessa fase a pintura corporal é feita com palha de buriti.

- *atetwarese/lose*. De 11 a 12 meses, quando ficam de pé, são apoiadas pelos enore-nawe para não caírem e quebrarem o pescoço. Não há mudanças nos adornos e alimentação.

- *atunaharese/lose.* De 1 a 3 anos, quando começam a andar, as tornozeleiras de tucum provisórias são substituídas pelas permanentes de algodão tecidas em tear. As meninas *"atunahalose"* recebem argolas de borracha abaixo dos joelhos.

- *diñoarese/lose.* De 3 a 6 anos os braceletes de tucum são substituídos pelos permanentes de algodão.

- *enawaretese/lotese.* De 7 a 11 anos não há referência quanto as mudanças nos adornos, apenas quanto às atividades cotidianas e rituais.

- *awitaretese/makanatonerose.* De 12 a 13 anos também não há mudanças nos adornos, apenas nos rituais quando usam as indumentárias dos adultos. Mas há um significativo aumento nas responsabilidades com o grupo.

- *awitariti/loti.* Aos 14 anos ocorre a transição entre a infância e a vida adulta. Os meninos *"awitariti"* passam a usar o adorno peniano *"olokoyri"* e as meninas *"awitariloti"*, a tatuagem nos seios e em torno do umbigo após a primeira menstruação. Estes adornos têm um significativo valor estético e corporal em relação à capacidade reprodutiva dos indivíduos.

- *enetonasari/lo*. Ao nascimento do primeiro filho as mulheres *"enetonasalo"* passam a usar brincos de concha e as pulseiras de tucum apenas em ocasiões cerimoniais. As pinturas que eram feitas com traços finos horizontais e verticais com lascas de folhas de buriti, passam a ser feitas com os dedos anular, médio e indicador com traços grossos verticais. Entre os homens não ocorrem mudanças nos enfeites e na pintura corporal.

- *kulakarinasari/lo.* Quando nasce o quarto filho, sem referência na mudança de adornos.

- *kulakalari/lo.* Ao nascimento do quinto ou sexto filho. Os homens *"kulakalari"* usam a pintura corporal com fina camada de urucum, mais expressiva ao redor da boca e ainda um sinal na testa, do tamanho da ponta de um dedo. Para as mulheres "kulakalalo" não ocorrem mudanças nos adornos, apenas restrições na participação de rituais como o lerohi e salumã. Nesta fase podem desenvolver a especialidade de soprador ou benzedor *"honaitare/lo"*.

- *ihitariti/loti.* Quando têm rugas e perda da acuidade visual. As mulheres *"ihitaloti"* usam cintos com 2 a 4 voltas no máximo. Os homens *"ihitariti"* substituem os grandes brincos de conchas por brincos menores.

Anexo 11: Atividades realizadas pelos homens e pelas mulheres Enawene-Nawe

ATIVIDADES MASCULINAS	ATIVIDADES FEMININAS
Pescarias (timbó, anzóis, armadilhas)	Fiam algodão
Construção das casas e canoas	Cuidam dos filhos pequenos
Busca de castanhas, papagaio, perereca, jenipapo, batata, gavião, algodão, urucum, mutum.	Dão sementes de algodão, cabaças, batata e feijão
Coleta de mel, maribondo, fruta de buriti.	Recolhem seringa
Tiram casca de árvore, palha de buriti e de palmito.	Recolhem o milho e arrancam para pendurar
Construção das barragens de pesca	Preparação dos alimentos
Confecção de colares de tucum e sementes vermelhas, pentes de palmeira, redes de embira e cipó	Arrancam e ralam a mandioca
Colocam e tiram as cabaças da água	Buscam batatas com os homens
Fabricam peneiras e flechas, bancos, xiris, ralos	Fazem panelas de barro e tigelas
Abatem os porcos e arrancam os dentes	Fazem argolas de borracha
Pegam barro para confecção de panelas	Coleta de urucum e lenha na ausência dos homens
fazem o sal de palmeira	Fazem redes e saias
Pintam-se de barro para rituais	Buscam á água e folhas, formigas, larvas de perereca
Tiram rama de mandioca	Recolhem frutos, algodão e cogumelos
Apanham minhocas, larvas de perereca, coró, formigas, cabaças e taquaras	Pescam com *mataxi* na ausência dos homens
Confecção de cocares, esteiras para repartição interna das casas, bolas de borracha para jogo	Apanham feijões, batatas, carás e corós
Excursão no território	Plantam cará, amendoim. Araruta, feijão
Racham lenha	Colhem amendoim, cará, feijão e algodão
Fazem cerca nas roças	Socam milho

Fonte: Diários de Vicente Cãnas, período 1977-1997 e entrevistas com indigenistas atualmente na área.

Anexo 12: Documentos consultados nos arquivos da OPAN

1/11 - Anotações de saúde - 1984/85 (Dorotéia de Paula)
1/21 - Relatório de atuação no trabalho indigenista/85 (Dorotéia de Paula)
1/23 - Relatório 6/09 a 2/11 - Indigenista
1/24 - Sobre a incidência de Scherichia coli patogênica na A I Salumã em 1985. Março - 1986 (Rosa Cartagens)
1/25 - Projeto Enawene-Nawe - Relatório de Atividades. Período: dezembro/87 a abril/88
1/27 - Medicamentos "Farmácia" Enawene-Nawe
1/30 - Ata de Reunião de Trabalho - 3 e 4/12/87
1/31 - Ata de reunião do grupo amplo de ação junto aos Salumã em 04/12/87
Avulso - Planejamento por 3 anos para o povo Enawene-Nawe - MIA
1/34 - Relatório de atendimento de saúde (Maria Helena S. Lima e Mirtes Versiani) - março/88
1/51 - Relatório da 4ª. reunião sobre o Projeto Enawene-Nawe. 25 e 26/02/1989
1/53 - Levantamento do estado de saúde oral da aldeia Enawene-nawe - relatório 25/05 a 31/06/89
1/55 - Ficha para tabulação de dados demográficos
1/56 - Levantamento de saúde - Casos ocorridos e atendidos. Julho - agosto - setembro/89
1/57 - Programa regional de informação sobre questão indígena (Miky. Enawene. Erikbatsa) 12/08/89
1/62 - Relatório de Saúde - 1989
1/65 - População, faixa etária, vacinas, morbidade, mortalidade, distribuição de doenças, óbitos/faixa etária
1/69 - Relatório de atividades do projeto Enawene-Nawe (junho a dezembro/89)
1/72 - Breve histórico dos conflitos e invasões referentes a A I Salumã. Março/1990. Claúdio Quoos Conte
1/75 - Relação de famílias
1/79 - A saúde do povo Enawene-Nawe no 1º. semestre - 1990
1/82 - Operação Anchieta - OPAN. Relatório de saúde. Visita a equipe do projeto Enawene-nawe (casa de apoio) e SUCAM - Brasnorte/MT. 1 a 4 /8/90
1/90 - Relatório projeto Enawene-Nawe - 1990
1/91 - Relatório de atividades julho-outubro/1990
1/95 - Censo 1990
1/101 - Relação de famílias - 1990
1/106 - Relatório do projeto Enawene-nawe - 1º. semestre/1990
1/112 - Projeto Enawene-Nawe. Resumo de atividades. Fevereiro/91 a janeiro/92
1/121 - Relatório de saúde - 1º. semestre/92 (Tânia e Cleacir)
1/141 - Relatório de saúde - 2º. semestre/92
1/156 - Assistência de saúde ao povo Enawene-Nawe
1/168 - Relatório visita odontológica - Arthur M. Keunecke
1/174 - Relatório de atividades - 1993
1/203 - Relatório de atividades - 1994
1/227 - Relatório final - 1995
1/232 - Programa trienal de saúde (1996-1998)
1/245 - Súmula do seminário "Enawene-Nawe: presente e futuro"
1/251 - Relatório anual - 1996
1/256 - Relatório do desenvolvimento do Projeto Enawene-Nawe. 01/07/96 à 30/06/97
1/259 - Projeto Enawene-Nawe - A questão da terra
1/279 - Relatório do progresso - Projeto Enawene-Nawe (2º. semestre 1997)
avulso - Programa Trienal 1998-2001

Anexo 13: Inquérito de Saúde Enawene-Nawe (julho de 1997)

I - IDENTIFICAÇÃO:

Casa	Família	Nome	Sexo	Idade

Temperatura Ambiente: ..... º C

II - CLÍNICA:

Queixa Gastrointestinal? ( ) Sim ( ) Não
Qual? ( ) Dor Local: .....
( ) Náuseas/Vômitos
( ) Diarréia
( ) Outra: .....

Anotar outras queixas:.....

.....

Está grávida? ( ) Sim ( ) Não

Jejum? ( ) Sim, há mais de 2 horas
( ) Comeu à menos de 1 hora
( ) Comeu entre 1 hora e duas horas

III - MEDIDAS:

Pressão Sistólica 1 ..... X ..... mmHg
Pressão Sistólica 2 ..... X ..... mmHg
Pressão Diastólica 1 ..... X ..... mmHg
Pressão Diastólica 2 ..... X .....mmHg

Peso: ..... Kg
Altura: ..... cm
Circunferência abdominal: .....cm
Circunferência quadril: .....cm
Circunferência braço: .....cm
Prega cutânea (braço): .....mm

Glicemia : .....mg/dl
Exame Parasitológico de Fezes: .....

ANEXO 14: AVALIAÇÃO DA COBERTURA VACINAL - ENAWENE-NAWE CASA:.....

Família	Nome	Sabin	DPT	dT	TT	BCG	Sarampo	MMR	F. A	HEP. B