

**MINISTÉRIO DA SAÚDE  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA**

**O CONTEXTO CULTURAL DAS DOENÇAS DIARRÉICAS  
ENTRE OS WARI', ESTADO DE RONDÔNIA, BRASIL  
Interfaces entre antropologia e saúde pública**

Tese de Doutorado

MOACIR HAVERROTH

Rio de Janeiro

2004

Tese apresentada à  
Pós Graduação da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca,  
Fundação Oswaldo Cruz,  
como requisito parcial para obtenção do título de  
Doutor em Saúde Pública

Orientador

Professor Doutor Carlos Everaldo Álvares Coimbra Júnior

Dedico este trabalho  
Aos Oro Wari', exemplo de resistência:  
*Awi na*

Para Selma, Dafnis e Tales,  
com amor especial.

Ao meu pai José (em memória), que tanto fez para me ver chegar até aqui,  
A minha mãe Maria,  
Aos meus irmãos Célio, Luceni, Tito, Hector, Luciano, Tatiana e respectivas famílias.

## AGRADECIMENTOS

Aos Oro Wari', especialmente, das aldeias Lage Novo e Linha Dez, Terra Indígena Igarapé Lage, pela ótima recepção e convivência e com quem pude trocar experiências que valem para a vida.

Aos Agentes Indígenas de Saúde Frederico Oro Nao', Tocorom Oro Waram, Seila Oro Waram e Abrão Oro Waram e ao Agente Indígena de Saneamento Armando Oro Waram Xijein, pela importante colaboração e participação que tiveram no trabalho, com quem devo compartilhar apenas os méritos.

A Xowa Oro Mon (Edgar), liderança wari' de Lage Novo, pela importante colaboração na compreensão do pensamento tradicional wari', pelos longos depoimentos e conversas e pela troca de experiência ao longo de minha permanência na aldeia.

Aos professores Arão Oro Waram Xijein e Rosilene Canoé, Paulo Awo Oro Waram Xijein, Carlos Oro Waram Xijein, de Lage Novo, e Francisco Oro Waram e Joacir Oro Nao', de Linha Dez, pela colaboração. Com Arão também tive a oportunidade de pensar e elaborar idéias para a valorização da cultura wari'.

Ao chefe de Posto da FUNAI, Roberto, e sua esposa Cida, pelo apoio, colaboração e isenção demonstrados em relação ao meu trabalho.

À Gilles de Gatheu e Elenir, do Conselho Indigenista Missionário (CIMI) em Guajará-Mirim, pela atenção dispensada, colaboração e convivência.

À Jannayna Aires, professora em Linha Dez, pela amizade e convivência.

Aos profissionais da FUNASA e CUNPIR pela colaboração e apoio ao trabalho e pela convivência em diversos momentos de minha permanência nas aldeias e na sede do Pólo Base e Casa de Saúde de Guajará-Mirim. Em Porto Velho, agradeço especialmente à enfermeira Isabel.

Aos representantes do Conselho Local e Distrital de Saúde pela apreciação e aceitação de meu projeto de pesquisa.

À FUNAI, em Brasília e em Guajará-Mirim, e seus funcionários pelo encaminhamento e aceitação de meu projeto de pesquisa.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela bolsa de doutorado (processo nº 141243/00-7) que me possibilitou a realização do curso e sobrevivência.

À Fundação Ford, de onde vieram os recursos financeiros para as viagens, estadias e despesas da pesquisa de campo.

Ao Centro de Estudos em Saúde do Índio de Rondônia (CESIR) da Universidade Federal de Rondônia (UNIR) e todos os colegas que compartilharam deste trabalho e pela amizade, especialmente Ana Lúcia Escobar, Daniela Sá, Jesem D. Y. Orellana, Cristiano L. M. Alves e Aline F. Rodrigues.

Aos funcionários da Secretaria Acadêmica da ENSP pela atenção dispensada desde minha chegada, especialmente Cecília e Eduardo.

À Marta, pelo apoio e colaboração prestados quando era ligada à CUNPIR e pela grande amizade que compartilhamos.

À Jeane, da Secretaria de Saúde de Rondônia, pela amizade, companhia e apoio quando de minha permanência em Porto Velho.

Ao amigo e colega de doutorado Maurício Leite, que também encontrou entre os Wari' um outro modo de ver o mundo.

Aos colegas de minha turma do doutorado, especialmente algumas pessoas que foram mais marcantes nessa caminhada, como Kathie Njaine, Cristina Pinheiro Mendonça, Maurício Leite, Rosany Bochner e Vidigal de Andrade Vieira, para citar alguns e correr o risco de ocultar outros, além de Jane C. S. Capelli e Rui Arantes, que chegaram nas turmas seguintes, e Sônia Bittencourt da turma anterior.

Aos colegas do mestrado em saúde pública da ENSP, com quem também compartilhei muitos momentos, especialmente Giovane Oliveira Vieira, Daniella Sá e Paulo Basta.

À minha amiga Márcia Thomaz, do Hospital Universitário da UFRJ, por me acolher assim que cheguei ao Rio e pela agradável e divertida companhia enquanto lá permaneci.

À Lígia, pelos momentos de diálogo, diversão e caminhos de Yoga enquanto estive no Rio.

À Eliana E. Diehl, pelo compartilhamento do trabalho com os Kaingang, meu no mestrado em antropologia social na UFSC e seu no doutorado em saúde pública na ENSP, pelos momentos de companhia no Rio e pela amizade que já completa dez anos.

A todos os professores que tive durante o curso de doutorado na ENSP, no Museu Nacional e no IMS/UERJ.

Ao meu orientador, Carlos E. A. Coimbra Jr., por aceitar minha proposta de projeto, pela orientação ao longo do curso e pelas oportunidades que tem criado.

À Selma Maria Neves de Souza, companheira de todos os momentos, que enfrentou comigo os problemas e compartilhou as alegrias durante todo o trajeto do curso.

## RESUMO

A pesquisa trata sobre saúde, doença e cura entre os Wari', família lingüística Txapakura, município de Guajará-Mirim, Rondônia, abordando as opções de recursos em saúde, enfocando as doenças diarréicas, uma das maiores causas de morbi-mortalidade entre crianças indígenas. A pesquisa de campo foi feita nas aldeias Lage Novo e Linha Dez, na Terra Indígena Igarapé Lage, entre novembro de 2002 e maio de 2003. A tese inicia com a revisão bibliográfica sobre a antropologia e o campo da saúde, de forma geral, e as doenças diarréicas. Segue o modelo teórico segundo o qual as atividades relacionadas à saúde devem ser estudadas como respostas socialmente organizadas às doenças e constituem um sistema cultural especial: o sistema de cuidados em saúde. Faz-se uma descrição geral sobre o grupo, a história regional e as Terras Indígenas atuais. O terceiro capítulo discute os setores de saúde disponíveis aos Wari', uma discussão dos serviços oficiais de saúde indígena e o papel dos agentes indígenas de saúde e de saneamento no contexto das políticas públicas. Os setores de saúde identificados entre os Wari' são: profissional (rede de serviços e profissionais de saúde oficiais e estabelecimentos de saúde privados), o setor *folk* (centralizado na figura, ora remanescente, do xamã, *ko tükü nenim*) e o setor informal (constituído por todas as outras práticas, domésticas ou não, que não passam diretamente pelos outros dois). Há interseções entre os setores, que são abertos e, no conjunto, formam uma rede complexa de fluxo e contra fluxo na busca por recursos em saúde. Segue uma discussão de conceitos da cosmologia tradicional com reflexos nas concepções tradicionais de saúde e doença e nas práticas de cura. Na categorização das doenças pelos Wari' e apresentação da etnoclassificação das doenças diarréicas, identifica-se uma categoria geral (*honko'*), quatro categorias paralelas no mesmo nível taxonômico e seis categorias subordinadas, caracterizando a nosologia dessas doenças ao longo de seu processo. No capítulo seguinte, são apresentados e discutidos os atendimentos realizados nos Postos de Saúde das aldeias, na Casa de Saúde do Índio de Guajará-Mirim e hospitais da região. A faixa etária mais acometida são os menores de cinco anos de idade em todos os níveis de atendimento, com cerca de metade dos casos registrados. Cerca de 28% das diarréias registradas na Casa de Saúde do Índio de Guajará-Mirim ocorreram após a internação. Segue com as modalidades terapêuticas do setor informal e os comportamentos de busca por tratamento a partir do domicílio. Verificou-se o conhecimento de algumas terapias baseadas em plantas medicinais e méis da floresta, mas, na prática, destaca-se o uso de plantas medicinais antidiarréicas domésticas, a maioria introduzida após o contato. Acrescentam sal e/ou açúcar às preparações em forma de 'chás', sem seguir um padrão definido. O conhecimento sobre TRO é extremamente limitado entre as mães e seu uso depende da indicação e preparação pelos Agentes de Saúde. A disponibilidade de SRO no Posto de Saúde é deficiente. A resolutividade do atendimento primário e secundário de saúde em relação às doenças diarréicas é limitada, considerando o nível de complexidade exigido. A decisão por busca de recursos para tratamento de doenças diarréicas é determinada, principalmente, por alguns sinais/sintomas, como sangue nas fezes, vômito, muco nas fezes. A febre também é determinante nessa busca. Entretanto, o tipo mais comum é caracterizado por fezes liquefeitas (*honko' ak kom na*).

Palavras-chave: Índios Sul-americanos; Antropologia da Saúde; Doenças Diarréicas; Serviços de Saúde; Itinerário Terapêutico.

## ABSTRACT

The study aims to the research of health, illness and healing among the Wari' (=Pakaánova), of the *Txapakura* linguistic family, located in Guajará-Mirim, in the state of Rondonia, Brazil. I address to the health resource options relating diarrheal diseases, one of the major causes of morbid-mortality among children. The field research was in the villages of Lage Novo and Linha Dez, between November 2002 and may 2003. The first chapter deals with a bibliographic review of anthropology and health, in general, and diarrheal diseases. It is based on the theoretic model, which the activities related to health must be studied as socially organized responses to diseases and constitute an especial cultural system: the health care system. I make a general description concerning the Wari' group, the regional history and the current Indian's lands. The third chapter deals with the health sectors available to the Wari' community, the official health service and the role of the health and sanitation agents within public policies for the indigenous people. The health sectors identified among the Wari' are: the professional (official service network and health professionals, and health establishments), the folk sector (centralized in the character, at times reminiscent, of the *shaman*, *ko tükü nenim*), and the informal sector (composed by all other practices, domestic or not, which are not directly related with the other two). There are intersections among the sectors that together constitute a complex network of flux and reflux in the search for health resources. In addition, I hold a discussion about concepts of traditional cosmology reflecting traditional conceptions about health and illness, and healing practices. I identified a general category (*honko'*), four parallel categories in the same taxonomic level and six subordinate categories in the diarrheal diseases classified by the Wari'. This ethnoclassification characterizes the nosology of these diseases during the process. The registries of attendance in the settlement health station, *Casa de Saúde do Índio of Guajará-Mirim*, and regional hospitals are presented and discussed in the following chapter. The 0- to 5-year-old age group was the most undertaken by the diarrheal diseases in all phases of the health care, being approximately half of the cases registered. Approximately 28% of the diarrheal diseases registered in the *Casa de Saúde do Índio of Guajará-Mirim* occurred after hospitalization. Afterwards, I present the therapeutic modalities of the informal sector and health-treatment seeking behaviors. I have verified the Wari' knowledge on some therapies based on forest medicinal plants and some honeys, but, in practice, the major homemade antidiarrheal drugs is from domestic medicinal plants, of which were mostly introduced after white men contact. Sugar and/or salt are added to tea-like preparations, without following a defined pattern. The ORT knowledge is extremely limited among mothers and its use depends on the indications and preparations by the health agents. The availability of ORS in the settlement health station is deficient. The resolutivity of the primary and secondary official health care in relation to diarrheal diseases is limited, considering the level of complexity demanded. The decision to search resource to treat diarrheal diseases is determined, mostly, by some signs/symptoms such as blood in the feces, vomiting, and mucus in the feces. Fever is also a decisive symptom in this search. However, the most common symptom is watery stools (*honko' ak kom na*).

Key words: South American Indians; Medical Anthropology; Diarrheal Diseases; Health Services; Therapeutic Itinerary.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	01
<i>Objetivos</i> .....	06
<i>Metodologia</i> .....	06
<i>Dificuldades e Limitações metodológicas</i> .....	11
<i>Aspectos éticos</i> .....	14
<i>Estrutura da Tese</i> .....	15

### CAPÍTULO I

ANTROPOLOGIA, SAÚDE PÚBLICA, EPIDEMIOLOGIA: INTERFACES.....	16
<i>Conceitos e principais referências</i> .....	16
<i>Sistema de Cuidados em Saúde</i> .....	30
<i>Os tipos de realidade</i> .....	31
<i>A estrutura interna dos Sistemas de Cuidados em Saúde</i> .....	33
<i>Antropologia e doenças diarréicas</i> .....	37
<i>Definições de Diarréia</i> .....	37
<i>Definições de Desidratação</i> .....	39
<i>Fatores de risco relacionados</i> .....	40
<i>Taxonomia</i> .....	48
<i>Modalidades terapêuticas voltadas para diarréia</i> .....	58
<i>Terapia de Reidratação Oral (TRO)</i> .....	60
<i>Sobre Itinerário Terapêutico</i> .....	65
<i>A complexidade do contexto cultural e o planejamento de programas</i> .....	75

### CAPÍTULO II

OS WARI' NO CONTEXTO DA HISTÓRIA REGIONAL.....	81
<i>A Língua</i> .....	88
<i>As terras indígenas (TI) wari'</i> .....	90
<i>TI Igarapé Lage</i> .....	92
<i>A aldeia Lage Novo</i> .....	95
<i>Ambiente Natural</i> .....	95
<i>Estrutura física e de transporte</i> .....	100
<i>Arquitetura, distribuição espacial das casas, divisão sexual do trabalho</i> .....	104
<i>Reprodução, alimentação e amamentação</i> .....	112
<i>Abastecimento de água e saneamento</i> .....	116
<i>Economia</i> .....	117
<i>Agricultura</i> .....	118
<i>Animais</i> .....	119
<i>Coleta</i> .....	121
<i>Artesanato</i> .....	122
<i>Salários, pensão e aposentadorias</i> .....	122
<i>Lideranças</i> .....	123
<i>A aldeia Linha Dez</i> .....	124



### CAPÍTULO III

SISTEMA DE CUIDADOS EM SAÚDE E A POLÍTICA OFICIAL.....	131
<i>Serviços Oficiais de Saúde</i> .....	132
<i>Revisão de uma década</i> .....	137
<i>Os AIS e AISAN</i> .....	141
<i>Os 'setores de Saúde' wari' (resumo de uma aproximação)</i> .....	146

### CAPÍTULO IV

(ETNO)CLASSIFICAÇÃO WARI' DAS DOENÇAS.....	147
<i>Pré e pós-contato, transição epidemiológica e "doença de branco"</i> .....	147
<i>Xamanismo wari' (yam, karawa, formas de atuação...)</i> .....	155
<i>wari' e karawa</i> .....	156
<i>Yam e kwere</i> .....	157
<i>ko tükü nenim</i> .....	162
<i>Classificação etiológica wari'</i> .....	166
<i>Aram paka' / ara paka' / ara maka'</i> .....	168
<i>Kep xirak</i> .....	169
<i>Causalidades de doenças diarréicas</i> .....	174
<i>Classificação nosológica wari'</i> .....	182
<i>A categoria honko' ou honko' na ou ka honko' wa</i> .....	187
<i>Categorias de honko'</i> .....	189

### CAPÍTULO V

A RECORRÊNCIA AOS SERVIÇOS OFICIAIS DE SAÚDE (‘SETOR PROFISSIONAL’).....	196
<i>Recorrência ao Posto de Saúde – Aldeia Lage Novo</i> .....	197
<i>Recorrência ao Posto de Saúde – Aldeia Linha Dez</i> .....	201
<i>Recorrência à CASAI-GMI e Hospitais (Lage Novo e Linha Dez)</i> .....	208

### CAPÍTULO VI

RECURSOS E ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS (‘SETOR INFORMAL’) .....	217
<i>Busca por tratamentos em Lage Novo e Linha Dez</i> .....	220
<i>Conhecimentos sobre desidratação e TRO</i> .....	234
<i>O 'Processo' final</i> .....	240
DISCUSSÃO E CONCLUSÕES.....	250
BIBLIOGRAFIA.....	277
ANEXOS	
Anexo 1: O mito de Pinom ou Kaxikam horon	296
Anexo 2: Ficha de levantamento populacional	301
Anexo 3: Roteiro de levantamento de dados gerais por domicílio	302

Anexo 4: Ficha/roteiro de levantamento de episódios de diarreia nos últimos 15 dias	307
Anexo 5: Ficha de acompanhamento de episódios de diarreia	308
Anexo 6: Roteiro para entrevista com mães de menores de cinco anos de idade	309
Anexo 7: Roteiro para entrevista com os agentes indígenas de saúde (AIS)	311
Anexo 8: Roteiro para entrevista com as missionárias da MNTB	312
Anexo 9: Texto com base nas entrevistas com os Agentes Indígenas de Saúde e de Saneamento	313
Anexo 10: Termo de Consentimento	320

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: lista dos animais mais representativos no contexto ambiental e cultural dos Wari'	98
Tabela 2: Relação das casas de Lage Novo, dimensões, materiais e ocupação.....	107
Tabela 3: Dados sobre as mulheres wari' de Lage Novo e seus filhos menores de cinco anos de idade.....	113
Tabela 4: Dados sobre as mulheres wari' de Linha Dez e seus filhos menores de cinco anos de idade.....	114
Tabela 5: Alimentos consumidos nas últimas três refeições ( <i>recall</i> de 24 h) em Lage Novo (período de 05 a 20 de março de 2003) .....	115
Tabela 6: Ocupação das casas de Linha Dez em abril de 2003.....	125
Tabela 7: população de Lage Novo por faixa etária e sexo (referente a abril de 2003).....	129
Tabela 8: população de Linha Dez por faixa etária e sexo (referente a abril de 2003).....	129
Tabela 9: Pacientes atendidos no Posto de Saúde em Lage Novo no ano de 2002 com problemas gastrointestinais distribuídos por mês e faixa etária.....	197
Tabela 10: Registros de atendimentos no Posto de Saúde de Lage Novo relacionados com problemas gastrointestinais de 1995 a 2003 distribuídos por mês.....	198
Tabela 11: Atendimentos registrados no Posto de Saúde de Lage Novo em 2002 relacionados com problemas gastrointestinais e números relativos de casos e tipos definidos de 'diarreia'.....	200
Tabela 12: Atendimentos registrados no Posto de Saúde de Lage Novo em 2003 relacionados com problemas gastrointestinais e números relativos de casos e tipos definidos de 'diarreia'.....	201
Tabela 13: Registros de atendimento no Posto de Saúde de Linha Dez entre julho de 2000 e dezembro de 2002 mostrando número de casos gerais, casos gastrointestinais (G.I.), de diarreias e número de indivíduos atendidos.....	206
Tabela 14: Casos de distúrbios gastrointestinais registrados no Posto de Saúde de Linha Dez, de julho de 2000 a agosto de 2002, por faixa etária.....	207
Tabela 15: Internação de Wari' de Lage Novo + Linha Dez na CASAI-GMI com problemas gastrointestinais de um total de 264 internações (211 para Lage Novo + 53 para Linha Dez). .....	212
Tabela 16: Internação de Wari' de Lage Novo + Linha Dez na CASAI-GMI por Faixa Etária e Sexo em 2000/01/02 e proporção de internados que tiveram problemas gastrointestinais (GI) durante o período de internação.....	213
Tabela 17: Sequências de Unidades de Saúde buscadas para fora da aldeia Lage Novo (2000/01/02) .....	214

Tabela 18: Seqüências de Unidades de Saúde buscadas para fora da aldeia Linha Dez (2000/01/02) .....	215
Tabela 19: Remédios do setor informal potenciais para <i>honko</i> ' e sinais/sintomas associados citados pelos Wari' .....	239

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Variação da população do Pólo Base Guajará-Mirim entre 1993 e 2001 segundo dados da FUNAI e FUNASA.....	91
Figura 2: Pirâmide populacional de Lage Novo e Linha Dez (somadas) em percentagem (abril/2003) .....	130
Figura 3: desenho do corpo humano (masculino e feminino) e terminologia anatômica wari' .....	186
Figura 4: Esquema da classificação nosológica wari' geral e de <i>honko' na</i> ('diarréia').....	195
Figura 5: Itinerário Terapêutico wari' em Lage Novo e Linha Dez (TI Igarapé Lage).....	249

## LISTA DE MAPAS (final do Capítulo I)

Mapa das Terras Indígenas de Rondônia.....	77
Mapa das Terras Indígenas habitadas pelos Wari' .....	78
Mapa da aldeia Lage Novo.....	79
Mapa da aldeia Linha Dez.....	80

## LISTA DE FOTOGRAFIAS (após a Discussão e Conclusões, p. 259)

Fotografia 1: O novo prédio escolar de Lage Novo, concluído em maio de 2003.....	267
Fotografia 2: Casa de Frarinha da aldeia Lage Novo.....	267
Fotografia 3: <i>towa</i> , instrumento de percussão manufaturado para ser usado durante as festas wari' .....	268
Fotografia 4: <i>Tamara</i> , festa tradicional wari', em abril de 2003, Lage Novo.....	269
Fotografia 5: <i>Pakun kote ne</i> (pedra grande) na aldeia Linha Dez, sinais de ocupação antiga.....	270
Fotografia 6: Escola e Posto de Saúde na aldeia Linha Dez.....	270
Fotografia 7: <i>kawe ke kem</i> , um dos remédios <i>pain nahwarak</i> dos Wari' para <i>honko</i> .....	271
Fotografia 8: <i>Tawit</i> , outro remédio <i>pain nahwarak</i> dos Wari' para <i>honko</i> ' .....	272
Fotografia 9: Posto de Saúde em Linha Dez durante um atendimento.....	273
Fotografia 10: chuveiro e privada ao lado da Escola e Posto de Saúde em Linha Dez.....	273
Fotografia 11: Igarapé em Linha Dez.....	274
Fotografia 12: Vista parcial da aldeia Lage Novo, igreja no centro.....	274
Fotografia 13: mulher wari' carregando <i>mapak</i> (milho) da roça.....	275
Fotografia 14: preparando <i>tokwa</i> (chicha).....	275
Fotografia 15: roda d'água utilizada para 'bombear' água de um poço para as caixas.....	276
Fotografia 16: AIS Abrão Oro Waram, seus filhos e seu sogro, Kotem We' Oro Nao', na roça, aldeia Linha Dez.....	276

## INTRODUÇÃO

A decisão de realizar a pesquisa deste trabalho com população indígena faz parte de minha trajetória desde o final de minha graduação em biologia na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), em 1992, quando decidi que a antropologia faria parte de meu currículo dali em diante e que as populações indígenas seriam o foco principal de meu trabalho. Ingressando no mestrado do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da UFSC, em 1993, meu projeto de pesquisa foi desenvolvido com os Kaingang da Terra Indígena Xapecó, no oeste de Santa Catarina, onde busquei uma aproximação entre a botânica, minha área preferida na biologia, e a antropologia (*cf.* Haverroth, 1997). Assim, inevitavelmente, as plantas medicinais, entre outras, e os especialistas em cura Kaingang passaram a fazer parte daquele estudo, abrindo as portas da antropologia da saúde, com a presença fundamental da professora orientadora E. Jean Langdon. Até então, eu me interessara muito pelas plantas medicinais em geral em termos botânicos e terapêuticos e estudá-las do ponto de vista antropológico ajudou a ampliar esse universo. Com a conclusão do mestrado, após quatro anos e meio, em 1997, surgiu a oportunidade de trabalhar numa Organização Não-Governamental na Amazônia, no Estado do Acre, que desenvolve trabalhos nas áreas de educação, saúde, agricultura e meio-ambiente com os povos da floresta, especialmente indígenas. Lá, eu passei a fazer parte de uma equipe multidisciplinar, embora envolvido mais diretamente com os projetos no setor de saúde, os quais estavam voltados para a formação de agentes de saúde e viagens de assessoria às Terras Indígenas do Acre. Foram dois anos de uma experiência pessoal e antropológica muito rica, mas que mostrou também as enormes dificuldades com relação à aplicabilidade da antropologia nesse tipo de programa. A formação em ciências biológicas, naquele caso, teve um papel complementar importante. O doutorado era uma meta há muito traçada e eu tinha várias caminhos possíveis, mas a decisão pela saúde pública acabou se encaixando melhor naquele momento e meu caminho passou mais uma ponte acadêmica, ligando, agora, os campos da biologia, antropologia e saúde. Naturalmente, as populações indígenas continuaram a habitar esses campos, numa adaptação à nova realidade. A existência de uma linha de pesquisa em saúde de populações indígenas na Escola Nacional de Saúde Pública, cujos coordenadores são também oriundos da biologia e com formação em antropologia

médica, indicou que este seria o melhor caminho a seguir. Os contatos com Carlos Coimbra Jr. e Ricardo Santos deram início, então, à concretização dessa possibilidade.

As questões de saneamento sempre foram marcantes no trabalho com os grupos indígenas e com os povos da floresta em geral. As doenças diarreicas estão diretamente relacionadas com questões sanitárias e carregam fortes elementos culturais. Dessa forma, esse campo mostrava-se fértil para uma pesquisa em saúde pública com perspectiva antropológica. Inicialmente, meu projeto de pesquisa havia sido pensado para um grupo indígena do Acre, os Madija (Kulina) do alto rio Purus, com quem eu tive uma convivência marcante e cujas condições gerais de saúde e saneamento são muito graves. Entretanto, durante o curso de doutorado, a avaliação das condições logísticas e financeiras indicaram que Rondônia ofereceria um caminho mais seguro. O convênio entre o CESIR/UNIR (Centro de Estudos em Saúde do Índio de Rondônia / Universidade Federal de Rondônia) e a ENSP/Fiocruz, através do projeto de saúde de populações indígenas financiado pela Fundação Ford, possibilitaria melhores condições para um trabalho de pesquisa com a mesma temática, mas com um grupo indígena dentro do território rondoniense.

A leitura do livro de Aparecida Vilaça (1992), do Museu Nacional, referente a sua pesquisa entre os Wari', já havia me despertado para este grupo quando entrei no mestrado. Em 1993, a aquisição do livro foi motivada porque a autora vinha de uma graduação em biologia para um mestrado em antropologia e pesquisando com população indígena, ou seja, um caminho semelhante ao que eu estava trilhando. Não poderia eu imaginar, no entanto, que alguns anos depois, eu estaria optando por pesquisar com o mesmo grupo e seria aluno de Vilaça em uma disciplina ("Etnologia dos Índios Sul-Americanos") no Museu Nacional. Entretanto, meu contato direto com os Wari' veio acontecer pela saúde pública, mas buscando os pontos de ligação com a antropologia. Outros trabalhos antropológicos anteriores com os Wari' (Mason, 1977; Graeve, 1976; Conklin, 1989; Meireles, 1986; Novaes, 1996) vieram ajudar numa leitura prévia sobre a realidade desse grupo de língua Txapakura, linguisticamente distante dos grupos que eu já conhecia.

Em janeiro de 2002, realizei uma coleta de dados de registro de atendimento de saúde das populações indígenas de Rondônia, em Porto Velho e Guajará-Mirim, a partir dos quais foi analisada a importância das doenças diarreicas no quadro geral de doenças dessas populações com vistas à produção do artigo (Haverroth et al., 2003) que seria

apresentado na ocasião da qualificação do projeto de pesquisa de doutorado. Mesmo com a deficiência dos registros oficiais, foi possível demonstrar que as doenças diarreicas são de alta prevalência, só sendo superadas pelas infecções respiratórias agudas.

Os trâmites exigidos para aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/Fiocruz (CEP/ENSP), na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), no Conselho Distrital de Saúde do Distrito Sanitário Especial Indígena de Porto Velho, no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e na Fundação Nacional do Índio (FUNAI) demandaram vários meses de espera para poder iniciar a pesquisa de campo, o que acabou levando à redução do tempo de permanência nas aldeias e na restrição do número de Terras Indígenas e aldeias abrangidas. Algumas questões pessoais relativas à paternidade nesse período também influenciaram no tempo dedicado ao campo, embora numa proporção bem menor. A pesquisa de campo foi realizada entre novembro de 2002 e maio de 2003, com quatro meses de permanência em duas aldeias.

A importância das doenças diarreicas no mundo inteiro, principalmente em regiões de baixo índice de desenvolvimento socioeconômico, é demonstrada através de inúmeras pesquisas epidemiológicas. A relação dessa síndrome com aspectos culturais tem sido cada vez mais enfatizada. Desde a descoberta da ação fisiológica das soluções de reidratação oral e seu papel na prevenção da desidratação por causas diarreicas, tem sido um desafio para os programas de controle a disseminação da terapia de reidratação oral (TRO). As questões culturais passaram a ganhar ainda mais importância devido às reações nem sempre favoráveis por parte das populações envolvidas nos programas. Dessa maneira, a antropologia passou a ganhar espaço nos projetos de pesquisa em saúde, particularmente nessa categoria de doenças.

A atenção internacional para a promoção da TRO para diarreia infantil começou com o estabelecimento do Programa para Controle de Doenças Diarreicas (CDD) da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1978, como parte do compromisso global com os cuidados primários de saúde. A partir desse programa, ganhou importância a integração da TRO com contextos socioculturais locais, enfatizando-se as perspectivas e métodos antropológicos na pesquisa e avaliação, crescendo o envolvimento de antropólogos em pesquisas sobre doenças diarreicas, cuja relevância pode ser discutida em termos de

questões teóricas, contribuição metodológica e desenvolvimento do atendimento primário de saúde (Coreil & Mull, 1988).

Os estudos que analisam a relação entre aspectos culturais e as doenças diarréicas se intensificaram nas últimas duas décadas, principalmente nos anos noventa, o que se evidencia através das publicações em periódicos especializados que têm como linha a interface entre ciências humanas e saúde. Nos artigos, há uma tendência geral em apresentarem-se representações, etiologias, nosologias, taxonomias de doenças diarréicas, tratamentos e itinerários terapêuticos próprios de cada sociedade, analisando esses tópicos dentro do contexto cultural local.

No Brasil, apesar da importância das doenças gastrointestinais, particularmente diarréias e parasitoses intestinais, há poucas pesquisas envolvendo questões culturais associadas a essas doenças. Pesquisas desse gênero foram realizadas no nordeste brasileiro com população rural e urbana de baixa renda, as quais são apresentadas em Nations (1982; 1986; 1992), Nations & Amaral (1991), Nations & Rebhun (1988a; 1988b), Nations et al. (1988) e Barros et al. (1991). Várias pesquisas epidemiológicas sobre doenças diarréicas e parasitoses relacionadas foram realizadas na mesma região e publicadas em Agnew et al. (1998), Guerrant et al. (1983), Newman et al. (1993), Newman et al. (1999), Walser, Lima & Guerrant (1996) e Zu et al. (1994).

G. Oliveira Vieira (2003) realizou uma meta-análise sobre pesquisas com populações indígenas acerca de enteroparasitoses e os resultados mostraram que vários grupos de pesquisadores vêm se dedicando ao tema. Nas últimas décadas, a produção científica apresentou um crescimento significativo. A autora localizou quarenta e cinco produções científicas referentes às enteroparasitoses em populações indígenas no Brasil, sendo vinte e dois artigos plenos publicados em periódicos nacionais e internacionais, três dissertações de mestrado, uma tese de doutorado e dezenove resumos publicados em anais de congressos científicos. As publicações começam na década de cinquenta, sendo escassas nas duas décadas seguintes e havendo um aumento significativo a partir da década de oitenta, quando foram publicados cerca de um terço dos trabalhos e pouco mais de um terço na década de noventa. As publicações a partir de 2000 já representaram mais de dez por cento do total analisado. Essa meta-análise indica também que houve uma concentração de estudos em etnias das regiões Norte (50,0%) e Centro-Oeste (34,6%). Entretanto, não há

uniformidade nas técnicas utilizadas, o que dificulta a comparabilidade. Os aspectos sociais e culturais associados às enteroparasitoses são, geralmente, negligenciados.

Agnew et al. (1998) apontam que cerca de metade das mortes entre crianças menores de cinco anos de idade no nordeste brasileiro são atribuídas à diarreia e, segundo Guerrant et al. (1983), a prevalência entre crianças pobres nessa região é uma das mais altas do mundo. De acordo com Giugliano et al. (1986), em Manaus, em 1979, 30% do total das mortes registradas foram causadas por doenças infecciosas e, aproximadamente, 82% delas foram devido às infecções entéricas. Apesar das altas taxas de mortalidade devido às doenças diarreicas nessa região, muito pouco é conhecido sobre aspectos da doença, tal como frequência, etiologia, sazonalidade, fontes de infecção, bem como aspectos sociais e culturais relacionados.

Conforme Benicio et al. (1987), informações sobre a ocorrência de morbidade de doenças diarreicas são escassas em nosso meio. Os dados disponíveis geralmente são de levantamentos de registros de serviços de saúde, dificultando inferências populacionais. Estatísticas de mortalidade por causas específicas são também limitadas para descrever a ocorrência de diarreia na população. Diante disso, a incidência de doenças diarreicas é virtualmente desconhecida no Brasil.

Na comunidade médica, o interesse tem sido sobre a epidemiologia, patologia e métodos de cura, enquanto na comunidade antropológica tem sido sobre aspectos políticos, econômicos e culturais da doença. A diarreia, como qualquer outra infecção, é causada por patógenos, mas ela pode também ser “causada” pela pobreza. Apenas entre aqueles sem alimentação, habitação e sistemas de esgoto adequados essa doença é uma condição fatal (Nations & Rebhun, 1988b).

Essa situação pode ser atribuída às populações indígenas brasileiras de modo geral. Segundo Linhares (1992), enteropatógenos bacterianos, viróticos e parasitários têm sido associados a processos gastrointestinais entre indígenas da Amazônia. As precárias condições de saneamento, higiene inadequada e possível existência de reservatórios silvestres de enteropatógenos são alguns dos fatores que contribuem para esse quadro.

Levantamentos de doenças entre os Wari’, Karitiána e grupos Tupi-Mondé, em Rondônia, chamam atenção para as altas prevalências de infecção por helmintos, como *Ascaris lumbricoides*, *Thichuris trichiura*, *Strongyloides stercoralis* e ancilostomídeos, os



quais, somados à malária, à diarreia e a má alimentação, exercem grande influência nos perfis de saúde. Prevalências variáveis de infecção por protozoários também são encontradas, destacando-se *Giardia lamblia* e *Entamoeba histolytica*, ambas responsáveis por episódios de diarreia e disenteria (Coimbra Jr., Santos & Escobar, 2000).

Sendo assim, a articulação entre aspectos clínicos, epidemiológicos e antropológicos é importante para uma melhor compreensão dos fenômenos de saúde e doença nas diversas populações. Neste trabalho, procuro dar minha contribuição a partir do estudo das doenças diarreicas entre os Wari'.

### ***Objetivos***

O objetivo geral deste trabalho foi estudar o Sistema de Cuidados em Saúde na população Wari', enfatizando as doenças diarreicas. Vários pontos específicos fizeram parte deste objetivo mais amplo: levantar e sistematizar casos de diarreia registrados nos serviços oficiais de saúde, nos seus diversos níveis de atendimento; caracterizar as condições sócio-ambientais, de saneamento e habitação das aldeias; identificar e caracterizar os setores de saúde e seus agentes de cura que têm atuação entre os Wari'; analisar semelhanças, diferenças e interseções entre os Setores de Saúde; levantar as categorias wari' de doenças diarreicas e sua inserção na etnotaxonomia geral de doenças; identificar os modelos explicativos, padrões de itinerário terapêutico e fatores associados, tais como, idéias, práticas, regras e tabus relacionados às categorias de diarreia wari'; verificar a disponibilidade e o acesso aos recursos de tratamento; analisar as idéias e práticas relacionadas com TRO; identificar os limites e as possibilidades dos Setores de Saúde (oficiais e tradicionais) na prevenção, controle e tratamento de doenças diarreicas considerando as questões ambientais e culturais envolvidas.

### ***Metodologia***

O trabalho de pesquisa consistiu de observação participante em duas aldeias wari', Lage Novo e Linha Dez, da Terra Indígena Igarapé Lage, Município de Guajará-Mirim, Estado de Rondônia. Durante a permanência nas aldeias, fiquei alojado nos Postos de Saúde, os quais possuem espaços subutilizados na maior parte do tempo. Este ponto teve função estratégica também por facilitar o acompanhamento do trabalho desenvolvido pelos

Agentes Indígenas de Saúde (AIS). Muitas pessoas passam pelo Posto de Saúde, localizado em ponto central das aldeias, as quais passavam a frequentar o local também devido a minha presença. Uns iam apenas conversar, outros aproveitavam para tirar um cochilo, deitados no piso de cimento queimado, aproveitavam para ouvir rádio, alguns para gravar entrevistas e outros, que estudavam no curso supletivo, iam para receber aulas. As crianças eram presença quase constante em volta do Posto de Saúde, acompanhando as mães ou pais que as levavam para o atendimento ou, fora desses momentos, para conversar, brincar, desenhar, comer, pedir alguma coisa ou até dormir no chão.

A coleta de dados mais sistemática foi realizada através de visitas domiciliares. Para cada etapa do trabalho, um roteiro-guia era utilizado como base (ver anexos). Porém, entrevistas estruturadas ou fechadas não resultam em muito êxito. Sendo assim, as informações foram obtidas muito mais através de diálogos mais ou menos abertos ou seguindo algumas questões chaves. Além disso, as visitas domiciliares foram importantes para facilitar a observação. Essa técnica é fundamental num contexto em que há dificuldades de linguagem ou de inibição diante do pesquisador, além de servir de meio comparativo entre o dito e o feito, entre os discursos e os fatos. Dependendo da conveniência e disponibilidade, havia a companhia de um(a) intérprete que, no caso, foram, principalmente, os AIS. Se, por um lado, a função de intérprete facilitava a comunicação em determinados momentos, principalmente com velhos e mulheres que falam pouco em português, de outro lado, tornou-se um fator inibidor de respostas, deturpador ou substituinte do informante. Tais problemas e as freqüentes indisponibilidades dos intérpretes me levaram a realizar muitas visitas sem nenhuma companhia. Com o tempo, minha presença na aldeia passou a ser um fato comum e a popularidade passou a facilitar mais os contatos e diálogos. De um modo geral, os Wari' são bastante receptivos e, como nos outros grupos que conheci, tivemos uma convivência boa e marcante.

A primeira etapa da pesquisa foi o levantamento da população casa a casa. Foram coletados nomes em português e em wari' de todos os moradores, relações de parentesco entre eles, data de nascimento, a fonte da informação (documento ou pessoal) e outras informações complementares (ver anexo 2). Além de obter dados demográficos completos, essa etapa teve papel importante no conhecimento das pessoas, no primeiro contato com elas, e ter uma idéia geral das condições da aldeia. Durante essa etapa, com o auxílio dos

AIS, foram elaborados mapas das aldeias. Cada casa possui um número usado como controle nos trabalhos da FUNASA. Utilizei esse mesmo número para identificar as casas.

Em seguida, foi realizado um levantamento das condições gerais em cada moradia seguindo um roteiro-guia (anexo 3). Na medida que algumas respostas iam se repetindo em diferentes casas, a questão relacionada deixava de ser feita adiante, de maneira que o roteiro foi ficando gradativamente menos extenso. Foram obtidas informações sobre a casa (tamanho, material, divisões, etc.), principais utensílios domésticos, construções anexas, presença e localização de latrinas e fontes de água, roças, extrativismo, animais domésticos, caça, pesca e fontes de recursos financeiros. Algumas informações podiam ser obtidas pela observação, outras através de perguntas diretas ou diálogos abertos.

Outra parte do trabalho foi a coleta de dados dos registros de atendimento dos AIS no Posto de Saúde. Os AIS mantêm um caderno onde devem, via de regra, registrar cada atendimento realizado, anotando data, nome da pessoa, sinais/sintomas/doença/queixa do paciente e tratamento administrado. Porém, nem sempre os registros são realizados e, às vezes, nem todas as informações são anotadas. De qualquer forma, esses registros representam o quadro geral de problemas de saúde ocorridos na aldeia e mostram alguns encaminhamentos realizados para fora da aldeia. Na cidade de Guajará-Mirim, foram coletados os registros de atendimento (prontuários) realizados desde o ano de 2000 na Casa de Saúde do Índio (CASAI-GMI). No entanto, não foram disponibilizados os prontuários referentes ao ano de 2003. As categorias diagnósticas (sinais/sintomas/doenças) dos registros de atendimento, tanto nos Postos de Saúde das aldeias quanto na CASAI-GMI, foram copiadas tal como constavam nos documentos originais. Nos Postos de Saúde, quase todos os registros são feitos pelos AIS. Os encaminhamentos para a CASAI-GMI são feitos também por eles. Nos prontuários da CASAI-GMI, aparecem os registros diários dos profissionais de enfermagem, onde constam o estado geral de saúde do paciente, seus sinais e sintomas e procedimentos tomados. Noutra parte do mesmo prontuário, são registradas as consultas médicas, com as queixas, sinais, sintomas, diagnósticos de doenças e procedimentos médicos indicados. Na coleta desses dados, destaquei os diagnósticos realizados por médicos. Porém, para fins de análise, considerei as categorias registradas por todos os profissionais envolvidos indistintamente. No entanto, analisei separadamente os

dados gerados nos Postos de Saúde (registros dos AIS) e na CASAI-GMI (registros dos profissionais de enfermagem e médicos).

Durante o trabalho na Casa de Saúde do Índio de Guajará-Mirim e nas aldeias, a convivência com os profissionais de saúde do serviço oficial foi importante para ajudar a se inteirar sobre a situação do serviço e das políticas desenvolvidas.

Uma etapa que consistiu em visitas em praticamente todos os domicílios foi a coleta de informações sobre episódios pregressos de doenças, especialmente as diarreicas (roteiro no anexo 4). Entretanto, procurei não dar muita ênfase a esta categoria a fim de verificar quais categorias eram citadas espontaneamente. Só depois, então, eu perguntava mais diretamente sobre episódios de diarreia. A idéia inicial era obter essa informação relativa às duas semanas anteriores à entrevista. Conforme Kalter et al. (1991) e Kalter (1992), o levantamento de morbidade de doenças infecciosas com base em episódios já ocorridos deve levar em conta um período compatível com o nível de lembrança ou memorização (*recall*) desses episódios pelos pacientes ou familiares, o que é influenciado pela gravidade, frequência e prevalência de episódios. O período de duas semanas para doenças diarreicas está baseado em estudos anteriores que demonstram ser esse um período razoável. Porém, a questão ‘tempo’, entre os Wari’, carrega outras dimensões e a idéia de tempo em dias ou semanas não é mecanismo eficiente para servir de referência. Desse modo, percebi que a melhor opção seria coletar qualquer informação de episódios pregressos, independentemente de tempo, procurando situar cada episódio dentro de um momento aproximado. As informações foram obtidas sobre cada moradore da casa, embora o informante tenha variado, dependendo de quem estivesse disponível.

Ao longo da pesquisa de campo, outras questões relacionadas nos objetivos foram sendo obtidas de maneira não sistemática, dentro das possibilidades e através dos diversos procedimentos de pesquisa e mesmo da convivência informal. As categorias wari’ de doenças diarreicas são um exemplo.

Um procedimento interessante foi o acompanhamento de episódios de doenças diarreicas ocorridos durante a pesquisa de campo, situação em que se puderam perceber os procedimentos tomados no momento em que aconteciam ou pouco tempo depois. A idéia inicial do projeto era estabelecer um cronograma de visitas domiciliares durante um determinado número dias, de maneira que haveria uma visita em cada casa pelo menos a

cada três dias, período que seria ideal para não perder nenhum eventual episódio diarréico. Porém, essa estratégia se mostrou inviável em campo devido às dificuldades de encontrar as pessoas em casa, principalmente na época de coleta de castanha ou de atividades mais intensas na roça. Além disso, os dados de registro mostraram que a frequência de episódios não justificava visitas periódicas tão intensas e que quase todos os episódios acabam ficando visíveis através do acompanhamento no Posto de Saúde e em conversas informais.

Seguindo um roteiro-guia específico (anexo 6), foi entrevistada a maioria das mulheres mães de crianças menores de cinco anos de idade, incluindo questões específicas sobre a história do último parto, amamentação e outros alimentos, concepções e conhecimento acerca das doenças diarréicas, desidratação e TRO. As questões do questionário serviram apenas de base para orientar a investigação. Em Linha Dez, essas questões foram incorporadas numa única rodada de coleta de informações domiciliares, pois, sendo uma aldeia pequena, não havia motivos para voltar várias vezes na mesma casa, além da dificuldade de encontrar as pessoas ou ser motivo de excessiva interferência em suas atividades cotidianas. Em Lage Novo, sendo uma aldeia maior, o tempo entre uma passagem e outra pelo domicílio acabava sendo suficiente para evitar esse tipo de situação. Uma estratégia que considero importante numa pesquisa é não tornar a própria presença na comunidade um peso para os moradores. Em Lage Novo, em abril de 2003, havia 31 mulheres com filhos menores de cinco anos de idade, mas uma dessas teve o parto após o período em que realizei essa etapa da pesquisa (de 05 a 20 de março de 2003). Entretanto, foram realizadas entrevistas, especificamente sobre esses temas, com 20 dessas mães. As outras dez não entraram no roteiro por diversas razões: doença, parto, ausência (viagem ou trabalho na roça), etc. Essas 31 mulheres estavam distribuídas em 29 casas e, no conjunto, as crianças dessa faixa etária eram 58, variando de um a três por mãe. Várias mulheres estavam grávidas em maio de 2003, portanto, esse número está superado, mesmo que algumas dessas crianças já tenham também passado para outra faixa etária (maior de cinco).

A Pastoral da Criança, ligada à Igreja Católica, vem desenvolvendo atividades de pesagem (medida de massa corporal) em crianças wari' menores de seis anos, nas quais estão envolvidos alguns AIS e missionárias. Acompanhei essa atividade em várias ocasiões (21 de novembro de 2002, 11 de março e 03 de abril de 2003 em Lage Novo, e em 02 e 07 abril de 2003 em Linha Dez). Porém, problemas metodológicos na coleta desses dados

antropométricos (medições tomadas por várias pessoas, utilização de mais de uma balança, imprecisão dos valores medidos, ausência de crianças em várias medições, etc.) impedem uma análise científica satisfatória. Tais informações podem apenas indicar quais crianças encontram-se muito abaixo do peso esperado naquele momento (segundo o gráfico *Peso-Idade*<sup>1</sup> constante no Cartão da Criança do Ministério da Saúde) e servir de orientação para procedimentos de complementação nutricional.

Uma das últimas atividades nas aldeias foi a realização de entrevistas semi-estruturadas (roteiro no anexo 7) com os AIS, quando foram obtidas novas informações e confirmação de outras. Foram levantadas questões sobre a atuação dos AIS e formação recebida até então, sobre doenças diarreicas, desidratação, sobre as atividades de prevenção e controle desenvolvidas, atendimento aos pacientes e opiniões sobre o serviço oficial de saúde indígena. O texto produzido a partir das respostas está disponível no anexo 9.

Foi realizada uma entrevista semi-estruturada (roteiro no anexo 8) com as duas missionárias que residem e atuam na aldeia Lage Novo, cuja gravação não foi autorizada.

Várias entrevistas foram feitas, semi-estruturadas e abertas, algumas gravadas, com informantes-chaves, sobre a história wari', organização social, alguns mitos importantes, concepções e representações sobre saúde e doença relacionadas com a cultura tradicional.

A fotografia fez parte do trabalho sem nenhuma resistência por parte dos Wari. Pelo contrário, a afeição por fotos teve de ser controlada em vários momentos. Foram entregues cópias de quase todas as fotografias para a respectiva pessoa ou família fotografada. A fotografia, além do registro em si, é uma forma interessante de aproximação, inclusive com as figuras mais inesperadas. Durante a participação nas festividades pela passagem do 'dia do Índio' (19 de abril), tive a oportunidade de conhecer muitos Wari' de outras aldeias. Outra oportunidade foi na ocasião do falecimento do mais velho dos Wari' de Lage Novo.

#### *Dificuldades e Limitações metodológicas*

Entrevistar os wari', especialmente mulheres jovens ou relativamente jovens, não é simples. A maior parte fala pouco em português. É necessária uma relação prévia com a

---

<sup>1</sup> O Gráfico *Peso-Idade*, constante no 'Cartão da Criança' do Ministério da Saúde, Coordenação Materno-Infantil, é baseado no Padrão de referência para peso e idade do NCHS (National Center for Health Statistics, EUA), segundo Hamill et al. (1979), e serve de base para comparações antropométricas das populações em geral.

comunidade para obter confiança. Com as mulheres em geral, isso é ainda mais importante. No dia a dia, não há muita dificuldade, principalmente quando se está entre um grupo de pessoas. As conversas informais em grupo, em geral, são animadas e, de alguma forma, a comunicação flui, a despeito das diferenças de linguagem. Entretanto, quando numa conversa mais formal, principalmente quando se explicita que é uma ‘entrevista’, cria-se um certo bloqueio comunicativo. Muitas vezes, fica evidente que a resposta não vem, simplesmente, porque não sabe o que responder, porque não é de seu conhecimento aquela questão. Outras vezes, não entende a pergunta, seja por uma barreira lingüística ou de conhecimento. Porém, há muitas situações em que a inibição impede que a comunicação flua. No caso das mulheres, o diálogo depende muito do contexto do momento e da própria personalidade do(a) ‘entrevistado(a)’. Há mulher que fala melhor tendo outras pessoas em volta. Porém, em geral, elas se sentiam mais à vontade para falar quando isoladas, especialmente em se tratando de determinados assuntos que, normalmente, não são temas de conversa pública. Outro aspecto percebido é que, no caso de doenças diarréicas, evita-se comentar sobre episódios sofridos pela própria pessoa, mas não há o mesmo impedimento para se relatar episódios de outrem, principalmente de crianças. É quase como se fosse ‘normal’ associar a doença com criança pequena. Não se pode afirmar que seja considerada uma categoria, como ‘doença de criança’, mas a reação é mais natural diante de episódios nessa faixa etária. Principalmente entre certos adultos jovens, a reação é de uma certa ‘vergonha’ pela situação de passar por um episódio diarréico. Alguns evitam procurar o Posto de Saúde para não evidenciar seu estado. Com relação às mães que são questionadas sobre suas crianças, a dificuldade maior é de obter respostas e as razões são, basicamente, dificuldade lingüística, inibição e desconhecimento do assunto, sem esquecer da preparação do pesquisador.

As entrevistas, principalmente com as mulheres, foram realizadas, inicialmente, com a ajuda de intérprete wari’. Porém, essa estratégia não teve bons resultados. Um dos motivos, possivelmente, foi porque não houve uma preparação adequada da intérprete a fim de que sua atuação não interferisse tanto no resultado. Embora eu tenha explicado para a intérprete, por várias vezes, sobre essa fase do trabalho e, no dia anterior, eu tenha discutido minuciosamente o procedimento, isso não se mostrou suficiente para que sua atuação se restringisse ao papel de intérprete. Determinados assuntos não são compartilhados em/ao

público fora da família nuclear. Em determinadas situações e assuntos, é mais fácil a(o) wari' falar para alguém 'estranho' ao grupo, como o pesquisador, do que internamente. Com relação aos cuidados com as crianças, há uma certa cobrança mútua entre as mulheres e, quando na presença de outra mulher e um 'estranho', cria-se uma situação incômoda para a depoente. Entretanto, o principal problema da intérprete era dar sua própria versão em vez de apenas transmitir a resposta da entrevistada para o pesquisador, quando havia uma resposta e, quando não, simplesmente responder no lugar dela. No segundo dia da rodada, procurei esclarecer novamente o procedimento. O que aconteceu, então, foi que a intérprete praticamente deixou de atuar como tal e passou apenas a me acompanhar nas casas e ajudando na hora da chegada, depois, se afastava e eu ficava exercitando minha prática na língua wari' e tentando explorar ao máximo o conhecimento da língua portuguesa da mulher. Felizmente, esse exercício lingüístico não se mostrou tão complicado e, a uma certa altura, já era possível estabelecer uma comunicação básica. A tarefa mais difícil era obter êxito na troca de informações sobre o tema em pauta. Tecnicamente, as visitas domiciliares são mais úteis como estratégia de observação. Em várias casas, eu me dirigi só, devido à irregularidade da companhia daquela, fato comum também entre os outros wari' que ajudaram na pesquisa. Este é um aspecto comum entre os grupos indígenas e com o qual é preciso aprender a conviver, pois, do contrário, o pesquisador ou qualquer outro profissional em questão pode se tornar inoportuno.

Por estes e outros motivos, a aplicação de REA (*Rapid Ethnographic Assessment*) e RAP (*Rapid Assessment Procedures*)<sup>2</sup> a determinados grupos ou situações pode se mostrar limitada. Bentley et al. (1988:107) expressam que dados de REA são, claramente, inadequados para uma análise de sistemas sócio-culturais locais, mas informações básicas sobre atitudes e abordagens sobre serviços de saúde, práticas culturais em relação às doenças, identificação de padrões alimentares durante doença diarréica em crianças pequenas e outras informações básicas podem ser obtidas por meio de métodos bem desenhados e de curto prazo. Entretanto, mais adiante, colocam que essa abordagem (REA) utiliza amostras amplas de respondentes antes que informação fina de indivíduos e, por

---

<sup>2</sup> RAP foi desenvolvido no programa de investigação da Universidade das Nações Unidas para melhorar a compreensão dos êxitos e problemas relacionados com a execução das recomendações da Conferência de Alma-Ata. O RAP está voltado especificamente às crenças e percepções concernentes à saúde, prevenção e tratamento da enfermidade e a utilização de recursos de saúde tradicionais e biomédicos (Scrimshaw & Hurtado, 1988:2-3).



outro lado, a abordagem antropológica, tradicionalmente, tem contado com a força de informações coletadas, em profundidade, de pequeno número de informantes-chaves, o que requer técnicas de entrevistas abertas e personalizadas. No caso de minha pesquisa, particularmente na etapa envolvendo mães de menores de cinco anos, tentei, inicialmente, seguir uma técnica mais próxima de REA e, diante das dificuldades práticas de sua aplicação, houve uma tendência mais em direção à segunda abordagem. Efetivamente, o que houve foi um misto dessas abordagens, tanto no tamanho da amostra quanto na técnica, mostrando que a técnica pode ser adaptada às circunstâncias do momento e ser construída durante o trabalho de pesquisa, justamente o que Bentley et al. (1988:115) também afirmaram, ou seja, o uso efetivo de metodologias requer que antropólogos e outros cientistas sociais desenvolvam e testem suas metodologias, adaptando seu uso para os diversos tópicos e em condições culturais e geográficas variadas.

### *Aspectos éticos*

A pesquisa aconteceu mediante o consentimento dos Wari' e autorização prévia dos líderes comunitários (termo de consentimento, no anexo 10). O projeto foi encaminhado ao Conselho Distrital de Saúde Indígena do DSEI de Porto Velho para apreciação após a aprovação do mesmo pelo CEP/ENSP (Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP) e CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa). Considerando o caráter da pesquisa, não houve riscos ameaçadores para a vida ou o bem-estar dos indivíduos envolvidos durante o trabalho de campo. Os procedimentos metodológicos não foram invasivos e o pesquisador procurou, previamente, fazer os esclarecimentos necessários aos indivíduos que participaram da pesquisa, os quais poderiam recusar a participação, em qualquer etapa, sem sofrer nenhum dano. Entretanto, não houve nenhuma recusa de participação. O envolvimento de crianças e adolescentes justifica-se pelo fato de as doenças diarreicas serem mais comuns nessa faixa etária. Entretanto, as entrevistas foram realizadas com os pais ou responsáveis ou sob seu consentimento. O sigilo quanto a informações comprometedoras foi garantido, assegurando a privacidade das pessoas quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Não houve qualquer despesa para os participantes da pesquisa. Dada a formação, experiência prévia do pesquisador com populações indígenas e o caráter antropológico da pesquisa, houve total e devido respeito à cultura wari', sem

envolvimento direto do pesquisador em questões internas do grupo alheias à pesquisa, a não ser em casos em que foi solicitado ou que houve necessidade evidente. A comunidade receberá uma cópia dos materiais produzidos a partir da pesquisa.

### ***Estrutura da Tese***

A tese está estruturada em introdução, seis capítulos, da discussão e conclusões e dos anexos. No capítulo I, trato das questões teóricas relacionadas com o trabalho, onde discuto as interfaces entre a antropologia e as áreas de saúde, particularmente, da saúde pública e epidemiologia. Aponto algumas referências mais diretamente ligadas a este trabalho, destacando a bibliografia antropológica sobre doenças diarréicas.

No capítulo II, faço uma descrição geral dos Wari', com informações sobre organização social, o contexto histórico regional e descrições das Terras Indígenas e aldeias em geral e, em maiores detalhes, das duas pesquisadas.

No capítulo III, discuto os serviços voltados à saúde indígena no Brasil e descrevo os recursos de saúde disponíveis aos Wari', tradicionais e oficiais, analisando sob a perspectiva teórica dos 'setores de saúde'. Destaco o papel dos Agentes Indígenas de Saúde e Saneamento na política de saúde indígena.

No capítulo IV, abordo a etnotaxonomia das doenças, discuto o xamanismo e conceitos ligados a cosmovisão wari' e apresento um esquema da etnoclassificação nosológica wari', destacando as doenças diarréicas.

No capítulo V, aparecem os dados de registro de saúde dos Postos de saúde das aldeias e Casa de Saúde do Índio de Guajará-Mirim, discutindo a importância das doenças gastrointestinais, especialmente diarréicas, no 'setor profissional'.

O capítulo VI segue com a apresentação de dados e informações sobre tratamentos conhecidos e/ou utilizados pelos Wari' e os comportamentos de busca por cuidados de saúde a partir do 'setor informal', mostrando, ao final, a rede de seqüências formada pela interseção de todos os 'setores'.

A discussão e conclusões apontam para a complexidade do sistema de cuidados em saúde e a relação com os fatores associados às doenças diarréicas dentro do contexto cultural wari'.

CAPÍTULO I  
ANTROPOLOGIA, SAÚDE PÚBLICA, EPIDEMIOLOGIA  
INTERFACES

...  
Essa história de raça,  
Raças más, raças boas  
- diz o Boas -

É coisa que passou  
Com o fraciú Gobineau  
Pois o mal do mestiço  
Não está nisso.

Está em causas sociais,  
De higiene e outras tais:  
Assim pensa, assim fala  
Casa Grande & Senzala.<sup>3</sup>

...

***Conceitos e principais referências***

Helman (2003:11), escrevendo sobre a abrangência da antropologia médica, dá uma definição desse campo de estudo:

Antropologia médica aborda as maneiras pelas quais as pessoas, em diferentes culturas e grupo sociais, explicam as causas dos problemas de saúde. Relaciona-se, também, aos tipos de tratamento nos quais as pessoas acreditam e aos indivíduos a quem recorrem quando, de fato, adoecem. A antropologia médica é, também, o estudo de como essas crenças e práticas relacionam-se às mudanças biológicas, psicológicas e sociais do organismo humano, tanto na saúde quanto na doença.

Helman (2003:15) complementa essa definição, situando a antropologia médica em relação à antropologia social e cultural, à medicina e outras ciências naturais. A antropologia médica se preocupa com um amplo espectro de fenômenos biológicos, especialmente os ligados à saúde e à doença. Dessa forma, localiza-se na sobreposição entre as ciências naturais e sociais, bebendo das fontes de ambas as disciplinas. Helman (2003:19) destaca a aplicabilidade da antropologia médica. Enquanto alguns pesquisadores concentram-se em aspectos teóricos, outros se voltam mais para aspectos aplicados na assistência médica e medicina preventiva.

---

<sup>3</sup> “Casa-grande & Senzala”, poema de Manuel Bandeira publicado em 1949 (*Mafuá do malungo*), *Poesia completa e prosa*, Rio de Janeiro, Aguilar, 1974, p. 397 (*apud* CASTRO, 2004:21 e nota 10 na p. 23), ilustrando a influência do pensamento de Franz Boas na antropologia brasileira através de seu discípulo Gilberto Freire, cuja obra mais representativa é “Casa Grande & Senzala”.

Buchillet (1991:21-44) aborda a antropologia da doença, definindo linhas de pesquisa e conceitos e apresentando as particularidades dessa área do conhecimento nos países de língua inglesa, principalmente nos Estados Unidos, e na França, onde esse campo de pesquisa teve definição e organização diferentes, de acordo com a diversidade das preocupações dos pesquisadores em cada uma dessas correntes. Segundo Buchillet (1991:22-24), foi a partir da década de quarenta do século XX que muitos antropólogos norte-americanos foram chamados para participar da implantação de serviços de saúde nos países em desenvolvimento, quando a pesquisa era, essencialmente, aplicada. Na década de sessenta, a expressão ‘antropologia médica’ (*medical anthropology*) passou a ser utilizada, reagrupando pesquisas ligadas à saúde humana com perspectiva antropológica. A autora destaca quatro eixos de pesquisa que, atualmente, constituem a antropologia médica norte-americana: 1) epidemiologia, também chamada de ‘ecologia médica’; 2) o estudo de cuidados em instituições médicas (*health care delivery systems*), onde aparecem o estudo das relações médico-paciente, relações hierárquicas entre os profissionais, reações dos pacientes e outras questões; 3) o estudo dos problemas de saúde em geral, seja com populações específicas, seja sobre problemas sanitários contemporâneos; 4) a etnomedicina, que, segundo a autora, é a parte mais antropológica da antropologia médica, pois tenta estabelecer relações entre a representação das doenças e seu tratamento com a cultura e organização social das populações estudadas. Para Buchillet (1991:23-24), a antropologia francesa tentou se distinguir, desde o início, do pragmatismo culturalista norte-americano e do funcionalismo inglês, privilegiando a questão do sentido e, conseqüentemente, da causalidade. Há uma preferência pelo termo ‘antropologia da doença’ em vez de ‘etnomedicina’ ou ‘antropologia médica’ por três razões: primeiro, o termo ‘antropologia médica’, conforme concebido nos Estados Unidos, recobre várias linhas de pesquisa; segundo, a expressão *ethnomedicine* seria imprecisa conceitualmente, não esclarecendo se está ligada à medicina ou à antropologia, deixando em dúvida sobre a metodologia a ser usada; e, terceiro, essa expressão pressupõe a existência de um setor médico análogo ao setor biomédico ocidental nas sociedades não-ocidentais, o que seria refutado pelos trabalhos antropológicos.

Uma das principais referências da antropologia médica tem sido Foster & Anderson (1978). De acordo com eles, a curiosidade dos antropólogos sobre as crenças e práticas

médicas dos membros das sociedades tradicionais é a mais antiga das ‘raízes’ da antropologia médica. Fica claro que a perspectiva da *ethnomedicine* de Foster & Anderson (1978) é, essencialmente, antropológica. Segundo esses autores, a etnomedicina é de interesse para os antropólogos tanto por razões teóricas quanto práticas. No nível teórico, as crenças e práticas médicas constituem forte elemento de cada cultura e, conseqüentemente, são interessantes por si só e, também, para a compreensão de outros aspectos da cultura. No nível prático, o conhecimento de crenças e práticas médicas é importante no planejamento de programas e prestação de serviços de saúde para as populações tradicionais.

Langdon (1995; 2003) faz um breve histórico da antropologia médica, destacando as principais figuras que participaram da construção de uma visão antropológica da saúde, até chegar às interpretações mais recentes, que tratam ‘doença como processo’ e ‘como experiência’. Langdon (2003:91) escreve que

as novas discussões em antropologia questionam a dicotomia cartesiana presente no modelo biomédico e concebem saúde e doença como *processos psicobiológicos e socioculturais*. Nesta abordagem a doença não é vista como um processo puramente biológico/corporal, mas como o resultado do contexto cultural e a experiência subjetiva de sentir-se mal (itálicos do original).

Apesar de a antropologia da saúde ser recente como campo teórico e conceitual específico, a relação entre saúde e cultura não é nova na antropologia. Assim, Langdon (1995; 2003) inicia sua retrospectiva desde o início do século XX, partindo do antropólogo inglês W.H.R. Rivers, que tinha formação em medicina e estudou culturas “primitivas” da época. No Brasil, foi publicado um volume denominado “A Antropologia de Rivers”, em 1991, onde é apresentada uma coletânea de textos publicados entre 1910 e 1922, ano de sua morte. O livro de Rivers voltado para questões médicas foi publicado em 1924, “*Medicine, Magic and Religion*” (Rivers, 1924) e reúne uma série de palestras proferidas em 1915 e 1916 (Cardoso de Oliveira, 1991). Outro médico antropólogo, Erwin Ackerknecht, alemão radicado nos Estados Unidos no início da II Grande Guerra, publicou vários trabalhos sobre medicina de grupos então considerados “primitivos” e foi influenciado pelo conceito de ‘configuração cultural’ de Ruth Benedict e outros discípulos de Franz Boas<sup>4</sup>. Ackerknecht é

---

<sup>4</sup> Franz Uri Boas (1858-1942), um dos maiores antropólogos de todos os tempos, alemão radicado nos Estados Unidos, é considerado um dos fundadores da moderna antropologia, criou a escola culturalista e foi um dos maiores críticos da escola evolucionista que predominava no fim do século XIX. Para uma leitura sobre a carreira e vida de Boas e de alguns de seus artigos clássicos, recomendo uma publicação recente e inédita no Brasil (cf. Boas, 2004) organizada por Celso Castro.

considerado o fundador da Antropologia Médica nos Estados Unidos. Tanto Rivers como Ackerknecht argumentaram que as idéias e práticas de saúde e doença estão ligadas ao contexto cultural em que se encontram e não são fenômenos fragmentados (Langdon, 2003:92). Entretanto, como argumenta Langdon (1995; 2003), esses pesquisadores pioneiros estavam muito preocupados com as oposições entre ‘primitivo’ e ‘civilizado’, ‘magia’ e ‘ciência’, o que os levou a caracterizar a medicina dos “primitivos” como sendo mágico-religiosa e diferente da “medicina científica”. Para eles, o “primitivo” não percebia a realidade empírica de modo objetivo e sua mente operava como um conjunto fixo de crenças e práticas.

Ao contrário dessa posição, B. Malinowski, um dos mais influentes antropólogos que surgia na mesma época, preocupava-se com a especificidade de cada cultura, a partir da qual é possível entender o comportamento concreto de seres humanos reais vivendo uma realidade cultural particular. Para Malinowski, o comportamento do “primitivo” não é nem incoerente nem irracional, mas deve ser explicado através de uma lógica própria, a qual o pesquisador necessita descobrir (Durham, 1986:10).

Langdon (1995:2-3) cita outro pioneiro na antropologia da saúde, F. E. Clements (1932), o qual realizou “*estudo comparativo sobre os conceitos da doença na medicina primitiva através das crenças etiológicas*” e teve como preocupação principal o mapeamento dessas crenças entre os povos primitivos. Clements é criticado também pela distinção que faz entre medicina primitiva e científica.

Após a Segunda Guerra Mundial, começaram a surgir trabalhos de antropologia aplicada junto com a preocupação sobre o estado de saúde e do impacto das práticas culturais e sociais sobre a saúde. Vários projetos na área de saúde voltados para o terceiro mundo foram criados na década de cinquenta e antropólogos eram chamados para analisar os aspectos culturais envolvidos e que contribuíam para os problemas de saúde, ou que eram considerados obstáculos à implantação dos serviços. Apesar de haver uma abordagem antropológica relativista, a biomedicina continuava sendo considerada a mais autêntica para identificar, entender e tratar as doenças (Langdon, 2003:93-94).

Sobre essa aproximação entre biomedicina e ciências sociais após a Segunda Guerra, Simmons & Wolff (1954) escreveram naquela época. Conforme esses autores, o processo de aproximação era aparente com respeito à medicina e ciências sociais. Para eles,

há problemas na medicina que transcendem o conhecimento médico tradicionalmente organizado, levando alguns médicos especialistas em direção à exploração de variáveis sociológicas em saúde e doença. Isto requer, segundo Simmons & Wolff (1954:17), aliança e colaboração com aquelas disciplinas que têm estudado as adaptações humanas do ponto de vista dos processos grupais e dinâmicas culturais. Para tais autores, no entanto, não era essencial que nem a medicina nem as ciências sociais abandonassem seus interesses ou conceitos principais, mas cada disciplina deveria buscar novas orientações e perspectivas na promoção de empreendimentos conjuntos.

Nurge (1975) levantou questões para alertar estudantes de medicina sobre os fatores culturais e sociais que incidem na definição de enfermidade, a decisão para buscar tratamento, a interpretação da experiência clínica e o curso da terapia. Para ele, o comprometimento dos estudantes de medicina para a aprendizagem da antropologia era mínimo. Tradicionalmente, pouca atenção foi dada para saber como os pacientes de origem cultural diferenciada percebem seus sintomas, suas crenças sobre a etiologia da doença (*illness*) e como eles definem a natureza da doença (*sickness*) e tratamento ou terapia apropriados. Para Nurge (1975:352), a cada nível da doença e comportamento em relação ao tratamento, a cultura interpõe uma 'tela' de percepção e interpretação.

Langdon (1995:5-6; 2003:94-95) examina a passagem da abordagem da etnomedicina para a antropologia da saúde na década de setenta, quando vários antropólogos propuseram alternativas sobre o conceito da doença em relação à biomedicina. Cita diversos autores cujos trabalhos juntaram o campo da biomedicina com preocupações da antropologia simbólica, semiótica, psicologia e questões sobre eficácia da cura, preocupando-se, assim, com a construção de paradigmas onde o biológico estivesse articulado com o cultural. Entre esses estudos, aparecem Fabrega (1974), Good (1977; 1994), Hahn & Kleinman (1983), Kleinman (1980), A. Young (1976; 1982) e Bibeau (1981). Para Langdon (2003:95),

o que diferencia esta perspectiva com a da etnomedicina tradicional é a relativização da biomedicina e uma preocupação com a dinâmica da doença e com o processo terapêutico. Esta dinâmica é capaz de ser estudada em qualquer grupo, e a noção de medicina primitiva desaparece como enfoque e como conceito.

A partir disso, Langdon (1995; 2003) examina o conceito de cultura como dinâmica e heterogênea, a perspectiva da doença como um processo sociocultural e o conceito de doença como experiência.

Esta nova visão tem bases na antropologia interpretativa de Clifford Geertz (1989) e na antropologia simbólica, entre os quais destacam-se os trabalhos de Mary Douglas (1966), Victor Turner (1966; 1967; 1974) e Dolgin et al. (1977). O conceito de cultura de Geertz (1973) influenciou tanto Arthur Kleinman (1980) e Byron Good (1994) nos Estados Unidos, como Gilles Bibeau (1981; 1992) e Ellen Corin (1992; 1995) no Canadá.

Segundo Geertz (1989:15), o qual foi, por sua vez, influenciado por Max Weber, seu conceito de cultura é essencialmente semiótico:

acreditando, como Max Weber, que o homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu, assumo a cultura como sendo essas teias e a sua análise; portanto, não como uma ciência experimental em busca de leis, mas como uma ciência interpretativa, à procura do significado.

Para Geertz (1989:20-25), a etnografia é uma descrição densa, é como tentar ler um manuscrito estranho, escrito com exemplos transitórios de comportamento modelado e não com os sinais convencionais do som. Nesse sentido, ler é “construir uma leitura de”. A cultura é pública porque o significado é público e os textos antropológicos são, eles mesmos, interpretações de segunda e terceira mão, já que, por definição, só um “nativo” é que faz a interpretação em primeira mão, afinal, é *sua* cultura. É com essa visão de cultura e de etnografia de Geertz que eu também compartilho e, com essa orientação, pode-se afirmar que cada texto é um contexto.

Uchôa & Vidal (1994) fazem uma boa síntese da antropologia da saúde recente, seus principais representantes, conceitos e metodologias e discutem a relevância da antropologia médica, suas especificidades e potenciais no estudo da saúde e da doença. Para esses autores, as noções de saúde e doença, apesar de parecerem simples, referem-se a fenômenos complexos, os quais conjugam tanto fatores biológicos quanto sociológicos, econômicos, ambientais e culturais. O discurso antropológico revela que a saúde de uma população está associada com seu modo de vida, ao seu universo social e cultural e, dessa maneira, a antropologia médica se coloca numa relação de complementaridade com a epidemiologia e a sociologia da saúde, ampliando, assim, o contexto a ser considerado na leitura dos processos patológicos (Uchôa & Vidal, 1994:497-8). Com a antropologia



interpretativa, eclode uma nova concepção sobre a relação entre indivíduo e cultura, possibilitando uma integração da dimensão contextual na abordagem dos problemas de saúde e, segundo a visão de cultura interpretativista, as percepções, interpretações e ações, inclusive no campo da saúde, são culturalmente construídas (Uchôa & Vidal, 1994:500). Uchôa & Vidal (1994:500) contemplam as colocações feitas nos parágrafos anteriores quando escrevem que A. Kleinman e B. Good estão entre os principais representantes da corrente interpretativista na antropologia médica e fornecem os elementos-chave, teóricos e metodológicos, para a análise dos fatores culturais relacionados à saúde. Destaca-se, nesse ponto, a distinção paradigmática entre “doença processo” (*disease*) e “doença experiência” (*illness*) e que se torna chave nesses estudos. Conforme referência tomada de Einsenberg (1977) por Uchôa & Vidal (1994:500), “a ‘doença como processo’ (*disease*) refere-se às anormalidades de estrutura ou funcionamento de órgãos ou sistemas, e a ‘doença como experiência’ (*illness*), à experiência subjetiva do mal-estar sentido pelo doente”. Assim, a experiência da doença conjuga normas, valores e expectativas individuais ou coletivas e se expressa em maneiras específicas de pensar e agir. Em seguida, Uchôa & Vidal (1994:500-3) destacam os modelos teóricos de Kleinman (1980), sobre sistema de cuidados em saúde (*health care system*) e modelos explicativos, de Good (1977) e Good & Good (1980; 1982), sobre a análise de redes semânticas (*semantic network analysis*), e de Corin et al. (1989; 1990; 1992a, 1992b, 1993) sobre o modelo de análise dos “sistemas de signos, significados e ações”.

Almeida Filho (2001:754) propõe a adoção de uma terminologia que equivalha às séries semânticas da língua inglesa que distinguem os significados de vários conceitos de doença e termos relacionados. Assim, estabelece as seguintes equivalências terminológicas: *disease* = patologia; *disorder* = transtorno; *illness* = enfermidade; *sickness* = doença; e *malady* = moléstia.

Dentro das teorias sociológicas de saúde, Almeida Filho (2001:754-6) inicia discutindo a contribuição de Talcott Parsons (1951; 1964), cuja teoria do ‘papel do doente’ seria a primeira referência conceitual para uma série de definições do conceito de doença (*sickness*) como um componente social do complexo *disease-illness*.

Para Almeida Filho (2001:754), é difícil estabelecer o primeiro autor a postular sistematicamente uma distinção entre *disease*, *illness* e *sickness*. Cita as definições de Field

(1976) e Susser (1973), as quais não fogem muito das definições destacadas em Uchôa & Vidal (1994:500), apenas acrescenta a definição de Susser (1973) sobre *sickness*, que implica um estado de disfunção social no sujeito doente, o que corresponderia ao ‘papel do doente’ de Parsons. Almeida Filho (2001) discute ainda outros autores da sociologia da saúde e seus conceitos, incluindo Boorse (1975; 1977), Engerhardt (1975), Clouser et al. (1997), Culver & Gert (1982), Pörn (1984), Nordenfeld (1987; 1993), Fulford (1994) e um trabalho posterior e autocrítico de Boorse (1997).

Mechanic (1978:54), para citar um autor da sociologia médica, discute as perspectivas biológica, cultural, social e sócio-psicológica da saúde e doença e a integração entre elas. Sobre a perspectiva social, embora ela se sobreponha à cultural em alguma extensão, dirige atenção especificamente para as necessidades da vida familiar, trabalho e atividades sociais em geral. A perspectiva cultural envolve o estudo das relações entre o conteúdo cultural e os estilos de vida culturais e entre as definições de saúde e respostas às doenças. Os padrões culturais e modos de vida típicos dão sentido para a maneira pela qual a doença (*illness*) é percebida, expressada e como ela reage. Em algum grau, o contexto cultural define os ‘estados de saúde precários’ (*conditions*) que são reconhecidos, as causas a serem atribuídas a eles e as pessoas que têm legitimidade e autoridade para avaliar e definir tais estados. Similarmente, as definições culturais influenciam as conseqüências de ser considerado doente.

Em relação aos modelos de *disease-illness-sickness* da antropologia, Almeida Filho (2001:757-759) se detém em Kleinman, Eisenberg e B. Good (*cf.* Kleinman et al., 1978), os quais sistematizaram um modelo que atribui importância teórica especial à noção de *sickness*, enfatizando os aspectos sociais e culturais que foram, paradoxalmente, negligenciados pelas abordagens sociológicas acima citadas.

A discussão de Almeida Filho (2001) sobre Good & Good (1980; 1982) destaca a proposta de um “modelo hermenêutico cultural” desses autores, os quais reafirmam conceitos de Kleinman sobre *disease* e *illness* e, de acordo com eles, a *illness* é fundamentalmente semântica e a transformação de *disease* numa experiência humana e um objeto de atenção médica ocorre através de um processo de atribuição de significado. Assim, não apenas *illness*, mas também *disease*, constituem uma construção cultural baseada em teorias e redes de significados compreendendo diferentes subculturas médicas.

A referência seguinte de Almeida Filho (2001) é feita a Allan Young (1980; 1982), o qual apresenta uma crítica aos modelos propostos por Kleinman e Good & Good. Para A. Young (1980; 1982 *apud* Almeida Filho, 2001:758), o modelo Kleinman-Good vê apenas o indivíduo como objeto e arena para eventos significantes considerando a *illness*, falhando no sentido de não registrar os modos pelos quais as relações sociais a formam e a distribuem. Além disso, a distinção entre *disease* e *illness* seria insuficiente para explicar as dimensões sociais do processo de tornar-se doente. Para Young (1982 *apud* Almeida Filho, 2001:759), são as forças sociais que determinam que os indivíduos sofram certa *illness*, demonstrem certa *sickness* e tenham acesso aos tratamentos. Dependendo da posição sócio-econômica do indivíduo, a mesma *disease* pode implicar diferentes *illnesses*, *sicknesses* e diferentes processos de tratamento.

Young (1976) busca explicar o que as crenças médicas e comportamentos relacionados significam para as pessoas que possuem tais crenças e representam tais comportamentos. Para Young (1976), as pessoas mantêm certas tradições médicas porque elas afetam estados biológicos indesejáveis de modos esperados e porque elas são modos efetivos para lidar com eventos danosos cuja persistência não pode ser permitida. Também, a consequência desses significados é que alguns tipos de episódios de doença (*sickness*) também desempenhem um papel ontológico, qual seja, comunicar e confirmar idéias importantes sobre o mundo real. Young (1976:16) sumariza os pontos sobre o significado social de *sickness* e o desenvolvimento de um episódio de *sickness*. Assim, episódios de *sickness* tendem a proceder de um modo contestador, particularmente aqueles que incorporam doenças (*ailments*) agudas sérias. O objeto social de tais episódios é desculpar o doente por transferir a responsabilidade final por seu comportamento desviante para outra pessoa ou objeto. Um episódio de *sickness* começa quando o ‘doente’ ou seus parentes decidem o âmbito dos sintomas dentro dos quais seus sinais poderiam ser explicados. Depois, eles podem obter os serviços de alguém cujos poderes médicos são apropriados àqueles sintomas. Sob certas circunstâncias, eles mesmos podem ter poder suficiente para explicar os sinais. A tarefa do terapeuta é comunicar e legitimar os resultados do episódio e isto acontece de acordo com regras compartilhadas pelas pessoas doentes, curadores e espectadores. Esses conjuntos de regras estão codificados nas etiologias de cada sistema médico. Para Young (1976:19), enquanto uma *sickness* séria é um evento que desafia os

significados neste mundo, as crenças e práticas médicas organizam o evento em um episódio que lhe dá forma e significado.

Para Kleinman (1980:72), a dicotomia entre as noções de *illness* e de *disease* é um princípio chave na antropologia médica. Representam dois aspectos da doença (*sickness*). Para ele, *disease* refere-se ao mau funcionamento dos processos biológicos e/ou psicológicos, enquanto *illness* refere-se à experiência e significado da *disease* percebida. Assim, *illness* inclui respostas pessoais e sociais secundárias ao mau funcionamento (*disease*) psicológico e/ou biológico do indivíduo, envolve processos de atenção, percepção, respostas afetivas, cognição e avaliação dirigidas à *disease* e suas manifestações, além da interação interpessoal e comunicativa, particularmente no contexto familiar e na rede social. Vista assim, *illness* é a formação da *disease* através do comportamento e experiência, pois é criada pelas reações pessoais, sociais e culturais à doença (*disease*). A construção de *illness* a partir da *disease* é uma função central dos sistemas de cuidados em saúde e o primeiro estágio da cura, ou seja, *illness* contém respostas para *disease* na tentativa de dar-lhe um significado, uma explicação, e ter o seu controle. Kleinman conclui que, paradoxalmente, *illness* é parte da cura.

Não há uma terminologia equivalente em português, como discute Almeida Filho (2001), mas o mais importante, aqui, é ater-se aos conceitos a fim de diferenciar o que é a doença enquanto um mal físico ou psicológico, ‘palpável’ (*disease*), da doença enquanto um processo experienciado e cheio de significados (*illness*). Para meu trabalho, acredito que essas duas noções são suficientes para um bom entendimento das doenças diarréicas no contexto cultural wari’. Ressalte-se que, em algumas culturas, quando um indivíduo é afetado por uma *disease*, todos os membros daquela família podem ser considerados doentes em ambos os sentidos. Tradicionalmente, na cultura wari’, há o conceito de compartilhamento sanguíneo entre ‘parentes verdadeiros’ e que, eventualmente, poderia se estender a eventos patológicos.

Caprara (2003) discute as questões relacionadas com saúde e doença a partir de uma perspectiva hermenêutica. Inicia pelos filósofos Kierkegaard e Heidegger, que influenciaram a hermenêutica contemporânea, analisando o conceito de angústia no primeiro e de ansiedade no segundo. O termo hermenêutica adquiriu, com o tempo, um significado mais amplo que o da arte de interpretar na filosofia grega, indicando formas

diversas de teoria da interpretação, como o existencialismo, a fenomenologia e a própria hermenêutica. De acordo com essa perspectiva, o homem não é apenas um ser biológico e a medicina é mais do que apenas ciência natural. Em seguida, analisa Gadamer e como os conceitos de saúde, doença e sofrimento se desenvolveram em sua obra. De acordo com Caprara (2003), as idéias de Gadamer (1997) e, também, Ricoeur (1994) influenciaram a dimensão socioantropológica em autores como Geertz (1983), Kleinman (1988), B. Good (1994), nos Estados Unidos, Bibeau (1992) e Corin (1992) no Canadá, Martínez-Hernández (1998) na Espanha, e Pandolfi (1990) na Itália. Por fim, Caprara (2003:929) analisa as implicações da teoria interpretativista na formação e na prática clínica e, no caso específico das doenças crônicas, onde a biomedicina se mostra limitada,

a medicina clínica pode responder melhor aos pacientes, incorporando no tratamento uma análise da experiência do sujeito. Isso poderia ajudar a evitar prescrições inadequadas e excessivas de medicamentos. Uma visão restrita dos fatores causais, focalizada exclusivamente nos aspectos biológicos, é inadequada para compreender o papel dos fatores psicossociais na etiologia e como estes se integram às causas físicas. [...]. A medicina tem de saber lidar com personalidades, com expectativas, medos, ansiedades – além da dimensão biológica do funcionamento do corpo humano (Caprara, 2003:929).

Na perspectiva interpretativista, a doença é vista como culturalmente determinada. A cultura organiza a experiência da doença e do comportamento diversamente em cada sociedade, produz estruturas simbólicas e metáforas relacionadas à doença (Caprara, 2003:924).

Sobre a interface entre antropologia e, especificamente, o campo da epidemiologia, foi editado um livro (Janes, Stall & Gifford, 1986) com artigos discutindo questões teóricas e metodológicas, histórico da antropologia e epidemiologia no século XX, seções sobre doenças infecciosas, não infecciosas e condições psicossociais dentro de perspectivas antropológicas. Num dos capítulos, Trostle (1986:75) aponta para outras razões que aproximaram a antropologia e a epidemiologia. Como doenças de desenvolvimento complexo, em termos de comportamento, tornaram-se mais prevalentes, tornou-se também mais importante, para antropólogos e epidemiólogos, estudar o comportamento humano como uma variável etiológica. Foi necessário, então, ir além dos limites disciplinares convencionais da epidemiologia para medir e conceitualizar esses fatores adequadamente. Porém, apesar do esforço colaborativo, Trostle (1986:79) aponta uma série de idéias que ainda representam barreiras entre esses dois campos, como, por exemplo, de que ‘a ciência

consiste apenas de observações quantitativas’, ‘as ciências sociais não produzem tais observações’, e ‘a antropologia é tanto arte como ciência e não deve produzir observações quantificáveis’. Com relação a este tão debatido aspecto metodológico das ciências, é providencial a leitura de Minayo & Sanches (1993) sobre a complementaridade entre métodos quantitativos e qualitativos.

A questão metodológica também é discutida por Pelto & Pelto (1992). Para Pelto & Pelto (1992), há uma tendência de alguns setores das ciências sociais de assumir uma postura adversária em relação aos profissionais de saúde, incluindo pesquisadores da epidemiologia. De outro lado, muitos antropólogos não estão totalmente qualificados para as funções necessárias. Há um aumento de pesquisas multidisciplinares aplicadas que têm incluído pesquisa qualitativa sistemática, a qual se articula estreitamente com dados quantitativos coletados por epidemiologistas. Com novos desenvolvimentos em pesquisa aplicada, nos anos oitenta e noventa, passou-se a perceber que dados etnográficos focalizados em tópicos específicos são necessários em programas de saúde comunitária e, possivelmente, o exemplo mais claro está nos programas de controle de doenças diarréicas, onde parece ser quase universalmente aceito que os programas necessitam ter informações específicas sobre a cultura local.

Segundo Jenkins & Howard (1992), métodos que combinem dados antropológicos e epidemiológicos são necessários para o estudo de fatores de risco comportamentais, mas ainda permanecem pouco desenvolvidos. Com relação às pesquisas sobre riscos de diarreia, a maior parte da literatura é biológica ou comportamental, tal como a amamentação. Para esses autores, métodos baseados em entrevistas padronizadas podem não mostrar as fortes relações com incidência diarréica por causa das diferenças sócio-econômicas em auto-reportar episódios de diarreia. As preocupações metodológicas de Jenkins & Howard (1992) têm relação direta com meu trabalho de pesquisa, pois não se obtém muito êxito na estratégia de entrevista estruturada ou semi-estruturada, embora, no caso dos Wari’, não seja exatamente por questões de diferenças sócio-econômicas.

Uma questão importante a ser observada em pesquisa de saúde com abordagem antropológica é a variação intracultural sobre conhecimentos de saúde, doença e terapias. Apesar de haver uma certa homogeneidade no grupo como um todo, há variações de acordo com a idade, gênero, ocupação, clãs, entre outros fatores. Entretanto, especificamente sobre

saúde, especialistas em cura ou pessoas mais idosas podem ter um conhecimento mais diferenciado e, geralmente, mais compartilhado entre eles, conforme mostra um estudo de Garro (1986), comparando curadores e não-curadores, acerca de conhecimentos médicos, numa comunidade do México. Tais questões aparecem também entre os Wari’.

A falha de programas nacionais de saúde, modelados sobre uma abordagem médica cosmopolita, dificuldades de sua aceitação por minorias culturais e populações nativas e a inabilidade para sustentar projetos de alta tecnologia em áreas rurais têm levado ao reconhecimento da necessidade de mudanças na política e planejamento de saúde. Por outro lado, os sistemas médicos, historicamente, têm sido relativamente negligenciados pelos antropólogos. O trabalho dos primeiros antropólogos envolvidos em programas de saúde pública foi atuar como avaliadores, oferecendo explicações da perspectiva da cultura sobre o porquê dos programas não terem a aceitação esperada. Posteriormente, emergiu uma nova geração de antropólogos, freqüentemente com treinamento simultâneo nos campos de saúde pública, medicina, nutrição ou epidemiologia (Berlin & Jara, 1993).

Preocupação semelhante aparece em artigo de M. Good (1992), onde cita também a implicação para a antropologia dos processos de construção de pesquisas voltadas aos projetos aplicados às doenças diarreicas e examina dois aspectos relativos ao treinamento: métodos interdisciplinares, considerando abordagens qualitativa e quantitativa; e como o processo de busca de conhecimento local por parte dos pesquisadores e o interesse em realizar pesquisas em saúde relevantes para as políticas fazem eles se interessarem na antropologia. Para a autora, a distinção qualitativa-quantitativa tem sido freqüentemente expressada como uma ‘ladainha’ com pouca relevância para a estruturação de conceitos críticos e questões de pesquisa em saúde pública.

Em meados dos anos noventa, um número sem precedente de antropólogos médicos se engajou em pesquisas na área de saúde em contextos interdisciplinares, tanto em clínica quanto em cuidados primários de saúde (Yoder, 1997). Para Yoder (1997), os administradores de programas internacionais de saúde usam muito mais a evidência de crenças locais para explicar comportamentos do que os *insights* oferecidos pela pesquisa etnográfica mostrando as complexidades de decisões sobre escolhas de tratamento ou o uso de serviços de saúde. O estereótipo de que os métodos antropológicos são “*soft*” e com falta de rigor ainda existe em alguns círculos. Yoder (1997) critica que a ênfase sobre aspectos

aplicados na antropologia médica tem contribuído, por outro lado, à falta de atenção à teoria, o que pode ser aplicado às observações, acima, de Pelto & Pelto (1992). Para Yoder (1997), a natureza do que é considerado como explicação adequada pode variar de acordo com nossa orientação teórica. Assim, quanto mais explícitos em termos de orientações teóricas e de hipóteses operacionais, melhores as chances para iniciar um diálogo produtivo entre a antropologia e a saúde pública.

Para Pelto & Pelto (1997), o conceito de ‘conhecimento’, tal como utilizado na saúde pública, pode ser mais bem considerado como ‘crença cultural’, tal como definido na antropologia. Procuram examinar criticamente os conceitos duplos de ‘conhecimento cultural’ e ‘crenças culturais’ com respeito aos comportamentos das pessoas. Situam estes conceitos num modelo teórico de ‘comportamentos de busca por saúde’ (*health-seeking behaviors*) e esboçam uma abordagem para coleta de dados empíricos que possa produzir dados sistemáticos concernentes às crenças e aos conhecimentos culturais, a fim de possibilitar o seu uso em programas de saúde. Sugerem que há a possibilidade prática de obter informações e *insights* sobre problemas de saúde específicos, que sejam requeridos pelas comunidades e planejadores de programas, através do uso de etnografia focalizada, de forma que a abordagem metodológica não negue a natureza complexa do sistema de crenças sobre saúde e doença nem a relação destas com o manejo da saúde e da doença.

Uma outra contribuição da antropologia foi demonstrada por Nations & Amaral (1991), a respeito dos sistemas oficiais de registro de morte no Brasil, a sua validade cultural e a eficiência contextual das estatísticas de mortalidade originadas dos dados oficiais. Para as autoras, o índice de mortalidade infantil no nordeste do Brasil, local de sua pesquisa, representa apenas uma parte das mortes, sendo que a outra parte aparece no sentido popular, ou culturalmente construído, da morte e seus rituais correspondentes, são as mortes ocorridas nos domicílios e que acabam não aparecendo nos registros oficiais. Neste caso, a perspectiva humanística da antropologia tem uma grande contribuição para a saúde internacional, a aplicação do significado e experiência da morte para coleta de informação mais acurada sobre mortalidade infantil. Nations & Amaral (1991) revelam algumas possíveis vantagens da estatística com sensibilidade etnográfica, ou seja, baseada na coleta consciente das idéias e práticas culturais ligadas à morte. Além disso, respeitando os costumes locais em relação à morte, dados estatísticos coletados por etnografia não



aumentam a dor e o trauma da perda familiar, além de aumentarem o caráter humanitário e a precisão das estatísticas.

### ***Sistema de cuidados em saúde***

Volto a Kleinman (1980) para, agora, expôr as idéias sobre “Sistemas de Cuidados em Saúde” (*Health Care Systems*). Para este autor, em todas as sociedades, as atividades ligadas à saúde são mais ou menos interrelacionadas. Tais atividades devem ser estudadas de uma maneira holística, como respostas socialmente organizadas e que constituem um sistema cultural especial, com significados simbólicos ligados num arranjo particular de instituições sociais e padrões de interações interpessoais (Kleinman, 1980:24). Este modelo é usado para explicar os trabalhos internos da atividade clínica, quais sejam, o comportamento da doença, as relações entre profissional e paciente e os mecanismos de cura. Ele visa, basicamente, uma clínica interna, microscópica, embora não ignore a amplitude dos fatores externos que os outros modelos enfatizam (Kleinman, 1980:27). Entretanto, é um conceito, não uma entidade. Para o autor, os pacientes e os especialistas em cura são componentes básicos desse sistema, os quais não podem ser entendidos à parte desse contexto, onde estão fixados em configurações específicas de significados culturais e relações sociais.

O conceito de cultura de Kleinman é influenciado pela definição de Geertz (1973) sobre “sistema cultural”: um mapa “para” e “de” uma área especial do comportamento humano. Assim, o ‘sistema de cuidados em saúde’ deve ser entendido em termos de suas atividades instrumentais e simbólicas, cujas crenças e comportamentos que as constituem são influenciados por instituições sociais particulares, papéis sociais, relações interpessoais, ambientes de interação, limitações políticas e econômicas e outros fatores, notadamente, tratamentos disponíveis e tipos de problema de saúde.

Kleinman (1980:71-ss) distingue cinco funções clínicas centrais de um sistema de cuidados em saúde: (1) a construção cultural de *illness* como experiência psicossocial; (2) o estabelecimento de critérios *gerais* para guiar o processo de busca por cuidados de saúde e avaliar as abordagens dos tratamentos que existem a priori e independentemente de episódios individuais de doenças; (3) a conduta de episódios particulares de *illness* através de operações comunicativas, tais como rotulação e explicação; (4) todas as atividades de

cura em si; e (5) a conduta de resultados terapêuticos, incluindo cura, falha no tratamento, recorrência, cronicidade, piora e morte.

### *Os tipos de realidade*

Conforme Kleinman (1980:28), a inserção do indivíduo no seu mundo se dá pelas realidades física, social, biológica e psicológica (como processos interrelacionados) e simbólica. Quando uma pessoa nasce, ela passa a fazer parte de um determinado contexto, está inserida num meio físico e social, onde acontecem as redes de relações com o ambiente e com as outras pessoas. Através da realidade simbólica, o mundo ganha significado. A realidade simbólica, como observa Kleinman (1980:41-2), é formada pela aquisição da linguagem e sistemas de significados pelo indivíduo. A internalização da realidade simbólica tem papel essencial na orientação do indivíduo para seu próprio mundo interior, ou seja, a realidade simbólica capacita o indivíduo para compreender o sentido de sua experiência interior e o ajuda a formar uma identidade pessoal de acordo com as normas sociais e culturais.

Com base na ‘teoria da cognição de Santiago’ de Humberto Maturana e Francisco Varela<sup>5</sup>, Capra (2001:224-230) discute a linguagem, comunicação e consciência humanas, do que podemos entender um pouco mais o conceito de “realidade simbólica” discutido acima. A autopercepção é concebida, na teoria de Santiago (*cf.* Maturana, 1970; Maturana & Varela, 1987; Maturana, 1988; Maturana & Varela, 2003), como estreitamente ligada com a linguagem, e o entendimento da linguagem é abordado através de uma análise cuidadosa da comunicação, a qual, segundo Maturana,

não é uma transmissão de informações mas, em vez disso, é *uma coordenação de comportamento* entre os organismos vivos por meio de um acoplamento estrutural mútuo. Essa coordenação mútua de comportamento é a característica-chave da comunicação para todos os organismos vivos, com ou sem sistemas nervosos, e se torna mais e mais sutil e elaborada em sistemas nervosos de complexidade crescente (*apud* Capra, 2001:224-5, destaque em itálico de Capra).

Capra (2001:227) diz que ser humano é existir na linguagem, através da qual coordena-se o comportamento e cria-se o (nosso) mundo. Citando Maturana & Varela (1987:244-5), “*na medida em que sabemos como sabemos, criamos a nós mesmos. [...] O mundo que todos*

---

<sup>5</sup> A cognição, de acordo com Maturana, é a atividade envolvida na autogeração e na autoperpetuação de redes autopoieticas, ou seja, é o próprio processo da vida: “sistemas vivos são sistemas cognitivos e a vida como processo é um processo de cognição” (Capra, 2001:210-211).

vêm não é o mundo, mas um mundo, que nós criamos com os outros”. Tal mundo humano inclui, segundo Capra, fundamentalmente, nosso mundo interior de pensamentos abstratos, de conceitos, de símbolos, de representações mentais e de autopercepção. Continuando o raciocínio, agora tratando da dimensão social da consciência, Capra (2003a:66) argumenta que,

na qualidade de seres humanos, não nos limitamos a perceber por experiência subjetiva os estados integrados da consciência primária; também pensamos e refletimos, comunicamo-nos através de uma linguagem simbólica, formulamos juízos de valor, elaboramos crenças e agimos intencionalmente; somos dotados de autoconsciência e temos a experiência da nossa liberdade pessoal. [...]. O “mundo interior” na nossa consciência reflexiva surgiu junto com a evolução da linguagem e da *realidade social*. Isso significa que a consciência humana não é só um fenômeno biológico, mas também um *fenômeno social* (Capra, 2003a:66, destaques em itálico meus).

A questão da linguagem é colocada como “fato cultural por excelência” por Lévi-Strauss (1989:138). Primeiro, porque é uma parte da cultura, uma aptidão ou hábito recebido da tradição externa. Em segundo lugar, porque é o instrumento essencial e meio privilegiado com que assimilamos a cultura do nosso grupo...

uma criança aprende sua cultura porque falamos com ela; repreendemo-la, exortamo-la, e tudo isso é feito com palavras; enfim, e sobretudo, porque a linguagem é a mais perfeita de todas as manifestações de ordem cultural que formam, de uma forma ou de outra, sistemas, e, se queremos compreender o que é a arte, a religião, o direito, [*o sistema de saúde ou medicina*], talvez mesmo a cozinha ou as regras de boas maneiras, é necessário concebê-lo como códigos formados pela articulação de signos, no modelo da comunicação lingüística (Lévi-Strauss, 1989:138; trecho em itálico acrescentado por mim).

Com a questão da linguagem, portanto, estabelece-se uma “função especificamente humana, que é a função simbólica” (Lévi-Strauss, 1989:141). Tal discussão identifica-se com a ‘realidade simbólica’ conforme colocada por Kleinman, a qual surge como ponte entre o indivíduo - enquanto realidade biológica e psicológica próprias da natureza do ser humano - a realidade física e a realidade social, esta última, própria da cultura particular do grupo ao qual o indivíduo está ligado. Com base nessa linha de raciocínio, pode-se complementar a idéia de um “mundo interior” associado com a linguagem e a realidade social, considerando que cada indivíduo vive numa realidade social (e física) específica, com uma linguagem e domínio semântico específicos, numa relação de *feedback* constante, caracterizando as diferenças entre um mundo wari’, por exemplo, e outros mundos.

Kleinman considera que a prática clínica (tradicional ou moderna) ocorre em, e cria, mundos sociais particulares. Chama os aspectos da “realidade social” ligados à saúde de “Realidade Clínica”, significando que o fenômeno clínico é socialmente constituído e que o mundo social pode ser clinicamente construído (1980:38). O contexto cultural da “realidade clínica” abrange as crenças, expectativas, normas, comportamentos e intercomunicações associadas com doenças, busca por cuidados de saúde, relações entre especialista e paciente, atividades terapêuticas e avaliação de resultados. A realidade social expressa e constitui fenômenos clínicos e, através deles, ela também se constrói (Kleinman, 1980:42).

#### *A Estrutura Interna dos Sistemas de Cuidados em Saúde*

A estrutura interna dos Sistemas de Cuidados em Saúde segue um padrão comum em qualquer cultura. O que varia é seu conteúdo, o qual depende das circunstâncias social, cultural e ambiental de cada sistema. Kleinman (1980:49-60) descreve a atenção à saúde como sendo um sistema cultural local composto de três partes sobrepostas, ou seja, o setor popular, o setor profissional e o setor *folk*.

Como Kleinman (1980:50) expõe, o setor popular, mesmo sendo o mais amplo do sistema, é o menos estudado e compreendido. Esse setor pode ser visto como uma matriz com vários níveis, quais sejam, individual, familiar, rede social, crenças e atividades no nível comunitário. É no setor popular onde a doença é, inicialmente, definida e as atividades de cuidado e cura são iniciadas. Mesmo quando se recorre aos setores especialistas ou profissionais, as escolhas são baseadas em orientações cognitivas e valores da cultura leiga e ‘popular’, não especialista e não profissional.

O setor profissional compreende as profissões organizadas e que atuam em atividades de tratamento e cura. Geralmente, coincide com a medicina científica moderna, mas há sociedades em que há outras correntes profissionalizadas e organizadas e até oficiais, como a medicina tradicional chinesa e a medicina ayurvédica indiana (Kleinman, 1980:53-4).

Entre os setores de saúde aos quais Kleinman se refere, o setor que ele chama de *folk* não é muito definido, como o próprio autor descreve,

o setor *folk* (não profissional, não burocrático, especialista) esmaece-se dentro dos outros dois setores do sistema local de cuidados em saúde; a medicina *folk* é uma mistura de muitos componentes diferentes; alguns estão estreitamente relacionados com o setor profissional, mas muitos estão relacionados ao setor popular (Kleinman, 1980:59; tradução minha).

O uso do termo *folk* pode gerar algumas contradições e confusões, já que nem sempre é claro o que realmente é *folk* e até mesmo a medicina ocidental ou científica pode ser considerada *folk*, dependendo do contexto, já que tem uma origem específica de uma dada tradição cultural mais ou menos bem localizada. Nesse sentido, Foster & Anderson (1978:52) tecem alguns comentários a respeito dos problemas terminológicos em descrições de sistemas médicos nos estudos antropológicos. Alguns termos entraram em desuso na antropologia devido às conotações que carregam e que podem constranger tanto os autores como a sociedade à qual se refere, como “primitivo”, “selvagem”, “tradicional” e outros que implicam uma dicotomia qualitativa com “moderno”, “civilizado”, “ocidental”, etc. Foster & Anderson (1978:52) apontam que, após a Segunda Guerra Mundial, os povos passaram a ser descritos como possuindo uma “cultura *folk*”, o que levou a descrições sobre seus sistemas médicos como “medicina *folk*”. Segundo os autores, essa é uma prática que causa confusão, pois a medicina popular de sociedades tecnologicamente complexas também é chamada de *folk*. Para fugir desse embaraço, muitos autores contemporâneos têm usado expressões descritivas que tentam evitar certas críticas.

Na edição brasileira do livro de Helman (2003), os três setores sugeridos no modelo de Kleinman (1980) são traduzidos como setor “informal”, “popular (*folk*)” e “profissional”. Há uma inversão de nomes, nessa versão, entre os dois primeiros setores. O setor “informal” refere-se ao setor “popular” de Kleinman, enquanto o setor “popular (*folk*)” é o setor chamado apenas de *folk* por Kleinman. Helman (2003:72) acrescenta que o setor “informal” inclui todas as ações terapêuticas para as quais se recorre e que não implicam em pagamento nem consulta a provedores tradicionais ou praticantes de medicina, a principal arena da assistência sendo a família, onde a maior parte dos problemas de saúde é identificada e tratada e onde as mulheres é que são as principais provedoras de cuidados. Em relação ao setor “popular (*folk*)”, segundo Helman (2003:75), é onde certos indivíduos se especializam em curas “sagradas” ou “seculares” ou mistas, ocupando posição intermediária entre o setor “informal” e o setor “profissional”.

Os três setores não são exclusivos, mas interagem, porque as pessoas passam de um para outro. O setor popular de Kleinman forma uma matriz mais indiferenciada que liga os setores profissional e *folk*, que são mais diferenciados. Os limites entre os setores

funcionam como pontos de entrada e de saída para pacientes que seguem as trajetórias de suas doenças através da complexidade do sistema (Kleinman, 1980:60).

Hielscher & Sommerfeld (1985) mostram que uma característica marcante dos cuidados em saúde é a multiplicidade de opções de tratamentos, os quais pertencem a vários tipos de “sistemas médicos” (que equivalem aos “setores de saúde” de Kleinman). Há um direcionamento para cada um ou mais desses setores de acordo com a etiologia da doença.

Todos os grupos culturais têm sistemas que explicam as doenças, suas causas e suas conseqüências. As crenças sobre as doenças estão relacionadas com idéias sobre como o corpo funciona e sobre quais forças movem o mundo e suas coisas. Embora algumas crenças sejam muito antigas, as crenças locais estão constantemente em mudança e, hoje, elas geralmente incluem alguns aspectos do modelo biomédico de doença (Herman & Bentley, 1993).

Embora nem sempre reconhecido, um corpo de crenças sobre doença, suas relações com outras crenças de saúde e seus derivativos comportamentais têm evoluído como respostas adaptativas para doenças particulares em cada cultura (Nations, 1986).

Dunn & Janes (1986) referem-se a esse padrão de interrelações como uma “rede causal”, que seria uma representação gráfica simples dessa idéia enfatizando as relações homem-ambiente. Consiste de um eixo representando um indivíduo ou grupo e inclui atributos genéticos, psicológicos e comportamentais. Em volta desse eixo, estão os ambientes sociais, físicos e biológicos. Implica que os efeitos nunca dependem de uma única causa, mas ocorrem como conseqüência de uma complexa genealogia de antecedentes. Esse esquema gráfico de Dunn & Janes (1986) não é muito diferente do que Kleinman (1980:28 e 42) elabora para representar os tipos de realidade (física, social, biológica/psicológica e simbólica) e a realidade clínica. Nations (1986) afirma que apenas com observações antropológicas detalhadas da vida cotidiana é possível alcançar um bom entendimento da complexa rede causal na etiologia de doenças.

A amplitude de cada ‘setor’ varia para cada contexto a ser analisado. O esquema proposto por Kleinman pode sofrer modificações segundo a interpretação de cada pesquisador, vai depender do que se compreende como popular, como profissional e como *folk*, já que são conceitos flexíveis. A questão da sobreposição parcial dos três setores, que

cria espaços de intersecção entre eles, é uma evidência de que os limites entre um setor e outro nem sempre são facilmente demarcados, se é que pode haver um limite. Parece haver mais uma contigüidade intersetorial, a qual é evidenciada na pesquisa com os Wari', onde, por exemplo, os agentes de saúde 'transitam' entre os setores profissional, popular e *folk* e alguns profissionais de saúde utilizam recursos terapêuticos originários da tradição wari'. Além disso, há uma recorrência a serviços de ambos os setores num mesmo episódio de doença, ou em episódios diferentes, mas pelas mesmas pessoas. Tanto o conceito de 'itinerário terapêutico' como o de 'modelo explicativo' são centrais no modelo de Kleinman (1980) e ambos são discutidos ao longo deste trabalho.

Contextos culturais onde várias formas de terapias ou 'medicinas' co-existem têm sido tratados com base no conceito de 'pluralismo médico', tendo Leslie (1976; 1978; 1980) como um dos pioneiros. A introdução e uso desse conceito na literatura antropológica são discutidos por Buchillet (1991:32-37) e por Novaes (1996). Esta última autora analisa o pluralismo médico entre os Wari' da aldeia Lage Novo.

O espaço construído na 'zona de contato' onde a biomedicina e o conhecimento tradicional indígena interagem, na prática e na teoria, é analisado por Follér (2004) utilizando o conceito de intermedicalidade, termo inicialmente empregado por Greene (1998) ao discutir o xamanismo Aguaruna. Para Greene (1998:641 *apud* Follér, 2004), a intermedicalidade é um espaço contextualizado de medicinas híbridas e agentes com consciência sociomédica.

A abordagem de Kleinman (1980), analisando o sistema de cuidados em saúde a partir dos 'setores', traz algumas limitações na análise da interação entre as diferentes tradições médicas e seus agentes num contexto de pluralismo médico. O conceito de intermedicalidade busca superar a visão 'setorizada' na medida em que analisa a cultura de um ponto de vista da práxis. Conforme Follér (2004:134), no encontro entre as diferentes agências sociais, representantes de tradições médicas distintas, constrói-se uma "experiência dialógica", onde todos são observadores e observados, embora possa haver uma assimetria política. Entretanto, podemos fazer algumas aproximações entre essas abordagens, já que não há limites estanques entre os setores de saúde de Kleinman (1980), onde se percebem claras interações ou sobreposições. Da mesma forma, Follér (2004:143) afirma que,

tanto na prática quanto na teoria há sobreposição mútua dos conhecimentos médicos construídos nas variadas tradições, embora permaneçam limites e distinções, uma vez que cada corpo de conhecimentos se origina de um discurso diferente. Esses sistemas de conhecimento podem se adaptar mutuamente, competir ou interagir de várias formas – em dependência das estruturas de poder e resistência em jogo, resultando em um processo de reconstrução de conhecimentos. Há um fluxo de conhecimento entre os discursos biomédicos e etnomédicos. A intermedicalidade significa que existe um elo pelo menos entre dois discursos de conhecimento.

Sendo assim, ‘setorizar’ os conhecimentos sobre saúde e saúde e terapias não significa que há uma separação estanque entre as diferentes tradições, apenas assinala que há conhecimentos e discursos com origens distintas, os quais, num contexto cultural complexo, interagem e, nesse processo, produzem, na práxis, uma nova realidade cultural diferente das matrizes anteriores. É com essa visão que analiso o contexto cultural wari’.

### ***Antropologia e Doenças Diarréicas***

#### *Definições de diarreia*

A diarreia deve ser entendida dentro do contexto de outras doenças. A questão é estabelecer onde a diarreia se encaixa dentro da classificação cognitiva mais ampla de doenças (Bentley et al., 1988).

Herman & Bentley (1993) levantam alguns aspectos importantes das crenças sobre diarreia: as palavras usadas para falar sobre diarreia; os diferentes tipos reconhecidos localmente; as causas percebidas para os diferentes tipos; as ações tomadas em resposta à diarreia; a relação com outras doenças; as características significativas, aquelas que afetam as decisões; as relações entre os tipos locais de diarreia, causas percebidas, ações tomadas e pressuposições sobre o que acontece no corpo durante a diarreia.

Algumas concepções sobre doenças diarréicas podem estar relacionadas com idéias sobre anatomia do corpo humano. Nations (1982 *apud* Nations, 1986) observou que, entre moradores do nordeste do Brasil, existe uma concepção de que os pulmões estão conectados diretamente ao trato intestinal. Como resultado, muco e sangue nas fezes não são reconhecidos como indicadores de infecção entérica séria, mas de inevitável liberação de muco produzido pelos pulmões. Em vez de procurar atenção médica para a diarreia, as mães preferem tratar o resfriado das crianças.

Enquanto a visão biomédica sobre causalidade enfoca as ações de patógenos no corpo humano, uma abordagem alternativa considera fatores relacionados com a prevenção



e controle dessas doenças. Pesquisas na Guatemala sugerem que a diarreia é uma doença bem distinguida, embora, às vezes, seja considerada como um sintoma de outras doenças. Duas crenças são subjacentes aos modelos explicativos sobre diarreia. Uma é que o desequilíbrio entre ‘quente’ e ‘frio’ pode causar doença. A segunda diz respeito à função de vermes no sistema digestivo, já que, em condições normais, acredita-se que os vermes vivam em um saco abdominal e ajudem a digestão, mas uma condição séria e potencialmente fatal pode aumentar quando os vermes ficam perturbados, deixam seu saco e migram pelo corpo. Tais explicações *folk* continuam importantes nas comunidades, embora poucas mulheres informem as *folk illnesses* que, comumente, aparecem na literatura (Pebley, Hurtado & Goldman, 1999).

Um episódio de diarreia tem sido definido como tendo três ou mais evacuações num dia do calendário da pesquisa, com fezes de consistência mole ou líquida, ou alguma evacuação com sangue ou muco misturados com as fezes. O fim de um episódio deve ser considerado quando o paciente não tiver mais esses sinais por dois dias consecutivos. Se os sinais tornarem a aparecer no mesmo paciente, após dois dias consecutivos sem sinais, passa a ser considerado um novo episódio de diarreia. Essa definição tem sido usada por diversos pesquisadores, como, por exemplo, Sepúlveda et al. (1988:367). Entretanto, Baqui et al. (1991) perceberam que o termo ‘diarreia’ não tem sido empregado uniformemente em todos os estudos. Muitos não fornecem nenhuma definição explícita. Alguns estudos seguiram as informações das mães das crianças sobre a ocorrência de diarreia. Entre os estudos que forneceram uma definição, houve sete definições diferentes. Para Baqui et al. (1991), essas variações podem afetar a estimativa de incidência e prevalência e, provavelmente, diminuem a comparabilidade entre os estudos.

A definição de episódio de diarreia com base nas informações das mães não foi considerada um problema para Mølbak (2000), que também escreve que diferentes estudos têm usado várias definições de diarreia, mas sem uma associação clara entre incidência e os métodos usados para quantificação e descrição de fezes. Em seu estudo, Mølbak usa a opinião da mãe ou responsável pela criança e, segundo o autor, o conceito de diarreia era bem conhecido pelas mães. Houve uma forte associação entre presença de diarreia (conforme julgado pelas mães) e consistência líquida das fezes quando comparado com a

descrição das fezes por técnicos de laboratório, os quais foram ‘cegados’ em relação ao estado diarréico das crianças.

É difícil dar uma definição precisa de diarreia porque depende da frequência e consistência das fezes (três ou mais por dia) e volume, os quais variam de acordo com a dieta e entre diferentes culturas. Em termos gerais, pode ser definida como sendo fezes aquosas ou líquidas. A melhor abordagem para definir o problema é determinar o que cada sociedade considera como sendo diarreia (definição local). Pode ser aguda ou crônica, durar semanas ou meses (WHO, 1984). De acordo com informações do trabalho de Mølbak (2000), podemos definir diarreia aguda como aquela com duração de 1 a 14 dias, diarreia severa com duração de 14 a 28 dias e diarreia crônica aquelas com mais de 28 dias. Entretanto, todas iniciam como agudas e, como a duração da diarreia forma um continuum sem cortes naturais, essa definição operacional é um tanto arbitrária. Porém, a definição tem provado ser útil, pois, quando a doença ultrapassa a segunda semana, identifica crianças com alto risco, o que é consistente com aumento significativo de mortalidade.

#### *Definições de desidratação*

A desidratação, muitas vezes, é a causa da morte por diarreia. Caracteriza-se por perda excessiva de água corporal e sais através das fezes, vômitos, urina, transpiração e outras perdas menos sensíveis. O montante e concentração dessas perdas e dos fluidos ingeridos determinam a cadeia de déficit de água e sais. Déficits de magnitude similar podem ocorrer em todos os tipos de diarreia aguda, independentemente do agente causal, tanto em crianças como em adultos. Portanto, é plausível o uso similar de terapia de reidratação oral para tratar desidratação associada com diarreia de todas as causas e em todas as faixas etárias (WHO, 1984).

A Avaliação do paciente deve se basear na história e no exame físico. A história deve trazer, em particular, as seguintes informações: duração da doença; quantidade, frequência e consistência das fezes; duração e frequência dos vômitos; cor, quantidade da urina nas últimas vezes que urinou; presença de febre ou convulsões de qualquer tipo; tipo e montante de líquidos e alimentos consumidos durante a doença. O exame físico deve ser completo, com atenção especial para sinais de desidratação (WHO, 1984).

Pérez-Cuevas et al. (1996) usaram definições da OMS (WHO, 1990). Para identificar desidratação, um paciente deveria apresentar de duas ou mais das seguintes condições: sede, moleira funda, olhos fundos e urina escassa. Para identificar a necessidade de cuidados médicos, a presença de uma ou mais das seguintes condições: doença com mais de três dias de duração, vômito, febre, diarreia com sangue ou desidratação.

#### *Fatores de risco relacionados*

Estudos têm sido realizados sobre a relação entre os cuidados de saúde e as doenças diarreicas, entre outras doenças, considerando fatores importantes que exercem influência nessa relação, como *status* econômico, escolaridade, condições ambientais, sazonalidade, ocupação profissional, número de filhos, idade das crianças, entre outros. Vários desses fatores mantêm relações de interdependência.

Coreil (1991) levanta a hipótese de que os determinantes da participação das pessoas em atividades de saúde variam de acordo com o tipo e domínio de cuidado. A autora examina esta proposição em relação às restrições de tempo das mães para os cuidados com os filhos, identificando dois fatores chaves que influenciam o comportamento em relação à saúde, de acordo com diferentes domínios e tipos de cuidado: a idade da criança e a disponibilidade de cuidadoras (*caretakers*) competentes. Sua análise sobre a utilização de cuidados primários de saúde envolve dois fatores: o momento da intervenção no processo da doença e o ambiente da intervenção. O primeiro fator ela define como ‘tipo de cuidado’ e inclui prevenção e manejo ou conduta. O segundo, chamado de ‘domínio de cuidado’, inclui atividades com base doméstica, em clínicas e comunitárias. ‘Prevenção’ é definida como atividades de cuidado desenvolvidas na ausência de doença reconhecida, enquanto ‘manejo’ envolve ações em resposta a um problema de saúde identificado. Segundo a autora, essas definições seguem uma visão êmica de prevenção e manejo em oposição à visão biomédica, já que os objetivos são de entender o comportamento de pessoas leigas, não o de profissionais.

Barros et al. (1991) avaliaram crianças abaixo de cinco anos de idade do Nordeste do Brasil. Se alguma criança estivesse com diarreia, ou nos quinze dias precedentes, a responsável era questionada sobre as características do episódio, como foi manejada e se conhecia TRO. A maioria das responsáveis tinha menos de três anos de escolaridade.

Notou-se a importância da estratégia, ou falta de opção, em que a maioria das crianças acometidas não teve tratamento. Em termos de infra-estrutura e de opção, talvez os Wari' de Lage Novo, por exemplo, tenham mais sorte que muitas populações rurais do Nordeste, mas, certamente, é preciso levar em conta a estratégia de apenas observar o processo de doença e apenas buscar tratamento quando ela persistir. Com relação à TRO, o estudo de Barros et al. (1991) verificou que o erro mais comum era o uso insuficiente de água ou soluções muito concentradas e potencialmente perigosas, devido ao erro das medidas tomadas para preparar as soluções.

Victora et al. (1992), numa pesquisa no município de Pelotas (RS), analisaram associações entre educação materna e problemas de saúde com a criança, controlando para potenciais variáveis de confundimento, tais como renda familiar e educação do marido. Os resultados reforçam a hipótese de que a educação materna tem um efeito sobre a saúde da criança, a qual é parcialmente independente de outros fatores sócio-econômicos. Entretanto, uma pesquisa desse tipo seria de difícil execução entre os Wari', na medida em que há uma homogeneidade entre as mulheres com relação à educação escolar, dificultando a comparabilidade, além de ser uma população relativamente pequena. Outros fatores poderiam ser mais facilmente avaliados e comparações poderiam ser feitas entre aldeias.

Há que se considerar critérios das próprias mães, e outras pessoas envolvidas, e identificar sinais e sintomas que determinam seus próprios diagnósticos, os quais podem ser diferentes dos critérios biomédicos. Para Cogswell et al. (1991), os diagnósticos de diarreia feitos pela família são fatores chave para providenciar tratamento adequado em tempo. Os autores apontam três razões principais. Primeiro, o conhecimento de quais sintomas estão associados com o diagnóstico permitirá o desenvolvimento de mensagens educativas dirigidas especificamente para aqueles sintomas. Segundo, o diagnóstico feito pela família é, muitas vezes, usado para estimar a incidência e prevalência de doenças na população, o que, naturalmente, é afetado pela definição empregada. Terceiro, as características sócio-demográficas e as práticas alimentares podem influenciar os critérios de diagnóstico. Os resultados dessa pesquisa mostram semelhanças com o problema entre os Wari'. Nesse caso, o problema não seria exatamente de associar nível de escolaridade com problemas de saúde, mas, sim, compreender as diferenças de interpretação sobre a doença.

Oyemade et al. (1998) procuraram determinar práticas de higiene pessoal e ambiental de mães de menores de cinco anos em dois mercados da Nigéria, um com condições sanitárias pobres e o outro com melhor estrutura sanitária. O estudo buscou identificar fatores de risco para diarreia infantil através de entrevistas com as mães. Apesar das diferenças de práticas de higiene e saneamento entre as mulheres dos dois mercados, a ocorrência de diarreia não foi significativamente diferente. Entretanto, para os autores, esses dados devem ser interpretados com precaução, na medida em que as respostas são subjetivas e a frequência de diarreia pode ser sub-registrada pelas mulheres de menor nível educacional, especialmente quando tais respostas foram baseadas em *recall*. Não se explica, porém, o porquê dos autores suporem maior sub-registro por parte das mães de menor nível de instrução, já que também poderia se supor que as outras mães poderiam ter maior tendência em ocultar hábitos inadequados de higiene e episódios de diarreia, pois poderiam ter maior resistência em admitir certos hábitos inadequados. Como discutido no parágrafo anterior, a ênfase recaí sobre o nível de escolaridade e não nos critérios diagnósticos utilizados pelas mães, independentemente do grau de instrução.

Discordâncias entre conhecimento de práticas preventivas e taxas de doenças são comumente encontradas. Bilenko et al. (1999) examinaram o conhecimento materno e registraram comportamentos durante episódios de diarreia, além de fatores ambientais, para determinar sua associação com diarreia entre mães e crianças beduínas em Israel. Enquanto quase todas as mães mostraram um bom conhecimento sobre cuidados com alimentos e prevenção, as taxas permaneciam relativamente altas. Na análise multivariada, verificou-se que a interrupção da amamentação durante episódios de diarreia, crianças dormindo juntas e desconhecimento sobre fatores de risco foram os maiores fatores de risco para a doença. Os autores concluem que campanhas para melhorar o conhecimento e consciência sobre causas de diarreia poderiam reduzir a morbidade da doença em crianças. Não se pode, porém, reduzir essa questão, imaginando que, caso as mães passem a ter determinado conhecimento, automaticamente, haveria aplicação do mesmo.

Mulder-Sibanda & Sibanda-Mulder (1999) examinaram a associação entre a amamentação e a morbidade por diarreia num estudo de prevalência em crianças de áreas rurais e urbanas de Bangladesh. A amamentação esteve associada com prevalência reduzida de diarreia. Os autores concluem que os resultados confirmam outros estudos que têm

demonstrado o efeito protetor da amamentação contra morbidade diarréica infantil. A proteção observada, particularmente aparente entre domicílios sem acesso aos serviços de saúde e informação, diminuiu com a idade, mas permaneceu até aproximadamente 24 a 30 meses, o que está de acordo com outros estudos em Bangladesh.

Bertrand & Walmus (1983) entrevistaram mães com filhos menores de cinco anos em Cali, Colômbia. A análise realizada indicou que a percepção das mães sobre desnutrição infantil, idade da mãe, aparência da casa, local de nascimento da mãe e conhecimentos gerais da mãe sobre diarréia, nesta ordem, foram as variáveis preditivas mais importantes. Entretanto, algumas ponderações são feitas com respeito ao desenho do estudo, controle de variáveis de confundimento e potenciais problemas de registro de informações.

Almroth et al. (1997) realizaram um estudo, em Lesoto, sobre manejo domiciliar de diarréia infantil. Verificou-se que o manejo doméstico, tradicionalmente, enfatiza a alimentação. As mães e avós vêem a alimentação, durante a diarréia, tão essencial que elas fazem grandes esforços para alimentá-las. A amamentação foi vista como quase universal. Almroth et al. (1997) mostram que práticas tradicionais podem agir favoravelmente no manejo de diarréia, que há necessidade de conhecê-las e verificar seus efeitos no processo de doença, antes de emitir mensagens e opiniões que contradigam tais práticas e possam causar mais confusão do que ajudar. Entre os Wari', há práticas alimentares prescritas e proscritas, tradicionalmente, em episódios de doenças, mas só observações mais atentas poderão identificar algum padrão alimentar durante episódios de diarréia.

Fatores sócio-culturais envolvendo a amamentação foram analisados por Davies-Adetugbo (1997) em comunidades da Nigéria. A lactação é universal nessas comunidades e dura até um ou dois anos. A criança mama de acordo com a vontade e não segundo alguma programação. O colostro, em geral, é descartado porque é considerado sujo ('como pus') e, portanto, potencialmente perigoso. A amamentação não é exclusiva. Dessa forma, há concordâncias e discordâncias com as recomendações da OMS.

Um estudo ilustrativo no acompanhamento da alimentação de crianças durante períodos de diarréia, convalescença e saudável é apresentado por Bentley et al. (1991), numa comunidade andina rural do Peru. Verificou-se que o esforço da mãe para alimentar a criança diminuía significativamente durante a convalescença, comparado com os dias com diarréia, e nos dias de saúde, comparado com os dias com diarréia. Os resultados, segundo

Bentley et al. (1991), ilustram a importância de examinar cuidadosamente os aspectos comportamentais de alimentação. A diminuição da ingesta durante episódios de diarreia pode ser devida à anorexia e não por suspensão de alimentos por parte da mãe. Entretanto, não podemos generalizar as conclusões dessa pesquisa, pois o comportamento alimentar durante estados mórbidos ou convalescentes pode ser influenciado por aspectos culturais particulares de cada grupo. Os Wari', por exemplo, têm restrições de certos alimentos durante episódios diarreicos e, culturalmente, tendem a diminuir a ingestão de alimentos. Bentley et al. (1988:112) afirmam que 'um entendimento de padrões alimentares durante a diarreia requer que nós, primeiro, delineemos os padrões alimentares infantis normais'.

De acordo com McLennan (1998), as instruções sobre prevenção de diarreia dirigidas para populações com grandes prevalências e recorrências aos serviços de saúde levantam duas suposições: os casos de diarreia presentes são conseqüências de práticas preventivas deficientes; essas práticas deficientes são uma conseqüência da ignorância versus outros fatores, tais como barreiras econômicas. Segundo o autor, embora haja suporte para a primeira suposição, há menos para a segunda. A suposição da ignorância está implícita em mensagens de educação que confiam muito no fornecimento de informações factuais, mas os esforços de promoção de saúde confiam basicamente em modelos com déficit de conhecimento e usam informações genéricas sobre prevenção de diarreia e que permitem intervenções relativamente baratas. Porém, isto se torna um problema devido à falta de evidência ligando o conhecimento da prática com o engajamento na prática, como se houvesse apenas uma linha entre a mudança de conhecimento e a melhoria da prática relativa a esse conhecimento.

Uma pesquisa no Ceará (Terra de Souza et al., 2000) investigou as circunstâncias, fatores maternos e de serviços de saúde que podem contribuir para mortes de crianças, através do método chamado 'autópsia verbal', entrevistando mães de crianças que morreram durante os doze meses precedentes. Doença diarreica foi a principal causa de mortalidade pós-neonatal. Um terço das mortes ocorreram no hospital e dois terços no domicílio. Entretanto, quase todas as crianças que morreram em casa foram examinadas, uma ou mais vezes, por um médico e 36% delas foram hospitalizadas durante o episódio de doença que resultou na morte. A maioria poderia ter sido evitada se tratamentos apropriados fossem iniciados imediatamente. Os três maiores fatores que contribuíram para

a maioria das mortes foram: atraso ou espera para procurar ajuda médica; intervenções médicas registradas como não efetivas pelas mães; e atraso em providenciar ajuda médica para as crianças que chegaram ao hospital muito tarde no dia.

O risco representado pelo baixo peso ficou evidente num estudo (Bittencourt et al. 1993) realizado numa comunidade urbana da periferia da cidade do Rio de Janeiro, associando com o aleitamento materno. Os resultados parecem mostrar que as crianças apresentam atraso no crescimento em razão da maior incidência e prevalência de diarreia. Por outro lado, o leite materno demonstrou ter um efeito protetor, reduzindo a perda de peso provocada por episódios de diarreia.

O baixo peso associado com maior risco de desidratação em crianças menores de dois anos com diarreia foi demonstrado por Victora et al. (1997). O baixo peso, desconsiderando idade, esteve mais fortemente associado com risco de desidratação, provando ser um indicador simples para prever desidratação entre crianças com diarreia que recorrem ao serviço de saúde.

Sepúlveda et al. (1988) pesquisaram a associação entre desnutrição e diarreia em crianças mexicanas menores de dois anos de idade, comparando diferentes estados nutricionais. Os resultados sugerem fortemente que a desnutrição predispõe à ocorrência de diarreia entre crianças pequenas. Nesse sentido, ressalta-se a importância de avaliações nutricionais entre os Wari', principalmente entre as crianças.

Com relação à variação sazonal e seu impacto sobre infecções e estado nutricional de crianças, Rousham & Mascie-Taylor (1995) examinaram informações maternas sobre doenças em suas crianças na Ásia. Curtos períodos de deterioração no estado nutricional estiveram associados com febre, seguidos por diarreia e infecções respiratórias. Independentemente da prevalência das infecções, a relação entre infecção e estado nutricional variou de acordo com as estações. As monções na Ásia podem ser comparadas com as chuvas do inverno amazônico, indicando que a sazonalidade e sua associação com a prevalência de diarreia é uma questão que necessita ser mais bem estudada e com o devido controle de outros fatores ambientais e culturais.

A avaliação da sazonalidade associada com doenças diarreicas deve estar associada com outros fatores. Muhuri (1996) estimou os efeitos da sazonalidade sobre a mortalidade infantil numa localidade de Bangladesh, mostrando que a sazonalidade é um fator de risco



importante para mortalidade infantil associada com doenças diarréicas, mesmo após o procedimento de controle das variáveis sócio-econômicas, composição familiar e intervenções realizadas. Revela interações significativas das estações com educação materna e com intervenções efetuadas. Entretanto, aponta algumas limitações, como o não controle de certas variáveis de morbidade, estado nutricional, disponibilidade de água, saneamento e outras.

Também associando características maternas com risco de diarréia e duração dos episódios, Mirza et al. (1997) verificaram que a única característica com essa associação foi etnicidade. Idade e educação materna não mostraram ser fatores de risco importantes num estudo sobre comportamentos alimentares e práticas de higiene doméstica que fossem fatores de risco para doença diarréica, numa favela de Nairobi, Quênia.

Diarréia e subnutrição são comuns em crianças de países subdesenvolvidos e uma relação recíproca tem sido postulada, com diarréia levando à subnutrição e subnutrição predispondo à diarréia (Black et al., 1984). Num estudo em Bangladesh, Black et al. (1984) mostram que crianças com baixo peso, em relação à altura, tiveram diarréias com duração mais longa do que as crianças mais bem nutridas. Porém, crianças com diferentes estados nutricionais tiveram incidência similar para diarréia. Quanto piores eram os indicadores nutricionais, maior era a duração dos episódios. Os autores sugerem que intervenções em nutrição, isoladamente, são insuficientes para reduzirem as altas incidências de diarréia, mas podem ter um efeito positivo sobre a duração dos episódios e sobre suas conseqüências nutricionais desfavoráveis.

Root (1997), num estudo sobre mortalidade infantil em países sub-Saarianos, sugere que a densidade populacional pode fornecer uma explicação para variações espaciais da mortalidade infantil. No caso das populações indígenas amazônicas atuais, embora haja um número relativamente baixo de habitantes por área, ocorre uma concentração da população em aldeias fixas seguindo um modelo estabelecido pelo antigo SPI e FUNAI desde os primeiros contatos permanentes. É difícil afirmar que essa relativa concentração da população, por si só, seja uma variável que favoreça maior prevalência de diarréia, por exemplo, mas, certamente, combinada com outras variáveis, representa um fator de aumento de exposição aos agentes causais. É possível, no entanto, verificar variações entre aldeias maiores e menores, desde que variáveis de confundimento sejam controladas.

Um estudo que pode indicar um caminho para a questão do parágrafo anterior é o de Olsen et al. (2001), conduzido no Quênia. A pesquisa foi realizada com uma abordagem epidemiológica seguida de outra antropológica qualitativa. A ausência de latrinas foi um fator predisponente significativo para infecção por ancilostomídeos. Domicílios, onde não havia sabão, tinham 2,6 vezes mais risco de infecção por *Ascaris lumbricoides*, comparados com aqueles em que o sabão estava disponível. O número de habitantes na mesma casa foi fator predisponente para infecção por ancilostomídeos. A presença de crianças menores de cinco anos no domicílio foi um prognosticador para infecção por *A. lumbricoides*, enquanto a ausência foi um prognosticador para infecção por ancilóstomo. As pessoas não consideraram os vermes como um problema sério de saúde, mas como um incômodo. As latrinas foram vistas como benéficas porque eles acreditam que ela evita doença, proporciona privacidade e mantém o ambiente livre de fezes. As mãos eram lavadas várias vezes ao dia, mas, geralmente, sem sabão, o qual era usado, principalmente, no banho completo. Muitas pessoas na mesma casa, ou presença de crianças menores de cinco anos, não foram mencionadas nem uma vez como desvantajoso e, por isso, são elementos mais difíceis de serem incluídos numa estratégia de controle. Os autores sugerem que, sendo a latrina e o sabão identificados como fatores de risco para infecções e, juntamente com remédios, são considerados bens pela população, as intervenções de controle de helmintos deveriam se concentrar nestes pontos, naquela sociedade em particular.

Com relação a essa questão, Goldman et al. (2001) identificaram diferenças entre o processo de difusão relacionado com higiene (ex: sujeira) daquele relacionado com contaminação (ex: patógenos), e também entre crenças sobre causas de doenças diarréicas entre crianças em geral e das causas atribuídas às crianças dos próprios respondentes.

Black et al. (1982) mostraram que a incidência anual de diarreia, numa área rural de Bangladesh, foi mais alta nas crianças entre dois e onze meses e declinava progressivamente com a idade de sete para quatro episódios por criança por ano. Tais dados corroboram as afirmações feitas para os Wari' e ajudam a enfatizar o fato, acima mencionado, de que um número maior de crianças pequenas no domicílio representa um fator de risco para diarreia.

Em Bangladesh, outro estudo (Alam et al., 1989) examinou o efeito da higiene pessoal e doméstica das mães sobre a incidência de diarreia em crianças. Duas áreas foram

objeto da investigação, uma com intervenção, que recebeu aumento no suprimento de água e educação em saúde, e outra controle, que não recebeu nenhum projeto de intervenção. Em ambas as áreas, o uso de água das bombas para beber e se lavar, a remoção das fezes das crianças do quintal, a lavagem das mãos pelas mães antes de manipular alimentos e após a defecação, dela e da criança, observados conjuntamente, diminuem a incidência anual de diarreia infantil em mais de 40%, comparando-se com crianças que vivem em moradias onde nenhuma ou apenas uma dessas práticas foi observada.

### *Taxonomia*

Qualquer observação epidemiológica que espera espelhar razoavelmente os padrões de doenças deve começar com um entendimento minucioso da taxonomia médica popular. Depois, correlações suspeitas ou mesmo pontos de sobreposição parcial entre o sistema biomédico e o popular devem ser explorados. Tais informações permitem desenhar questionários ou roteiros de observação que incluam inquirições sobre as doenças reconhecidas localmente e, assim, aumentar a probabilidade de que sintomas específicos, tais como diarreia, sejam detectados e refletidos nos registros (Nations, 1986).

Enquanto os profissionais de saúde se interessam principalmente pela desidratação, a qual identificam como uma consequência da diarreia, as pessoas na comunidade podem, nem sempre, visualizar diarreia e sinais de desidratação como fenômenos relacionados, mas podem ver como indicadores de diferentes doenças que carregam alguns traços comuns. Podem, ainda, interpretar a diarreia como consequência de uma doença definida por sinais e sintomas de desidratação (Weiss, 1988).

Langdon & MacLennan (1979), num estudo entre os Sibundoy da Colômbia, analisaram a prevalência de doenças com base em diagnósticos realizados por uma equipe médica e em entrevistas de caráter antropológico. As consultas e entrevistas foram realizadas independentemente com, basicamente, as mesmas pessoas. A conclusão dos autores foi de que o grupo classifica as doenças em função das manifestações sintomáticas e/ou pela etiologia. Uma doença pode ter uma ou mais causas, que podem estar relacionadas com aspectos biológicos, ambientais, emocionais, sociais e místicos. Comparando a biomedicina com a medicina Sibundoy, segundos os autores, a segunda revelou um sistema explicativo mais compreensivo, o que se reflete nas categorias de

doença e diagnósticos. Os Sibundoy não apenas se adaptam às diferentes medicinas, conforme usdas pela população em geral, mas também mudam suas crenças médicas à medida que utilizam curas não indígenas. Esse processo, certamente, ocorre em qualquer contexto de pluralismo médico, onde ocorrem as chamadas ‘zonas de contato’<sup>6</sup>. A diarreia foi a doença mais prevalente. A classificação Sibundoy das diarreias segue um critério etiológico, geralmente atribuindo como causa vermes ou febre, e é considerado um tipo de doença estomacal. A diarreia inclui um conjunto de sintomas relacionados com a cor das fezes (amarela, marron, branca ou verde), falta de apetite, ronco do estômago, sangue nas fezes. Quando causada por febre também é classificada pela cor (amarela, branca ou marron, verde) ou pode levar a outras manifestações sintomáticas, como dor de cabeça, estômago inchado, vertigem, fraqueza ou cólica.

Lozoff, Kamath & Feldman (1975) verificaram claras diferenças entre as idéias da biomedicina e as das famílias pesquisadas. A primeira vê a diarreia e desidratação como anormalidades fisiológicas que requerem cuidados médicos, enquanto que, na visão das famílias, a diarreia era interpretada da mesma forma, mas a desidratação não, a vida de uma criança desidratada é ameaçada por ‘impurezas’, a família e religião é que devem purificar a criança para salvá-la.

Boyer et al. (1995) fazem uma análise da discrepância existente entre registros médicos (prontuários) e registros dos pacientes em entrevistas sobre sinais/sintomas relacionados com diagnóstico, classificação e caracterização clínica de uma certa síndrome numa população de esquimó no Alaska. A diarreia apareceu, nas entrevistas com pacientes, como um sinal que antecede um agravo da coluna vertebral e que, geralmente, não é associada ao problema, o que faz com que os pacientes não relatem esse dado ao médico, mostrando também a limitação da comunicação entre médico e paciente.

Quando um pesquisador vai estudar interpretações e práticas relacionadas com doença diarreica, o primeiro passo é identificar idéias que as pessoas tenham sobre a variação de características associadas com doenças nomeadas, as quais estão, muitas vezes, inseridas em histórias sobre episódios de doença. Características denotativas, que parecem

---

<sup>6</sup> “Zona de contato” é um conceito preconizado por Mary Louise Pratt (1992) e se refere “ao espaço dos encontros coloniais, o espaço no qual povos antes separados pela geografia e história entram em contato e estabelecem relações contínuas, sendo que estas geralmente envolvem condições de coação, desigualdade radical e conflito intratável” (*apud* Follér, 2004:132).

ter um papel na categorização da doença em vários níveis de especificidade, são identificadas inicialmente. O pesquisador investiga como a diarreia é descrita como uma condição geral e, em seguida, como ela é classificada mais especificamente (Nichter, 1991).

Para a epidemiologia, é de importância central saber se (ou em que extensão) sinais clínicos de diarreia e disenteria constituem uma classe geral de doenças nomeadas localmente ou se são incorporados em categorias definidas com base em algum critério culturalmente significativo (Nichter, 1991). A mesma importância deve ser dada para programas educacionais, pois, segundo Herman & Bentley (1993), o desenho de mensagens educacionais efetivas requer um entendimento das crenças locais, sendo mais provável que uma mensagem alcance mudança comportamental se ela for consistente com crenças existentes, usos de palavras familiares e exemplos para explicar novas idéias.

A classificação é um processo mental que visa ordenar o universo e a experiência. Ela se funda sobre a especificidade (diferenciar as unidades) e a semelhança (a homologia). Ela conceitualiza o que é comum e diferente a fim de realizar comparações de tipologias e classes lógicas (Bonnet, 1999). É um componente das “teorias leigas sobre as causas das enfermidades”, conforme Helman (2003:124), as quais fazem parte de concepções mais abrangentes sobre a origem dos problemas de saúde em geral. Baseia-se em crenças sobre estrutura e fisiologia do corpo e como ele pode funcionar mal. Pode sofrer a influência de conceitos tomados dos meios de comunicação e do modelo biomédico.

A linguagem dos sistemas etnomédicos pode ser usada para facilitar o acesso a questões sobre como um grupo classifica um fenômeno etnomédico. Muitas das pesquisas têm focado as características classificatórias, o significado da doença e como o conhecimento etnomédico influencia no itinerário terapêutico (Rubel & Hass, 1990).

Frake (1961) realizou um estudo pioneiro sobre o diagnóstico de doença de pele pelos Subanun de Mindanao e afirma que o enfoque etnosemântico pressupõe que a cultura consiste de, entre outras coisas, consensos cognitivos partilhados sobre a natureza do universo no qual a sociedade se encontra, ou seja, um importante aspecto da cultura é constituído dos princípios pelos quais um povo classifica seu universo, o que não é ponto de vista novo, mas, através de uma metodologia e um conjunto de modelos, busca-se descobrir mais sistematicamente tais princípios do ponto de vista do nativo. O autor nos

deixa claro que, pelo menos no caso Subanun, o que influencia na escolha terapêutica é o diagnóstico nosológico, independente da etiologia.

Como qualquer sistema taxonômico, de plantas, animais ou coisas, a taxonomia de doenças, deve apresentar níveis de contraste, com categorias mais abrangentes, ou superordenadas, e categorias mais específicas, ou subordinadas, sendo que as últimas são sempre incluídas em alguma categoria superordenada. Categorias num mesmo nível de contraste devem ser, idealmente, mutuamente exclusivas. Assim, estabelece-se a chamada hierarquia taxonômica na linha vertical, cada nível taxonômico com um grau de generalização, maior para cima e menor para baixo. Horizontalmente, se estabelecem categorias por discriminação, destacando-se as diferenças de categorias que pertencem ao mesmo nível taxonômico. Para Frake (1961), o que aponta para os níveis de contraste é o modo pelo qual os rótulos lingüísticos são aplicados aos fenômenos e não a estrutura lingüística dos rótulos, do que se deduz que formas lingüísticas semelhantes podem ser classificadas em diferentes níveis de contraste. O número de níveis superordenados/subordinados deve, em princípio, variar segundo a significância cultural do fenômeno ou, conforme Frake (1961), quanto maior o número de contextos distintos em que deve ser comunicado o fenômeno, maior será o número de níveis de contraste diferentes em que o fenômeno é caracterizado. Depende do uso cultural, não tem a ver com capacidade cognitiva das mentes individuais. Em meu estudo, no entanto, não me detive muito em aspectos semânticos, até porque o número de categorias diagnósticas que coletei é reduzido e não se justifica fazer uma análise taxonômica em termos de hierarquias ou níveis de contraste. Ficarei mais limitado aos episódios específicos de doença acompanhados durante a pesquisa, embora apresentando um esquema básico da classificação. Meu trabalho baseia-se em informações da população em geral, não está centrado em informantes chaves, teoricamente detentores de um conhecimento mais especializado sobre “*a lógica do sistema cultural*”, dessa forma, pressupõe-se que “*os conhecimentos taxonômicos não são inteiramente compartilhados*” (Morán, 1990:72).

Pesquisas antropológicas sugerem que tanto características denotativas como aspectos conotativos de uma doença contribuem para sua classificação. Características denotativas de uma doença são referenciais, apontam para atributos específicos e incluem sinais físicos, tais como a presença ou falta de sangue e/ou muco nas fezes e a cor ou cheiro

das mesmas, sintomas concorrentes (dentição, febre, urticária e sede) e medidas de severidade ligadas ao início, duração ou progressão das queixas. Quando são culturalmente significativos, esses fatores denotativos podem constituir importante critério para a classificação da doença. Já os aspectos conotativos de uma doença são menos claros, multidimensionais, episódicos e contextuais. Os aspectos conotativos de um episódio de diarreia, por exemplo, podem incluir sensações súbitas (gosto, cheiro), sentimentos de medo, percepções de risco relativo para uma doença, idéias sobre possível etiologia, noções de eficácia de um tratamento, percepções culturais de responsabilidade relacionadas à causalidade e noções associadas com estigma. A identidade de uma doença é estabelecida em relação a uma série de *scripts* ou narrativas que descrevem um protótipo de uma doença nominada (Nichter, 1991). Essas definições têm a ver com a diferenciação dos ‘níveis de causalidade’, conforme apontado por Buchillet (1991), e de doença como um processo e uma experiência como descrito por Langdon (1995 e 2003). Assim, aspectos denotativos estão mais associados aos sinais e sintomas, são mais objetivos e requerem uma resposta mais pragmática na busca por terapias. São esses os aspectos mais claros na classificação de uma doença em uma ‘categoria diagnóstica’ rotulada.

Uso o termo ‘classificação’ ou ‘etn classificação’ (quando tratar da classificação de um grupo étnico ou sociedade específicos), pois, nem sempre, a categorização de doenças gera um sistema ‘taxonômico’ típico. Esse é o caso dos Wari’, por exemplo, onde não se verifica uma complexidade de categorias nosológicas em diferentes níveis de contraste. O que se vê são categorias específicas para sinais e sintomas que podem ou não ser incluídas em algumas categorias gerais. Por outro lado, a pesquisa foi mais voltada para aspectos comportamentais e não cognitivos no sentido da etno-ecologia, conforme colocado por Morán (1994:86-9), de maneira que também não houve um esforço maior para montar esquemas taxonômicos com grau de elaboração avançado. Os etnólogos dos anos 80 e 90 têm, progressivamente, abandonado a análise classificatória de representação de doença, criticando sua imagem consensual dos fatos e por não levar em conta os contextos sociais e políticos. Consideram que essa taxonomia não dá conta da variedade de representações da doença, da lógica de pensamento e das situações sociais, além de se apoiar exclusivamente sobre materiais recolhidos das sociedades unicamente rurais apresentadas como entidades culturais homogêneas (Bonnet, 1999). O mesmo autor, no entanto, lembra que uma grande

parte da história da antropologia repousa sobre o estudo de classificações (parentesco, totemismo, representações do mundo). Tais classificações são obtidas tanto a partir de especialistas como de pessoas da população em geral. Assim, as taxonomias de doenças têm sido, geralmente, recolhidas com especialistas em tratamentos e cura e, mesmo nas sociedades em que não há essa especialização, recorre-se, geralmente, às pessoas que detêm um discurso heurístico de sua sociedade (Bonnet, 1999). Essa é a diferença entre entrevistar um xamã e entrevistar pessoas comuns da população, entre o conhecimento ‘especializado’ e o conhecimento ‘ordinário’. Para o estudo das doenças diarréicas, esse conhecimento ‘ordinário’, principalmente das mães de crianças, é muito mais determinante nos rumos tomados ao longo do processo de doença. Continuando com Bonnet (1999), a coleta do saber e da prática não é uma simples reprodução do discurso indígena, pois o grau zero de interpretação não existe e, portanto, o discurso não pode ser reproduzido tal como é formulado pelos locutores. A análise deve se efetuar sobre episódios de doença e não sobre a coleta simples de termos lingüísticos a partir de diversos locutores, como as análises clássicas da etnolingüística (Bonnet, 1999:13). Os pesquisadores anglo-americanos que abandonaram as classificações estruturais da etnosemântica adotaram, entre outros, os conceitos de “modelo explicativo” de doença (Bonnet, 1999:14).

De acordo com Kleinman (1980:105), ‘modelos explicativos’ (ME) são as noções sobre um episódio de doença e seu tratamento que são empregados por todos aqueles engajados no processo clínico. A interação entre os ME de pacientes e especialistas em cura é um componente central do cuidado de saúde. Os ME podem ajudar a explicar como os especialistas entendem e tratam as doenças. O estudo dos ME do paciente e da família mostra como as pessoas dão sentido a certos episódios de doença e como eles escolhem e avaliam tratamentos particulares.

Pesquisas de antropólogos médicos têm freqüentemente feito uso de construções de ME como um foco, em torno do qual, uma variedade de questões pode ser levantada relativa aos comportamentos no tratamento e outras características (Pelto & Pelto, 1990).

Estruturalmente, distinguem-se cinco questões principais que os ME procuram explicar para um episódio de doença: etiologia, momento e modo do início dos sintomas, patofisiologia, curso da doença e tratamento (Kleinman, 1980:105). Os ME devem ser distinguidos de crenças *gerais* sobre doença e modalidades terapêuticas, tais crenças gerais



pertencem à ideologia de diferentes setores de saúde e existem independentemente e previamente a um dado episódio de doença. Embora estejam relacionados a essas crenças, os ME são guiados em resposta a episódios *particulares* de doenças, eles são formados e empregados para lidar com um problema de saúde específico e, conseqüentemente, eles necessitam ser avaliados naquele contexto concreto (Kleinman, 1980:106).

A influência do conceito de ME de doença também reconhece a importância do contexto cultural. O trabalho de Kleinman e de muitos outros influenciados por sua abordagem, entretanto, falha em não especificar com algum detalhe sobre quanto os ME dos indivíduos são formados pela cultura e quanto por formulações idiossincráticas. Conforme aponta Bonnet (1999:14), a teoria dos ME é também criticada porque ela induz à idéia de que todos compartilham mais ou menos os mesmos modelos explicativos. Segundo Rubel & Hass (1990), outra limitação da abordagem de ME é que, focando sobre a designação e classificação, não informam sobre as ligações entre a doença e contexto social, o que pode ser superado descrevendo-se o contexto social da experiência.

Os anos sessenta e oitenta conheceram uma abordagem, algumas vezes, bicéfala da classificação das doenças: de um lado, uma classificação descritiva lingüística, de outro, uma classificação causal. Atualmente, os pesquisadores devem tomar em conta as críticas formuladas à abordagem etnosemântica e conduzir pesquisas considerando as condições sociais, o contexto médico dos atores sociais, além de fatores demográficos, ecológicos, econômicos e políticos aos quais eles estão submetidos (Bonnet, 1999:15-16).

Os ME, entretanto, podem ser importantes determinantes de padrões de doenças, procura por ajuda, tratamento e medidas preventivas. Os ME para doenças diarréicas ocorrem em muitas culturas reconhecendo causas variadas (Weiss, 1988). A taxonomia, ou classificação, pode se aplicar às finalidades específicas da análise, particularmente, do ponto de vista comparativo, além de valorizar o vocabulário local e mostrar sua riqueza lexical na designação dos males da vida cotidiana, permitindo compreender certos modos de descrever a dor e, do ponto de vista da saúde pública, melhorar a relação entre profissionais e usuários (Bonnet, 1999:16).

Muitos estudos, com perspectiva antropológica, em diversas partes do mundo, abordam a etnoclassificação das doenças diarréicas. Green (1985), pesquisando a

‘antropologia da diarreia’ na Suazilândia, revelou um sistema nativo de classificação da diarreia infantil em três tipos principais. *Umsheko, Kuhabula e Umphezulu* ou *inyoni*.

Nichter (1988), pesquisando em Sri Lanka, verificou que a diarreia é vista, contextualmente, como um sinal de desequilíbrio ou transição, bem como um sintoma ou forma de doença. O autor registrou quatro tipos gerais de diarreia, de acordo com a qualidade das fezes e sintomas adjuntos: “diarreia branda”, “diarreia aguda aquosa”, “diarreia com sangue e muco” e “diarreia com vômito”.

Baclig & Patrick (1990), numa pesquisa no nordeste da Tailândia, buscaram determinar as crenças culturais relacionadas a um tipo de diarreia infantil chamada, localmente, de *poh*, a qual é considerada um pré-requisito normal no desenvolvimento da criança. Além da categoria *poh*, há outras condições consideradas mais graves. A categoria *thongsia* ou *tong-ruang* é considerada uma forma de diarreia aquosa branda. A categoria *bit* é caracterizada por fezes com sangue. Uma outra categoria, *a-iwa*, é considerada a mais grave forma de diarreia e parece com cólera.

Outra pesquisa no nordeste da Tailândia (Shawyer et al., 1996) apresenta outra categoria relacionada com diarreia (*su*), percebida também como um estágio normal do desenvolvimento da criança e, portanto, não requer tratamento. Assim, as mensagens de saúde não são consideradas pelas mães, resultando em atraso na busca por tratamento, um fator de risco de desidratação. A palavra genérica para ‘doença diarreica’ é *tong tai*, identificada com as seguintes condições: *su* (estágio de desenvolvimento, subdivididas em 13 categorias); *tong sia*, *tong ruang* (diarreia aquosa comum), coincide com a categoria descrita por Baclig & Patrick (1990); *aharn bem pid* (alimento envenenado); *tong bid*, *tong mugman* (disenteria); *saang* (semelhante à desnutrição); *phü tai* (doença espiritual); doenças específicas tais como febre tifóide, cólera e dengue hemorrágica.

Jackson & Jackson-Carrol (1994) pesquisaram numa comunidade do Nepal, com 265 habitantes, ou seja, uma população numericamente muito semelhante à dos Wari’ de Lage Novo, e focalizaram as diarreias e doenças relacionadas. Identificaram treze categorias de doenças associadas com diarreia e/ou com sintomas gastrointestinais.

Uma tipologia de diarreia pesquisada numa área rural do vale Central do México por Ryan & Martínez (1996) se aproxima da tipologia nosológica wari’. Os autores identificaram os seguintes tipos de diarreia (em ordem de frequência): *con sangre*,

*amarilla, green, aguada, empacho, con muco e otra*. Com exceção de *empacho*, que é uma categoria praticamente onipresente na América Latina espanhola, as outras não fogem muito da classificação encontrada em grande parte das etnografias, inclusive da que apresento sobre os Wari', e que tem como critério básico a caracterização das fezes quanto a cor, consistência e presença de sangue e/ou muco.

Cogswell et al. (1991), em pesquisa na Nigéria, comparam os registros de diarreia das mães com a presença de indicadores clínicos específicos de diarreia para, então, analisarem os fatores que afetaram a concordância ou discordância desses diagnósticos. Perceberam uma discordância entre os critérios clínicos e das mães. A prevalência de diarreia com base nos registros das mães foi aproximadamente metade daquela baseada no registro clínico (três ou mais evacuações líquidas ou semilíquidas durante o dia). A presença de fezes com sangue ou muco, vômito, febre ou coloração anormal das fezes aumentaram a probabilidade das mães diagnosticarem um caso de diarreia. Deve ser ressaltado que, nem sempre, há uma sobreposição entre as categorias de doença utilizadas por cada sistema, já que os critérios variam de acordo com os diferentes pontos de vista. A questão cultural aparece como fator importante.

Uma categoria de doença caracteristicamente definida culturalmente é *empacho*, constituída por um grupo de sintomas distintos: diarreia, vômito, dor de cabeça e falta de apetite. Difere de outras doenças gastrointestinais na medida em que dor de cabeça é mais provável e dor de estômago é menos provável de serem reportados, conforme descrito por Weller et al. (1991). Esses pesquisadores encontraram uma forte associação entre o diagnóstico doméstico de *empacho* e o uso de especialistas em cura tradicionais por essas mesmas pessoas na Guatemala. Além do *empacho*, os autores citam outras doenças 'culturais', como o *susto* e *mollera caida*. São, também, síndromes comumente registradas na América Latina. *Mollera caida* e *empacho* estão ligadas às doenças diarreicas em crianças. 'Diarreia', nesse caso, é tido como um sintoma de uma categoria mais ampla de doença definida culturalmente e com maior probabilidade de ser tratada por especialistas tradicionais, embora essa não seja uma regra que possa ser aplicada em todas as situações semelhantes em outras sociedades.

Categorias de doenças definidas culturalmente podem ter um papel na explicação de processos que terminam em morte. Nesses casos, o diagnóstico final pode ser definido após

a morte. Um exemplo desse tipo foi estudado por Castle (1994) em Mali. A autora descreve duas doenças *folk*, consideradas como de causas sobrenaturais, *foondu* (“o pássaro”) e *heendu* (“o vento”), as quais representam diagnósticos finais importantes de causa de morte e são diagnosticadas apenas após a morte e, geralmente, na esfera pública. Diarréias ordinárias são, geralmente, distinguidas de *heendu* pela sua duração. Uma diarréia simples dura um ou dois dias, mas a diarréia causada por *heendu* e acompanhada por outros sintomas pode durar um mês ou mais e, usualmente, tem sangue. Conforme a autora discute, a construção dessas doenças é um processo social mais do que médico.

Nations & Rebhun (1988a) e Nations (1992), no nordeste brasileiro, mostram uma categoria semelhante às relatadas acima. Nations & Rebhun (1988a) discutem modelos explicativos de “doença de criança”, um rótulo socialmente definido. Conforme Nations (1992), *doença de criança* é um rótulo sócio-cultural desenvolvido pelo sistema médico popular e aplicado nos estágios finais de doenças infecciosas infantis graves e desnutrição contra um contexto de opressiva pobreza. *Doença de criança* é citada como causa de morte de crianças menores de cinco anos por 20% das mães entrevistadas, seguida por diarréia, desidratação e outras. A etiologia dessa categoria varia de causas sobrenaturais a fatores ambientais e são listados mais de cinquenta sinais e sintomas citados por curadores tradicionais e mães entrevistados. Essa categoria está estreitamente relacionada com diarréia infantil persistente de acordo com as características atribuídas a cada uma pelos entrevistados e pelos critérios clínicos (ver Nations, 1992:61).

Mabilia (2000) descreve o contexto cultural de dois tipos específicos de diarréia infantil durante a fase de amamentação entre os Wagogo da Tanzânia. As mães possuem diferentes percepções a respeito de episódios de diarréia e dão atenção diferentemente para cada tipo com base na frequência, cor, consistência, cheiro e sintomas paralelos. Elas sabem que muitos sinais podem anunciar uma mudança de condição física e a diarréia é um grande problema de saúde. As mães possuem vários Modelos Explicativos para classificar a diarréia e distinguem vários agentes causadores: alimento, exposição à mudança sazonal, fatores físicos, comportamento moral dos pais e causas sobrenaturais como feitiço ou mau-olhado.

Os diversos exemplos apresentados mostram a especificidade cultural da categorização de doenças relacionadas com diarréia. Há etnoclassificações em que

aparecem categorias consideradas como estágios normais do desenvolvimento infantil, outras em que etnocategorias abarcam uma ou mais categorias biomédicas de diarreia, mas não todas, outras ainda em que há uma superdiferenciação das etnocategorias em relação aos critérios biomédicos. Pode haver casos de sobreposição entre algumas ou mesmo todas as categorias culturais e biomédicas. É, portanto, de fundamental importância valorizar os aspectos culturais envolvidos na classificação nosológica de doenças e os fatores associados ao longo do processo de doença, como os modelos explicativos, a determinação do itinerário terapêutico, fatores sócio-econômicos e ambientais.

#### *Modalidades terapêuticas voltadas para diarreia*

McKee (1987) estudou comunidades rurais do Equador e distinguiu três classes etiológicas de diarreia: produzida por forças sobrenaturais, por desequilíbrio humoral ou por “infecção”. Esta última leva à busca de recursos na medicina profissional. As causadas por desequilíbrio humoral entre quente e frio são tratadas através do aquecimento das nádegas e estômago da criança a fim de retirar o frio. O terceiro tipo é causado por ataques sobrenaturais e, neste caso, o diagnóstico é confirmado por um ritual de limpeza na família.

Algumas modalidades terapêuticas tradicionais persistem mesmo quando há um bom sistema oficial de saúde. Um exemplo é apresentado por Simpson (1988), numa comunidade urbana da Costa Rica, onde, a despeito de um excelente sistema de saúde, segundo o autor, a medicina popular continua forte. Um dos aspectos dessa medicina é um complexo de cura em que a ‘fricção’ (*sobada*) é seu tratamento central para doenças *folk*, como *pega*, um distúrbio gástrico, *empacho* e *quebranto*, por exemplo.

Bentley (1988:75-85) apresenta dados sobre diarreia infantil em três comunidades rurais no Norte da Índia, mostrando a variação no manejo doméstico. As mães têm um sistema de classificação de diarreia bem definido. A etiologia está relacionada com desequilíbrio entre ‘quente’ e ‘frio’, problemas digestivos, problemas fisiológicos, fases do desenvolvimento, espiritual e outros. As respostas, em geral, não variaram segundo o tipo de diarreia. Esse estudo mostra que os aspectos de etiologia, nosologia e tratamentos estão estreitamente ligados, podendo haver associação com variáveis sócio-econômicas e demográficas, idade da mãe, idade e sexo da criança.

Wolffers (1988) analisa os tratamentos utilizados para doenças no Sri Lanka. Em relação às diarreias, cuja categorização já foi apresentada (Nichter, 1988), apresenta um alto índice de autotratamento, sendo que mais de 82% dos habitantes de uma comunidade usam remédio tradicional caseiro com uma variedade de ingredientes.

Smith et al. (1993), pesquisando em comunidades rurais da Nicarágua, encontraram nove categorias de doença diarreica, cada qual com suas causas e sintomas específicos e respectivos tratamentos. Num município da Nicarágua, a 30 km de Manágua, Gorter et al. (1995) também estudaram a nomenclatura tradicional para as diarreias, a percepção de risco e as formas de tratamento em uso e identificaram resultados muitos semelhantes.

Yoder (1995) identificou três categorias principais de doenças diarreicas numa comunidade do Zaire. As diferenças nos tratamentos, para cada categoria, é que usam remédios líquidos para ingerir na primeira, materiais aplicados diretamente no ânus na segunda e dirigidos para o palato e fontanela na terceira categoria, ou seja, diferem na natureza e na forma de aplicação.

Num estudo sobre comportamentos relativos à busca de tratamento para diarreia em Tlaxcala, México, Pérez-Cuevas et al. (1996) registraram, entre os tratamentos feitos no domicílio, um amálgama entre remédios da medicina 'moderna' e 'tradicional'.

Ryan & Martínez (1996), numa área rural do vale Central mexicano, perceberam que as mães têm bastante experiência no tratamento de diarreia infantil e respondem com uma variedade de cuidados. Os tratamentos mais comuns são com líquidos, como chás de ervas, água de arroz e bebidas carbonadas. Também usam soro oral, manipulam o corpo da criança ou massageam para curar a diarreia. Há também o uso de drogas com ou sem receita médica. Tais modalidades não são mutuamente exclusivas.

Num estudo sobre utilização de recursos de saúde em episódios de diarreia infantil numa comunidade maia, em Chiapas, México, Granich et al. (1999) identificaram uma série de remédios caseiros, remédios alopáticos e reidratação oral. Apesar do predominante uso de remédios alopáticos, há um uso proporcionalmente grande e variado de remédios caseiros de conhecimento popular.

Nas Ilhas de Abaetetuba, rio Pará, Reeve (2000) focalizou os padrões de morbidade, práticas de tratamento e crenças sobre doenças das comunidades caboclas. As doenças diarreicas estão entre as mais comuns. O tratamento recai em três categorias:

autotratamento, curador ou por médicos. O principal método de autotratamento é o uso de ervas medicinais. Práticas de cura de origem europeia, baseadas no uso de ervas, e o rico conhecimento indígena de propriedades medicinais das plantas locais resultaram numa extensa e significativa farmacopéia (Reeve, 2000).

### *Terapia de Reidratação Oral (TRO)*

Sobre TRO, Helman (2003:20-1) afirma:

Em termos de tratamento imediato (...), a terapia de reidratação oral (TRO) oferece uma forma segura, barata e simples de prevenir e tratar a desidratação potencialmente fatal, associada à diarreia, tanto em lactentes como em crianças. Apesar disso, muitas mães relutam em usar esse tratamento, mesmo quando ele está ao seu alcance, sem custos.

Desde a descoberta da atuação da solução de reidratação oral (SRO<sup>7</sup>), solução de sal e açúcar (SSS<sup>8</sup>) ou, simplesmente, soro oral, na prevenção de desidratação e na reidratação, muitas mortes e agravos de saúde por doenças diarreicas têm sido evitados em todo o mundo. Apesar da SRO ter uma composição simples, fisiologicamente é uma solução poderosa e representou uma das maiores descobertas da medicina pela sua importância na saúde pública. Entretanto, dificuldades quanto à aceitação de seu uso e quanto à compreensão de seu papel têm sido problemas adicionais à aprendizagem sobre o preparo e modo de administrar a SRO, conforme a citação acima.

Bebês e crianças jovens estão mais predispostos à desidratação, devido a algumas características fisiológicas próprias de sua condição: maior percentagem da constituição corporal composta de água, a qual é ainda maior em desnutridos; possuem maior superfície corporal em relação ao peso ou volume (Levine & Endelman, 1979 *apud* Nichter, 1988:43).

Os modelos etnomédicos de doenças diarreicas e concepções sobre tratamentos são problemas práticos relacionados com a implementação efetiva de TRO (Mull & Mull, 1988). Esses pesquisadores verificaram, entre mulheres paquistanesas rurais, dados importantes, com implicações para os programas de TRO. Certas diarreias são classificadas como sinais de doenças *folk* que requerem tratamento tradicional em vez de reposição de

---

<sup>7</sup> Solução de Reidratação Oral. Sempre que citar SRO, estarei me referindo à solução padrão, distribuída pelos Programas de TRO, em envelopes, pronta para ser diluída em 1 litro de água previamente fervida ou filtrada.

<sup>8</sup> SSS: Salt-Sugar Solution (Solução de sal e açúcar). Sempre que citar SSS, estarei me referindo à preparação de 'soro caseiro', conforme recomendações dos Programas de TRO, com base nas medidas padrão (colher) para sal e açúcar em um copo de água previamente fervida ou filtrada.

fluidos ou outra terapia biomédica. Certos tipos de diarreia são considerados ‘naturais’, partes mais ou menos esperadas do crescimento, devendo, simplesmente, ser tolerados ou manejados com a evitação de causas subjacentes em vez de TRO. Apesar da promoção de TRO, no Paquistão, e disponibilidade de envelopes de sais, grande percentagem das mães não tinha conhecimento de SRO padrão nem de soro caseiro. Mesmo entre as que já tinham usado SRO, a maioria não sabia como preparar e administrar. No geral, a TRO não estava sendo usada com o mínimo de efetividade.

Entre os cingaleses, a diarreia também é vista, contextualmente, como sinal de desequilíbrio ou transição (ex: dentição, andar, primeiros alimentos sólidos, etc.), ou como sintoma ou forma de doença. Em período de transição, é tratada como um incômodo, não como doença. Essas questões estão relacionadas com o itinerário terapêutico, incluindo a adesão ou não à TRO (Nichter, 1988). Nessa região do Sri Lanka, a maioria da população rural e grande parte da urbana não estão familiarizadas com SRO. Para o autor, deve-se ter o cuidado de informar sobre o que a SRO não é. As idéias de que é um remédio para diarreia ou fortificante estão tornando-se populares. Uma identidade alternativa ou expandida poderia ser criada em torno de concepções de saúde co-existentes, bem como aumentar o conhecimento sobre as ramificações da desidratação. Ou seja, a SRO pode ser socialmente difundida de uma maneira culturalmente mais apropriada.

Nations & Rebhun (1988b) fazem uma descrição e análise sobre o que eles chamam de ‘mistificação de uma simples solução’ no nordeste brasileiro. Discutem as dificuldades na disseminação do conhecimento e uso de TRO/SRO devidas ao significado disso para o pessoal médico que detém o mecanismo de distribuição e administração. Os problemas de acesso à SRO são motivados mais pela resistência de parte dos estabelecimentos médicos do que pelo interesse das mães e especialistas em cura tradicionais. A administração da TRO é caracterizada por rituais, os quais possuem fortes funções comunicativas e culturais. O ritual apresenta modelos para a interação social e modelos de realidade. Os autores apresentam três casos: o primeiro mostra a cerimônia de negação de acesso à TRO; o segundo mostra como o drama da reidratação intravenosa é usado para demonstrar a ascendência da biomedicina e de seus praticantes; no terceiro, vê-se como a administração clínica da TRO segue o modelo da administração intravenosa. Os autores defendem que a TRO não apenas pode, mas deve ser usada por especialistas em cura tradicionais e mães,



em suas casas, para capacitar as famílias a tratarem suas próprias crianças e, nesse processo, realizarem seu próprio poder e potencial de auto-suficiência.

Nations et al. (1988) defendem a disseminação da TRO através dos especialistas em cura tradicionais como uma das estratégias para facilitar o acesso e expandir as estratégias de sobrevivência de crianças acometidas por doenças diarréicas. Algumas barreiras são apontadas ao acesso à TRO: resistência dos profissionais médicos, deficiências no atendimento primário de saúde e na infra-estrutura de informação, distribuição irregular de SRO e extensão do território a ser supervisionado. Não seria estranho se essas dificuldades estivessem se referindo à realidade Wari' no ano de 2002 e 2003. Segundo Nations et al. (1988:351), a introdução da SRO não requer mudanças nas crenças e práticas culturais.

Coreil (1988) discute conhecimento e uso de TRO em diarréia entre quatro categorias de curadores haitianos: parteiras, herbalistas, xamãs e injecionistas. Seus dados mostram como a adoção diferencial de TRO nos setores *folk* e popular e por tipo de curador reflete a influência de gênero e de ocupação. Há um interesse potencial entre todas as classes de curadores para aprender e adotar novas terapias. A maior explicação para diferenças parece ser o papel sexual. O maior envolvimento das mulheres nas terapias cria, *a priori*, uma elevada receptividade para inovações que se apliquem para crianças.

A composição da SRO e sua administração são discutidas por Ueli (1993), abordando o uso de TRO em diversos ambientes e países. A composição ideal depende de considerações teóricas e práticas. Neste sentido, o autor defende a não complicação da composição da SRO e das instruções para seu uso. Os programas deveriam ser desenhados para voltar-se tanto às considerações biomédicas quanto às concepções locais.

Coreil & Genece (1988) analisam a adoção da TRO entre mães haitianas a partir de dois pressupostos teóricos. A 'teoria da inovação', que estuda as características de indivíduos que aceitam ou rejeitam uma idéia ou prática nova, e a 'teoria da decisão', que estuda os critérios pelos quais as pessoas escolhem ações alternativas. Em geral, o determinante mais importante do conhecimento de TRO, uso e escolha do método foram características dos próprios usuários e não atributos de episódios específicos de diarréia. Os resultados sugerem que o custo é um fator importante no uso de TRO. O itinerário terapêutico, passando pelo serviço de atendimento médico, influencia significativamente o uso de TRO. A tendência ao uso de medicina tradicional não parece agir como uma barreira

para a adoção de TRO. Não encontraram associação entre causas percebidas da doença e uso de TRO, a despeito do reconhecimento de diferentes tipos de diarreia.

Em Bangladesh, Chowdhury et al. (1991) analisaram o uso de soluções de reidratação caseiras tradicionais, como água de arroz com sal, e preparações a partir de tabletes de sal e de açúcar<sup>9</sup>. Apesar das mães, unanimemente, concordarem que a solução baseada em arroz ‘parava’ a diarreia mais rapidamente, elas usavam as soluções baseadas em açúcar duas vezes mais, porque a TRO com base em arroz era mais difícil de preparar e consumia mais tempo. Esse caso ilustra como, nem sempre, soluções baseadas em produtos locais, apesar de mais disponíveis, são as mais aceitas e mais práticas, pois outras questões podem estar envolvidas, como o tempo gasto e a facilidade em preparar.

Chowdhury et al. (1997) apresentam outra avaliação em Bangladesh, em 1993, do conhecimento sobre preparação de TRO, sua disponibilidade local e seu uso para manejo de diarreia. Mais de 70% das mulheres puderam preparar uma SRO efetiva e segura quimicamente. Uma significativa proporção dessas mulheres era muito jovem no tempo das campanhas de massa que ensinavam de casa em casa (ver nota 8), o que indicou uma transferência entre gerações do conhecimento sobre TRO. A TRO foi usada em 60% dos episódios de diarreia, embora variando de acordo com o tipo de diarreia. Vendedores de droga e terapeutas locais passaram a recomendar muito mais frequentemente a TRO do que antes. Porém, membros de profissões médicas (qualificados ou não) ainda resistem a prescrever o uso de TRO. Esta informação está de acordo com o exposto por Nations & Rebhun (1988) e mostra que os profissionais de saúde, sejam agentes comunitários de saúde, enfermeiros ou médicos, tendem a dificultar a democratização de conhecimentos básicos sobre a preparação e uso de SRO. É comum também a prescrição de antibióticos, em muitos episódios de diarreia que seriam autolimitados, quando bastaria evitar a desidratação através da TRO, conforme também apontado por Hudelson (1993:97 citando Gutierrez et al., 1987 e Martinez et al., 1988).

Larrauri et al. (1994) avaliam um programa de intervenção educativa para promoção de TRO em comunidades campesinas e indígenas afastadas, no México, com barreiras lingüísticas e culturais. A metodologia contou com diversos materiais didáticos

---

<sup>9</sup> Entre 1980 e 1990, BRAC, uma organização não-governamental de Bangladesh, ensinou mais de 12 milhões de mães como preparar TRO em casa com sal comum e açúcar não refinado (mascavo). Isto foi seguido por uma forte promoção e distribuição de SRO preparadas por várias agências, incluindo o governo.

‘culturalmente significativos’ e postos de atendimento em mercados públicos. Segundo os autores, a intervenção foi eficaz e o uso do soro oral, meses depois, foi superior nos grupos que souberam do posto no mercado. Entretanto, os autores, ao que tudo indica, estiveram envolvidos na implantação daquele programa e, sendo assim, pode não haver isenção na avaliação e levar a uma supervalorização dos resultados.

Hudelson (1993) avalia o conhecimento e o uso de TRO, após programas educativos, numa comunidade urbana e pobre de Nicarágua. Não foi percebido uso apropriado, a despeito dos esforços de educação e distribuição de SRO. Apesar de fazerem relação entre desidratação e SRO, o modelo explicativo para diarreia e suas práticas refletiram forte confiança na autoprescrição de remédios caseiros e farmacêuticos, enquanto o uso de SRO foi associado com o atendimento clínico e, geralmente, as mães não continuam a TRO após retornar do atendimento de saúde. Elas possuem outras concepções sobre a função da SRO. O autor destaca a importância de se conhecer o contexto, além das dificuldades de mudar os modelos explicativos para as doenças e seu manejo. Novas informações e terapias podem ser modificadas porque são filtradas pelas crenças e práticas locais concernentes ao manejo das doenças.

Hounsa et al. (1993) verificaram, entre mulheres de Benin, que a promoção de TRO para tratamento de diarreia poderia ser facilitada se a percepção das mães sobre suas vantagens fosse reforçada e se elas tivessem maior facilidade de acesso aos serviços de saúde oferecidos pelos agentes de saúde locais. Vê-se que, apesar do filtro cultural sobre novas informações, como lembrado por Hudelson (1993), as atitudes práticas acabam sendo influenciadas através de informações explicativas e facilidades de acesso aos serviços.

Fox (1988) pesquisou sobre marketing social de TRO e de contraceptivos no Egito e mostra alguns resultados comparativos do antes e depois de duas campanhas de marketing. A consciência das mães sobre os sintomas da desidratação por diarreia, o conhecimento sobre SRO e o seu uso aumentaram significativamente. Entretanto, ressaltam-se preocupações quanto à continuidade dos projetos de difusão e estratégias utilizadas, pois não há uma fórmula única que possa assegurar efetividade máxima.

O conhecimento envolvido no uso efetivo de TRO não está meramente na conscientização de seus benefícios, mas no entendimento das causas ambientais e biológicas das doenças diarreicas e depende da habilidade em explicar o processo de

tratamento (Eisemon et al., 1987) e, acrescenta-se, a necessidade de compreensão dos aspectos culturais envolvidos. O enfoque dos autores foi com alunos de escola secundária do Quênia e a preocupação foi com as informações passadas à população através dos textos das embalagens de SRO, sugerindo que sua compreensão pode ser melhorada com mudanças simples, particularmente, reforçando conhecimentos biomédicos ou tradicionais.

Para Akpede et al. (1997), disparidades entre conhecimento e habilidade no preparo de SSS podem estar relacionadas com técnicas educacionais, especialmente as que não dão oportunidade para as mães prepararem e misturarem a SRO por elas mesmas ou as que não fornecem reforço do aprendizado após o treinamento. Expectativas, não apropriadas, da TRO como uma droga antidiarréica levam ao mau uso e desapontamentos em relação à TRO (Levine, 1990 e MacCormack & Draper, 1988 *apud* Akpede et al., 1997).

Uma pesquisa preenchendo os requisitos antropológicos básicos que Hudelson (1993) levantou foi desenvolvida por Green (1986), que estuda conhecimentos, atitudes e práticas relacionados com diarreia infantil e, especificamente, com SRO em Bangladesh. A SRO era percebida como um remédio com vários atributos positivos. O alfabetismo esteve positivamente relacionado com o uso de SRO. Não houve barreiras culturais significativas à sua adoção. Esses dados têm implicações para programas de marketing social, segundo o autor. Seria importante o envolvimento de especialistas em cura locais, por haver mais familiaridade com a população local. Projetos de marketing social deveriam encorajar o uso continuado e crescente de alimentos e bebidas locais apropriados para doenças, dando ênfase aos alimentos comumente usados em cada região.

### *Sobre Itinerário terapêutico*

Nos anos recentes, epidemiologistas e cientistas sociais têm voltado atenção crescente ao estudo do itinerário terapêutico associado com as duas maiores causas de mortalidade e morbidade, as doenças diarréicas e infecções respiratórias agudas. Entretanto, o conhecimento sobre como e quando as famílias procuram tratamento para essas doenças permanece seriamente incompleto devido às amostras limitadas nos estudos e falta de informações detalhadas sobre a natureza da doença, seu momento inicial e os procedimentos em relação ao tratamento (Goldman & Heuveline, 2000).

Itinerário terapêutico consiste no

conjunto de processos implicados na busca de um tratamento desde a constatação de uma desordem, passando por todas as etapas institucionais (ou não) onde podem se atualizar diferentes interpretações (paciente, família, comunidade, categorias de curadores, etc.) e curas (Buchillet, 1991:28).

A busca pela cura de um mal é guiada basicamente pela lógica da causalidade da doença e dos sintomas. Buchillet (1991:27-8) faz uma distinção entre “a esfera (ou o registro) das causas” e a “esfera (ou o registro) dos efeitos”. De acordo com Langdon (1994:130), tal distinção permite tanto uma análise da lógica de pensamento como da lógica de ação nos episódios de doença.

Weiss (1988:6) explica alguns conceitos que os antropólogos da saúde têm desenvolvido desde a década de setenta. Um deles refere-se aos ‘padrões de procura de saúde’, que pode ser comparado ao conceito de ‘itinerário terapêutico’. Em cada cultura, especialmente as tradicionais, as pessoas procuram ajuda para os problemas de saúde em diversas fontes. Os prestadores de serviço de saúde estão associados com sistemas médicos modernos ou tradicionais, curadores religiosos, líderes comunitários, ou da família, ou outras instituições locais. A escolha do recurso depende de considerações tanto ideológicas quanto práticas. As preferências podem variar de acordo com as características da doença, características sócio-demográficas, a reputação, disponibilidade e experiências prévias com várias fontes de ajuda médica ou outros fatores.

Kleinman (1980:185) apresenta os determinantes de “comportamento de busca por cuidados de saúde”, que pode ser considerado equivalente ao conceito de “itinerário terapêutico”: tipo e severidade dos sintomas; curso da doença; tipo de papel do doente, rótulo específico da doença e a etiologia implicada; avaliação das intervenções terapêuticas específicas; idade, sexo, papel da família, ocupação e nível educacional do paciente; *status* sócio-econômico da família, origem étnica, orientação para valores ocidentais ou tradicionais e experiência anterior com cuidados de saúde; ambiente rural ou urbano; proximidade dos recursos; natureza da rede social do paciente e sistema de referência leigo.

Para Herman & Bentley (1993), as decisões do indivíduo sobre o manejo doméstico da doença e sobre quando e onde procurar outros cuidados são influenciadas por suas crenças e percepções sobre o tipo e severidade dos sinais e sintomas, bem como por considerações financeiras, logísticas, e outros fatores.

Dunn (1976 *apud* Nations, 1986) baseia sua classificação de um comportamento em três critérios: 1) melhora ou piora a saúde do indivíduo; 2) é uma ação deliberada ou não

deliberada; e 3) é influenciado pela comunidade ou de origem externa. Pode haver sobreposição dos dois últimos critérios, enquanto o primeiro é uma condição resultante de qualquer comportamento de busca por recursos de saúde. Normalmente, quando um paciente é encaminhado de uma instituição oficial para outra, é uma ação não deliberada, o paciente não participa da decisão, nesse caso, ocorre externamente à comunidade. Esses comportamentos podem variar, dependendo das características patológicas, do paciente, dos profissionais envolvidos e das condições logísticas disponíveis.

A recorrência a outros recursos terapêuticos, a cada vez que o problema persistir, é determinada pelas concepções de sinais/sintomas que se mantêm ou aparecem no processo de cura e que remetem à (re)interpretação das causas do problema. A avaliação dos resultados de cada tratamento e a interpretação das causas influenciarão na escolha do recurso seguinte. A cada passo, de acordo com os sinais/sintomas existentes, a doença pode receber novo rótulo para o qual uma causa específica é atribuída. O rótulo é atribuído pelo indivíduo, família, comunidade, ou especialista, dependendo do estágio do itinerário.

Para entender um itinerário terapêutico, é importante o conceito de “modelo explicativo”, já discutido acima. Um modelo explicativo é elaborado para um processo de doença específico, havendo uma relação de *feedback* entre a conduta desse processo e as noções e explicações que surgem ao longo do mesmo, além das crenças gerais próprias da cultura do grupo e que existem independentemente de episódios de doença específicos.

Sobre o itinerário terapêutico, de acordo com Langdon (1995),

as crenças e as práticas de saúde e doença formam parte de um sistema lógico-conceptual, e não são só fragmentos frouxamente ligados entre si ou aos outros aspectos da cultura e sociedade. Mas sem olhar o processo da doença, isto é, examinar o itinerário terapêutico seguido em casos específicos de doenças, as velhas preocupações com os opostos binários, tais como natural/sobrenatural, magia/ciência, e medicina primitiva/medicina moderna, obscurecem um entendimento da dinâmica cultural e da lógica de cura entre os povos indígenas.

Continuando, Langdon (1995) escreve que “a interpretação do significado da doença emerge através do seu processo” e o entendimento da percepção e significados depende do acompanhamento de todo o episódio da doença:

o seu itinerário terapêutico e os discursos dos atores envolvidos em cada passo da seqüência de eventos. O significado emerge deste processo entre percepção e ação. Um episódio apresenta um drama social que se expressa e se resolve através de estratégias pragmáticas de decisão e ação.

A autora caracteriza a doença como processo com base em três passos: (1) o reconhecimento de sinais/sintomas como doença, (2) o diagnóstico e a escolha do tratamento e (3) a avaliação do tratamento realizado. Não há consenso num processo terapêutico, mas há uma “seqüência de decisões e negociações”, pois nem todas as pessoas ou grupos compartilham das mesmas interpretações sobre uma determinada doença nem sobre a decisão sobre o recurso terapêutico a ser buscado. Segundo Langdon (1995), há duas fontes principais de divergências: a natureza ambígua dos sinais/sintomas e as diferenças de interpretação por parte dos envolvidos no processo. Isso ocorre mesmo entre os profissionais de saúde, pois, embora haja um esquema de classificação teoricamente bem estruturado, como a CID (Classificação Internacional das Doenças), não há tanta clareza na prática clínica. As diferenças internas numa sociedade específica geram diferenças nos diagnósticos e as diferenças se tornam ainda mais complexas em contextos de pluralidade étnica. Esse é caso das sociedades indígenas e, particularmente, dos Wari’.

Segundo Ryan (1998:210), Freidson (1959) foi, aparentemente, um dos primeiros pesquisadores a usar a abordagem diacrônica em cuidados com saúde. Ele teria visto o manejo doméstico de doenças como uma série de comportamentos que ocorriam num contexto social. Polgar (1963 *apud* Ryan, 1998) identificou três estágios pelos quais uma pessoa passa quando doente: auto cuidado, ação de saúde leiga e fase profissional. Schwartz (1969), sobre a hierarquia na busca por práticas curativas na Melanésia, McKinlay (1973) e Chrisman (1977), mais especificamente sobre o processo de busca por recursos de saúde, além de outros mais recentes, são outros exemplos.

De maneira geral, classifico os artigos sobre o tema da busca por cuidados ou recursos de saúde em dois tipos quanto aos objetivos: modelos descritivos e modelos preditivos. O modelo descritivo procura entender a busca por recursos a partir da observação e descrição de casos, mas sem pretensão de criar modelos para prever itinerários futuros com base na análise dos dados observados. O modelo preditivo busca estabelecer um certo grau de previsibilidade de itinerários futuros a partir dos dados obtidos na pesquisa, podendo, para isso, utilizar métodos estatísticos.

Mwabu (1986) explora padrões de visitas a provedores de cuidados em saúde, numa região rural do Quênia, através de observação domiciliar. Para ele, uma visita a um serviço de saúde é resultado de um processo de decisão do paciente. Conclui que, no evento de uma

doença, um paciente está sujeito, probabilisticamente, a usar mais de um recurso ou serviço, porque: os pacientes são, em geral, incapazes de dizer, com certeza, o recurso que curará sua doença; o sucesso no tratamento de algumas doenças requer mais de um recurso; e os pacientes acreditam que, para serem curados, devem ser tratados por mais de um recurso. Mwabu (1986) procura realizar uma análise preditiva de itinerário terapêutico.

Mathews & Hill (1990) também apresentam um estudo preditivo, aplicando a chamada ‘teoria da decisão cognitiva’<sup>10</sup>, aliada com a abordagem de modelo explicativo, para avaliar padrões regionais e fontes de variações intraculturais na escolha de tratamentos. Estudaram duas comunidades rurais da Costa Rica para estabelecer um modelo preditivo para uma terceira comunidade, esta, representativa de uma rápida mudança social na região. Questões étnicas e idiossincráticas, tipo de doença e a interpretação do indivíduo sobre a doença foram fontes de erro para o modelo de predição. Havia tendência de reconceituar a causa da doença quando da alteração ou piora dos sintomas. Uma das conclusões foi de que devem ser construídos modelos específicos para cada grupo étnico da região. Segundo os autores, a presença de erros não invalida o processo de decisão nem limita sua utilidade, mas, por outro lado, mostram os modos pelos quais comportamentos individuais se desviam das normas do grupo e apontam o caminho para investigações mais detalhadas sobre as fontes de tais variações. Nesse caso, penso que esse tipo de investigação não mostra uniformidades de comportamentos, mas, antes, mostra os comportamentos diferentes ou as fontes das diferenças, o que não seria muito útil para prever qual itinerário é mais provável para uma determinada doença.

Jackson & Jackson-Carrol (1994) analisam os comportamentos automáticos em resposta às doenças diarréicas. Baseiam-se em Giddens (1984) para argumentar que comportamentos rotineiros fornecem, aos atores, os meios específicos para seguir com suas atividades diárias. Como afirma Giddens (1989:48),

a rotina faz parte da continuidade da personalidade do agente, na medida em que percorre os caminhos das atividades cotidianas, e das instituições da sociedade, as quais só o *são* mediante sua contínua reprodução.

---

<sup>10</sup> O ‘modelo de decisão cognitiva’ surgiu quando J. Young introduziu essa técnica em 1980, a qual assume que, por a doença ser um problema recorrente e porque os recursos de saúde disponíveis são, geralmente, limitados, pode-se esperar que os membros de uma comunidade compartilhem padrões de escolha de tratamento (J. Young, 1980 *apud* Mathews & Hill, 1990).



Giddens (1984 *apud* Jackson & Jackson-Carrol, 1994) está interessado na interrelação de micro-eventos com processos de macro-escala, isto é, o modo como pequenos eventos repetitivos perpetuam instituições sociais. Os indivíduos reproduzem as estruturas da vida social e as empregam para conduzirem suas atividades cotidianas. Com base nisso, os autores consideram que eventos comuns ligados à saúde afetam inúmeros aspectos da vida cotidiana. Padrões de comportamento reconhecíveis em resposta à doença comunicam para a família, e para o grupo social mais amplo, o que o doente está experienciando e inclui ajuste e resposta da comunidade. Entretanto, certos comportamentos são importantes como tentativas difusas de alterar rotinas integradas. Para eventos de diarreia, as famílias tomam passos passivos ou ativos, no sentido de que evitam certos alimentos ou atividades, enquanto preparam remédios à base de ervas ou escolhem um xamã. Para os autores, as respostas rotineiras para doenças diarreicas tanto tratam a doença corrente como perpetuam a cultura. É importante, porém, notar as ‘ações invisíveis’, ou seja, a discrepância entre o que os pais dizem e o que eles fazem. O que eles de fato conhecem e fazem é, aparentemente, contraditório. Quando os pais dizem que ‘não fazem nada’, pode significar ‘nada em especial’ ou ‘nada em comparação ao xamã’. Assim, muitos procedimentos parecem tão ‘normais’ que se tornam virtualmente invisíveis para as pessoas envolvidas.

Yoder & Hornik (1996) examinam a associação entre sintomas, julgamento sobre a gravidade e tratamento dado para diarreia na Ásia e África. Voltam-se para três questões básicas: até que ponto os julgamentos de gravidade são uma função dos sintomas observados; qual é a importância relativa dos sintomas observados *versus* julgamentos de gravidade; e o que os resultados implicam para programas de promoção de TRO. Verificou-se que a percepção de gravidade das mães está ligada mais estreitamente com três sintomas (vômito, febre e cansaço), embora outros sintomas também tenham forte associação com a busca por tratamento (como ‘diarreia por mais de três dias’) e outros (p.e., ‘sangue nas fezes’), por serem mais raros, podem ter mais importância no julgamento de gravidade e escolha de tratamento do que mostraram, de fato, na pesquisa. Essa pesquisa tem caráter preditivo, mas a previsibilidade é em relação à tomada de decisão por tratamento e não exatamente em relação ao tipo de seqüência de recursos.

Pérez-Cuevas et al. (1996) avaliaram, no México, como as mães cuidam de suas crianças com diarreia, a fim de desenvolver um modelo de ‘comportamento de busca por

cuidado de saúde’, procurando responder a três questões principais: tratamentos dados pelas mães; decisão das mães pelo uso de drogas, remédios caseiros, restrição de alimentos e líquidos; e um modelo explicativo de comportamento materno de busca de recurso. Mostram um amálgama entre remédios tradicionais e da medicina moderna. Os tratamentos caseiros e o comportamento de busca por recursos foram analisados em relação a três variáveis: necessidade de cuidados médicos; presença de sinais de desidratação; e nível de informação das mães. As razões para as mães procurarem o serviço de saúde tinham relação com aspectos clínicos. O sinal mais importante foi ‘diarréia com sangue’, seguido por ‘vômito’, ‘perda de peso’, ‘olhos fundos’, ‘febre’, ‘duração de quatro dias ou mais’ e ‘sede’. Os modelos explicativos dos processos de decisão das mães revelam a complexa relação entre as doenças diarréicas e o contexto cultural.

Ryan & Martínez (1996) constroem um modelo de decisão para prever como as mulheres mexicanas tratam diarréia infantil. Seus dados mostram que as crenças sobre tipos e causas de diarréia e as percepções sobre diferentes tratamentos não afetam uniformemente o comportamento de escolha do tratamento. As crenças sobre diarréia e seu tratamento variam entre os membros da comunidade. Apesar dessa variação intracultural, os autores construíram um modelo de tomada de decisão que, segundo afirmam, previu 84% de uma amostra independente de tratamentos registrados. A ordem pela qual as mulheres administram tratamentos dependia de dois fatores: sua fé na eficácia do tratamento e seu entendimento da função do tratamento. O esquema procurou explicar a seqüência de tratamentos seguida para diarréia infantil. Os autores sugerem que a predição de comportamentos leigos depende de regras condicionais, das restrições percebidas, ordenamento dos fatores influentes e das diferenças intraculturais, embora nenhum desses fatores determine completamente o comportamento, e reconhecem que a técnica para construir modelos de decisão pode ser melhorada.

De acordo com Ryan (1998), as escolhas podem ser representadas como uma série ordenada de comportamentos relacionados com a saúde. Uma análise sistemática de tais seqüências fornece *insights* sobre os padrões de busca por recursos e sugere uma tentativa de teoria sobre como as pessoas fazem suas escolhas médicas. As reações das pessoas (‘leigas’) em relação às doenças são de interesse para cientistas sociais e, igualmente, para os responsáveis pelas políticas públicas. Os acadêmicos debatem sobre os fatores chaves

que influenciam as escolhas ‘leigas’, enquanto o debate dos ‘políticos’ voltam-se para as maneiras de mudar os comportamentos. Porém, há pouca investigação sobre exatamente o que é que as pessoas fazem, isto é, quais são os tratamentos que eles usam por primeiro, segundo e terceiro lugar? E como eles seguem de um tratamento para outro? São questões como essas que Ryan (1998) procura responder para uma comunidade rural de Camarões. Os resultados sugerem um modelo de recorrência a tratamentos, onde as pessoas agem como se elas estivessem tentando reduzir custos e incertezas, enquanto, simultaneamente, tentam aumentar a variação de tratamentos. Ryan (1998:210) descreve uma ordem para esses comportamentos:

Primeiro, as pessoas minimizam incertezas através da identificação de tipos de doenças que requerem ações de saúde particulares e através do retardamento de uma ação. Segundo, minimizam o custo do cuidado escolhendo tratamentos menos caros e mais fáceis de administrar ou reduzindo o número de tratamentos tentados. Terceiro, maximizam a variedade de tratamentos na esperança de encontrar pelo menos um que ajude a resolver o problema (tradução minha).

As variações internas, conforme Ryan, limitam a identificação de padrões agregados para a população como um todo, lembrando que o sacrifício de contextos específicos, tais como as percepções sobre sinais, sintomas, diagnósticos, gravidade e causalidade, além das características dos pacientes, dos responsáveis pelos cuidados e do ambiente doméstico, é um dos custos na elaboração de modelos gerais. O modelo de manejo doméstico de doenças agudas desenvolvido por Ryan (1998) não deve ser confundido com o modelo sobre tomada de decisão que tenta predizer o uso ou não uso de algum tratamento específico conforme Mathews & Hill (1990), Ryan & Martínez (1996) e Weller et al. (1997). Entretanto, diferentemente daqueles, Ryan (1998) descreve como a escolha de um tratamento influencia escolhas posteriores e como as seleções de tratamentos variam ao longo da doença. Para tanto, chama atenção para dois conceitos distintos que têm sido confundidos: hierarquia de recursos ou de recorrência (*hierarchy of resort*), conforme Schwartz (1969), e padrões de recursos ou recorrência (*patterns of resort*), conforme Scrimshaw & Hurtado (1987; 1988). O primeiro conceito refere-se a um princípio de organização, enquanto o segundo refere-se àquilo que as pessoas fazem, ou seja, as seqüências de ações de saúde desempenhadas.

Algumas conclusões de Ryan (1998) são: a ‘espera’ é uma tática importante na escolha médica das pessoas; as pessoas tentam resolver os problemas médicos em casa

antes de procurar ajuda; uma vez que tenham tentado um tratamento inicial em casa ('remédio caseiro', 'fármaco' ou 'espera'), elas seguem dois tipos gerais de seqüência de tratamento, uma é continuar tentando uma modalidade caseira, a mesma ou outra, a segunda é procurar cuidado fora do domicílio; as pessoas fazem escolhas de um modo muito organizado, não agem ao acaso; no caso da comunidade pesquisada e, provavelmente, em muitos outros lugares, as pessoas tentam pôr fim a uma doença rapidamente com o menor número de tratamentos possíveis; e a falta de repetição de modalidades é um indicador de que as escolhas feitas nos estágios iniciais do processo afetam escolhas feitas mais tarde.

Weller et al. (1997), citados acima, buscam identificar e descrever fatores associados com a escolha da fonte de cuidado de saúde na região rural da Guatemala. Utilizam duas abordagens metodológicas para predizer ações de tratamento: o modelo sociocomportamental, que inclui fatores de capacidade, predisposição e necessidade; e, paralelamente, entrevistas descritivas. Os autores reconhecem que a análise apresentada ilustra a dificuldade em predizer qual estratégia de tratamento um indivíduo ou família escolherá. Ainda, para criar um modelo de decisão que descreva acuradamente e preveja escolhas individuais, os fatores que afetam essas decisões necessitam ser mais bem entendidos. Mais uma vez, as tentativas de criação de modelos preditivos de itinerário terapêutico mostram-se limitadas em função da complexidade dos contextos estudados.

Omokhodion et al. (1998) apresenta um modelo descritivo sobre o uso de recursos terapêuticos, na Nigéria, em casos de diarreia, por mães de menores de cinco anos de idade. Nesse estudo, não se faz uma análise sobre seqüências de tratamentos nem há elaboração de modelos de tomada de decisão por tratamentos.

Zoysa et al. (1998) conduziram uma etnografia de doença em recém nascidos e práticas de busca por cuidados numa favela de Nova Délhi, Índia, a fim de identificar as restrições aos cuidados efetivos e seguros para doenças graves nessa faixa etária, como as categorias gerais 'possível infecção bacteriana séria', 'desidratação associada com diarreia aguda' e 'diarreia crônica grave'. Não há uma investigação clara sobre as percepções das próprias mães a respeito dos recursos terapêuticos que elas buscam e, sim, uma avaliação pré-estabelecida pelas pesquisadoras sobre quais recursos são qualificados e efetivos e quais não são. O fato de as mães buscarem, preferencialmente, praticantes locais é

interpretado como incapacidade das mães em discriminar, entre os serviços disponíveis, aquele mais adequado. Como visto nos outros estudos apresentados acima, clínicas e hospitais tendem a ser os últimos recursos buscados após modalidades intermediárias serem visitadas, seguindo uma tendência de buscar, inicialmente, os recursos mais próximos e com os quais mais se identificam para, na seqüência, buscar recursos mais distantes geográfica ou culturalmente. Esse detalhe não é percebido por Zoysa et al. (1998).

Granich et al. (1999) investigam padrões de ‘comportamento de busca de saúde’ (*health seeking behavior*-HSB) em episódios de diarreia infantil entre os Maias, México, utilizando ‘metodologia etnográfica rápida’. Argumentam que poucos estudos têm avaliado, quantitativamente, HSB para doenças diarreicas em comunidades indígenas, controlando potenciais fatores de confundimento. Avaliaram HSB hipotéticos e HSB reais para o último episódio de diarreia ocorrido na residência. Não houve diferenças significativas entre os HSB reais e os HSB hipotéticos no número e categorias de remédios caseiros utilizados e de dias fora do domicílio em busca de cuidados. Segundo os autores, a estreita correlação entre HSB hipotéticos e reais sugere que ‘estudos etnográficos rápidos’ podem ser usados, efetivamente, para monitorar mudanças de HSB nas comunidades. Entretanto, há limitações tanto para o estudo em questão como para a abordagem etnográfica rápida em geral. Primeiro, quanto à representatividade da população estudada. Segundo, a técnica de observação retrospectiva pode introduzir algum viés de memória. Terceiro, pode haver problemas quanto à confiabilidade das respostas. Não houve pretensão explícita de apresentar um modelo preditivo. A ênfase é dada na metodologia utilizada, como proposta para facilitar estudos onde haja necessidade de se obter dados culturalmente significativos num curto espaço de tempo. No caso da pesquisa em questão, toda a coleta de dados foi feita em um mês, mas houve participação de uma equipe de entrevistadores bilíngües da própria comunidade. Com relação à língua, entre os Wari’, houve problemas e limitações com a participação de intérpretes, como explicado na metodologia.

Goldman & Heuveline (2000) analisam a relação entre doença em crianças e itinerário terapêutico na Guatemala. Destaca-se, na metodologia, a inclusão de um calendário diário de duas semanas sobre morbidade e comportamento de tratamento para crianças com cinco anos ou menos. Com base nos dados desse calendário, os autores usaram modelos estatísticos para examinar como características de doenças diarreicas e

respiratórias afetam o uso de recursos biomédicos e não-biomédicos. Os dados sugerem que, na maioria, os serviços de saúde são mais visitados durante os primeiros dias, principalmente o segundo dia, do que em período mais avançado do curso de doenças mais longas. Esta informação pode ser comparada à modalidade ‘espera’ analisada no estudo de Ryan (1998), em que, geralmente, as pessoas aguardam um período de cerca de 24 horas para, só então, decidir por um recurso de saúde. Nesse trabalho, os autores preocupam-se em demonstrar as vantagens da metodologia utilizada, o que é reforçado em outro artigo bastante semelhante (Heuveline & Goldman, 2000). O preenchimento diário de um calendário pelas próprias mães requer um certo nível de alfabetização e de compreensão da linguagem em forma de tabelas, por exemplo, o que não é o caso das mulheres wari’.

#### *A complexidade do contexto cultural e o planejamento de programas*

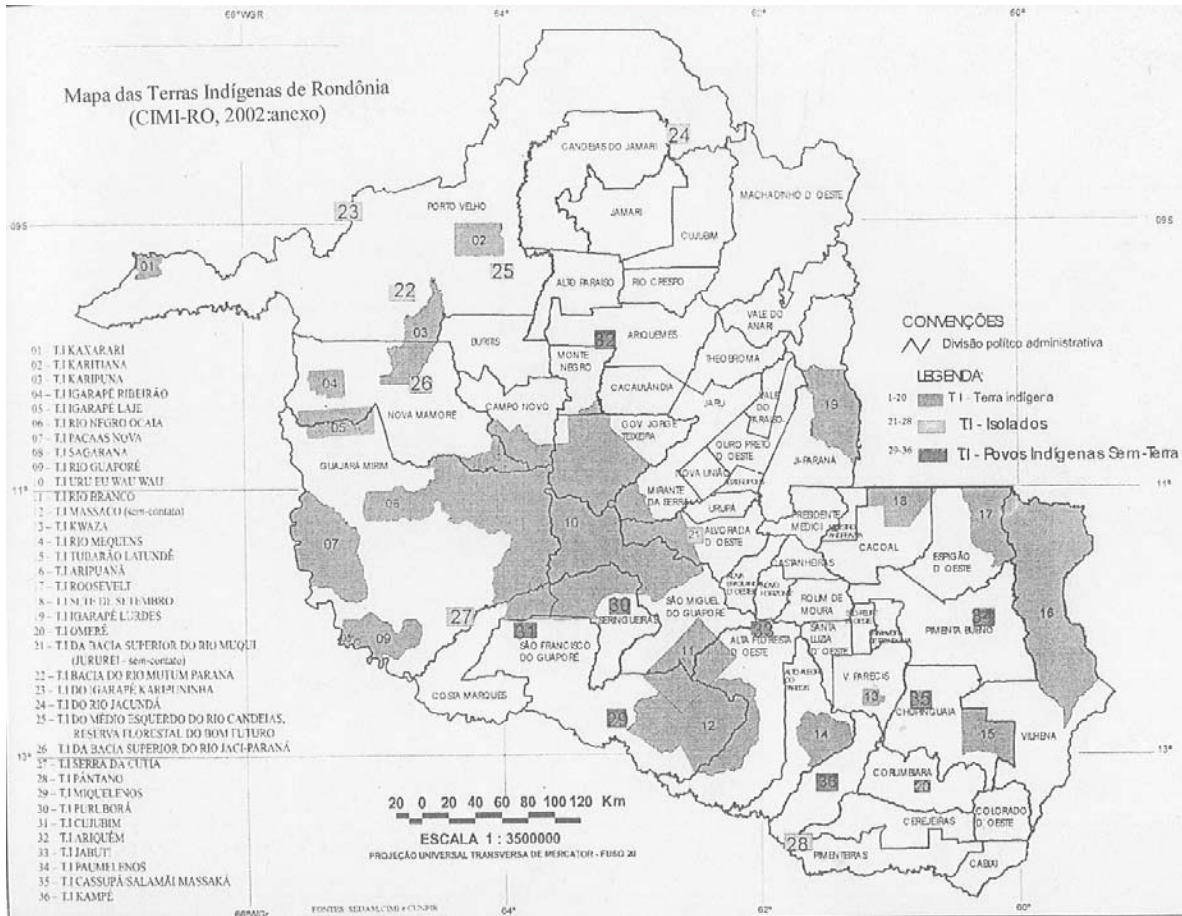
Weiss (1988) desenvolve um modelo sobre a construção cultural de doenças diarréicas mostrando interrelações de fatores sociais, experiência da doença, itinerário terapêutico e resultados. Cada um dos conjuntos de variáveis (padrões da doença, itinerário terapêutico, modelos explicativos, contexto social e tratamentos específicos) está relacionado com os demais e, juntos, caracterizam a construção cultural da doença. Cada um representa uma faceta da complexa relação entre uma doença e o contexto cultural em que ela ocorre. Estes conjuntos de variáveis são explorados ao longo deste meu trabalho.

Contextos culturais e sociais em que doenças diarréicas ocorrem são complicados, como a patofisiologia das próprias doenças, e é muitas vezes difícil traduzir o conhecimento biomédico dentro de uma política de saúde efetiva. Profissionais de saúde que entendem interpretações locais de causa, curso e tratamento de doenças diarréicas são mais bem capacitados para comunicar-se com o público atendido. Os programas de saúde pública freqüentemente concentram-se sobre estratégias para convencer as pessoas a consentirem com recomendações profissionais. Embora seja racional, de acordo com os padrões biomédicos, tais recomendações podem parecer irracionais na comunidade, porque podem estar em desacordo com crenças e práticas locais. Embora muitos profissionais de saúde e mesmo a OMS documentam já saber da influência da cultura (*cf.* WHO, 1984), sem uma adequada estrutura conceitual, é difícil incorporar dados etnográficos nos programas e atividades clínicas. É necessário identificar, localmente, associações válidas relacionando

modelos culturais de doenças diarréicas com o uso de TRO, alimentação, outras intervenções e resultados de doenças (Weiss, 1988).

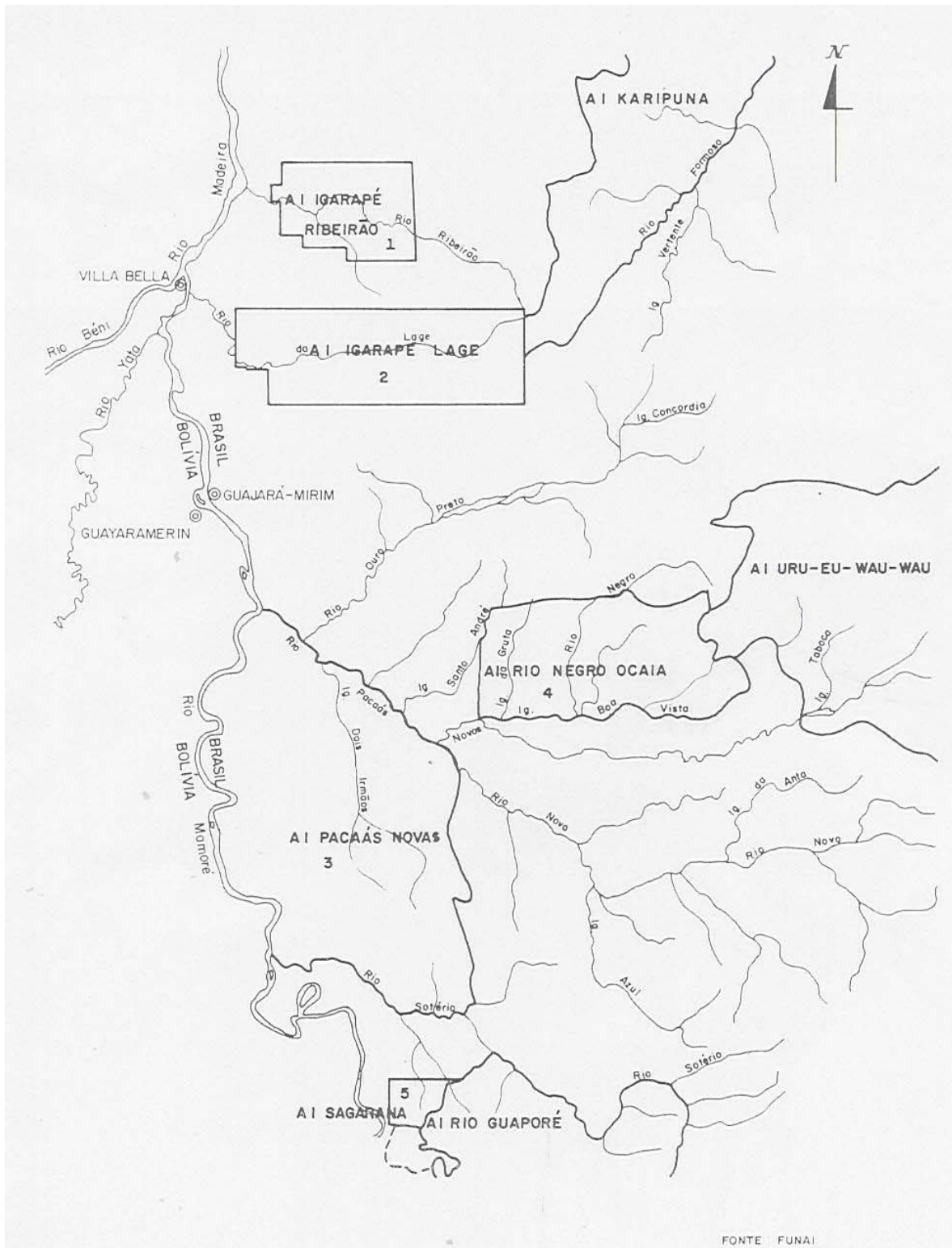
Nichter (1991) informa que os dados etnográficos a respeito da classificação de doenças diarréicas têm sido usados, principalmente, para se estabelecer programas de TRO. Para a construção de mensagens culturalmente sensíveis, alguns fatores devem ser identificados em cada comunidade: 1) categorias locais de doenças diarréicas e doenças em que a diarréia é inclusiva; 2) sinais de gravidade percebidos que influenciam a decisão de procurar um serviço de saúde; 3) respostas locais para sinais clínicos, verificados por testes de sensibilidade e especificidade; 4) a linguagem da doença, isto é, a maneira como se fala da doença; e 5) uso popular de termos biomédicos por especialistas em cura locais.

Os responsáveis pelo planejamento e administração de programas de saúde comunitária têm aumentado o interesse nos modos que sistemas culturais de crenças e padrões de utilização de serviços de saúde afetam o sucesso e falha de programas de TRO. A importância de avaliar cuidadosamente os sistemas culturais tem sido enfatizada. Em particular, o conceito de ‘modelo explicativo’ e a idéia relacionada de ‘modelos de tomada de decisão’ têm sido amplamente citados na busca do aperfeiçoamento de programas mais apropriados e com sensibilidade cultural (Hudelson, 1993). Essa é, sem dúvida, uma necessidade para os programas voltados às populações indígenas, as quais compartilham características culturais muito próprias e que necessitam ser conhecidas a fim de adaptar programas e serviços de saúde aos seus contextos.



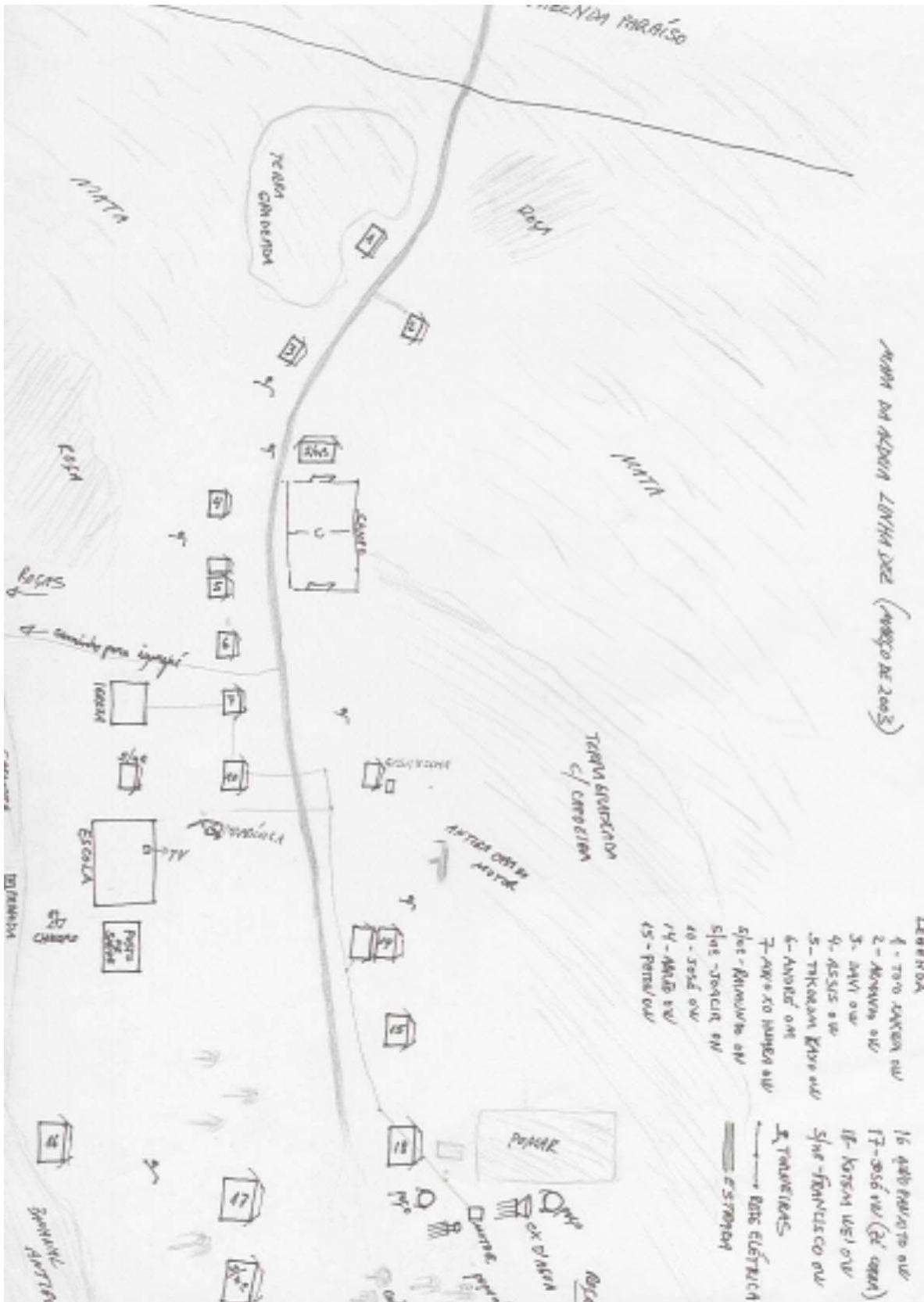


Mapa das Terras Indígenas habitadas pelos Wari' (apud Vilaça, 1992:18)





‘Mapa’ (croqui) da aldeia Linha Dez



## CAPÍTULO II

### OS WARI' NO CONTEXTO DA HISTÓRIA REGIONAL

Os Wari' são relativamente bem estudados nos aspectos etno-histórico, etnológico, lingüístico e de saúde. Desde os primeiros contatos permanentes com a sociedade não indígena, nos anos 50 e 60, até os dias atuais, várias pesquisas têm sido feitas entre eles (Graeve, 1989, 1976; Mason, 1977; Meireles, 1986; Conklin, 1989; Vilaça, 1989, 1996; Novaes, 1996; Everett & Kern, 1997; Escobar, 2001; Sá, 2003). Entretanto, as informações sobre o grupo antes dessa data são escassas. Por eles habitarem, tradicionalmente, uma região de difícil acesso, foram alcançados relativamente mais tarde através do processo de extração de recursos naturais e colonização. A partir de então, houve uma avassaladora depopulação dos Wari', provocada por embates armados, epidemias, fome e desnutrição. Calcula-se que havia cerca de 5000 wari' antes dos contatos, restando cerca de 1000 em 1961 e, um ano depois, restavam apenas 399 pessoas (CIMI-RO, 2002:52). Com isso, perderam-se também muitas fontes importantes de informação sobre o passado do grupo. A população wari', hoje, é bastante jovem e com características bastante diferenciadas com relação aos seus antepassados, fruto de uma dinâmica cultural inevitável diante das novas condições em que passaram a viver.

Wari' é a denominação preferida, atualmente, tanto pelos próprios como pelos pesquisadores. Não é exatamente uma autodenominação tradicional do grupo, mas passou a ser adotada a fim de englobar os oito subgrupos que compartilham de uma identidade étnica, cultural e lingüística comum. Entre eles, a referência de grupo se dá em relação a cada um desses oito subgrupos: Oro Waram, Oro Waram Xijein, Oro Nao', Oro Mon, Oro Eo, Oro At, Oro Jowin e Oro Kao' Oro Waji. Houve uma grande desestruturação da organização social após a depopulação e redistribuição populacional nas novas 'aldeias', alterando o modo de filiação a cada grupo. "Oro" é um morfema coletivizador, significando *Oro Wari'*, "todo mundo" ou "todas as pessoas" (Kern, 1988 *apud* Vilaça, 1992). Quanto à filiação a cada subgrupo, há controvérsias, havendo informações de que era de acordo com o território em que a pessoa nascia, patrilinear ou, ainda, que podia variar ao longo da vida, pelo casamento ou simples deslocamento de um território a outro. Uma adaptação a nova realidade dos aldeamentos mais fixos foi o rearranjo de filiação aos subgrupos via

patrilinidade, passando o subgrupo do pai a ser utilizado como sobrenome nos documentos de registro.

O termo Pakaánova ou suas variações foi, e ainda é, utilizado para se referir aos Wari'. Essa denominação tem sua origem associada à serra e rio de mesmo nome, pontos geográficos importantes da região habitada pelos Wari' e, segundo se conta, onde foram avistados pela primeira vez por um viajante no final do século XVIII (Vilaça, 1992:11).

Os Wari' habitavam uma vasta região desde a serra Pacaas-Novos até próximo do rio Mamoré, seguindo pelas margens de seu afluente, o rio Pacaas Novos, e, acima, os afluentes e tributários deste último, principalmente os rios Negro e Ocaia (Meireles, 1986:16). Viviam, tradicionalmente, em área de floresta de terra firme, junto a pequenos igarapés e longe dos grandes rios. Hoje, vivem no mesmo ecossistema, mas a maioria dos postos onde vivem situa-se nas margens de grandes rios (Vilaça, 1992:21). Atualmente, as Terras Indígenas (TI) dos Wari' estão localizadas mais ou menos dentro de seus territórios tradicionais, mas separadas em cinco TI (Pacaas Novas, Rio Negro-Ocaia, Igarapé Lage, Ribeirão e Sagarana), todas demarcadas, homologadas e regularizadas, representando bem menos do que era sua região tradicional (ver mapa).

A cosmologia wari' pode ser analisada através da rica mitologia narrada ainda hoje pelos mais velhos. Há algumas variações nas versões de cada mito de acordo com o narrador e com o subgrupo ao qual pertence. Cada versão é narrada do ponto de vista do seu subgrupo em oposição aos outros subgrupos. Há uma referência e contra-referência. Porém, todas as versões guardam aspectos comuns nas suas linhas gerais. Os oito subgrupos compartilham dos mesmos mitos de origem da humanidade, do fogo, do exo e endo-canibalismo e outros. Uma coletânea bilíngüe de 21 mitos foi organizada pela Comunidade Indígena Oro Wari' de Sagarana e editada em livro pela Diocese de Guajará-Mirim (Arruda & companheiros, 1997). Um dos mitos mais conhecidos é o de *Pinom* (uma espécie de cipó) ou de *Kaxikam horon* ("velha má"), o qual também coletei na aldeia Lage Novo, e que explica a origem da humanidade, dos animais, do fogo e a origem do canibalismo entre os Wari' (ver anexo 1). Meireles (1986:413-421) apresenta versões Oro Nao', Oro Mon e Oro Waram desse mito como uma das explicações fornecidas para o destino dos mortos. Conklin (1989:577-583) apresenta uma versão Oro Nao' coletada na aldeia Santo André também para explicar o porquê do costume wari' de assar e comer os

mortos. Uma versão Oro Nao' do mesmo mito é apresentada por Vilaça (1992:237-241) também para fins de análise do canibalismo funerário. A versão que registramos em Lage Novo é de um homem do subgrupo Oro Mon.

O canibalismo wari' é um dos fenômenos que mais tem chamado a atenção de pesquisadores. No início dos contatos entre os Wari' e membros da sociedade não indígena, o canibalismo era um dos fatores mais temidos pelos não wari'. Há relatos de seringueiros e caucheiros mortos cujos corpos foram esquartejados. Os Wari' destacavam do corpo a cabeça, membros superiores e inferiores, e levavam para sua aldeia, onde esses pedaços eram assados e devorados. Apenas ao matador era interdito comer a carne de sua vítima. Por outro lado, ele cumpria um ritual de reclusão. Tanto o exocanibalismo (consumo da carne dos outros, *wiyam*<sup>11</sup> – inimigos, não wari) como o endocanibalismo (consumo da carne dos mortos wari') são muito bem descritos e analisados por Vilaça (1989; 1992), cuja pesquisa é voltada especificamente para esse tema. Mais recentemente, Conklin (2001) publicou um livro que trata especificamente sobre o tema do canibalismo, trazendo uma interpretação do fenômeno baseada no ponto de vista dos Wari'.

Para uma visão histórica sobre os Wari', desde os tempos de pré-contato, as primeiras informações e localização do grupo (final do século XVIII), a ocupação da região pelos não índios, o processo de 'pacificação' e aldeamento pelo SPI e FUNAI até a década de 80 do século XX, recomendo a leitura de Meireles (1986). Nesse trabalho, há uma abordagem abrangente sobre a história regional, dos grupos de língua Txapakura em geral e dos Wari' (Pakaas-Novos). A autora procura desmistificar a idéia de que o extremo oeste brasileiro tenha sido um vazio demográfico no período colonial e demonstra que o vale do Guaporé teve uma ocupação tão antiga quanto intensa. Segundo Meireles (1986:75-76), os deslocamentos dos Wari' e a sua localização através do tempo na segunda metade do século XX podem ser conhecidos pela análise dos documentos do SPI, porém, esclarece que os contatos aconteceram num quadro de ocupação motivado exclusivamente pela exploração da borracha, que teve início em 1860, no Pará, e chegou na região da atual Rondônia pelo rio Madeira. Assinala a passagem da Comissão Rondon pela região entre 1907 e 1914, quando nenhum igarapé ou rio foi encontrado sem estar ocupado por, pelo menos, um

---

<sup>11</sup> Ao longo do trabalho, utilizarei o termo *wiyam* significando 'branco' ou 'de branco'. Quando o termo se referir também aos grupos indígenas não-wari', este sentido será destacado.



barracão de seringal, levando a público a notícia de vários grupos à beira da extinção. Entretanto, a ocupação definitiva da região de Guajará-Mirim vai se dar com a construção da Estrada de Ferro Madeira-Mamoré (EFMM), que ligou Porto Velho até a fronteira com Bolívia, dando origem a essas duas cidades (Guajará-Mirim e Porto Velho), uma em cada extremo da Estrada de Ferro. A EFMM foi inaugurada em 1912 e fechada em 1972.

A região entre a fronteira da Bolívia até Porto Velho sempre foi um obstáculo à navegação devido aos trechos encachoeirados dos rios Mamoré e Madeira. Havia o interesse dos governos do Brasil e Bolívia em vencer esse trecho dos rios para facilitar o escoamento dos produtos até o oceano para fins de exportação, principalmente da seringa. Uma das opções era a construção de uma ferrovia, a qual se tornou realidade a partir da chamada 'Revolução Acreana', quando houve a disputa do território do Acre entre a Bolívia e brasileiros que ocupavam, predominantemente, a região. A Fronteira entre Brasil e Bolívia, até então, era muito vaga devido ao desconhecimento de sua geografia. Um acordo (Tratado de Petrópolis em 1903) pôs fim ao conflito e o Acre foi anexado ao Brasil mediante indenização (Oliveira, 2001:50). Além disso, o governo brasileiro deveria construir uma ferrovia nesse trecho dos rios Mamoré e Madeira, entre Guayara-Merin (Bolívia) e o então porto de Santo Antônio do Madeira. Várias empresas estrangeiras estiveram envolvidas na construção da ferrovia, a qual foi iniciada em 1872. O maior obstáculo à construção da ferrovia foi a morbidez da região, principalmente a malária, que matou muitos dos trabalhadores contratados, a maioria estrangeiros, muitos dos quais já haviam trabalhado na construção do canal do Panamá. Em 1910, Oswaldo Cruz e Belizário Pena chegaram a Porto Velho contratados pela construtora da ferrovia (Oliveira, 2001:52) a fim de encontrar soluções aos graves problemas de doença que acometiam os trabalhadores. Identificaram como causas de morbi-mortalidade, além da malária, o beribéri, disenteria, pneumonia, ancilostomose, sarampo, febre amarela, pinta, leishmaniose, entre outras (Conklin, 1989:80). A Ferrovia serviu de apoio para a construção da BR 364 e BR 425. Depois, foi substituída pela primeira, no trecho entre Porto Velho e Abunã, e pela segunda, no trecho entre Abunã e Guajará-Mirim. A partir da construção da EFMM e, posteriormente, pelas BR 364 e 425, a ocupação da região se tornou definitiva e irreversível, com os conseqüentes conflitos com os indígenas regionais, os quais foram dizimados por ataques armados, epidemias, fome e desnutrição. O processo de aldeamento

dos Wari' pelo SPI iniciou, efetivamente, em 1956 e foi até 1969, quando o último grupo que vivia afastado foi encontrado e encaminhado para aldeias já implantadas.

Os Wari' tiveram contatos hostis com os trabalhadores da EFMM e com os novos moradores que o trem levava para a região em torno de Guajará-Mirim. Após o primeiro 'boom' da borracha, no final do século XIX, muitos seringueiros deixaram a região, outros, porém, permaneceram vivendo do extrativismo da floresta e penetrando em território wari'. O centro da atividade extrativista era a região do rio Ouro Preto, o centro geográfico dos territórios wari'. Assim, os Wari' entram num processo migratório em duas direções. Os Oro Waram, Oro Waram Xijein e Oro Kao Oro Waji foram para a região do rio Lage. Os Oro Nao', Oro Jowin, Oro Eo e Oro At fixaram suas malocas na margem esquerda dos afluentes do rio Ouro Preto e na região dos rios Negro e Ocaia (Conklin, 1989: 81-82). Formaram-se, assim, duas sub-populações wari', Lage/Ribeirão e rio Negro-Ocaia, porém, mantendo casamentos e contatos sociais através das festas chamadas *tamara*. Essa distribuição populacional e dos subgrupos mantém-se mais ou menos assim até hoje, com a realização de *tamara* alternadamente entre as TI.

De acordo com a história oral do grupo, a população wari' passou por uma série de migrações e expansões para novos territórios. Conklin (1989:41) aponta que a primeira migração narrada pela história oral foi da serra Pacaas Novos em direção à região oeste.

Os Wari' traçam sua origem de uma família que vivia numa caverna, na serra, cujos descendentes formaram os vários subgrupos Wari', os quais migraram através dos igarapés e rios afluentes dos rios Negro, Ocaia e Ouro Preto. De lá, os Oro Mon, Oro Waram, Oro Waram Xijein e Oro Kao' Oro Waji migraram para o norte, na região do rio Lage e, eventualmente, para as cabeceiras do rio Ribeirão e rio Mutum-Paraná. A última grande migração para um novo território ocorreu por volta da virada do século, quando famílias de Oro Nao', Oro At, Oro Eo e Oro Jowin do Ouro Preto migraram do oeste do rio Pacaas Novos para a região do rio Dois Irmãos (Conklin, 1989:41; tradução minha).

Com a Segunda Guerra Mundial, cresce a necessidade pela seringa amazônica e inicia-se o chamado segundo "boom" da borracha. Com isso, grandes levas de nordestinos migram para a Amazônia, convocados como "soldados da borracha", a fim de fornecer a matéria-prima da borracha às Forças Aliadas. Os donos dos seringais (seringalistas) detinham o poder sobre a mão-de-obra extrativista dos nordestinos recém-chegados e seus objetivos eram aumentar o território sob seu controle. Para tanto, havia necessidade de eliminar o obstáculo indígena. Como observa Conklin (1989:84), assassinos contratados



especificamente para esse fim atacavam as malocas nas primeiras horas do dia, usando armas de fogo, inclusive, metralhadoras. Várias ‘malocas’ (termo utilizado para se referir às aldeias dos ‘antigos’) dos Wari’ foram atacadas e a maioria dos moradores era morta. Entre os Wari’ atuais com mais de 50 anos de idade, há testemunhas desses episódios. Nos anos cinqüenta, com a descoberta da cassiterita em Rondônia, houve uma corrida para explorar esse minério e, novamente, adentrava-se em território wari’ com resultados atrozes.

Em Meireles (1986:71-107), há uma boa descrição do processo de contato e dos conflitos entre os Wari’, os trabalhadores da EFMM, os seringueiros, os moradores das vilas que se formaram na região e o trabalho dos missionários e do SPI. A 9ª Inspeção do SPI, com jurisdição no então Território do Guaporé (Território de Rondônia a partir de 1956), foi criada em 1945, mesmo ano da fundação da primeira colônia (Presidente Dutra ou Iata) próxima ao rio Iata, passando a ser atacada pelos Wari’. Em 1940, foi fundado o primeiro Posto de Atração (Posto Major Amarante), próximo à cachoeira do Ribeirão, km 294 da estrada, para solucionar os ataques à ferrovia (Meireles, 1986:80). Uma série de outros Postos de Atração passou a ser instalada, na região habitada pelos Wari’, a fim de resolver os problemas de ataques e contra-ataques.

Em 1956, no rio Ouro Preto, ocorreu o primeiro contato considerado ‘pacífico’ com os Wari’, um grupo que já apresentava sinais de contaminação e desnutrição (Meireles, 1986:83). Missionários da Missão Novas Tribos do Brasil (MNTB) chegaram à região em 1960 e instalaram residências nos Postos. Por outro lado, em 1965, a Prelazia da igreja católica de Guajará-Mirim instalou um hospital na confluência entre os rios Guaporé e Mamoré, numa região isolada, e passou a transferir os Wari’ para lá, chamado inicialmente de “Núcleo de Recuperação do Elemento Humano” (Meireles, 1986: 90), onde, hoje, é a TI Sagarana. Há uma tese de doutorado cuja pesquisa foi realizada nesse local na década de 70 (Graeve, 1976) e apresenta um estudo da história do contato e da organização social do grupo. Segundo o CIMI-RO (2002:51), a Prelazia atendia os doentes wari’ no Posto Ribeirão, mas o SPI negou a entrada de missionários católicos e passaram, então, a “internar” os doentes que iam à cidade na sala principal da Prelazia. Devido à falta de condições para o atendimento, levaram várias famílias do Ribeirão para Sagarana.

Em 1969, devido a mais um ataque a um seringal no rio Jaci-Paraná, perto da foz do rio Formoso, seu afluente, organizou-se uma expedição de atração que se dirigiu às

cabeceiras do rio Mutum-Paraná. Após mais de dez dias à procura, houve o encontro com um grupo ‘arredio’. Este foi convencido do caráter pacífico da expedição e conduziu a mesma até o local onde viviam. Depois, parte do grupo foi levada para Sagarana, onde muitos morreram (Meireles, 1986: 95). Trata-se do último grupo Wari’ contactado.

Noel Nutels foi chamado para a região após a notícia veiculada na imprensa nacional sobre o estado lastimável em que se encontravam os Wari’. Uma justificativa para a visita de Nutels era descobrir que ‘epidemia desconhecida’ estava ocorrendo. Porém, voltando do Rio Negro-Ocaia, concluiu que essa doença que matava era a fome (CIMI-RO, 2002:51-2). Imagens do grupo foram tomadas por ele, em filme, e retratam o real estado de subnutrição em que se encontravam, resultado de um longo processo de fuga, ataques e contra-ataques e a impossibilidade de se fixarem num mesmo local por um tempo suficiente para plantarem e colherem suas roças tradicionais baseadas na plantação de milho (*papak*). Algumas breves imagens de arquivo de Noel Nutels entre os Wari’ (1949?) fazem parte de um vídeo documentário, produzido em 1978 e lançado em 1979, denominado “Terra dos Índios” (documentário exibido na TVE em 03/05/2003). O que se vê nessas imagens são figuras esqueléticas, sem qualquer condição de seguir uma vida autônoma na floresta. Por outro lado, ficando nas aldeias, muitos acabavam morrendo por epidemias.

Sabe-se, hoje, que a maioria das mortes poderia ter sido evitada caso houvesse cuidados de saúde apropriados e que a teoria da fragilidade genética ou imunitária das populações recém contactadas não é uma razão suficiente para justificar tantas mortes por doenças introduzidas. O fato é que, quando eram acometidos por alguma dessas doenças, destacando-se a gripe e sarampo como das mais importantes, os indígenas já estavam tão debilitados fisicamente e desestruturados em sua organização social que não tinham qualquer condição de tomarem cuidados, pois não possuíam os meios para tal, e encontrar um caminho de recuperação. A pirâmide populacional dos Wari’ (figura 2), atualmente, mostra que há pouquíssimas pessoas acima de 40 e 50 anos de idade, os nascidos nas malocas, os quais podem ser considerados sobreviventes do processo de contato.

Nas décadas de 70 e 80 do século XX, intensificou-se a ocupação e colonização de todo o Estado de Rondônia, dessa vez por migrantes do sul e sudeste do país, em sua maioria agricultores e fazendeiros. Vários projetos de colonização incentivaram a ocupação do território amazônico. Rondônia é o Estado onde esse processo foi mais intenso. A

construção da BR 364 e outras rodovias impulsionou o surgimento de novas vilas e cidades, um processo de desmatamento acelerado e um aumento surpreendente da população no Estado. Nesse período, intensifica-se a grilagem ou invasão de terras da União e de seringais, provocando muitas mortes e conflitos entre pistoleiros e posseiros (Oliveira, 2001:103). Através do INCRA, criado em 1970, grandes projetos de colonização foram implantados com recursos do projeto POLONOROESTE. A cidade de Nova Mamoré, vizinha à Guajará-Mirim, foi uma das cidades surgidas como consequência desses projetos. O “projeto integrado de colonização (PIC) Sidney Girão” foi implantado em agosto de 1971, na região de Guajará-Mirim, onde, hoje, é a cidade de Nova Mamoré, com o assentamento de 3.686 famílias em lotes de 100 hectares cada uma (Oliveira, 2001:104). Na década de 70, o fluxo migratório se intensifica em Rondônia, com um crescimento populacional da ordem de 1.234,3 % em relação a 1950, desacelerando na década de 80 (Paraguassu-Chaves, 2001:116). O que para muitos, em Rondônia, é motivo de orgulho como pioneiros de uma época de “desbravamento”, “conquista”, “desenvolvimento” e “progresso”, para as populações indígenas significou a intensificação do processo de extermínio, perda de territórios tradicionais, epidemias, desestruturação social e cultural. Apenas no final da década de 80 e nos anos 90 é que se inicia um processo de estabilização e crescimento populacional dos grupos indígenas já aldeados, porém, agora inseridos numa nova realidade, onde a organização política e atuação das novas lideranças, ligadas ao movimento indígena, passam a prevalecer como forças de negociação nesse novo cenário.

### ***A Língua***

A língua Wari’ é classificada na família lingüística Txapakura, uma das famílias menos conhecidas e que não é incluída em nenhum tronco lingüístico. Pertencem a essa família também a língua Urupá, de Rondônia, Torá, do Amazonas, e Moré, da Bolívia (Rodrigues, 1986:76, 81). Em Rondônia, há ainda os Oro Win, Cujubim (apenas três falantes), Miguelem (apenas 1 falante) e Cabixi (não há mais falantes atualmente), cujas línguas nativas pertencem à família Txapakura. O povo Oro Win, cuja língua é muito próxima da língua wari’, foi drasticamente reduzido e, hoje, há 79 pessoas remanescentes de um povo com sete clãs, vivendo, em sua maioria, nas aldeias São Luiz e Pedreira,

situadas dentro da TI Uru-Eu-Wau-Wau, na cabeceira do rio Pacaas Novas, município de Guajará-Mirim (CIMI-RO, 2002).

Meireles (1986:48-71) apresenta um panorama geral da família Txapakura, mapeamento e um quadro comparativo da língua wari' com outras línguas da mesma família, algumas já extintas, baseada em registros esparsos de trabalhos de viajantes ou etnógrafos. Missionários da MNTB têm participado do processo de contato e aldeamento dos Wari' e, como parte de seus trabalhos de evangelização, há estudos lingüísticos, editando, mais recentemente, uma gramática da língua wari' (Everett & Kern, 1997). O Conselho Indigenista Missionário (CIMI) também vem atuando entre os Wari' desde o início do processo de aldeamento, concentrando suas atividades na TI Sagarana. Através do CIMI, foram elaboradas algumas cartilhas sobre a língua wari' com fins de alfabetização. Nos últimos anos, com os projetos de formação de professores indígenas pela Secretaria de Estado de Educação de Rondônia (SEDUC), tem sido elaboradas novas cartilhas e estabelecidas algumas mudanças ortográficas em conjunto entre lingüistas e professores em formação. Tais mudanças, algumas sugeridas pelos próprios professores wari' em formação, têm gerado discordâncias entre profissionais da FUNAI, MNTB e SEDUC. São “três pequenas alterações no alfabeto” até então vigente: “substituição de *c* e *qu* por *k*, do *j* pelo *y* e eliminação da primeira vogal nas seqüências *oro*, *ara*, *ere*, *iri*, *uru*, que eles normalmente não pronunciam” (Altini & Monserrat, 2001:3). Em meu trabalho, aderi às duas primeiras modificações por acreditar que facilitam a leitura também para quem não está familiarizado com a língua wari' e o *k* ser mais universal, mas optei por não seguir a terceira modificação por se tratar mais de uma variação dialética entre os subgrupos.

Atualmente, quase todos os adultos são bilíngües (português regional e wari'), com exceção de alguns poucos idosos. As crianças aprendem primeiramente a língua nativa e, por volta de 6 ou 7 anos, começam a falar em português, na medida da necessidade de se comunicar com pessoas não wari' na escola e na cidade. Entre eles, usam exclusivamente sua própria língua. O uso da língua portuguesa limita-se às ocasiões necessárias em encontros com pessoas de outros grupos indígenas ou com os *wiyam* ('inimigos', 'brancos') não indígenas e em atividades escolares.

Há algumas variações dialéticas entre os subgrupos Wari'. Tais diferenças são sempre destacadas por eles mesmos. Vilaça (1992:138) afirma que as pessoas percebem os

sotaques dos outros subgrupos como radicalmente diferentes e são capazes de imitar uns aos outros, além de apresentarem maneiras distintas de cantar, principalmente em relação aos cantos fúnebres, quando cada subgrupo chora o morto com melodia diferente. Pessoas de diferentes subgrupos vivendo em Lage Novo e Linha Dez, por exemplo, costumam enfatizar essas variações, diferenciando seu modo de falar das pessoas de outros subgrupos. Em Lage Novo e Linha Dez, predominam os Oro Waram e Oro Waram Xijein. Em número menor, há famílias dos subgrupos Oro Mon e Oro Nao'. Quanto aos outros subgrupos, não há representantes nessas aldeias. Oro Nao' e Oro Eo predominam na TI Pacaas Novos e Oro Mon na TI Negro-Ocaia. Os demais possuem poucos representantes.

### ***As terras indígenas (TI) wari'***

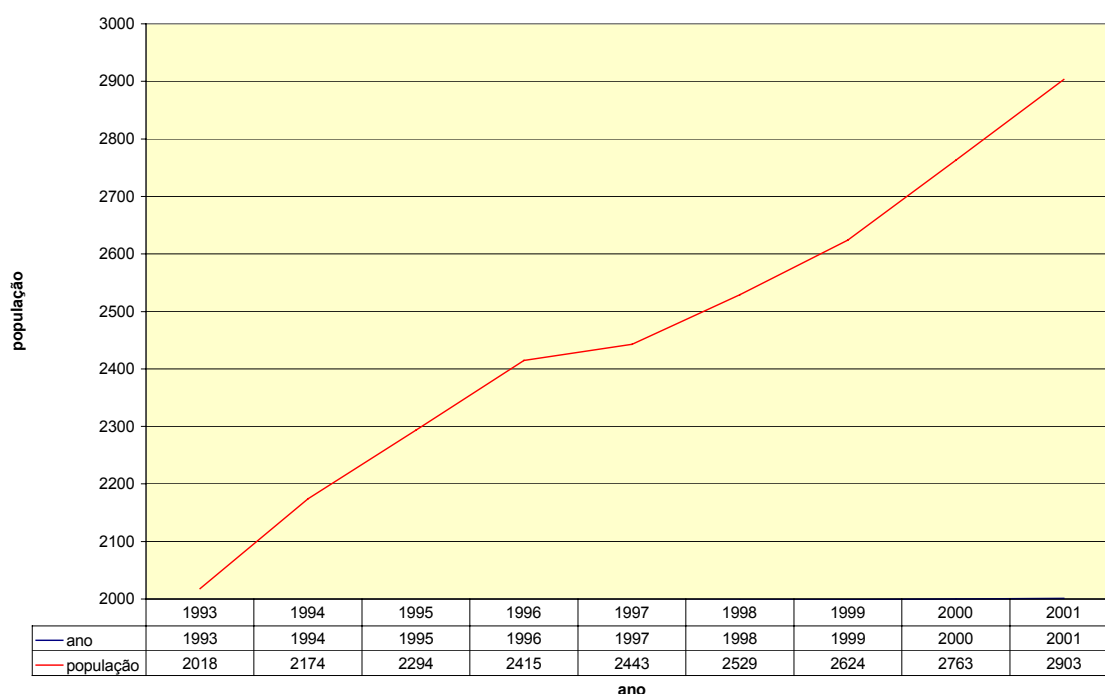
Atualmente, os Wari' vivem em cinco TI (ver mapas). Ao todo, são cerca de 20 aldeias. Há uma dinâmica populacional e novas e pequenas aldeias surgem a partir de membros que migram das aldeias maiores. Com o aumento da pressão de posseiros e extração ilegal de madeira das TI, os Wari' estão, estrategicamente, ocupando regiões de divisa de suas terras com agrupamentos menores de uma ou mais famílias. As TI wari' são as seguintes:

- Pacaas Novos (279.906 ha), com as aldeias Bom Futuro, Santo André, Graças a Deus, Tanajura, Pitop, Capoeirinha, Carriazal, Cajueiro, Quatorze, Deolinda, Jorge Melo e Sotério. As principais aldeias são Santo André, Tanajura e Deolinda.
- Rio Negro Ocaia (104.064 ha), com apenas uma grande aldeia e algumas moradias um pouco afastadas, mas fazendo parte dessa mesma aldeia. É a maior aldeia wari'.
- Igarapé Lage (107.321 ha), com as aldeias Lage Novo, Lage Velho, Linha Dez, Limão, Semap e Linha 14. As principais são as duas primeiras.
- Igarapé Ribeirão (47.863 ha), com apenas uma aldeia situada no município de Nova Mamoré.
- Sagarana (18.120 ha).

Todas as TI wari' e sua população estão situadas entre 10 e 12 graus sul e entre 64 e 66 graus oeste (IBGE, 1995).

A população wari' total, hoje, é calculada em aproximadamente 3.000 pessoas. Os dados oficiais são deficientes. Há censos esporádicos feitos por funcionários da FUNAI, FUNASA, CIMI, MNTB ou pesquisadores. Os dados populacionais que coletei nas aldeias Lage Novo e Linha Dez mostraram uma grande diferença com os dados apresentados oficialmente pela FUNASA ou FUNAI, os quais apresentam números abaixo da realidade. Fatores a ser considerados são a migração entre as aldeias e entre as TI, um crescimento vegetativo bem acima da média da população não indígena e deficiência nos censos, deixando os dados desatualizados. Um cálculo de crescimento populacional que realizei, tomando em conta dados oficiais da FUNAI e FUNASA, entre 1993 e 2002, mostrou um crescimento de 43,8 % nesse período, conforme mostra a figura 1.

Figura 1: Variação da população do PB-GMI entre 1993 e 2001 segundo dados da FUNAI e FUNASA (para os anos de 1995 e 2000, foram calculadas as médias entre o ano anterior e posterior)



A TI Igarapé Ribeirão está localizada no município de Nova Mamoré, bem como parte da TI Igarapé Lage. A maior parte da TI Igarapé Lage e todas as outras TI wari' localizam-se no município de Guajará-Mirim. Igarapé Ribeirão e Igarapé Lage são as únicas com acesso terrestre. As demais TI possuem acesso fluvial e demandam mais tempo de deslocamento para a cidade, variando de 1 hora de barco 'voadeira' para a aldeia mais

próxima da TI Pacaás Novos até vários dias às aldeias mais distantes, dependendo da época do ano (verão seco ou inverno chuvoso) e do tipo de embarcação.

### ***TI Igarapé Lage***

A TI Igarapé Lage está demarcada, homologada e registrada no CRI/DPU. O decreto 86.347 de 09/09/1981 homologa a demarcação administrativa (DOU, 10/09/1981). Registro no CRI de Guajará-Mirim Matrícula 2059, livro 2-I, folha 265 de 23/09/1981. Registro SPU AM/RO-68 em 08/10/1981 (Ricardo, 2000:589).

As ‘aldeias’ Limão, Semap e Linha 14 são ocupadas por uma ou poucas famílias que continuam mantendo relação de pertencimento às aldeias maiores, dividindo seu tempo de permanência entre as duas localidades. O agrupamento em grandes aldeias não está de acordo com a tradição pré-contato. As malocas eram, geralmente, constituídas por uma família extensa que permanecia num local por um tempo suficiente para realizar uma ou mais colheitas em suas roças (*xitot*) e, depois, mudavam-se para um novo local. Meireles (1986:173-200) faz uma análise desses locais habitados que ela chama de *makarakon* (*makan*: terra, *kon*: dele, ‘terra dele’), inclusive fazendo um mapeamento dos *makarakon* conhecidos e nomeados pelos diferentes subgrupos wari’. Isso talvez explique o sistema de autonomia das famílias atuais, mesmo vivendo em aldeias relativamente grandes. Cada família faz a sua própria roça e a caça é, geralmente, dividida entre parentes próximos ou consangüíneos (*iri’ ka nari*). Segundo descreve Vilaça (1992:133), a aldeia, que Meireles chama de *makarakon*, era constituída pelas casas (*tirim* ou *xirim*) e pelas roças circundantes, tendo de duas a oito casas.

A maior aldeia é Lage Novo, cuja população é de 264 pessoas em abril de 2003 (ver Tabela 7), sendo 120 mulheres (*narima*) e 144 homens (*tarama*)<sup>12</sup>. Recebe esse nome porque surgiu a partir de migrantes da aldeia Lage Velho, que foi o primeiro ‘aldeamento’ nessa TI. A implantação da aldeia Lage Velho foi, inicialmente, às margens do rio Lage num ponto de alta prevalência de malária. O local era de alta morbi-mortalidade por essa doença. As instalações da FUNAI foram transferidas para outro ponto considerado mais

---

<sup>12</sup> Os termos *narima* e *tarama* são categorias equivalentes a ‘feminino’ e ‘masculino’ respectivamente, independentemente da faixa etária. São aplicados tanto para os humanos como para os animais quando se referem ao gênero/sexo de cada espécie. São também aplicados às mulheres e homens adultos como categorias de faixa etária quando comparados a *piye*’ ou *arawet* (‘crianças’), *xoyam* (‘pré-adolescente ou adolescente’ feminino), *xohara* (‘pré-adolescente ou adolescente’ masculino) e *horon* (‘velho/velha’).

salutar, o que não foi aceito por muitos wari'. A aldeia Lage Novo surgiu, então, como uma alternativa para fugir da malária. Muitos moradores de Lage Velho migraram para Lage Novo, distante cerca de 10 km do rio Lage. O acesso para a aldeia Lage Novo se dá por uma estrada (*wana*) de chão desde a BR 425, pouco antes de se chegar à cidade de Guajará-Mirim. Fica cerca de 50 km da cidade. O local, antes da criação da TI, foi habitado por posseiros e fazendeiros. Esse detalhe da ocupação antes da formação da aldeia explica a paisagem local, com formações de pastagem e muitas árvores frutíferas introduzidas (*kayi memem*; estranho, fruta), principalmente mangueira (*Mangifera indica* L), goiabeira (*Psidium guayava* L), coqueiro (*Cocos nucifera* L), biribazeiro (*Rollinia* sp), abacateiro (*Persea gratissima* Gaertn.), cítricos e outras, além de cupuaçuzeiro (*uxe'*; *Theobroma* sp).

A aldeia Linha Dez formou-se há poucos anos a partir de membros, em sua maioria, da aldeia Lage Novo. Está localizada na divisa da TI com a fazenda Paraíso, logo após a sede dessa fazenda. Sua formação é parte da estratégia wari' de ocupação do seu território com fins de proteção contra invasões e exploração ilegal de seus recursos pelos *wiyam*, principalmente a madeira. Outro motivo foi a carência de solo fértil nas proximidades das outras aldeias. Com o aumento da população e o sistema agrícola de coivara (derrubada, queimada, plantio, abandono), que exige áreas novas para as roças, começa a haver uma escassez de terra boa para o plantio. Conforme Paraguassu-Chaves (2001:128), apenas 11% dos solos do Estado são considerados férteis e apropriados para plantios anuais ou perenes, 26% possuem fertilidade moderada, adequados para plantios perenes e agroflorestais (quase todos na área central e sul-oeste do Estado), e 63% são solos de fertilidade extremamente baixa, impróprios para qualquer cultivo, devendo permanecer sob cobertura florestal. Em Linha Dez, as terras parecem mais férteis e há roças muito próximas das moradias. Um terceiro fator importante de Linha Dez é de estar próxima de onde havia uma antiga maloca, fato reconhecido por todos os Wari' e por eles enfatizado desde a primeira vez que fui com eles até lá, em novembro de 2002, exatamente no ponto em que afirmam ter ocorrido o contato com os *wiyam*, que teriam deixado a embarcação no rio Lage e seguido a pé até esse local onde havia uma maloca. Atualmente, há uma roça nesse ponto. A existência de uma grande laje de pedra (*pakun kote ne*) próxima da aldeia é testemunha dessas malocas antigas (ver fotografia 5). Lá, há marcas apontadas pelos Wari' como sinais do uso desse local para ralar milho, cozinhar e preparar objetos de pedra. Há alguns anos,



segundo os Wari', a FUNAI vendeu lascas ou placas dessa laje para um empresário que as teria utilizado na construção de um hotel na região de Guajará-Mirim. Os próprios Wari' teriam trabalhado na retirada e carregamento das pedras. Acredito ser esse local de importância arqueológica e que merece um estudo a respeito. Além disso, há importância simbólica do local para os atuais Wari'.

A população de Linha Dez, em abril de 2003, era de 89 pessoas, sendo 40 mulheres e 44 homens. Há trânsito e comunicação constante entre membros de Lage Novo e Linha Dez, pois eles mantêm laços de parentesco muito próximos e a segunda aldeia é quase que uma extensão da primeira. Famílias de Lage Novo fazem roças em Linha Dez e as famílias de Linha Dez utilizam os meios de transporte do Posto, cuja sede é em Lage Novo, para transportar sua produção até a cidade de Guajará-Mirim.

Semap é a denominação de uma 'aldeia' constituída por praticamente uma única família extensa de nove membros que mantém residência nesse local, mas possui também casas em Lage Novo. Eles passam a maior parte do tempo em Semap, onde fazem suas roças, mas costumam permanecer por alguns dias, principalmente fins de semana, em Lage Novo. Outras pessoas fazem roças próximas desse ponto da TI, mas sem manter residência. A estrutura se resume às instalações dessa família.

Limão é uma 'aldeia' localizada na parte da TI que pertence à Nova Mamoré. Não tive oportunidade de conhecer esse local, que se constitui também de poucas famílias, uma das quais residia até final de 2002 em Lage Novo e é formada por um jovem casal e três filhos pequenos. A localização dessas moradias está mais próxima da cidade de Nova Mamoré, centro urbano de referência para esses moradores. Mantêm mais contatos com os não-wari' da região por causa da proximidade com a divisa da TI. A ocupação dessa área também faz parte da estratégia de ampliar a ocupação de seu território, para protegê-lo, e buscar novos solos agricultáveis.

Linha 14 segue a mesma regra das duas anteriores. Está localizada junto a uma estrada, ou 'linha', aberta com a implantação dos projetos de colonização. As terras dessa região foram divididas em lotes e recortadas por estradas rurais chamadas de 'linhas', cada uma recebendo um número de acordo com uma seqüência. Assim, da mesma forma como Linha Dez é o nome da aldeia que fica junto da estrada com essa numeração, Linha 14 passou a ser chamado o local para onde se mudou parte de uma família que residia em Lage

Novo até final de 2002. Apenas um casal e seu filho caçula de quatro anos transferiram-se para lá, ficando outros dois filhos em Lage Novo por estarem freqüentando a Escola. O objetivo da mudança foi buscar uma área nova para fazer roças e, segundo me informaram, permanecerão residindo em Linha 14.

Em meu trabalho, estou considerando os moradores de Semap, de Linha 14 e uma família de Limão como parte da aldeia Lage Novo. Isso se justifica porque Semap e Linha 14 são apenas extensões da aldeia Lage Novo, não podendo ser consideradas aldeias propriamente ditas, e cujos membros continuam ligados à estrutura da sede. A família de Limão residiu em Lage Novo durante parte do período da pesquisa e seus parentes próximos permanecem nessa aldeia. Quanto à Lage Velho, possui uma estrutura própria e uma certa autonomia em relação às outras, mas não fez parte da minha pesquisa de campo.

### ***A aldeia Lage Novo***

#### *Ambiente Natural*

O leito do rio Lage percorre ao meio toda a extensão da TI Igarapé Lage e deságua no rio Madeira, logo abaixo do ponto onde este se forma a partir dos rios Mamoré, Beni e Yata, os dois últimos vindos da Bolívia. O rio Mamoré, por sua vez, nasce na Bolívia e tem como afluente o rio Guaporé. O Guaporé, o Mamoré e o Madeira delimitam a fronteira entre Brasil e Bolívia desde o município de Comodoro (MT) até a localidade de Abunã, na foz do rio Abunã (RO). Através do rio Mamoré e, acima, do rio Guaporé, é que se tem acesso fluvial para as TI Pacaas Novos, Sagarana e Rio Guaporé<sup>13</sup>. O leito do rio Lage praticamente coincide com o limite entre os municípios de Guajará-Mirim e Nova Mamoré. Além do rio Lage, a área dessa TI possui igarapés e pequenos córregos cujas águas correm em direção àquele. O volume das águas é regulado pelas estações climáticas características dessa região amazônica: o verão seco e o inverno chuvoso. O critério para diferenciar verão de inverno é a pluviometria e não a temperatura, tal que verão ‘seco’, nessa região, é exatamente na época do inverno frio no centro-sul do Brasil, enquanto o inverno chuvoso regional coincide com o verão quente no centro-sul.

Essa hidrografia e pluviometria são determinantes para os problemas de abastecimento de água das aldeias e fornecimento de proteínas de pescado. Tanto Lage

---

<sup>13</sup> A TI Guaporé, é habitada por aproximadamente 500 pessoas representantes de cerca de 10 etnias.

Novo quanto Linha Dez estão afastadas de fontes de água corrente e dependem do fornecimento de água de poços. Em Lage Novo, foram construídos dois açudes, aproveitando o leito de um córrego ao lado da aldeia e um terceiro açude em outro córrego um pouco abaixo (ver mapa da aldeia), os quais são utilizados para criação de peixes, lavagem de roupas e louças, tomar banho e mergulhar macaxeira (*Manihot sp*) destinada ao fabrico de farinha d'água. Logo na entrada da aldeia, junto do 'bairro' Taboca (como chamam esse ponto mais afastado do núcleo central da aldeia), há um igarapé de águas correntes, mas cujo volume é bastante reduzido no verão, e que é utilizado pela família que reside ao lado. No outro lado da aldeia, no 'bairro' BNH (nome dado a esse ponto também mais afastado), há uma nascente onde os moradores desse 'bairro' construíram uma 'cacimba' e fazem uso de sua água para diversos fins. O núcleo central da aldeia (dividido por eles em 'bairro' Cascalho, 'bairro' Laranjeira e 'bairro' Mangueira), além dos açudes, recebe água em torneiras, distribuídas em vários pontos, através de uma rede a partir de poços. A qualidade do abastecimento de água está associada à ocorrência de doenças de veiculação hídrica e alimentar, como as diarreias.

A vegetação da região é característica de floresta de terra firme (ombrófila densa não-aluvial), incluindo-se as florestas ombrófilas abertas com bambus, com cipós e com palmeiras (conforme o sistema de Veloso et al., 1991 *apud* Nelson & Oliveira, 2001). Não há florestas típicas de alagação que formam igapós ou várzeas (floresta ombrófila densa aluvial) mais comuns em regiões de rios de grande porte. A variedade de espécies vegetais e número reduzido de indivíduos de cada espécie numa área são características marcantes das florestas pluviais tropicais (Morán, 1994:311).

A região da TI Igarapé Lage é, caracteristicamente, de ocupação antrópica antiga por populações indígenas e, mais recentemente, por colonizadores. Conforme Nelson & Oliveira (2001:140), "*as palmeiras são particularmente predominantes [...] em ambientes perturbados - próximo de comunidades indígenas ou tradicionais - e em formações de floresta de baixio*". Essas espécies são, particularmente, importantes para as comunidades indígenas. As folhas de algumas espécies de palmeiras são utilizadas para a cobertura das casas, a casca do estipe para assoalho e paredes. Algumas espécies fornecem frutos comestíveis in natura, cozidos, em forma de farinha ou como matéria prima para bebidas fermentadas. De acordo com Balée (1989 *apud* Morán, 1990:198), pelo menos 11% das

florestas de terra firme na Amazônia brasileira são antropogênicas, resultado do uso intensivo e manejo por populações antigas. Esse uso de recursos reflete a adaptação e os esforços para superar as limitações pela modificação ambiental.

Duas espécies vegetais são de grande importância tanto para a história da ocupação quanto para a economia das populações indígenas e tradicionais atuais. Trata-se da seringueira (*Hevea brasiliensis* M. Arg.) e castanheira (*Bertholletia excelsa* HBK). A primeira foi motivo maior da ocupação e exploração de grande parte da Amazônia desde a segunda metade do século XIX até meados do século XX, período de grandes fluxos migratórios em direção a essa região para a extração da seringa das Héveas, matéria prima da borracha (*pic em wari'*). Atualmente, a extração de seringa está em baixa. Os Wari' não exercem a atividade de 'cortar seringa'.

Quanto à castanheira, representa uma rica fonte alimentar. Entre os meses de novembro e março, os frutos da castanheira (*tokwe*), caídos ao chão, são recolhidos e abertos para a retirada de suas sementes. As castanhas são ensacadas e transportadas para comercialização ou consumo direto como alimento. Nessa época, a população indígena volta-se, em sua maioria, para a coleta da castanha. Famílias inteiras deslocam-se para o interior da mata e lá permanecem acampadas por semanas dedicando-se a essa atividade. Há um 'esvaziamento' das aldeias nessa época, conforme pudemos observar em Lage Novo. A castanha representa, para os Wari', uma das principais fontes sazonais de renda. Sua produção é voltada quase toda para a venda. Não armazenam castanha para consumo próprio, apesar de ser uma ótima fonte de nutrientes.

A caça ainda é uma atividade importante para os Wari' de Lage Novo. Porém, está reduzida devido à pressão antrópica já há bastante tempo e à crescente ocupação e desmatamento de áreas vizinhas por projetos de colonização e fazendas. O uso de armas de fogo é uma regra, atualmente, entre os homens wari'. Alguns continuam confeccionando arcos e flechas, utilizados tanto para pesca no rio Lage como para a caça de alguns animais menores, mas essa 'arte' está restrita a alguns homens mais velhos. As principais espécies de mamíferos encontradas na TI Igarapé Lage são: queixada, porquinho, veado, anta, onça, quati, paca, cotia, tatu (duas espécies), macaco-prego, macaco-preto e algumas outras espécies de macaco. Além dos mamíferos, são importantes o jabuti e algumas aves, como tucano, papagaio, arara, gavião, urubu, jacu, mutum, jacamim e muitas outras espécies

passeriformes. O urubu e pássaros menores não são caçados como fonte de alimento, embora alguns pássaros sejam tidos como bons alimentos na recuperação de vítimas de algumas doenças. Algumas espécies de peixes são criadas nos açudes, embora não haja um manejo intensivo, e outras são pescadas nos igarapés e no rio Lage. Os mais importantes são traíra, jatuarana, cará, mandim, tucunaré, *miwat* e *hopakan*. Pescam com anzol e linha, tarrafa, arpão, arco e flecha e ervas como o timbó (*mowa*), um cipó (*makon*) da família Sapindaceae, que é macerado na água a fim de envenenar os peixes (ver Tabela 1).

Tabela 1: lista dos animais mais representativos no contexto ambiental e cultural dos Wari':

Nome português	Nome Wari'	Nome científico	Efetivamente caçados
<b>Mamíferos (karawa) e répteis</b>			
Onça	Kopakao	<i>Panthera onca</i>	X
Boto	Kahao	<i>Sotalia sp</i>	
porco ou caititu	Miyak	<i>Tayassu pecari</i>	X
Queixada	kataxik	<i>Tayassu tajacu</i>	X
macaco-prego	Jowin	<i>Cebus sp</i>	X
Capivara	?	<i>Hydrochoerus hydrochaeris</i>	
Veado	Komem	<i>Mazama americana</i>	
veado-vermelho	kotowa	<i>Mazama rondoni</i>	
Quati	Hata'	<i>Nasua nasua</i>	X
Jabuti	Towa	<i>Testudo sp</i>	X
Jacaré	Ahop	<i>Caiman sp</i>	
macaco-capuchinho	yowin	<i>Cebus sp</i>	X
Paca	Mikop	<i>Agouti paca</i>	X
Anta	Min'	<i>Tapirus terrestris</i> , Briss.	
macaco-da-noite	Nawikin	<i>Aotus trivirgatus</i>	
Tamanduá	Piyiman	<i>Myrmecophaga tridactyla</i>	
Esquilo	piram	<i>Citellus sp</i>	
Cotia	Piwa	<i>Dasyprocta agouti</i>	X
macaco-aranha	waram	<i>Ateles sp</i>	X
Preguiça	Xomin	<i>Bradypus tridactylus</i>	
Tatu	pikot	<i>Dasyopus sp</i>	X
	kwari	<i>Dasyopus sp</i>	
Coelho do mato (lebre)	piram	Leporideo	
Rato Doméstico	matok		
Cachorro doméstico	Kayi miyak	<i>Canis familiaris</i>	
Gato doméstico	kopakao	<i>Felis catis</i>	
Mucura	wati		
<b>Aves (me)</b>			
Gavião	Wayo	Accipitridae	
Papagaio	Torao'	Psittacidae	X
Periquito	Mre'	Psittacidae	X
Arara	Tramin, horok	<i>Ara sp</i> (Psittacidae)	X
Tucano	Awo	Ramphastidae	X
Urubu	Maho	<i>Cathartes aura ruficolis</i> Spix	
Pombo	xükü	Columbidae	
Pica-pau	Paxam	Picidae	
Jacu	Kamo'	<i>Penelope sp</i>	X
Mutum	komowa	Cracidae	

Jacamim	arum	<i>Psophia sp</i> (Psofiidae)	X
nambu	yamop	Tiranidae	
galinha	taraho		
pato			
<b>Peixes (hwam)</b>			
Traíra	Xikin	<i>Hoplias malabaricus</i>	X
Jatuarana	Tohuyan	<i>Hemiodus microcephalus</i>	X
Acará ou cará	Takao	Ciclidae	X
Mandim	Awopa'	Siluridae	X
?	Miwat		
Tucunaré	Nanakam	<i>Cichla ocellaris</i>	
Pacu	Pacoro'	?	
?	Hopakan		
Piranha		Caracinae	
Tambaqui		Caracinae	
Bodó	Naxo'	?	X

Uma série de espécies de abelha (*tawi*) e formiga (*ũ*) é conhecida pelos Wari'. Atribuem propriedades terapêuticas a várias delas. Algumas outras espécies de insetos são consideradas boas fontes de alimento pelos Wari', como algumas que desenvolvem o estágio larval em troncos de certas espécies de palmeira em decomposição. Para tanto, informam que derrubam algumas palmeiras especificamente para que surjam as larvas, as quais são coletadas e consumidas de diferentes maneiras, principalmente com pamonha (*kapam*). É provável que a entomofagia tenha sido mais comum entre os Wari' antigamente. Atualmente, não é uma prática comum ou, pelo menos, não é visível, mas a informação fornecida sobre o consumo de larva de uma espécie de coleóptero (*uru yat*) colhida de troncos da palmeira patoá em decomposição, derrubadas especificamente para esse fim, demonstra que esse é um recurso alimentar em uso. O consumo de larvas tem sido registrado em diversas sociedades. DeFoliart (1990:145) aponta que várias espécies de insetos, entre elas a larva de palmeira, são comuns na Angola e Etiópia e usadas como alimento. O mesmo autor (1990:146) escreve que insetos comestíveis são ainda extensivamente usados no mundo tropical e, provavelmente, podem ser uma grande alternativa para a nutrição humana se o suprimento fosse aumentado e melhor distribuído sazonalmente. No Brasil, os insetos são uma importante fonte de gordura na dieta dos índios Tucano e de valor protéico, sendo complementar à dieta básica de cassava, a qual é limitada em lisina e treonina (DeFoliart, 1990:148). Os insetos são parte da dieta de muitos povos, os quais os reconhecem como uma fonte de alimento e são altamente apreciados,

reconhecendo quando, como, qual e onde encontrar insetos comestíveis, conforme aponta Ramos-Elorduy (1990:151), que registrou 247 espécies de insetos comestíveis no México.

### *Estrutura física e de transporte*

Lage Novo possui uma estrutura básica de um modelo idealizado de aldeia. Entre as construções em alvenaria e cobertura de telhas de amianto, destacam-se as ‘sedes’ de três áreas governamentais: administração, educação e saúde. Foram construídas pela FUNAI, mas, após as mudanças de atribuição de responsabilidades, esse órgão se ocupa apenas da área administrativa, onde atua o ‘Chefe de Posto’. A Escola, a ‘sede’ (casa do chefe de Posto) e o Posto de Saúde distribuem-se nessa seqüência, lado a lado, no centro da aldeia. Em maio de 2003, foi concluído o novo prédio da Escola (fotografia 1) através da SEDUC, órgão responsável pela educação indígena no Estado desde 2000, quando a FUNAI deixou de ter essa atribuição. Esse novo prédio fica em outro ponto da aldeia e, segundo informações, será destinado, prioritariamente, para a implantação do ensino médio e para as turmas de quinta a oitava séries do ensino fundamental.

O chefe de Posto da FUNAI atua nas questões de infra-estrutura, transporte das pessoas e produtos, fiscalização da TI, organização de reuniões, discussão e planejamento com a comunidade sobre projetos agrícolas, manejo de recursos da floresta (destaque para madeira), mutirões e outras atividades gerais. Ele é responsável pela manutenção das máquinas e equipamentos, principalmente os veículos de transporte (caminhão e caminhonete), maquinários agrícolas (trator, micro-trator e implementos) e motor gerador de energia elétrica e bombeamento de água dos poços. O chefe de Posto de Lage Novo é auxiliado pelo AISAN (Agente Indígena de Saneamento), cujas atividades voltam-se, principalmente, para a manutenção do sistema de abastecimento de água e, teoricamente, estrutura de saneamento. Na casa do chefe de Posto, está instalado um rádio-amador, usado diariamente para se comunicar com outras aldeias, com a FUNAI e com o Pólo Base/CASAI-GMI. Também há um telefone celular para contatos mais urgentes. Esse mesmo local é usado como depósito de combustível (diesel) dos motores geradores e veículos, balança para pesagem de produtos, máquinas de costura usadas pelas mulheres wari’, troféus conquistados em torneios de futebol, produtos agrícolas e de coleta que aguardam serem transportados à cidade, etc. Há uma antena parabólica e televisão na casa ‘sede’, responsável pela visita diária de telespectadores wari’ que se aglomeram na sua

porta, do lado de fora, para assistir os telejornais e telenovelas noturnos. Uma outra construção antiga, em madeira, próxima da casa ‘sede’, serve de depósito para máquinas e implementos agrícolas, móveis escolares velhos e outros materiais de uso da escola. O chefe de Posto e sua esposa residem na aldeia durante a semana e, em alguns fins de semana, deslocam-se para a cidade. Sua relação com os Wari’ é relativamente tranqüila. A maioria apóia o atual chefe de Posto, mas alguns wari’ se posicionam contra ele e a própria FUNAI, por não concordarem com a forma de atuação e reclamam da falta de atenção.

A infra-estrutura de transporte de Lage Novo e, por extensão, de Linha Dez constitui-se de um caminhão e uma caminhonete (toyota) adquiridos através de recursos de projetos ligados ao extinto PLANAFORO (Plano Agropecuário e Florestal de Rondônia). Porém, ambos estão em situação precária. Um dos dois veículos sempre está na oficina. Um homem wari’ trabalha como motorista nas viagens quase diárias para a cidade, mas não possui contrato de trabalho. É o único wari’ que possui carteira de habilitação. As pessoas e produtos são transportados na carroceria, sem nenhuma medida de proteção ou conforto. Outros dois homens wari’ também dirigem, mas não possuem habilitação e, portanto, procuram restringir-se às vias intra TI. O chefe de Posto também conduz os veículos sempre que necessário ou conveniente. Devido às dificuldades de manutenção do veículo, foi decidido em reunião, em março de 2003, que os passageiros passariam a contribuir com R\$ 5,00 (cinco reais) por viagem à cidade e seria dada prioridade aos aposentados, pensionista e quem fosse comercializar seus produtos. O motorista wari’ passaria a receber uma quantia a cada viagem a fim de retribuir o seu trabalho que o mantém ocupado quase todos os dias e vinha sendo motivo de reclamação de sua parte. Quanto ao transporte dos doentes, é feito, via de regra, pela FUNASA.

A escola constitui-se de duas salas de aula e uma parte (com ‘cozinha’, ‘banheiro’ e ‘quarto’) que serve de ‘moradia’ para uma professora *wiyam*. Ao lado desse prédio, há uma casa mais velha, onde funcionava a escola e que, agora, serve de pré-escola. A escola está equipada com baterias elétricas e placa solar. Há uma área externa cercada destinada à horta, onde se cultivam algumas espécies de verdura e legume, como feijão-vagem (*Phaseolus vulgaris* L.), couve-manteiga (*Brassica oleracea* L. var.), espécies de pimenta (Solanaceae), macaxeira (*Manihot* sp.), cebolinha-verde (*Allium* sp), etc. A educação escolar, em Lage Novo, atualmente, vai do pré-escolar até a quarta série regular. Também



há supletivo de quinta a oitava séries. No primeiro semestre de 2003, havia setenta e nove alunos de primeira a quarta séries e vinte e três de quinta a oitava séries. Há alfabetização bilíngüe (português e wari’). Há cinco professores indígenas (entre eles, uma professora de origem Kanoé casada com um professor wari’) que lecionam de primeira a quarta séries e uma professora *wiyam* de quinta a oitava séries. Os professores wari’ participam do curso de formação de professores em Porto Velho através do “Projeto Açai”, o qual envolve professores das várias etnias indígenas de Rondônia e norte do Mato Grosso.

O novo prédio escolar (fotografia 1) possui duas salas de aula, um pátio interno circular, cozinha, alojamento e sala para professores, espaço para biblioteca e banheiros, além de uma caixa e rede d’água próprios e instalação elétrica, apesar de ainda não haver energia elétrica da rede externa na aldeia. O prédio é em alvenaria, coberto com telhas de barro, acabamento de azulejo nas paredes até uma certa altura e lajota no piso. A construção que serviu de base aos operários da empresa contratada, no canteiro de obras, deverá permanecer no local e servir de alojamento para eventuais profissionais que forem atuar na aldeia, já que possui estrutura mínima de quartos, cozinha e banheiro externo.

No outro extremo da aldeia, abaixo de dois açudes, está a ‘casa de farinha’. Esse é um lugar de uso comum a todas as famílias, mas uma família (nuclear ou extensa) de cada vez, seguindo o sistema wari’ de autonomia familiar. A casa de farinha é muito semelhante àquelas encontradas em qualquer propriedade rural ou nas colocações<sup>14</sup> dessa região da Amazônia. É uma construção aberta, ou semi-aberta, cobertura, um pequeno depósito, uma prensa de madeira usada para extrair o líquido das raízes de macaxeira, uma caixa de madeira para peneirar a farinha prensada e outra para pôr a farinha já torrada, um grande forno feito de paredes de tijolos e um tampo de metal com formato de fôrma ou côncavo, onde é torrada a farinha. Os Wari’ de Lage Novo costumam fazer apenas a chamada farinha d’água, ou puba, ou azeda. Essa técnica não necessita que as raízes sejam raladas. Após trazerem a macaxeira da roça, já devidamente acondicionada em sacos de material sintético, mergulha-se num dos açudes, o de baixo, até que as raízes amoleçam, o que leva alguns dias. A partir daí, a macaxeira é prensada, peneirada e torrada, ficando pronta para o

---

<sup>14</sup> Colocação é a menor subdivisão de um seringal nativo. Caracteriza-se espacialmente por uma clareira aberta na mata, na qual foi construído um conjunto de casas, onde moram os grupos domésticos que as ocupam, além dos terreiros ou quintais, as estradas de seringa, roçados, territórios de caça, pesca e coleta (Aquino & Iglesias, 1994:57)

consumo ou comercialização. A atual casa de farinha em Lage Novo é de construção relativamente recente (ver fotografia 2).

Ao lado da escola, há um campo de futebol relativamente grande, com cerca de 80 a 100 metros de comprimento. Sua superfície é irregular, pois o terreno não foi preparado especificamente para ser um campo. Era um trecho de pastagem, por onde outrora passava uma cerca, que foi transformado em campo por eles mesmos e ajuda do chefe de Posto. O ‘gramado’ não é exatamente de grama, mas de uma espécie de capim que se alastra por todas as pastagens da aldeia e cresce a uma altura demasiada para se jogar futebol, apesar de ser ótima para o gado que se beneficia, por vezes, mais do campo do que os atletas wari’. Quando o campo é desbastado, ou, pelo menos, parte dele, então se joga futebol praticamente todos os dias ao final da tarde, apesar de nem sempre possuírem uma bola em boas condições. Pela passagem do “dia do índio”, em abril de 2003, o campo foi roçado com trator, com foices e terçados, num esforço conjunto dos jovens wari’ para tornar o campo o mais eficiente possível. Com a visita dos wari’ das outras TI, foi realizado um grande torneio entre os times das várias aldeias e jogos ‘amistosos’ com vizinhos *wiyam*. O troféu de vencedor foi para Lage Velho. O futebol feminino é uma atração à parte.

Os Wari’ gostam de esporte e, além do campo principal, constroem campos menores e temporários em diferentes pontos da aldeia. Esses campinhos, geralmente, não possuem gramado, apenas o chão batido. Organizam, de tempo em tempo, pequenos torneios entre eles ou com integrantes de Linha Dez e disputam pequenos prêmios em dinheiro, cujo valor é patrocinado por algum wari’ mais afortunado ou por alguém que promove o torneio para comemorar algum evento familiar, como, por exemplo, aniversários. Além do futebol, o voleibol é praticado entre eles. Há uma quadra de vôlei em frente à escola e, de acordo com o espírito esportivo do momento, voltam-se à prática desse esporte diariamente também nos finais de tarde.

A aldeia Lage Novo possui uma rede elétrica cujo funcionamento depende de um motor gerador. Porém, não são todas as noites que as lâmpadas se acendem. Tudo depende da disponibilidade de óleo diesel, combustível essencial para o funcionamento do gerador e que é fornecido, em quota determinada, mensalmente pela FUNAI. Quando se deseja algumas horas extras de energia elétrica, fazem uma ‘vaquinha’ para arrecadar um valor suficiente para a aquisição do diesel necessário. Tais ocasiões acontecem, geralmente,

quando há um jogo de futebol ‘importante’ televisionado. Além da casa ‘sede’, há mais três casas de wari’ em que há televisão, de dois professores e do ‘motorista’, embora nem todas funcionem o tempo todo. Além desse motor, há outro, também a óleo diesel, utilizado para bombear água de um poço semi-artesiano e, também, tem sido manejado para gerar energia elétrica para a casa ‘sede’ e para a casa de um professor, o qual adquiriu um aparelho televisor recentemente, dividindo os ‘telespectadores de porta’ em dois grupos. Nos últimos tempos da pesquisa de campo, a energia elétrica restringiu-se praticamente a essas duas casas, motivada mais pela audiência televisiva do que pelo desejo de luz. Uma bateria elétrica na casa ‘sede’ é carregada por uma placa solar e fornece energia para manter o funcionamento do rádio-amador, do telefone celular e para o funcionamento de algumas lâmpadas também no Posto de Saúde, embora nem sempre esse sistema seja eficaz. Quanto ao Posto de Saúde, discutiremos adiante.

#### *Arquitetura, distribuição espacial das casas, divisão sexual do trabalho...*

O ‘bairro’ Mangueira é um agrupamento de dez casas numa área com muitas mangueiras, logo que se chega na aldeia, ao lado do campo de futebol. Do outro lado do campo, estão a escola, a casa do chefe de Posto e o Posto de Saúde. Atrás desses três ‘prédios públicos’, está o ‘bairro’ Laranjeira, um grupo de cerca de 10 casas, onde há um número maior de laranjeiras. Abaixo do Posto de Saúde, está a casa das duas missionárias da MNTB, que residem na aldeia há alguns anos. É uma casa é um pouco maior, de madeira, com banheiro de alvenaria e cercada. Destaca-se o novo prédio da igreja da MNTB praticamente no centro da aldeia (ver fotografia 12), recém construído, que passou a ser usado no início de 2003. Até final de 2002, os ritos religiosos ocorriam numa casa bem menor feita com material rústico. Seguindo o caminho para baixo, o ‘bairro’ Cascalho (por causa do tipo de solo) agrupa cerca de 20 casas. Algumas casas estão mais afastadas desse agrupamento, seguindo um caminho em direção a um pequeno açude. A partir daí, o caminho segue para a mata e roças. O BNH é outro ponto afastado, após o prédio novo da escola, seguindo cerca de 1000 metros. Nesse ‘bairro’, residiam quatro famílias cognatas até início de 2003, quando, então, uma delas mudou-se para Limão e outras duas transferiram suas casas para o ‘bairro’ Laranjeira, ficando no local somente o casal da primeira geração, uma filha e uma neta que residem na mesma casa. Uma das famílias que

se transferiu para Laranjeira é a de um AIS, que justificou a mudança pela distância do Posto de Saúde (ver mapa da aldeia Lage Novo).

O estudo da habitação torna-se relevante por ser um dos elementos capazes de revelar o grau de adaptação ao meio ambiente de uma dada população. Há interrelações entre tipos de construção e ocorrência de determinadas doenças, influenciando na epidemiologia de seus habitantes (Coimbra Jr., 1984:120).

As casas wari' atuais seguem o modelo regional. A Tabela 2 mostra que o tamanho médio das casas, em Lage Novo, é em torno de 35m<sup>2</sup>, mas com uma delas fugindo desse padrão mais comum (chegando a 70m<sup>2</sup>) e construída com material de alvenaria. A menor é de 17,5 m<sup>2</sup>. Em Lage Novo, as 264 pessoas distribuem-se em 45 casas, o que dá uma média de 5,87 habitantes por casa, embora a ocupação varie de uma a onze pessoas. Na média, há cerca de 5m<sup>2</sup> de casa por pessoa.

Como se vê pela Tabela 2, há casas com apenas um ocupante e outras com dez ou onze. Algumas ocupações profissionais, como professor(a) ou AIS, podem influenciar o estilo ou estrutura da casa. Porém, o padrão geral não varia muito. Praticamente a metade (51%, 21/41) possui paredes feitas de paxiúba (*Iriarteia sp*) e, nesse caso, o piso e a cobertura, quase sempre, também são feitos com recursos dessa ou de outra espécie de palmeira. São casas retangulares com paredes e cobertura independentes. Pode haver uma ou duas peças divididas e fechadas com paredes e, geralmente, uma área aberta sem paredes. A maioria das casas é construída com o assoalho a uma altura de cerca de 0,8 a 1 metro do chão, sustentadas por quatro a seis pilares de madeira. Porém, há, em Lage Novo, várias casas construídas com paredes de madeira serrada (tábuas), piso de cimento queimado e cobertura de amianto. Nesses casos, a casa é toda fechada com paredes, com algumas janelas. Há uma casa de paredes mistas, paxiúba e madeira serrada, e com cobertura de telha de zinco. Um casal de professores construiu recentemente uma casa de alvenaria com cobertura de telha de amianto. A maioria das famílias que reside em casas de madeira beneficiada (serrada) constrói um anexo à casa, uma pequena construção com cobertura de folhas de palmeira e, em alguns casos, também parcialmente fechada com paredes de paxiúba ou também com palha, sempre seguindo o formato quadrangular. Nesses casos, a casa principal é usada basicamente para dormir e todas as outras atividades domésticas são realizadas no anexo, o qual é mais adaptado para as condições climáticas da

região. Apesar da construção de casas mais fixas, devido à realidade atual de aldeias permanentes e influência de padrões exógenos, parece haver uma tendência em manter um ‘nicho’ de residência tradicional que se adapta melhor ao clima e às atividades cotidianas conforme o padrão cultural. Alguns fatores contribuem para a construção de casas mais permanentes: aldeias mais fixas num local determinado devido à infra-estrutura criada em termos de escola, posto de saúde, casa de chefe de Posto da FUNAI, igreja, abastecimento de água, etc; limitação da extensão da TI; localização cada vez mais distante das reservas de palmeiras; influência do estilo das casas regionais e da cidade; entre outros. A ocorrência de algumas doenças pode ser mais ou menos favorecida de acordo com o tipo de casa, conforme discutido por Coimbra Jr. (1984) em relação aos Suruí. No caso dos Wari’, o fato de dormirem no chão da casa, sobre esteiras, muito próximos uns dos outros, com uma densidade relativamente alta de moradores por casa, pode favorecer o contágio de algumas doenças, como a Tuberculose, cujas taxas são relativamente altas entre eles.

Entretanto, tradicionalmente, antes do contato, as casas wari’ seguiam um padrão arquitetônico que não se aproxima dos atuais. As indicações são de que construíam casas com apenas uma parede em estilo meia-água, inclinada do chão até uma certa altura, sendo que o outro lado da casa era aberto. Segundo Meireles (1986:193), cada local habitado pelos Wari’ (*makarakon*) tinha de cinco a seis casas (*tirim*), as quais não possuíam paredes, “*mas um telhado de meia água que descia até a base, cobrindo completamente um lado. O chão, todo de paxiúba, era suspenso*”. Esse detalhe é reforçado por uma questão lingüística, já que a palavra para ‘casa’ é a mesma para cobertura, telhado ou teto: *tirim* ou *xirim* (conforme o dialeto). Esse mesmo aspecto é observado por Castro Faria (1999:365), numa análise crítica da bibliografia sobre as habitações indígenas, citando uma passagem de Roth (1924:260): “*os índios têm nomes para todas as diferentes partes da casa, mas não parecem possuir termos para ‘teto’ e ‘parede’ como distintos da casa mesma*” (tradução minha). Já em relação ao formato retangular das casas indígenas atuais, bem como a parede independente da cobertura, Castro Faria (1999:366) atribui de todo à influência européia, particularmente ibérica, na arquitetura do interior do Brasil. Além disso, observa (Castro Faria, 1999:368) que a influência indígena na arquitetura popular reconhece-se nas técnicas de aproveitamento do material fornecido pela natureza, mas, estruturalmente, a influência é ibérica. Oliveira Neves (2003) analisa a arquitetura da casa do seringueiro da Amazônia,

particularmente do Acre, onde discute as influências de indígenas e nordestinos no padrão regional das casas, verificável também na região do Guaporé-Mamoré-Madeira.

Tabela 2: Relação das casas de Lage Novo, dimensões, materiais e ocupação:

nº da casa	m x m	m <sup>2</sup>	parede	piso	cobertura	nº de pessoas	> 5 anos
65	7,8 x 5,8	45,24	madeira serrada	cimento queimado	amianto	7	3
48	3,5 x 5	17,5	paxiúba	paxiúba	palha	8	2
47 <sup>c1</sup>	6 x 4	24	paxiúba	paxiúba	palha	4	2
47 <sup>c2</sup>	6 x 4	24	paxiúba	paxiúba	palha	2	0
11	9 x 4	36	paxiúba	paxiúba	palha	7	3
62	7 x 6	42	paxiúba	paxiúba	palha	12	3
63	8 x 5,8	46,4	madeira serrada	cimento queimado	amianto	5	0
51	8 x 6	48	madeira serrada	cimento queimado	amianto	8	1
47	8 x 5,8	46,4	madeira serrada	cimento queimado	amianto	7	1
46	6 x 4	24	madeira serrada	chão batido	palha	5	2
44	6 x 4	24	paxiúba	paxiúba	palha	9	1
41	6 x 4	24	paxiúba	madeira serrada	palha	9	3
3 e 4	?	?	paxiúba	paxiúba	palha	4 + 5	3
5	7 x 4	28	paxiúba	paxiúba	palha	7	0
4	7 x 5	35	madeira serrada	paxiúba	palha	6	0
8	6 x 4	24	paxiúba	paxiúba	palha	6	2
s/nº	8 x 5	40	paxiúba	paxiúba	palha	5	0
10	8 x 4	32	paxiúba	chão batido	palha	7	0
12	8 x 4	32	madeira serrada	chão batido	amianto	7 + 3	1
14	5,75 x 7,85	45,14	madeira serrada	cimento queimado	amianto	10	1
15	5,5 x 7,5	41,25	madeira serra	cimento queimado	amianto	7	2
18	7 x 6	42	madeira serrada	madeira serrada	amianto	6	1
17	7 x 6	42	madeira serrada	cimento queimado	amianto	4	0
22	6 x 4	24	paxiúba	paxiúba/tábua	palha	4	2
13	8 x 5	40	madeira serrada	cimento queimado	amianto	7	2
24	9 x 4	36	paxiúba/tábua	madeira serrada	palha	2	0
25	6 x 4	24	paxiúba	chão batido	palha	7	2
33	6 x 4	24	paxiúba	chão batido/tábua	palha	11	3
38	8 x 4	32	madeira serrada	chão batido	zinco	6	0
37	5 x 4	20	paxiúba	paxiúba	palha	5	3
39	5 x 4	20	paxiúba	chão batido	palha	1	0
54	7 x 10	70	alvenaria	concreto/lajota	amianto	2	0
30	7,8 x 6	46,8	madeira serrada	cimento queimado	amianto	5	2
29	7,8 x 5,8	45,24	madeira serrada	cimento queimado	amianto	9	1
49	?	?	paxiúba	paxiúba	palha	7	2
61	7,8 x 5,8	45,24	madeira serrada	cimento queimado	amianto	8	0
54	7,8 x 5,8	45,24	madeira serrada	cimento queimado	amianto	6	3
43	6 x 4	24	paxiúba	paxiúba	palha	11	3
42	6 x 4	24	paxiúba	paxiúba	palha	7	2
52	7,8 x 5,8	45,24	madeira serrada	cimento queimado	amianto	2	0
16	?	?	paxiúba	madeira serrada	palha	4	2
<b>média</b>		<b>35,2</b>			<b>total</b>	<b>264</b>	<b>58</b>

Os Wari' dormiam em esteiras e não faziam redes de dormir. O hábito de dormir em esteiras continua até hoje, embora, em algumas casas, haja camas com colchões

industrializados. Meireles (1986:193) cita a existência de uma ou mais “casa de solteiros”, onde estes dormiam lado a lado, abrigados por um telhado de meia água. Atualmente, não há casa de solteiros. Os jovens permanecem morando e dormindo na mesma casa dos pais. Descrição semelhante é feita por Vilaça (1992:133). Ao se casarem, em geral, segue-se uma tendência matrilocal. Após um período de casados, constroem suas próprias casas, mas, geralmente, próximas da casa dos pais da esposa, conforme observei na maioria dos casos em Lage Novo. Conklin (1989:128-131) destaca que se evidencia um padrão misto de residência, sem ser possível estabelecer tendências de matrilocidade ou patrilocidade, embora tenha encontrado, proporcionalmente, mais casos da primeira.

Meireles (1986:194) aponta dois motivos para mudança do local de moradia antigamente: a morte ou o desgaste dos recursos locais. Seguia-se à morte um longo ritual, descrito e analisado em detalhes por Vilaça (1992), destacando-se o canto fúnebre, o aviso da morte, a cozinha funerária, o consumo da carne do morto, o consumo dos ossos, a queima dos pertences do falecido, inclusive da casa, o “varrer” (*ton ho*) e o rito final do luto (*hwet mao* – “sair”). O rito funerário, hoje, é mais simples. A antropofagia do corpo do morto foi abandonada na década de sessenta, influenciado, em muito, pela presença dos missionários e a incorporação de elementos cristãos (evangélicos e católicos) nos rituais. Durante a pesquisa de campo em Lage Novo, ocorreu a morte repentina do homem mais idoso da aldeia, *Nawacan Oro Waram Xijein*, por causas naturais (não esclarecidas), enquanto tomava seu banho no igarapé acompanhado da esposa. Era final de tarde de sexta-feira e estávamos no futebol. Assim que a notícia se espalhou, todos se dirigiram a sua casa. Iniciava, então, um ‘longo’ período de choro e lamento, em torno de seu corpo, que durou até sábado à noite, quando houve o enterro. O chefe de Posto providenciou o envio de um caixão funerário da cidade. Segue um trecho do diário de campo:

Conforme iam chegando pessoas de outras aldeias, os lamentos e choros aumentavam e havia um reforço no ritual. Veio gente de Linha Dez, Lage Velho, Ribeirão, Sagarana, e aguardavam gente de Negro-Ocaia (...). Detalhes: foram mais de 24 horas praticamente ininterruptas de lamentos e choros em alto volume. Havia um revezamento no papel de choro/lamento em torno e sobre o corpo e um reforço de pessoas que chegavam. Ora punham o corpo no caixão, ora o retiravam. Agarravam o corpo e o punham sobre as pernas esticadas, já que sentavam no chão. Por várias vezes, levantaram o caixão contendo o corpo e uma pessoa deitava-se de costas sob o caixão, chorava em ritmo alto e, então, após um ou dois minutos, era puxado pelos outros. Essa pessoa praticamente entrava em transe e era abanada e massageada pelos outros. O choro dos Wari’, culturalmente construído, é constante, em sons agudos, com suspiros, abraços mútuos, parecendo um ‘mantra escatológico’ e, certamente, quem participa dele por um tempo razoavelmente longo não deve encontrar

dificuldades de entrar em transe. (...). Outro detalhe é que o corpo não foi enterrado antes que todos os que eram aguardados, em princípio, chegassem. (...) O enterro foi efetuado por volta de 20:00 h ou 21:00 h. Pela manhã de hoje, a aldeia amanheceu com os cânticos na igreja e tudo parecia voltar ao normal... (Diário de campo, 23/02/2003).

O corpo foi posto e retirado do caixão várias vezes e, enrolado em panos, era segurado pelos parentes mais próximos sentados no chão, pernas esticadas e o corpo sobre as pernas. Por diversas vezes, algum deles punha-se deitado de costas e o corpo era colocado sobre essa pessoa que, após alguns instantes, era retirada, praticamente em transe, de sob o corpo. Importante observar que os Wari' ligados mais fortemente à MNTB faziam questão de marcar sua atuação com leituras de trechos, em wari', da Bíblia. No dia seguinte ao sepultamento, num domingo, a aldeia voltava ao ritmo normal e todos seguiram suas atividades. Os que vieram de outras aldeias já haviam ido quase todos. Apenas uma filha do falecido, residente em Sagarana, permaneceu por alguns dias em Lage Novo, fazendo companhia para a mãe (a viúva) e a sua irmã caçula, a única solteira e que residia com os pais. Após o dia do sepultamento, as pessoas da família permaneceram um pouco mais reclusas em suas casas por alguns dias. Porém, nada mais foi observado com relação ao luto funerário. A viúva e a filha caçula permaneceram morando na mesma casa. Há que se considerar que a destruição de uma casa e construção de uma nova, atualmente, demanda muita mão de obra e recursos. Como cada família é bastante autônoma, há grandes dificuldades de arrebatar pessoal para essa tarefa, principalmente no caso de uma 'família' constituída, nuclearmente, por uma mulher idosa e uma adolescente.

As mudanças de residência, hoje, ocorrem muito mais em função da ocupação territorial e da busca por locais de terra boa para novas roças, embora o casamento continue a ser um motivo de mudanças. Professores podem transferir-se de aldeia em função de vagas nas escolas. Há uma tendência, entretanto, em estabelecer moradia próxima de parentes consangüíneos (*iri' nari*). A terminologia e o gradiente de parentesco, entre os Wari', são analisados por Vilaça (1992:24-45), que apresenta um esquema demonstrando o grau de parentesco desde os cognatos, passando pelos afins efetivos, até os afins rituais, estabelecidos pelos critérios de proximidade e distância. A mesma autora faz um estudo mais aprofundado sobre o parentesco wari' em outra publicação (*cf.* Vilaça, 1995).

Há uma dinâmica na distribuição das famílias nas casas e da distribuição espacial das casas na aldeia. De maneira geral, percebe-se que os parentes cognatos ou consangüíneos preferem morar próximos um do outro. Entretanto, o grau de afinidade de



parentesco também pode se dar através da consubstancialidade, pelo compartilhamento da comida, conforme explicado por Vilaça (1992:33-4):

Do ponto de vista das atitudes, os afins efetivos, 'oriundos' da categoria *nari paxi*, são aproximados dos parentes reais (*iri'*): são tratados de maneira (aparentemente) cordial e com eles repartem-se os alimentos. (...). A comensalidade, para os Wari', caracteriza de forma tão marcada as relações de consubstancialidade, que aqueles que comem os mesmos alimentos são concebidos como formando parte de um grupo de substância, que em seu limite mínimo é constituído pelos pais, filhos e irmãos, além do cônjuge - os cônjuges são tornados consubstanciais pelo casamento, pois seus sangues se misturam. Em seu limite máximo, esse grupo inclui *todos* os Wari', pois estes partilham a mesma dieta alimentar. Assim, as relações de substância que caracterizam os *iri' nari* são estendidas, com o casamento, não só ao cônjuge, mas também aos *iri' nari* dele, apesar de menor grau e de maneira relativa (destaques em itálico do original).

Durante minha permanência em campo, várias mudanças de residência ocorreram, algumas casas foram transferidas de local, aproveitando-se o mesmo material, outras foram destruídas por estarem muitas velhas e outras estão em construção. Um casal jovem, por exemplo, está construindo uma casa, mas o tempo de construção já ultrapassou meio ano, a mulher estava grávida na época da pesquisa e estavam morando na casa dos pais dela, ou seja, um caso de residência matrilocal temporária. Outro exemplo é o caso de um casal de idosos cujas três das filhas casadas moram em casas situadas ao lado, apenas uma filha casada mora em outra aldeia. Porém, há outros casos que não seguem de perto esse modelo de moradia pós-casamento. Meireles (1986:193 e ss.) aponta para um movimento intergrupar das mulheres pela exogamia, referindo-se, nesse caso, à identidade de subgrupo, que seria definida pela territorialidade e patrilinearidade, mas não podemos aplicar essa regra atualmente, quando a territorialidade não é mais definida essencialmente pelos subgrupos. Além disso, a mesma autora (Meireles, 1986:196) ressalva que o marido passava algum tempo no *makarakon* da esposa e retornava depois, o que se aproxima dos casos de matrilocalidade temporária. Como a maioria dos casamentos acontece, atualmente, entre moradores da mesma aldeia, de alguma forma, acaba-se morando próximo da casa dos pais de ambos, excetuando apenas os casamentos interaldeias.

A distribuição espacial das casas, aparentemente, não segue nenhum padrão tradicional ou cultural como acontece com grupos xinguanos, de casas em forma de colméia, e alguns grupos Jê, como os Panará e Kayapó, por exemplo, com suas aldeias tradicionalmente circulares ou semicirculares, com a casa dos homens ao centro e outros

detalhes característicos. Conforme descrito acima, tradicionalmente, as ‘aldeias’ wari’ eram compostas basicamente de uma família conjugal, seus filhos e respectivos cônjuges e netos. Com o crescimento dessa família extensa, filhos que casavam podiam fundar novas ‘aldeias’ ou *makarakon*, conforme preferiu assim chamar Meireles (1986). Nenhuma disposição espacial especial é descrita para essas moradias que compunham os *makarakon*, unidade territorial básica, apenas que eram compostos de algumas casas (*tirim*), a casa dos solteiros (*kotoko nein kaxa*), as roças (*xitot*) e a floresta (*nahwarak*) como elemento importante dessa formação (Meireles, 1986:193). Nas aldeias de dimensões relativamente grandes de hoje, podemos dizer que a disposição espacial das casas continua sendo, pelo menos parcialmente, determinadas pelo parentesco cognato e consubstancial pelo casamento ou, em outro grau, pela afinidade.

A Floresta seria um espaço essencialmente masculino, enquanto a roça seria feminino e a casa um espaço misto, mas feminino em essência. Hoje, não se pode afirmar que haja uma divisão de gênero clara entre os diversos espaços da aldeia, embora, de maneira geral, não seja muito diferente do descrito acima. O espaço da floresta continua sendo essencialmente o espaço masculino. A roça, no entanto, é um espaço misto, onde tanto o homem como a mulher circulam e trabalham, mesmo que haja uma certa divisão de tarefas, restringindo-se ao primeiro a derrubada da mata. A colheita costuma-se fazer gradativamente, na medida da necessidade, tarefa executada principalmente pela mulher, que vai para a roça e volta carregando o seu cesto cheio de milho, macaxeira ou ainda outros produtos ou lenha (*pana*, termo usado para qualquer madeira ou pedaço de). No caso do fabrico da farinha de macaxeira, não há, aparentemente, uma divisão de tarefas, todos trabalham juntos na casa de farinha. Por uma questão física, apenas o homem aplica sua força muscular para aumentar a pressão da prensa. Vale ressaltar, no entanto, que a carga de trabalho da mulher é grande, ocupando praticamente todo o seu dia e parte da noite. Todas as atividades domésticas são de responsabilidade da mulher, além das atividades agrícolas assumidas, em parte, por elas. As meninas wari’, desde cedo, aprendem a cuidar de irmãos mais novos, lavar louça e roupa, varrer a casa e o terreiro, carregar um pequeno cesto quando vão à roça com as mães, socar pilão para descascar arroz, etc. Tal carga de trabalho acarreta implicações sobre os cuidados com as crianças, principalmente no período de

introdução de novos alimentos e desmame, quando a criança fica muito vulnerável à contaminação por agentes patogênicos e nem sempre pode receber a devida atenção.

### ***Reprodução, amamentação e alimentação***

Nas populações indígenas, as crianças pequenas ficam a maior parte do tempo sob cuidados das mães ou, quando não, de uma irmã mais velha que pode também ser uma criança. A criança pequena fica quase o tempo todo no colo de sua mãe, geralmente com os peitos ao alcance e disponíveis para amamentar-se. Após um ano, inicia um período mais crítico. Entre os Wari', a maioria das mães inicia o desmame da criança com cerca de um ano de idade. A partir daí, a vulnerabilidade aumenta, pois a criança não disporá mais de um fator de proteção, o leite materno, e passará a estar mais exposta a fatores de risco devido ao ato de rastejar, engatinhar e dar os primeiros passos no chão da casa ou na rua. A introdução de novos alimentos costuma ocorrer a partir dos quatro meses de idade, a maioria por volta do sexto mês. O que pode representar algum nutriente extra e uma adaptação do aparelho digestivo aos alimentos mais sólidos pode também, por outro lado, ser um fator de risco para doenças diarréicas.

A Tabela 3 mostra a idade do primogênito de cada mulher, dentre as que possuem filhos menores de 5 anos, a fim de ilustrar os intervalos aproximados entre cada gestação e parto. A mesma Tabela mostra a idade média em que essas mulheres tiveram o primeiro parto, que foi de pouco mais de 17 anos (17,43), variando de 13 até 28 anos, mas esta última foge do padrão comum, já que, em geral, a idade mais avançada do primeiro parto foi por volta dos 20 anos. Esse dado demonstra uma vida reprodutiva relativamente intensa e com início precoce. Chama atenção a duração da vida reprodutiva de algumas mulheres. Por exemplo, uma mulher com 36 anos, cujo primeiro parto foi aos 18, teve, até então, uma vida reprodutiva de praticamente 16 anos e possui nove filhos, sendo dois menores de cinco anos, e possui três netos, filhos de suas duas filhas mais velhas.

Tabela 3: Dados sobre as mulheres wari' de Lage Novo e seus filhos menores de cinco anos de idade:					
n° da casa #	idade da mãe	n° de <5	n° total de filhos	idade do primogênito	idade da mulher no 1° parto
65	25	3	5	9	16
48	30	2	6	13	17
11	<b>36</b>	3	5	8	28
46 - s/n°	23	2	3	9	14
47 e 30	22	3	4	6	16
62	<b>34</b>	2	8	20	14
62 - 63	20	1	1	1	19
44	32	1	4	12	20
54	29	3	4	5	24
43	33	2	7	19	14
42	31	2	5	12	19
41 - s/n° - 54	31	2	6	15	16
54 - 61	<b>13</b>	1	1	< 1	13
37 - 39 - 47	22	3	3	4	18
25	<b>24</b>	2	5	10	14
15	23	2	3	6	17
14	34	1	8	20	14
13	26	2	5	10	16
8	28	2	4	8	20
33	<b>36</b>	2	9	18	18
33	<b>16</b>	1	1	1	15
29	36	1	7	16	20
47 (1c)	<b>20</b>	2	2	3	17
?	21	1	1	< 1	20
4	<b>21</b>	3	3	2	19
16 - Limão	<b>15</b>	2	3	?	?
22 - Laranj.	18	2	2	3	15
18 - Laranj.	28*	1	4	9	19
51	30	1	4	13	17
49 e Semap	<b>17*</b>	2	2	2	15
43	<b>19</b>	1	1	<1	19
total	<b>31 mães</b>	<b>58</b>	<b>126</b>		
médias	<b>25,58 anos</b>	<b>1,87/mãe</b>	<b>4,06/mãe</b>		<b>17,43 anos</b>
* grávidas em abril de 2003					
# a numeração das casas indica as mudanças das famílias de uma para outra ou mudança do local da casa.					
Obs.: as idades marcadas em <b>negrito</b> referem-se às mulheres não entrevistadas especificamente nessa etapa.					

Em Linha Dez, a idade média das mulheres com filhos menores de 5 anos, foi de 24,36 anos, variando de 18 a 32. O número total de menores de cinco anos foi de 20, com uma média de 1,82 por mãe, variando de 1 até 3. A única mulher com três filhos com menos de cinco anos, não tendo outros, estava com 18 anos de idade. Essas mulheres, ao todo, possuíam 35 filhos, uma média de 3,18 por mulher, com variação de 1 até 7 filhos (ver Tabela 4). Entretanto, não estão consideradas as outras mulheres com filhos, as quais são, em geral, mais idosas, com filhos(as) casados(as) e morando em outras casas e aldeias.

n° da casa	idade da mãe	n° de >5	n° total de filhos	idade do primogênito	idade da mulher no 1° parto
14	32	2	7	14	18
6	22	1	1	1	21
2	24	2	3	7	17
4	22	2	3	6	16
16	33	2	6	16	17
3	28	2	3	6	22
s/n°	18	3	3	4	14
10	20	2	2	4	16
15	19	1	1	<1	21
s/n°	29	1	3	10	19
1	21	2	3	5	16
total	<b>11 mães</b>	<b>20</b>	<b>35</b>		
médias	<b>24,36 anos</b>	<b>1,82/mãe</b>	<b>3,18/mãe</b>		<b>17,91 anos</b>

A introdução de novos alimentos ocorre assim que a criança consegue sugar e ingerir algum outro alimento além do leite materno, geralmente, a partir dos quatro meses de idade, mas não há uma uniformidade quanto a isso. Algumas mães responderam que iniciam a introdução de alimentos extras a partir dos quatro meses, outras com seis, outras com oito e até com onze meses. Os tipos de alimentos citados como sendo aqueles introduzidos inicialmente na dieta das crianças varia de mãe para mãe, embora, de forma geral, não sejam muito diferentes, baseando-se, quase sempre, em mingaus feitos a partir de produtos locais (macaxeira, arroz, banana, etc.) ou comprados na cidade ('mucilon', leite em pó, feijão, sopa instantânea, farinha láctea, etc.). O uso de produtos industrializados, no entanto, depende da disponibilidade de recursos para adquiri-los e, sendo assim, é irregular.

A Tabela 5 dá uma noção da dieta seguida no dia a dia entre os Wari' de Lage Novo (*recall* de 24 horas). Porém, esses dados são puramente qualitativos, pois, metodologicamente, seria muito complicado medir quantidades de alimentos, além de não ser um dos objetivos principais da pesquisa. Outro aspecto a ser considerado é a época do ano em que essas informações foram coletadas, no caso, mês de março, pois a qualidade e a quantidade da dieta têm variação sazonal em função do ciclo de produção de alimentos.

Tabela 5: Alimentos consumidos nas últimas três refeições (*recall* de 24 h) em Lage Novo (período de 05 a 20 de março de 2003)

<b>n° da casa</b>	<b>idade</b>	<b>manhã</b>	<b>meio-dia</b>	<b>noite</b>
65	25	chá de folha de laranjeira	arroz	feijão
48	30	chicha (CASAI-GMI)	carne de galinha, arroz, feijão, macarrão (CASAI)	LN: frango cozido com arroz, macarrão, ovo e feijão
46-s/n°	23	café com bolo de trigo	arroz e feijão	arroz e feijão
30	22	café, bolo de trigo frito	feijão e arroz	feijão, arroz e sardinha
62-63	20	nescau, leite em pó	arroz, macarrão, feijão	sopa de macarrão, só peito para criança
44	32	café com pão de padaria (foi à GMI dia anterior)	arroz, feijão, banana	feijão, arroz, suco de maracujá artificial
54	29	nescau com água	feijão e arroz	feijão e arroz
43	33	chá de capim-santo	arroz e feijão	arroz e feijão
42	31	café com leite, farofa, bolo de trigo	arroz, feijão, farofa	sopa
41-s/n°-54	31	café preto, chá	feijão, arroz, macarrão e chicha	sopa de macaxeira
37-39-47	22	chá de folha de laranjeira	arroz, feijão e chicha	arroz, feijão e chicha
15	23	café com leite	feijão e arroz	feijão e arroz
14	34	café com leite e macaxeira	arroz, feijão, carne de porco	sopa de galinha (comprada instantânea)
13	26	café, bolo de trigo frito	arroz, feijão, carne de porco do mato	sopa instantânea com arroz
8	28	mingau de arroz	arroz, feijão, charque	arroz, feijão, charque
29	36	café com bolo de trigo	arroz, feijão e charque	arroz com sardinha
12	21	café, bolo de trigo frito	feijão, arroz, macarrão	três traíras com arroz
22-Laranj.	18	café com leite de vaca, bolo de trigo	arroz, feijão, pedacinho de carne de boi (do mutirão)	arroz, feijão e peixe (carazinho)
18-Laranj.	28	café com leite, bolo de trigo	arroz, feijão, macarrão, suco de cupuaçu natural	arroz, feijão e macarrão

### *Abastecimento de água e saneamento*

O abastecimento de água principal na aldeia é feito através de uma rede a partir de um poço semi-artesiano, de 27 metros, de onde a água é bombeada para caixas d'água e, então, segue através de encanamentos para nove torneiras espalhadas pela aldeia (ver mapa). Cada torneira serve de uma a várias casas vizinhas. A torneira do 'bairro' BNH não funciona, é ligada à mesma rede, mas, quando mudou para a caixa d'água nova, parou de ir água para lá, provavelmente por diferença de nível. No interior das casas, a água é armazenada em baldes e panelas, com ou sem tampa. As panelas, pratos, talheres e objetos, envolvidos no preparo e consumo dos alimentos, são lavados, com o uso de sabão, nos pontos das torneiras ou no açude. As roupas são, de modo geral, lavadas no açude, mas, às vezes, também nas torneiras. O banho é tomado, via de regra, nos açudes. As crianças pequenas são lavadas, geralmente, nas próprias torneiras, inclusive após a defecação (no caso de serem lavadas). Porém, quando a criança já é um pouco maior, que engatinha ou anda, o costume geral é limpá-la com um pequeno graveto após a defecação, sem maiores preocupações com lavagem da criança ou das próprias mãos.

O AISAN esclareceu alguns detalhes sobre o abastecimento de água e saneamento, demonstrando que é a pessoa que está mais por dentro do assunto e que compreende o funcionamento da rede de água instalada. Há uma roda d'água e um poço abaixo dos açudes e acima da casa de farinha. A bomba é movida à roda d'água (ver fotografia 15) e envia a água do poço para as caixas d'água. Porém, a roda só é impulsionada quando o açude está cheio e vaza água pelos canos que passam à meia altura da represa, o que só costuma ocorrer na estação chuvosa.

Segundo o AISAN, a rede de água foi instalada em 2000. Foi feita por uma empresa através de projeto da FUNASA. As caixas d'água novas e a bomba foram adquiridas através de projeto via associação dos Wari' e instaladas em abril de 2002. As outras caixas d'água próximas ao campo de futebol estão paradas, mas havia expectativa de que a empresa que construiu a nova escola colocasse motor para abastecê-las.

De acordo com o AISAN, houve muita diferença na saúde geral, com relação às diarreias. O pessoal pegava água mais no igarapé, cerca de 200 metros da aldeia, o mesmo que, agora, forma uma lagoa ou açude onde se toma banho e se pesca. Em 1999, a

FUNASA fez análise da água dos açudes e houve reprovação para beber. A água das caixas d'água não foi analisada.

Os filtros de água, segundo o AISAN, foram enviados pela FUNASA há três anos (referência à época da entrevista, 20/11/2002). Foram enviados cinquenta filtros e, agora, há trinta e dois, mas há casos de mudanças para outras aldeias (ver anexo 9).

As necessidades fisiológicas são realizadas em vários ambientes da aldeia. Há privadas ou latrinas (ver mapa da aldeia), mas a maioria está em condições muito precárias e, em geral, não são muito usadas. É fácil perceber a frequência com que a elas se recorre, apenas observando as condições da vegetação em seu entorno, se há ou não caminhos marcados no solo. De acordo com o AISAN, as privadas ou latrinas foram construídas com tampões (base com uma pequena abertura onde a pessoa se apóia durante o ato) de cimento trazidos pela FUNASA há mais ou menos oito anos. As fossas foram feitas com cerca de dois metros de profundidade. As casinhas são de parede de madeira e com telhas de amianto. Nunca foi alterado o lugar das privadas desde então, com exceção de algumas.

O uso das privadas, quando acontece, é basicamente para as necessidades do sistema urinário. Para o sistema digestivo, a preferência é pela mata em torno da aldeia. A distância da casa para o local do ato excretório aumenta proporcionalmente com a idade da criança, até estabilizar na idade adulta, mas também está relacionada com a composição da flora vizinha. Com isso, cria-se um ambiente de risco potencial à contaminação por patógenos e conseqüente contração de doenças gastrointestinais, como verminose e diarreia. A importância das mães nesse processo, além de outras pessoas que cuidam de crianças pequenas, está na questão educativa sobre o local apropriado para as necessidades fisiológicas, na higiene pessoal, após o ato próprio, e da(s) criança(s) após o ato desta(s). Como as mães são as pessoas mais envolvidas no preparo dos alimentos, também há uma relação entre a higiene pessoal e o risco de contaminação hídrica e alimentar.

### ***Economia***

Os Wari' de Lage Novo sobrevivem a partir dos recursos locais da TI, prestação de serviços esporádicos e de injeções mensais de recursos financeiros dos aposentados, pensionista, salários de professores, AIS, AISAN e guardas florestais.



## *Agricultura*

Praticamente todas as famílias têm roças. A espécie cultivada mais genuinamente wari' é o milho (*Zea mays* L.), particularmente, uma variedade própria que eles chamam de milho-mole (*papak*). Essa variedade de milho wari' desenvolve espigas longas, com palhas arroxeadas e, como diz o nome, seus grãos são mais tenros que o milho introduzido, chamado, por oposição, de milho-duro. O milho-mole é utilizado, basicamente, para a preparação de dois tipos de comida típicos da cultura wari', a pamonha (*kapam*) e a chicha (*tokwa*), mas também é comido assado.

A chicha continua sendo preparada, basicamente, ao modo antigo, apenas acrescentando açúcar (sacarose) que, antigamente, não existia para eles e, em alguns casos, usam máquina de moer manual. Como praticamente todos os grupos indígenas, os Wari' também aprenderam a apreciar o açúcar e, com ele, adquiriram também os sérios problemas de dentição e outros prejuízos à saúde. Além de adoçar, o açúcar acelera o processo de fermentação da chicha. Para preparar chicha, as mulheres buscam o milho-mole na roça, trazendo as espigas já descascadas. Depois, debulham e põem sobre uma prancha própria para moer os grãos, chamada de *xin kirip* ou *hopayi pana*, ou então sobre uma grande pedra (*pakun*). Para moer, a mulher senta-se com as pernas dobradas e, utilizando-se de uma pedra oval, pressiona os grãos num movimento de vai e vem lateral constante e ritmado até que se transformem numa farinha grossa e úmida, pois vai se jogando água sobre o milho para umidificar e facilitar a moagem. O passo seguinte é misturar a massa moída com água, esquentar e deixar fermentar. Pode-se consumir logo após o preparo e nos dias seguintes. A cada dia, a bebida estará mais fermentada, azeda. O grau alcoólico aumenta e, consumindo-se em grande quantidade, provoca embriaguez. Tanto a chicha azeda quanto a doce eram e são utilizadas durante as festas tradicionais, como o *tamara*, realizado em Lage Novo em abril de 2003, o *hüroroin'* e o *hwitop*. Uma descrição dessas festas é encontrada em Vilaça (1992:170-195). Conklin (1989:64-67) discute a importância do milho na cultura wari', tanto como alimento como seu uso em rituais funerários e em festas na forma de chicha.

Quanto ao milho-duro, seu plantio é destinado exclusivamente para a comercialização. Costuma-se debulhar todo o milho à mão, ensacá-lo (50 a 60 kg por saca) e, assim, transporta-se para a cidade, onde é vendido no ato para os compradores que, via de regra, aparecem no Mercado Público de Guajará-Mirim. O Mercado Público da cidade é

o local onde os Wari' comercializam a maioria dos seus produtos. O valor é, geralmente, negociado na hora entre vendedor e comprador, mas sempre há um preço que serve de base para o comércio, que varia segundo a oferta e procura do produto.

Outras espécies alimentícias importantes cultivadas pelos Wari' são a mandioca, com variedades para fazer farinha e para comer cozida, inhame ou cará (*Dioscoria sp*), taioba (*Colocasia sp*), batata-doce (*Ipomoea batatas* Lam.), mamoeiro (*Carica papaya* L.) e, após o contato, arroz (*Oryza sativa* L.), feijoeiro (*Phaseolus vulgaris* L.), bananeira (*Musa spp*), melancia (*Citrullus vulgaris* Schrad.) e abóboras (*Cucurbita spp*). Outras espécies frutíferas são cultivadas eventualmente, mas não são espécies marcantes nas roças.

As roças são em formato circular e podem ser de cultivos isolados ou consorciados. Há algumas de tamanho menor, com cerca de quarenta a cinquenta metros de diâmetro, geralmente, com apenas uma espécie cultivada, como a macaxeira. Outras são maiores e, geralmente, são cultivadas com várias espécies, sendo o milho a predominante. O aspecto geral de uma roça é um mosaico de cepos, troncos e galhos de árvore queimados, cinza, ervas em emergência, as plantas cultivadas emergidas de covas distribuídas a distâncias mais ou menos regulares entre si, tudo cercado pela floresta limítrofe.

Alguns plantios agroflorestais foram feitos com financiamento do Planaflo, mas, segundo informações, foram destruídos pelo fogo. Nesses plantios, destaca-se a pupunheira (*Guilielma sp*) e o açazeiro (*Euterpe sp*), arecárias que produzem frutos comestíveis e também o palmito (miolo comestível da parte terminal do caule). Espécies não comestíveis e importantes na cultura pré-contato são o algodoeiro (*Gossypium sp*), o urucum (*Bixa orellana* L.) e o genipapeiro (*Genipa americana* L.). O algodão e o urucum não são mais cultivados em Lage Novo. O genipapeiro é encontrado naturalmente nas matas e usado para pintar motivos no corpo durante as festividades. Não observei o uso do urucum como tinta em Lage Novo e Linha Dez.

### *Animais*

Na aldeia Lage Novo, há uma grande área de pastagem, parte separada por uma cerca de arame farpado, que sustenta cerca de cem cabeças de gado bovino (*Bos taurus*). Dentre essas cabeças, há um certo número de vacas que são ordenhadas diariamente por dois wari', eleitos em reunião para serem os 'vaqueiros' e que, pelo serviço prestado,

devem receber cabeças de gado como pagamento. Os dois vaqueiros são responsáveis, além da ordenha, pelo manejo diário desse gado que é conduzido para diferentes áreas de pastagem em torno da aldeia, inclusive no entorno das casas, onde também predomina o capim degustado pelas reses. A ordenha é realizada no próprio curral. Não há uma infraestrutura própria para manejar as vacas durante essa atividade. O leite fornecido é distribuído entre as famílias que se dirigem ao curral ou às casas dos vaqueiros para receber sua quota, representando uma fonte alimentar importante para as crianças, embora a produção seja limitada e a qualidade do produto questionável devido à rusticidade no manejo. O fornecimento de carne bovina é limitado aos momentos de festa ou de mutirões. Os mutirões acontecem quando é necessária alguma atividade ligada ao coletivo, como roçagem do pasto ou do entorno da aldeia, coleta de madeira para financiar alguma despesa coletiva ou outra atividade de interesse comum da aldeia. Eventualmente, alguma cabeça de gado pode ser comercializada quando há necessidade de recursos com finalidade de interesse comum. O crescimento do ‘plantel’ é perceptível nos últimos anos. Novaes (1996:7) cita a existência de 55 cabeças em março de 1994, o que mostra que dobrou o número em oito anos. Esse rebanho relativamente numeroso e circulando por todas as áreas da aldeia também acaba sendo um problema de ordem sanitária. Há noites em que as reses ‘abrigam-se’ em torno e sob a cobertura aberta das casas, deixando, no local, uma grande quantidade de excrementos. Ao amanhecer, as ‘marcas’ deixadas pelo gado, além de representarem elas mesmas um transtorno sanitário, contribuem também para atraírem moscas e outros insetos carreadores de patógenos intestinais e serem alvo de outros animais domésticos e de passos humanos desavisados. Nem sempre há preocupação em remover de imediato os dejetos bovinos e mesmo de outros animais ou de crianças.

Outros animais criados na aldeia, mas de menor importância, são os galináceos, patos, cachorros, gatos e alguns animais silvestres que, geralmente, são filhotes de espécies abatidas na caça. Dentre esses últimos, observei um filhote de tatu (*pikot*), um tamanduá, dois macacos-prego, um porquinho, papagaios, araras, periquitos e outras aves.

Animais domésticos só são comidos eventualmente. Das galinhas, apreciam também os ovos (*arayein coc taraho*). A preferência é por animais de caça, cujas espécies mais comuns estão citadas na Tabela 1. A pesca representa uma atividade relativamente importante, embora não forneça uma quantidade suficiente de proteína. A pesca nos três

açudes da aldeia é mais praticada pelas crianças e mulheres e apenas pequenos peixes são fígados pelos anzóis. As informações são de que há peixes maiores nos açudes, como o tambaqui, mas que dificilmente são pescados. Os homens vão, de vez em quando, até o rio Lage pedalando suas bicicletas. Lá, conseguem pescar peixes maiores, como a jatuarana, o tucunaré e outros.

### *Coleta*

O principal produto de coleta é a semente da castanheira, conforme já descrito acima. Porém, a atividade em torno desse recurso natural é sazonal e restringe-se ao período entre dezembro e fevereiro, quando os frutos da castanheira, chamados de ‘ouriços’, caem das altas copas da árvore. A castanheira é uma espécie que depende da mata para sua preservação. Isoladas em campo aberto, elas não resistem por muito tempo. Além disso, são necessárias décadas de desenvolvimento para que uma árvore inicie sua produção. Deve haver, portanto, uma preocupação em torno da preservação dessa espécie endêmica da Amazônia que exige uma preservação da floresta como um todo. A existência das TI e outras áreas de preservação ambiental, habitadas ou não, associadas a programas de manejo florestal, são essenciais para a manutenção dessa e de outras espécies.

Diversos outros recursos são aproveitados pelos Wari’ em regime de coleta. Das palmeiras em geral, aproveitam os frutos e o palmito para alimentação, as palhas para cobertura das casas e para a confecção de esteiras de dormir, a casca do estipe para parede e assoalho. Há várias espécies importantes nesse sentido, como, por exemplo, pupunha (*Guilielma sp*), patoá (*Jessenia sp*), babaçu (*Orbignia sp*), açai (*Euterpe sp*), buriti (*Mauritia sp*), ouricori (*Attalea sp*), sem contar o coco (*Cocos sp*) introduzido e cultivado em volta das casas. Há uma série de outras espécies nativas que produzem frutas conhecidas e apreciadas pelos Wari’. Há o cipó timbó (Sapindaceae), chamado de *mowa*, usado na pesca. Para manufaturar arcos, flechas e arpões, utilizam-se de algumas espécies de bambu ou taboca (Gramineae) que são guardadas em casa aos feixes. O látex do caucho (*Castilloa sp*) é aproveitado para cobrir o *towa*, instrumento de percussão elaborado para ser usado durante as festas wari’, cuja base de argila (*toxam*) em forma de vaso (*hato*) é feito pelas mulheres e, depois, envolvido com caucho pelos homens (ver fotografias 3 e 4). Uma série de espécies vegetais é conhecida como sendo terapêutica pelos Wari’.

considerada, nesse caso, dentro da sua cosmologia e de suas concepções de saúde, doença e cura. Como recurso de coleta, há ainda diversos tipos de mel (*tawi*), muitos dos quais indicados em tratamentos de saúde, inclusive para diarreia, ou apenas como alimento.

### *Artesanato*

O artesanato, atualmente, representa uma fonte de renda para os Wari', mas não é significativa. As peças são comercializadas em Guajará-Mirim ou para eventuais visitantes e pesquisadores. Confeccionam algumas peças mais tradicionais e com significado cultural, como o *towa*, os cestos (*wao'*), as flechas (*kiwo*), cocares e outras peças criadas mais especificamente para fins comerciais, como colares e pulseiras de sementes e dentes de animais e outras. A FUNAI mantém um espaço na administração regional de Guajará-Mirim, onde os Wari' e outros grupos deixam seu artesanato para venda em consignação. Na mesma cidade, há uma loja de artesanatos onde também há artigos indígenas.

### *Salários, pensão e aposentadorias*

A grande injeção de recursos financeiros para os Wari' de Lage Novo e das outras aldeias, atualmente, são as aposentadorias dos idosos, os salários de professores, AIS, AISAN e guardas florestais wari'. Há pelo menos um wari' pensionista, por ser portador de excepcionalidade física adquirida no período néo-natal e, por isso, faz uso de uma cadeira de rodas. Na época de receberem os proventos, se dirigem à cidade na carroceria do veículo da aldeia. Após retirarem seus pagamentos no banco, vão ao comércio, onde compram produtos alimentícios e outros artigos industrializados de que necessitam ou gostam de usufruir. Compram, principalmente, arroz, feijão, sardinhas enlatadas, charque, açúcar, sal, óleo vegetal, café, macarrão, sopa pré-preparada instantânea, leite em pó, farinha láctea, doces e outros. Além de alimentos, compram pilhas, munição de armas de fogo, peças para as bicicletas e utensílios domésticos em geral. Algumas famílias possuem fogão a gás e, para tanto, compram, eventualmente, cargas de gás para os butijões, mas só o adquirem quando não há outras prioridades, caso contrário, cozinham com lenha. Quase todos os idosos são aposentados após atingirem a idade legal para receberem esse benefício. Sabe-se que a idade dos Wari' mais velhos não é precisa, já que não havia o costume de contar a idade em anos. Nesses casos, a idade é estipulada a partir da associação da história de vida

com fatos conhecidos da história, chegando-se, então, a uma aproximação do que seria a idade real da pessoa. Alguns idosos, no entanto, não possuem documentos ou perderam os que possuíam, atrasando ou impossibilitando o processo de aposentadoria, muitas vezes por ignorarem os trâmites legais.

Há cinco professores wari', todos contratados (temporária ou permanentemente) e recebendo salários pela SEDUC. Há dois AIS e um AISAN contratados, desde 2000, pela FUNASA/CUNPIR e recebendo um salário mínimo cada um. Ressalte-se que, ultimamente, houve grandes atrasos no pagamento desses salários devido a problemas de gerenciamento e prestação de contas dos recursos repassados pela FUNASA para a ONG conveniada no DSEI-PVH. Há outro AIS contratado pelo PACS (Programa de Agente Comunitário de Saúde) da prefeitura de Guajará-Mirim. Dois homens wari' são contratados para trabalharem como agentes de vigilância ambiental, ou guardas florestais, na TI, através de uma ONG que assumiu a administração do Parque Estadual de Ouro Preto, vizinho à TI, em convênio com o governo do Estado de Rondônia, e recebem também um salário mínimo cada um. Os professores são os que percebem maiores honorários. Essa diferença de vencimentos tem criado um certo desconforto por parte de alguns AIS da TI, um dos quais manifestou o desejo de estudar para ser professor porque receberia mais pelo trabalho.

### ***Lideranças***

Não havia, antigamente, chefes ou autoridades wari' com poder de governo sobre o grupo. Segundo Meireles (1986:196-7), os *makarakon* jamais tiveram 'chefes' ou líderes, não existindo na língua wari' uma palavra para "chefe",

a ausência da palavra 'chefe' reflete, na língua, a ausência da instituição. (...). Essa ausência de hierarquia reflete-se no comportamento individual hoje, que é extremamente particularizado. Os objetivos de vida do indivíduo são traçados em geral por ele mesmo...

A palavra *taramatikon* é usada para se referir ao chefe de Posto e somente a ele. Entre os wari', não há essa referência a nenhuma pessoa. Internamente, as lideranças são ocasionais, em atividades coletivas, e determinadas mais pela iniciativa de cada um.

Externamente, no entanto, alguns homens acabam tendo uma importância relativamente maior nas negociações políticas e participações em reuniões com as instituições públicas ou para resolver problemas coletivos da aldeia ou da TI como um

todo. A figura do cacique foi instituída pela FUNAI e é sempre reconhecida pelos *wiyam*, de acordo com a idéia genérica de que todo grupo indígena possui um chefe, o qual é chamado de cacique. Isso não se aplica à tradição wari', mas, em função dessa tendência externa, há um 'cacique' em cada aldeia wari'. O 'cacique' representa o grupo em certas reuniões institucionais e negociações com os *wiyam*, às vezes, assessorado pelo chefe de Posto. Reconhece-se na pessoa do cacique de Lage Novo alguém que impõe respeito pelo modo enfático de seus discursos, fala relativamente bem em português, é articulado e tem capacidade de negociação. Faz questão de demonstrar que domina o conhecimento tradicional wari', sempre se dispondo a conceder entrevistas. Entretanto, sua aceitação como 'cacique' não é unânime em Lage Novo. Ouvem-se críticas a sua atuação e há quem o aponte de inoperante, pouco atuante, sem autoridade.

Novas lideranças, a exemplo da maioria dos grupos indígenas no Brasil, surgiram, nos últimos anos, entre os jovens professores, AIS e AISAN. Esses atores freqüentam cursos de formação mais ou menos regulares e, dessa forma, passaram a dominar discursos e a compreender o funcionamento de certas instâncias políticas e institucionais. Além disso, adquiriram mais fluência na língua portuguesa e hábitos mais próximos dos *wiyam*, o que, de certa forma, os deixam mais à vontade no relacionamento com aqueles. Co-representam o grupo em reuniões, conselhos de saúde e educação e outras instâncias e são ouvidos tanto fora como dentro da aldeia. Porém, mantêm-se a autonomia individual e de cada família no que diz respeito à vida cotidiana, particular e econômica.

#### *A Aldeia Linha Dez*

Farei, aqui, uma descrição complementar sobre a aldeia Linha Dez, restringindo-se às questões de estrutura da aldeia. Trata-se de uma aldeia de dimensões menores que a aldeia Lage Novo. Foi 'fundada' há poucos anos. O primeiro morador foi um Oro Nao', seguido por parte de sua família. Ele continua morando na aldeia com sua segunda esposa. Com o tempo, outros wari' foram morar em Linha Dez, originários, principalmente, de Lage Novo. Algumas famílias acabaram voltando para Lage Novo. A população, em abril de 2003, era de 89 pessoas, sendo 40 mulheres e 49 homens (ver tabela 8 e figura 2), a maioria crianças e adultos jovens. A Tabela 6 mostra a densidade ocupacional das casas.

																		total	média
n° da casa	14	6	2	4	16	7	s/n°	3	s/n°	s/n°	10	17	15	s/n°	5	1	<b>16</b>		
n° de pessoas	9	4	5	5	8	7	2	5	5	3	4	3	7	7	5	10	<b>89</b>	5,56 (89/16)	
n° de > 5 anos	2	1	2	2	2	0	0	2	3	0	2	0	1	1	0	2	<b>20</b>	1,8 (20/11)	

Um dos maiores problemas é o abastecimento de água. Não há fontes de água corrente perto da aldeia e todos dependem de dois poços cavados, um ao lado do outro, junto da casa do primeiro morador, *Cotem We' Oro Nao'*. Um dos poços é mais antigo e, dele, a água é retirada com um balde atado a uma corda. Esse poço é coberto com laje cimentada elevada a cerca de 1 metro do chão por paredes de alvenaria. Entretanto, em volta do poço, forma-se um lamaçal quando dependem de sua água. Ao retirarem a água com o balde, a corda acaba sendo largada no chão a cada vez que o balde é puxado do fundo do poço. Ao lançar-se novamente o balde ao fundo, a corda carrega uma quantidade de sujeira com ela. Além disso, costuma-se tomar banho, lavar roupa e louça em volta desse mesmo poço, utilizando-se da mesma corda para conseguir a água. Cada pessoa que busca água leva o seu próprio balde. A caixa d'água instalada sobre esse poço está desativada.

Um segundo poço foi cavado e protegido com tampa ao lado do primeiro. Uma caixa d'água foi instalada sobre ele. Para abastecer a caixa, é necessário bombear a água do poço com um motor instalado numa casinha ao lado. Trata-se de um motor movido a óleo diesel e que, na época da pesquisa, estava com a mecânica comprometida e consumindo muito óleo diesel e óleo de motor. O grande problema, nesse caso, é a falta do combustível. A FUNASA fornece uma quota todos os meses, mas que dura cerca de duas semanas, ligando-se o motor duas ou três vezes ao dia. Faltando combustível e óleo para motor, a aldeia fica sem água nas torneiras e necessita recorrer ao primeiro poço e retirar a água com corda e balde. Há uma rede de água instalada a partir da caixa d'água em direção a torneiras situadas em diversos pontos da aldeia e a um chuveiro instalado nos fundos da Escola e Posto de Saúde. Outro problema que compromete o abastecimento de água é que, quando a caixa d'água é abastecida, todos ligam as torneiras para encher seus vasilhames e corre-se para o chuveiro para tomar banho, além dos banhos nas próprias torneiras. As mulheres lavam roupa e louça também nas torneiras e no chuveiro e, durante toda a execução dessas atividades, costumam manter as torneiras abertas. Não há o senso de economia de água. Dessa forma, em poucos instantes, o estoque da caixa vai, literalmente, por água abaixo. Comentando a esse respeito com o AIS de Linha Dez, ele exclamou que “*não adianta falar,*



*wari' é assim mesmo*”, afirmando que já havia conversado com todos, principalmente as mulheres, para economizar água, mas não obteve resultado.

Há um igarapé de água corrente e abundante na época do inverno e que, segundo dizem, mesmo no verão contém água adequada, mas que fica a alguns quilômetros da aldeia (ver fotografia 11), onde se chega, até suas margens, através de uma estrada aberta com máquina em meio da floresta. O local é cercado pela floresta e é bastante agradável. Eles costumam ir até lá de bicicleta ou caminhando para tomar banho ou lavar roupa, mas, como fica relativamente distante, não se pode ir com muita frequência. Segundo me informaram, estão com a idéia de mudar toda a aldeia para esse local ao lado do igarapé. A maior dificuldade seria transferir os prédios da Escola e do Posto de Saúde, os quais foram construídos há pouco tempo pela FUNAI e FUNASA respectivamente. Para transferir a aldeia, teriam que abrir uma área da mata. Uma questão que se levanta é o risco de contaminação dessa fonte caso as construções não sejam feitas num ponto adequado, ou seja, abaixo do ponto de captação de água. Dizem que a idéia inicial, quando da fundação da aldeia, era que fosse construída ao lado ou próxima do igarapé, mas, por influência do administrador regional da FUNAI, decidiu-se pelo atual local. A justificativa era a existência de áreas já abertas e que serviriam para a agricultura por serem mecanizadas, já trabalhadas com os tratores da FUNAI. No entanto, justamente essas áreas que poderiam ser cultivadas com ‘máquinas’ estão exauridas e não produzem adequadamente. As plantações feitas aí simplesmente não vingam. Os Wari’ continuam fazendo suas roças ao modo tradicional (ver fotografia 16). Pessoas de Lage Novo, ao se referirem à Linha Dez, dizem que “*o problema é que não tem água*”. Várias famílias de Lage Novo fazem roças em Linha Dez, mas não moram lá.

Esse problema de abastecimento de água reflete-se diretamente no quadro epidemiológico da aldeia. Ao chegar em Linha Dez, onde permaneci de 24 de março a 11 de abril de 2003, logo constatei que havia uma incidência relativamente grande de diarreias. Não foi difícil associar esse quadro com o problema de abastecimento de água aliado a outras questões sanitárias. A única privada da aldeia está localizada nos fundos do pátio da Escola e Posto de Saúde, que ficam lado a lado (ver fotografia 10). É um buraco não muito profundo, coberto por um tampo de madeira com uma pequena abertura oval por onde o indivíduo deve ‘mirar’ o fundo do buraco. Para ‘esconder’ a pessoa que ‘obra’, há uma

parede tosca, com dois lados, ocultando apenas a parte voltada para a aldeia. Essa privada fica a alguns metros adentro de uma área de capoeira. Ao lado, há um depósito de lixo escolar e outros lixos. As pessoas que usam essa privada são, ao que parece, apenas crianças que estão em aula, as quais vão sós ou em grupos para ‘obragem’ no local, quando muitas acabam defecando em volta da privada e não no buraco para isso destinado. Tanto em Linha Dez como em Lage Novo, a preferência, na hora da necessidade, é pela capoeira ou mata. A diferença é que, em Lage Novo, há um número razoável de privadas que foram construídas há alguns anos e que, eventualmente, são usadas por algumas pessoas.

Na aldeia Linha Dez, há 16 moradias, cada qual com uma família nuclear ou, em poucos casos, uma família extensa. Todas as casas são cobertas com folhas de palmeira (palha), em formato retangular, paredes de paxiúba, com apenas uma exceção, com assoalho elevado do chão cerca de 0,8 a 1 metro, ou seja, seguindo o padrão regional. Uma casa de um professor possui paredes e assoalho de tábuas de madeira serrada. A casa do AIS é feita, parcialmente, com piso de cimento queimado e possui duas coberturas lado a lado, uma sendo usada como cozinha. Uma das casas possui assoalho elevado do chão a uma altura bem maior que as outras, cerca de 1,8 metro. A casa de um dos professores estava sendo construída na época em que permaneci na aldeia. Cavam-se seis buracos, formando um retângulo, e se fixa um esteio em cada um, depois se estende, sobre esses, varas grossas sobre as quais se montará a estrutura da cobertura em duas águas. Para o piso, se fixam pequenos pilares, junto dos esteios, e, sobre eles, se monta a estrutura do assoalho. A palha da cobertura é amarrada com embira (fibra vegetal) ou pregada.

A maioria das casas está em volta ou perto da Escola, Posto de Saúde (ver fotografia 6 e 9) e da igreja da MNTB. Algumas estão mais afastadas, mas todas ao lado da estrada que dá acesso à aldeia. A rede de água segue essa mesma linha, indo até a última casa, a primeira quando se chega na aldeia. Há uma rede elétrica com lâmpadas postas externamente às casas e que é acionada pelo mesmo motor que bombeia água do poço para a caixa. Porém, só acionam a rede elétrica eventualmente devido à falta de combustível. Havia um aparelho televisor, na varanda da escola, e antena parabólica. Na época da pesquisa, no entanto, houve problemas de funcionamento no aparelho da antena por causa de goteiras de chuva e, na tentativa de consertar, os wari’ acabaram ‘detonando’-o de vez.

A escola (ver fotografia 6) é toda de madeira, com cobertura de amianto, e dividida em uma sala de aula, um depósito de materiais ou almoxarifado e um alojamento (com ‘quarto’, ‘sala’ e ‘cozinha’) destinado à professora *wiyam* que permanece na aldeia durante os dias letivos. As aulas são ministradas por dois professores wari’ e uma professora *wiyam*. Os professores wari’ estão participando do curso de formação de professores através do “Projeto Açai”. Um deles estudou até a quinta série na aldeia Tanajura, e fez supletivo de primeiro grau. Depois, fez teste para ingresso num Colégio Agrícola de Ji-Paraná. Estudou lá o ‘Técnico Agrícola’ equivalente ao segundo grau. Depois, começou a dar aula pela prefeitura em Tanajura, Lage Novo, Ribeirão e, agora, Linha Dez. Chegou a iniciar faculdade de pedagogia na UNIR-GMI, mas trancou matrícula porque não teve condições de arcar com as despesas. A professora *wiyam* iniciou a faculdade com ele e já se formou, mas só começou a lecionar em Linha Dez em 2003. Os três professores dividem a sala de aula alternando seus horários de trabalho. Há dias em que o espaço da igreja é usado como sala de aula. Além das turmas de primeira a quarta séries, há alunos das séries seguintes que estudam numa única turma com a professora *wiyam*.

Em Linha Dez, também há um campo de futebol. O terreno possui algumas ondulações e o mato teima em crescer sobre seu espaço, já que ele não é gramado. Esse campo não recebe atletas com tanta frequência quanto em Lage Novo, até porque a população é menor e nem sempre é possível montar duas equipes para jogar.

O entorno das moradias da aldeia é formado por roças, capoeira e mata secundária. Nos terrenos onde houve mecanização agrícola pel FUNAI, predominam ervas e capim. Há muitas bananeiras e mamoeiros, além de ervas, capim e barraços de batata-doce.

Os animais resumem-se a cachorros, gatos, macaco-preto, galinhas, patos e aves silvestres. Além desses, não há criação de bovinos nem outro tipo de animal.

O Posto de Saúde atual (fotografia 6 e 9) foi construído recentemente e ainda não está concluído. É uma pequena construção de madeira, cobertura de amianto, sem forro, piso de cimento queimado, três portas e três janelas, uma delas ainda sem a ‘tampa’. No seu interior, por enquanto, só há um armário de metal com alguns medicamentos, uma mesa, um banco de madeira e um filtro de água. Segundo o AIS, há planos para dividir o espaço interno em três ambientes, um para atendimento ao público em geral, um para consultório e outro para alojamento ou quarto.

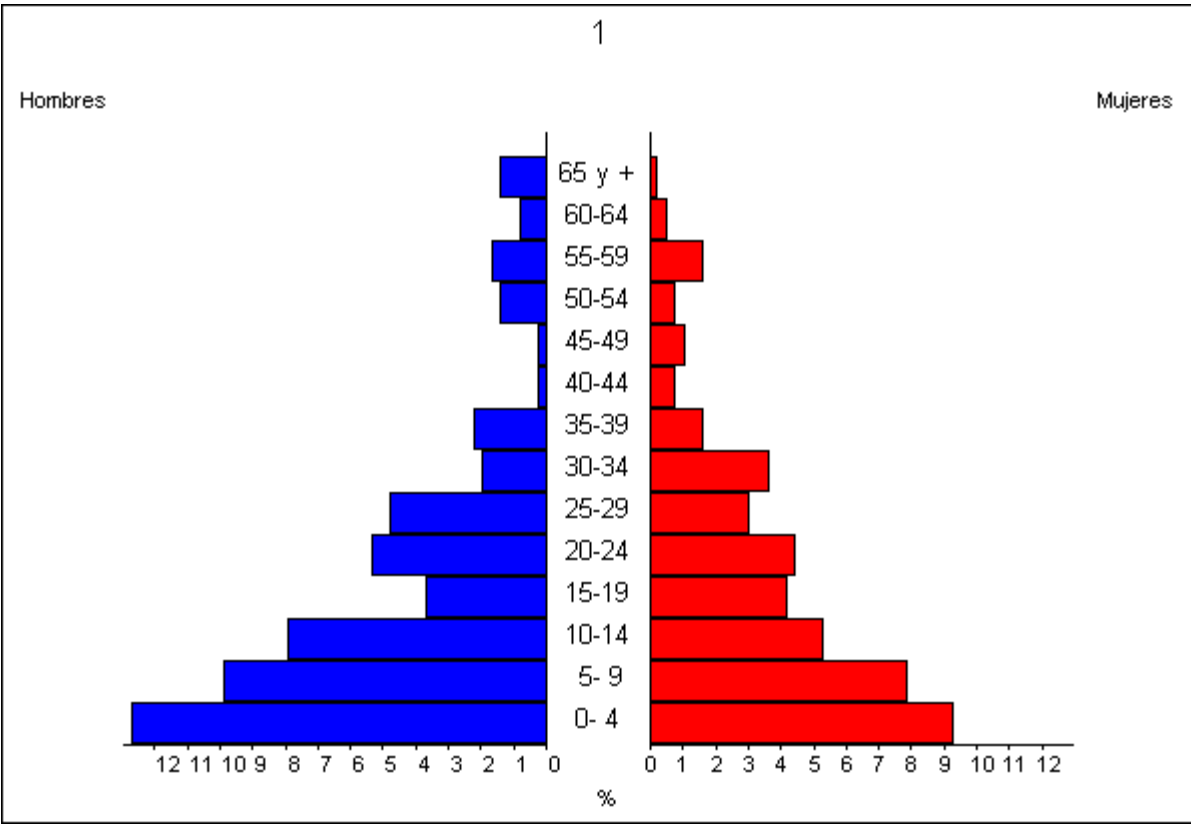
Tabela 7: população de Lage Novo por faixa etária e sexo (referente a abril de 2003)

Faixa Etária	masculino	% (n/144)	feminino	% (n/120)	total	% (n/264)
0<1	7	4,86	7	5,83	14	5,3
1<5	24	16,67	20	16,67	44	16,67
5<10	27	18,76	21	17,5	48	18,18
10<15	22	15,28	16	13,34	38	14,4
15<20	11	7,64	9	7,5	20	7,58
20<25	14	9,72	10	8,33	24	9,09
25<30	11	7,64	9	7,5	20	7,58
30<35	5	3,47	11	9,17	16	6,06
35<40	6	4,17	5	4,17	11	4,17
40<45	1	0,69	1	0,83	2	0,76
45<50	1	0,69	4	3,33	5	1,89
50<55	5	3,47	2	1,67	7	2,65
55<60	5	3,47	4	3,33	9	3,4
60<65	3	2,08	1	0,83	4	1,51
65<	2	1,39	0	0	2	0,76
total	144	100	120	100	264	100

Tabela 8: população de Linha Dez por faixa etária e sexo (referente a abril de 2003)

Faixa Etária	masculino	% (n/49)	feminino	% (n/40)	total	% (n/89)
0<1	-3	6,12	2	5	5	5,62
1<5	-11	22,45	4	10	15	16,85
5<10	-8	16,33	7	17,5	15	16,85
10<15	-6	12,25	3	7,5	9	10,11
15<20	-2	4,08	6	15	8	8,99
20<25	-5	10,2	6	15	11	12,36
25<30	-6	12,25	2	5	8	8,99
30<35	-2	4,08	2	5	4	4,5
35<40	-2	4,08	1	2,5	3	3,37
40<45	0	0	2	5	2	2,25
45<50	0	0	0	0	0	0
50<55	0	0	1	2,5	1	1,12
55<60	-1	2,04	2	5	3	3,37
60<65	0	0	1	2,5	1	1,12
65<	-3	6,12	1	2,5	4	4,5
total	-49	100	40	100	89	100

Figura 2: Pirâmide populacional de Lage Novo e Linha Dez (somadas) em percentagem (programa EPIDAT 3.0):



Índices

Valor

Idade Média	18,9490
Idade Mediana	13,7766

### CAPÍTULO III

## SISTEMA DE CUIDADOS EM SAÚDE E A POLÍTICA OFICIAL

Um sistema de assistência à saúde não pode ser isolado de outros aspectos de uma determinada sociedade, como organização social, religiosidade, política e economia, pois a assistência à saúde entrelaça-se com esses e outros aspectos (Helman, 2003:71). É com essa perspectiva que procuro discutir sobre os cuidados de saúde, com ênfase nos tratamentos das doenças diarreicas.

Para o propósito de meu trabalho, vou considerar o ‘setor profissional’ dentro do ‘sistema de cuidados em saúde wari’, como sendo representado pelo Serviço oficial de saúde através das equipes de profissionais que atuam no convênio FUNASA/CUNPIR, inclusive os AIS, os da rede do SUS, da rede privada e toda a estrutura que envolvem. Os AIS, no entanto, podem ser considerados profissionais intermediários entre os setores ‘popular/informal’ e ‘profissional’.

Considero o ‘setor *folk*’ wari’ como sendo representado pelas práticas de saúde ligadas ao xamanismo, ou seja, um setor que lida com problemas patológicos ligados ao sagrado, ao mundo dos ‘espíritos’ (*yam*), que envolve os especialistas xamãs e que tem raiz exclusiva na cultura wari’. Este setor *folk* wari’ é contemplado na discussão sobre xamanismo e conceitos relacionados, no capítulo IV, onde discuto a sua situação nas aldeias Lage Novo e Linha Dez.

Tratamentos diversos citados e descritos pelos Wari’ em geral, mas não ligados às práticas diretas dos xamãs, classifico no setor ‘popular’ (*cf.* Kleinman, 1980:50-8) ou ‘informal’ (*cf.* Helman, 2003:72-5) wari’<sup>15</sup>. Centrando minha pesquisa na população wari’ geral, não em especialistas, o ‘setor informal’ aparece mais evidenciado. Compreende os recursos mais imediatos aos quais as pessoas em geral recorrem, dos quais possuem mais conhecimento, inclusive algumas técnicas, geralmente mais antigas ou tradicionais, que nem sempre são utilizadas. Porém, via de regra, há um uso mais acentuado desses ‘remédios’ nos estágios iniciais de um processo de doença, tendendo a retardar o quanto possível a recorrência a um outro setor de saúde do sistema local. Quando há uma decisão

---

<sup>15</sup> Utilizarei, aqui, o termo ‘informal’ em preferência ao termo ‘popular’ para evitar confusão com algumas referências ao termo *folk*, o qual é tratado como equivalente a ‘popular’ em algumas bibliografias. Além do mais, essa opção pode ser justificada pelo fato de que as modalidades terapêuticas não xamânicas (setor *folk*), nem ao setor profissional, caracterizam-se, justamente, pela informalidade.

em ultrapassar esse limiar ou esse passo é inevitável, há uma tendência em manterem-se estratégias ‘informais’ de tratamento paralelamente. Quando o ‘setor profissional’ envolve a atuação direta dos AIS, a interseção com o ‘setor informal’ é mais evidente, dependendo da doença e de seu estágio. No caso das doenças diarréicas, essa interseção é explicitada, principalmente, quando se trata dos tipos de diarréia considerados menos graves, ou seja, quando não envolvem eliminação de sangue com as fezes.

Os ‘setores de saúde’, conforme colocados acima, não devem ser vistos como unidades herméticas, mas apenas como categorias de análise. Há uma série de interconexões que tornam o sistema um todo complexo e aberto, com fluxos e contrafluxos entre seus setores. Uma visão sistêmica não pode existir quando não há ligação entre as partes. Tais ligações, no entanto, dependem do observador.

### *Serviços Oficiais de saúde*

Os Serviços Oficiais de saúde são constituídos por todos os serviços, com sua estrutura e profissionais, reconhecidos oficialmente. No Brasil, o setor oficial de saúde é bastante complexo, constituído, atualmente, por um sistema público, o Sistema Único de Saúde (SUS), e por um sistema privado representado pelas redes privadas de Planos de Saúde e Instituições de Saúde. O SUS é resultado de um processo histórico, principalmente a partir das décadas de setenta e oitenta. Para uma leitura acerca do processo histórico de surgimento do SUS, sua consolidação como política de saúde pública para o Brasil e normas básicas de seu funcionamento, há uma bibliografia relativamente extensa e, por isso, não me deterei nesse assunto em particular. Como exemplo, cito Faria & Jatene (1995), Cohn (2000), Brasil (2002a, 2002b, 2003a, 2003b, 2003c, 2003d). Cohn (2000:319) comenta sobre o modelo de atenção à saúde do SUS:

No que diz respeito ao modelo de atenção à saúde ainda hoje em vigor, ele se caracteriza por ainda ter a assistência hospitalar como a referência central (o que no jargão da área é denominado modelo hospitalocêntrico), do que decorre a ênfase na atenção curativa em detrimento da ênfase na atenção preventiva e de promoção da saúde (destaque do original).

Quanto à cobertura da população, Cohn (2000:319) destaca três programas: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Piso de Assistência Básica (PAB), os quais voltam-se, fundamentalmente, para a extensão e a universalização da assistência primária de saúde à população brasileira.

Para a população indígena, apesar de estar, pelo princípio de universalização, contemplada no SUS, foi criado um subsistema de saúde. Até 1999, essa responsabilidade vinha sendo dividida entre a FUNAI (Fundação Nacional do Índio) e a FUNASA (Fundação Nacional de Saúde). À primeira, ficava a parte curativa e, à FUNASA, cabia a parte preventiva. Após longas discussões e planejamentos, impulsionados pelas Conferências Nacionais de Saúde Indígena, idealizou-se a criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Em 1999, um decreto transfere os profissionais de saúde da FUNAI para a FUNASA e cria os DSEI. A idéia é que a rede dos DSEI trabalhe articulada com a rede do SUS.

Langdon (1999) apresenta uma síntese da história das políticas de saúde voltadas à população indígena, com ênfase na política brasileira. A autora ressalta o papel da etnicidade na construção das políticas de saúde indígena no Brasil:

para analisar a questão da saúde e povos indígenas na América Latina e o papel das ciências sociais na pesquisa e em outras atividades no campo da saúde, é necessário considerar o surgimento da etnicidade como fator central na história dos índios nas últimas décadas deste século e como fator que confronta os governos latino-americanos, exigindo uma reformulação da política e da provisão dos serviços de saúde para os povos indígenas. O surgimento de etnicidade também exige que as ciências sociais repensem e reorientem suas teorias e suas atividades práticas neste campo de saúde indígena (Langdon, 1999).

Em relação à organização dos Serviços de Saúde indígena, após a reforma que daria início à construção do SUS na década de oitenta, realizou-se a Primeira Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (CNSPI), em 1986 (Langdon, 1999). Em 1993, aconteceu a segunda CNSPI, quando o movimento indígena e profissionais ligados à área referendaram o modelo de organização dos serviços de saúde indígena em termos de Distritos Sanitários ligados ao SUS, o qual foi implantado pela FUNASA, em linhas gerais, em 1999 (Athias & Machado, 2001). Em 1991, no entanto, já havia sido implantado um primeiro Distrito Sanitário Indígena voltado aos Yanomámi, quando de um decreto (nº 23) que transferiu a responsabilidade da saúde indígena da FUNAI para o Ministério da Saúde. Porém, em 1994, a saúde indígena voltou para a responsabilidade da FUNAI e o processo de distritalização foi interrompido, só retornando em 1999, novamente através da FUNASA (Garnelo & Brandão, 2003:235). Assim, o Ministério da Saúde outorgou à FUNASA a responsabilidade de gerir o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, o qual deve estar articulado com o SUS, instituindo-se, a partir de agosto de 1999, a Política Nacional de



Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, preconizada na Constituição e na Lei Orgânica da Saúde (FUNASA, 2004a). Uma dissertação de mestrado defendida na Universidade de Brasília (*cf.* Magalhães, 2001) discute a política de saúde indígena do Estado brasileiro, abordando as mudanças ocorridas em 1999 que criaram os DSEI. A dissertação focaliza o Distrito Sanitário Yanomami, mas traz um trecho voltado à reforma sanitária brasileira e à saúde indígena (pp. 52-68), com uma discussão específica da chamada Lei Arouca (Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999), a qual cria o Subsistema de Saúde Indígena.

A FUNASA publicou um trabalho em que são apresentados os elementos da política de saúde indígena e as respectivas legislações (lei nº 9.836, de 23/09/1999; Decreto nº 3.156, de 27/08/1999; Portaria nº 1.163/GM, de 14/09/1999) relativas ao modelo de distritalização da saúde indígena, trazendo os antecedentes, diretrizes, conceito e organização de DSEI, preparação de recursos humanos para o contexto intercultural, ações previstas, controle social, instituições responsáveis e financiamento (*cf.* FUNASA, 2002). O conceito de DSEI é, segundo essa referência oficial,

um modelo de organização de serviços – orientado para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado -, que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com controle social (FUNASA, 2002:13).

Foram criados 34 DSEI em todo o Brasil, transcendendo limites estaduais e municipais. Os Wari' estão incluídos no DSEI de Porto Velho-RO, o qual abrange dez municípios com TIs em Rondônia e um no sul de Amazonas (Humaitá). A população indígena desse DSEI é de cerca de 6.473 pessoas distribuídas em aproximadamente 82 aldeias e representa em torno de 1% da população total da região de abrangência desse DSEI (FUNASA, 2000). O DSEI de Porto Velho possui quatro Pólos-Base (Humaitá, Guajará-Mirim, Ji-Paraná e Alta Floresta) e um Sub-Pólo no município de Jaru. A sede do DSEI é em Porto Velho. O Pólo-Base de Guajará-Mirim, onde estão localizados os Wari', abrange os municípios de Guajará-Mirim e Nova Mamoré. Cada Pólo-Base deve contar com pelo menos uma equipe multidisciplinar de saúde para realizar trabalhos preventivos e curativos nas aldeias através de visitas regulares, além dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN) contratados que permanecem em cada aldeia. No Pólo-Base de Guajará-Mirim, há a Casa de Saúde do Índio (CASAI-GMI),

antigo estabelecimento destinado ao atendimento das várias etnias indígenas da região e que passou da FUNAI para a FUNASA da mesma forma que os funcionários. Com essa mudança, a CASAI-GMI passou por uma reforma e, no mesmo local, mas numa construção à parte, foi instalada a sede do Pólo-Base. Assim, há os funcionários da própria FUNASA, que atendem os casos que chegam à CASAI-GMI e cuidam das internações, e as equipes contratadas através da entidade conveniada responsável pelo DSEI e Pólos-Base.

O Serviço Oficial de saúde indígena, após a implantação dos DSEI, vem sendo terceirizado pela FUNASA através de convênios com prefeituras e organizações não-governamentais (ONGs) em cada DSEI, para as quais é repassado o recurso financeiro segundo um cronograma e orçamento estabelecidos em contrato. O planejamento das atividades é ordenado através de um plano distrital renovado anualmente e aprovado pelo Conselho Distrital (Garnelo & Brandão, 2003:236). Além do Conselho Distrital, há os Conselhos Locais em cada Pólo-Base, formados por representantes de cada aldeia. Cada Conselho Local indica seus representantes para o Conselho Distrital. Entretanto, a participação dos conselheiros indígenas nem sempre tem sido efetiva nos planejamentos e decisões, os quais acabam tendo um papel de ajudar a aprovar planos e orçamentos apresentados prontos pelos gestores.

Os Conselhos Locais e Distritais representam o Controle Social da política de saúde indígena no modelo dos DSEI. No atual modelo, os Conselhos Distritais de Saúde têm atuado, em sua maioria, de forma figurativa e a configuração dos Distritos é insatisfatória, pois ocorrem dificuldades de intercâmbio entre os conselheiros, lideranças e comunidades, intensificando-se com a deficiência na divulgação das informações sobre os conteúdos, definições e encaminhamentos das reuniões dos Conselhos Distritais (CIMI, 2003).

No DSEI de Porto Velho, foi estabelecido um convênio com a Coordenação da União das Nações e Povos Indígenas de Rondônia, Noroeste de Mato Grosso e Sul do Amazonas (CUNPIR), a qual passou a ser responsável pela execução das Ações de Atenção Básica de Saúde na região que compreende esse Distrito. Dessa forma, a contratação dos profissionais de saúde passou a ser feita diretamente pela CUNPIR. O contrato de convênio é renovado anualmente e, quando há problemas de prestação de contas por parte da conveniada, há atraso no repasse dos recursos. Esse problema, aliado a outros de ordem administrativa e gerencial, acabam provocando atrasos nos salários dos profissionais de

saúde, incluindo os AIS e AISAN, desabastecimento de medicamentos básicos, e, por conseguinte, baixa de qualidade dos serviços. Há uma grande rotatividade de profissionais das equipes dos Pólos-Base e pouca identificação destes com a população indígena e sua realidade cultural particular. Segundo informações dos Wari' das aldeias pesquisadas, no primeiro ano do convênio, o serviço melhorou, as equipes de saúde faziam visitas regularmente, havia medicamento suficiente no Posto de Saúde da aldeia e criou-se uma grande expectativa de melhorias na infra-estrutura do Posto de Saúde, abastecimento de água e transporte para a saúde. Porém, segundo eles, no segundo ano, começou a regredir e muitos wari' repetem que, no tempo da FUNAI, o serviço de saúde era melhor. Enfim, com os problemas surgidos, a resolutividade do atendimento primário de saúde nas aldeias é, hoje, muito baixa e, com isso, está havendo uma predominância do atendimento hospitalar, seja na CASAI-GMI ou em Hospitais de maior complexidade, conforme enfatizado por Cohn (2000) na citação acima.

Outro problema que se verifica no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena é com o sistema de informação, o qual não está, efetivamente, funcionando. Embora a transição da responsabilidade pelo atendimento para o convênio entre o DSEI de Porto Velho/FUNASA e CUNPIR tenha ocorrido no final de 1999, a implantação do Sistema de informações de Saúde Indígena (SIASI) não foi imediata e diferentes formulários de coleta de informações vem sendo utilizados, com problemas de preenchimento dos mesmos e conseqüente falta de padronização (Haverroth et al., 2003:6).

No início de 2004, a FUNASA anunciou uma mudança na forma de gestão da política de atenção à saúde indígena. Segundo informação da própria FUNASA, esta assume diretamente a execução das ações de assistência aos índios. As portarias nº 69 e 70, de 22 de janeiro de 2004, do Ministério da Saúde, consolidam este modelo e criam o Comitê Consultivo da Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. O Comitê tem a função de prestar assessoria ao Departamento de Saúde Indígena (DESAI) da FUNASA. Com a implantação deste novo modelo, a FUNASA fica responsável pelas aquisições de medicamentos, transporte e combustível, além de obras e licitações. Os convênios com ONGs e demais entidades parceiras passam a funcionar de forma complementar. O repasse de recursos passa a ser mensal. Neste modelo de atenção à saúde indígena, os Distritos

passam a ser unidades gestoras do processo e não apenas fiscalizadoras, como vinha sendo feito (FUNASA, 2004b).

Desde o início dos contatos, missionários evangélicos e católicos vem atuando junto aos Wari'. Além do trabalho mais tradicional de alfabetização, em português e wari', com objetivos de catequese e evangelização, esses missionários vêm realizando trabalhos na área de saúde. Os evangélicos são representados pela Missão Novas Tribos do Brasil (MNTB) e os católicos através do Conselho Indigenista Missionário (CIMI). Ainda hoje, missionários da MNTB residem em aldeias por vários anos, onde possuem casas próprias, e constroem igrejas. Paralelamente, estudam a língua nativa e participam de alguns trabalhos em saúde, como elaboração de cartilhas na língua nativa, coleta de lixo na aldeia e outros. Na aldeia Lage Novo, residem duas missionárias da MNTB, as quais iniciaram sua participação no trabalho da Pastoral da Criança, que é ligada à igreja Católica. O CIMI atua, historicamente, em vários campos, e tem reconhecido papel na defesa dos direitos dos povos indígenas, além de atuar também no campo da saúde. Em Guajará-Mirim, sua presença tem sido mais marcante na TI Sagarana, mas não se restringe a essa TI. Há um médico ligado ao CIMI-RO que reside em Guajará-Mirim e, há anos, vem atuando entre a população indígena. Além de clinicar, tem ministrado cursos de formação de agentes de saúde. Há pouco tempo, a Pastoral da Criança iniciou seu trabalho nas aldeias indígenas, contando com a colaboração local dos AIS e, pelo menos no caso de Lage Novo, das missionárias da MNTB.

#### *Revisão de uma década*

O atendimento de saúde fez parte da pesquisa de Novaes (1996) entre os Wari' de Lage Novo. Em relação ao atendimento realizado no Posto de Saúde, houve ênfase no uso dos fármacos. Algumas diferenças na estrutura e funcionamento dos serviços oficiais de saúde são notáveis após nove anos da pesquisa de sua pesquisa, cuja permanência em Lage Novo foi entre 24 de março e 30 de abril de 1994 (Novaes, 1996:9), totalizando 37 dias. Apesar dos estabelecimentos ainda serem basicamente os mesmos, ou seja, Posto de Saúde, CASAI-GMI, Hospital Regional e Hospital Bom Pastor, além da Clínica Santa Isabel, houve uma reestruturação física da CASAI-GMI e a mudança de responsabilidade e na dinâmica do serviço prestado. Não há mais uma auxiliar ou atendente de enfermagem no

Posto de Saúde, agora os AIS são os responsáveis por este serviço. No mesmo local da CASAI-GMI, agora funciona também a sede do Pólo-Base de Guajará-Mirim. O Hospital Regional, Hospital Bom Pastor e Clínica Santa Isabel são utilizados para atendimentos de pacientes que necessitem de atenção mais especializada ou em caráter de urgência, cuja estrutura necessária a CASAI-GMI não dispõe. Os atendimentos feitos nessas três instituições são via SUS, caracterizando a chamada integração entre os DSEI's e o SUS. Não há, de modo geral, atendimento diferenciado à população indígena nesses hospitais.

Novaes (1996:162-3) faz uma descrição rápida sobre os papéis desempenhados por cada um dos níveis de atendimento à saúde dos Wari', indicando a rota mais comum, qual seja, Posto de Saúde (aldeia) → CASAI-GMI → atendimento hospitalar → CASAI-GMI → aldeia, embora, como veremos, este não seja, especificamente, o caminho mais freqüente. Além disso, há uma descrição do, então, Programa de Treinamento e Capacitação de Agentes Comunitários de Saúde da Secretaria de Saúde em parceria com a prefeitura de Guajará-Mirim. Conforme Novaes (1996:164), esse programa tinha a finalidade de *“formar índios para atuar nas suas respectivas comunidades como agentes de disseminação de conhecimentos sobre higiene e saneamento básico, visando-se a formação de consciência sanitária na população dos Postos Indígenas”*. Esta é a velha relação entre os responsáveis pelas políticas públicas e a população local, especialmente indígena, de tentar modificar, antes que compreender, os comportamentos relativos à saúde. Sabemos que, apesar desses agentes de saúde terem exercido alguma influência na população, os atuais AIS, que, na maioria, são outros, concentram sua atuação no atendimento no Posto de Saúde, administrando fármacos e encaminhando pacientes para a CASAI-GMI. Novaes (1996:165) apontou a avaliação, na época, do coordenador do projeto, segundo o qual, *“o resultado do trabalho dos ACS com relação à reversão dos problemas sanitários é também irrelevante. (...) As fossas sanitárias não são usadas, a água consumida não é tratada, enfim, não se tem observado alteração nos hábitos de higiene”*.

Novaes (1996:166) afirma que, *“em Lage, práticas de auto-medicação são inexistentes”* e que todos os fármacos eram prescritos pela atendente de enfermagem, por um médico ou pessoal da CASAI-GMI e nenhum remédio era *“entregue nas mãos dos índios para que tomassem em horários determinados”*, mas recebiam na própria farmácia do Posto e consumiam *“ali mesmo, diante da atendente de enfermagem”*. Quanto a esta

última afirmação, realmente, os atuais AIS tendem a só administrar medicamentos pessoalmente, via de regra, no próprio Posto de Saúde nos dois horários de atendimento diários (manhã cedo e final da tarde). Entretanto, afirmar categoricamente que não há automedicação é confiar muito na observação de campo ou, então, mudanças ocorreram, já que observei medicamentos nas residências e recebi informações de várias pessoas sobre a compra e uso de medicamentos sem recomendação de qualquer ‘profissional’ de saúde, inclusive para doenças diarréicas. Para Novaes (1996:170), o que motiva a procura do Posto de Saúde, entre os Wari’, é a constatação sintomática, estão interessados, particularmente, no alívio desses sintomas ou queixas, cujo repertório é, aparentemente, limitado, tais como diarréia, gripe, febre, conjuntivite, feridas, entre outras. A autora informa que, de janeiro a abril de 1994, 65,8% da população total recorreu ao Posto de Saúde, ou seja, “177 indivíduos”, porém, não esclarece se esse foi o número de atendimentos, efetivamente, de indivíduos, desconsiderando-se as repetições de cada um deles. Na primeira hipótese, isso não representaria, provavelmente, a percentagem apontada. Perde-se, dessa forma, a individualidade dos casos. Entretanto, informa, mais adiante (Novaes, 1996:176) que, no mesmo período, a atendente de enfermagem fez 396 consultas, o que sugere que, realmente, tratou-se de 177 indivíduos, alguns dos quais, dessa forma, por mais de uma vez. Destas consultas, 20,46% referiram-se à diarréia. As doenças diarréicas foram apontadas pela autora (Novaes, 1996:183) como o principal problema sanitário em Lage Novo. A autora registrou também o alto índice de tratamentos contra parasitose intestinal, com 50,9% dos relatos de dor abdominal, epigastralgias, problemas do fígado e doenças diarréicas, suponho que agrupados, “*foram sucedidos pelo uso de associação de vermífugos*” (Novaes, 1996:178). Isso indica, comparando com os dados que coletei, que, há muito, os Wari’ vem sendo tratados com antiparasitários intestinais. A despeito dessa constatação, relatos de excreção de parasitas intestinais não são incomuns. Novaes (1996:179) conclui que “*há uma medicalização excessiva dos sintomas relatados*”, principalmente com antibióticos e outros fármacos não adequados para prestação de serviços elementares. Não vou entrar em detalhes sobre a prescrição de medicamentos pelos AIS em Lage Novo e Linha Dez por não considerar conveniente, mas posso afirmar que o uso de medicamentos dessa natureza nos Postos de Saúde das aldeias pelos AIS só não é maior porque, pelo menos no período em que lá permaneci, a disponibilidade dos

mesmos era bastante limitada em função da falta de abastecimento dos Postos de Saúde provocada por problemas de gestão do serviço.

Quanto à CASAI-GMI, no período de agosto de 1993 a abril de 1994, Novaes (1996:185) informa que 346 Wari' (de várias aldeias) foram atendidos, dos quais, 18 foram encaminhados para o Hospital Bom Pastor e um para Porto Velho. Conforme a autora (Novaes, 1996:187), os Wari', geralmente, “*se submetem à instituição médica com um todo*”, aceitando a manipulação sobre o corpo e submetendo-se às estratégias terapêuticas, como exames, medicação, internação ou cirurgias. Porém, em nota de rodapé, consta que os Wari' “*adaptam-se precariamente às normas de funcionamento de uma instituição hospitalar*”, com constantes reclamações por parte das atendedoras de enfermagem quanto ao comportamento dos mesmos. Aqui, vale lembrar Goffman (2003:246), quando escreve que, além das exigências esperadas num estabelecimento social, grandes ou pequenas, como quanto ao local, quando e como as coisas devem acontecer, “*os dirigentes de todo estabelecimento terão uma concepção implícita muito ampla quanto ao caráter que o indivíduo deve ter para que essas exigências sejam adequadas*”. Não posso afirmar que um estabelecimento como a CASAI-GMI, ou qualquer outra CASAI, se enquadre no conceito de ‘instituição total’<sup>16</sup> de Goffman e, provavelmente, não se encaixa mesmo, em função da transitoriedade relativamente rápida e dos portões abertos. Porém, diante da nota de Novaes (1996:187) e de outros comentários tão freqüentes sobre a “indisciplina” indígena, vale citar um trecho subsequente de Goffman (2003:246):

Sempre que estudamos um estabelecimento social, verificamos uma discrepância com esse primeiro tema: verificamos que os participantes se recusam, de alguma forma, a aceitar a interpretação oficial do que devem dar e retirar da organização e, além disso, quanto ao tipo de eu e de mundo que devem aceitar para si mesmos. Onde se espera entusiasmo, haverá apatia; onde se espera afeição, há indiferença; onde se espera freqüência, há faltas; onde se espera robustez, haverá algum tipo de doença; onde as tarefas devem ser realizadas, há diferentes formas de inatividade. Encontramos inúmeras histórias comuns, cada uma das quais é, a seu modo, um movimento de liberdade. Sempre que se impõem mundos, se criam submundos.

Essa interpretação me parece muito adequada para a situação indígena, seja no contexto dos estabelecimentos de saúde, como CASAI, por exemplo, seja no contexto da aldeia, ou em contextos gerais onde se esperam determinados comportamentos.

---

<sup>16</sup> “Uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada” (Goffman, 2003:11).

## *Os AIS e AISAN*

El pueblo estaba prácticamente solo. Desde muy temprano los hombres habían salido de cacería y las mujeres y los niños a los cultivos. En el caserío permanecían solamente algunos ancianos y niños pequeños... y el promotor de salud. Sentado a la puerta de su casa, el promotor se entretenía lanzando pepas a los perros y gallinas que merodeaban por el lugar. Al frente, una casa de paredes blancas y techos de zinc resaltaba en medio del caserío de techos de palma y paredes de chuapo y bahareque. Era el Puesto de Salud: una construcción reluciente y reverberante bajo el sol. Sobre sus paredes algunos carteles desteñidos mostraban la importancia de hervir el agua y de lavarse las manos, y los beneficios de una dieta balanceada rica em carnes, huevos, leche y verduras. Dentro del Puesto podía observarse una pesa oxidada y unos cuantos estantes torcidos y polvorientos que guardaban en desorden varios libros y folletos entremezclados con sobres de sales de rehidratación oral y unos pocos frascos de alcohol y merthiolate. El promotor no sirve para nada - nos decía esa tarde el capitán de la comunidad - ; se la pasa ahí sentado todo el día, esperando su sueldo. Qué puedo hacer - nos respondía a solas por la noche el promotor -, si no tengo droga para trabajar. Ajeno a los oficios de la gente de su comunidad, el promotor pasa su tiempo esperando una remesa de droga que nunca llega a tiempo, y que una vez recibida tendrá que repartir en pocos días ante las solicitudes apremiantes de sus parientes para quienes no podría pasar como mezquino (Diario de Campo, comunidad del área de Cumaribo, Comisaría del Vichada, agosto de 1986 *apud* Herrera & Lobo-Guerrero, 1998:63-64).

Não fossem algumas expressões um pouco distantes da nossa realidade, a citação acima, referente aos “promotores de salud” na Colômbia, poderia ser confundida com uma descrição de alguma aldeia indígena da região amazônica brasileira. Além do papel ambíguo e, muitas vezes, duvidoso do agente indígena de saúde (‘promotor de salud’ no exemplo colombiano), o panorama geral é muito semelhante. Por outro lado, como lembram os autores Herrera & Lobo-Guerrero (1998:64), o AIS tem se convertido em um personagem importante na perspectiva de se alcançar uma melhor aproximação entre as instituições de saúde e as comunidades. Sendo uma pessoa da comunidade, que compartilha sua forma de pensar e viver, se espera que o seu vínculo à equipe de saúde traga boas relações com as comunidades beneficiárias, superando as barreiras socioculturais existentes.

Na questão saúde, os AIS e o AISAN são os representantes institucionais na aldeia. São intermediários entre o interno e o externo, já que fazem parte de ambos. Isso acaba gerando uma crise de identidade de um lado e, de outro lado, o uso dessa ambigüidade para driblar responsabilidades em momentos de crise no sistema. O fato é que são as referências em caso de doença e é para eles que se recorre em busca de recursos num primeiro momento da busca institucional por recursos de saúde.



Athias & Machado (2001:428), reportando-se ao DSEI do Rio Negro, Amazonas, destacam a importância da participação indígena no processo de implantação do modelo distrital e que consolida o espaço conquistado pelas organizações indígenas ao longo dos anos. Considerando a realidade amazônica, com área geográfica ampla e o grande número de aldeias dispersas, observam que a sustentabilidade do modelo assistencial para tal realidade depende de um trabalho intenso na formação de agentes indígenas de saúde e de outros recursos humanos locais.

Segundo a FUNASA (2002:15), a formação e capacitação de AIS é uma estratégia para favorecer a apropriação de conhecimentos e recursos técnicos da medicina ocidental pelos povos indígenas, porém, *“não de modo a substituir, mas de somar ao acervo de terapias e outras práticas culturais próprias, tradicionais ou não”*. A política de saúde indígena prevê a promoção de cursos para gestores, profissionais de saúde e assessores técnicos (índigenas ou não indígenas) das várias instituições envolvidas no sistema (FUNASA, 2002:16). Entretanto, esses cursos são ministrados com uma estrutura e dinâmica previamente elaboradas e padronizadas, com tempo relativamente reduzido para os objetivos pretendidos, e carecem de continuidade.

A idéia de agentes de saúde é relativamente antiga e já houve muitas experiências em diversas partes do mundo. No Brasil, há os agentes comunitários de saúde (ACS), ligados ao PACS, que são contratados através dos municípios de acordo com as normas do SUS. Em alguns municípios que abrangem Terras Indígenas, há contratação de ACS pertencentes à comunidade indígena. Em Lage Novo, por exemplo, há três agentes de saúde, sendo que um deles é contratado pelo PACS através da prefeitura de Guajará-Mirim. Os outros dois são contratados pelo convênio FUNASA/CUNPIR. Além desses três, há um Agente Indígena de Saneamento (AISAN) também contratado pelo mesmo convênio. Na aldeia Linha Dez, há apenas um AIS, o qual foi contratado há menos tempo porque essa aldeia não era sequer reconhecida como tal até pouco tempo atrás.

Realizei entrevistas semi-estruturadas com os AIS e AISAN durante a pesquisa de campo, além do acompanhamento dos seus trabalhos. Para cada AIS, foram levantadas questões sobre sua formação, questões específicas sobre doenças diarréicas e TRO, sobre a organização e divisão do trabalho entre eles e suas opiniões sobre os Serviços de Saúde Oficiais. Algumas informações se repetem, enquanto outras mostram contradições entre os

informantes (ver anexo 9). As repetições e contradições mostram um quadro geral do trabalho de campo e os desencontros existentes entre os discursos coletados.

Especificamente sobre a TRO, atividade relacionada diretamente às doenças diarreicas, é aplicada basicamente pelos AIS ou indicada por eles. A pesquisa demonstra que o conhecimento das pessoas em geral sobre TRO e sua finalidade são muito limitados. A maioria das mães de crianças menores de cinco anos não sabe preparar a Solução de Reidratação Oral (SRO), como administrar e para que serve. A maioria nunca preparou a SRO. Quando um AIS percebe a necessidade de TRO, ele mesmo prepara a solução padrão ou, na falta desse recurso, do soro caseiro. Outras vezes, o(a) AIS registra “TRO”, ou termos equivalentes, no caderno de atendimento, mas, na prática, isso acaba não ocorrendo. Casos mais graves são sempre encaminhados para a CASAI-GMI. O depoimento de um AIS de Lage Novo durante entrevista ilustra essa situação:

Se uma mãe chega no PS com criança com diarreia, pergunta o que faz, ela diz que foi pra roça de macaxeira, no sol, deu peito para criança e ela ficou com diarreia. Chama a mãe, faz soro e diz para dar para a criança quando ela tem sede. Dá um copinho para ela tomar na hora. Depois, ela leva para casa o resto e, quando a criança quiser, já está pronto. Se acabar, diz para dar água morna também, não deixar com sede. Se tiver vômito e for grave, leva para a cidade, se não, só espera (entrevista com AIS de Lage Novo em 21/04/2003).

É necessário sempre se levar em conta que há diferenças, muitas vezes marcantes, entre o que se diz e o que se faz, entre o que cada um diz, entre o que se pensa e o que se diz, e entre o que se pensa e o que se quer que o outro pense que ele(a) pensa e/ou faz. Enfim, entre o pensamento, o discurso e a prática, há uma série de questões envolvidas e que aparecem sutilmente e podem ser captadas através das intersubjetividades e das relações sociais mais amplas. Neste sentido, é importante o papel do observador (pesquisador) que, neste caso, também interage. Parece-me oportuno destacar, aqui, uma nota de Maturana & Varela (2003:229) sobre os domínios lingüísticos<sup>17</sup> e consciência humana:

Para nós, como observadores, o estabelecimento ontogênico de um domínio de condutas comunicativas pode ser descrito como o estabelecimento de um domínio de comportamentos coordenados associáveis a termos semânticos. Isto é, como se o determinante da coordenação comportamental assim produzida fosse o significado do

---

<sup>17</sup> Maturana & Varela (2003:231) chamam de “domínio lingüístico de um organismo ao âmbito de todos os seus comportamentos lingüísticos. Os domínios lingüísticos são em geral variáveis, e mudam ao longo das ontogenias dos organismos que os produzem”.

que o observador pode ver nas condutas, e não no acoplamento estrutural dos participantes. É essa qualidade dos comportamentos comunicativos ontogênicos – de poderem aparecer como semânticos para um observador<sup>18</sup> – que trata cada elemento comportamental como se fosse uma palavra que permite relacionar essas condutas à linguagem humana.

A declaração de Alma-Ata sobre a participação da comunidade nos cuidados primários de saúde resultou no emprego de recursos das próprias comunidades a fim de facilitar os serviços de saúde locais, abrangendo ‘agentes comunitários de saúde’, além dos ‘grupos comunitários de saúde’, ‘curandeiros tradicionais’ e ‘líderes comunitários’. Desde Alma-Ata, milhares de agentes comunitários de saúde foram selecionados e treinados em muitos países, incluindo os médicos de pés descalços na China, os educadores da prosperidade familiar em Botsuana, os trabalhadores de desenvolvimento da saúde na Indonésia, os voluntários de saúde da aldeia na Tailândia e os agentes de saúde comunitários no Egito (Helman, 2003:323). Acrescente-se a esta lista, os Agentes Comunitários de Saúde do PACS, ligado ao SUS, e os Agentes Indígenas de Saúde criados a partir de programas e projetos de diversas entidades não-governamentais e governamentais. Com o surgimento dos DSEI, os AIS foram incorporados nessa política e, de modo geral, ampliou-se o número de AIS, os quais passaram a freqüentar cursos de formação e a serem contratados, passando a receber um ‘salário mínimo’ para desenvolver suas atividades. O fato de receber um salário acaba criando um jogo de interesses internos no momento de escolha do candidato a AIS e, depois de contratado, uma diferenciação de *status* econômico e ocupacional. Por outro lado, é mais uma fonte de recurso financeiro para as comunidades. Em geral, os candidatos a AIS são parentes próximos das lideranças da aldeia ou as próprias lideranças. No caso de Lage Novo, uma AIS e o AISAN são cônjuges. O Agente de Saúde do PACS atua também como ‘pastor’ através da MNTB, o que lhe dá um certo prestígio diante de boa parte da comunidade, o mesmo ocorrendo com o AIS de Linha Dez. Entretanto, como os laços de parentesco são complexos e quase todos compartilham algum grau de consangüinidade ou afinidade, o que parece pesar mais na escolha dos AIS são as relações de poder estabelecidas, as quais dependem de alguma influência ou atuação política ou religiosa interna ou externa, além de algum envolvimento prévio com trabalhos na área de saúde.

---

<sup>18</sup> “Toda vez que um observador descreve os comportamentos de interação de organismos como se o significado que ele acredita que essas condutas têm para os participantes determinassem o curso de tais interações, ele faz uma descrição em termos semânticos” (Maturana & Varela, 2003:231).

Quanto ao trabalho do AIS, como observado também por Helman (2003:323), na maioria dos casos, eles recebem um treinamento rápido de algumas semanas ou alguns meses e alguns poucos equipamentos, como drogas básicas, bandagens, desinfetantes, termômetro, balança e, às vezes, tabelas para medir o peso e a altura das crianças. No caso dos SIS ligados aos DSEI, uma das obrigações é o preenchimento mensal de formulários ou relatórios de atendimento que devem ser enviados para o Pólo-Base a que ele pertence e, que, em princípio, devem ajudar a alimentar o banco de dados do SIASI. Este é um dos problemas chaves desse sistema de informação. Os AIS são a ponta do serviço de saúde, aqueles que vivem o cotidiano da aldeia, que conhecem e vivem os problemas de saúde e saneamento onde eles acontecem. Portanto, seriam os atores mais indicados para coletar dados de morbi-mortalidade que representassem a realidade de saúde mais próxima do real. No entanto, os AIS vivem o paradoxo de se identificarem culturalmente com a comunidade onde trabalham e prestarem serviço para o sistema de saúde oficial, baseado essencialmente na biomedicina ocidental, do qual possuem um conhecimento limitado para corresponder às expectativas criadas em torno de seu papel.

Assim, trago para o contexto dos AIS ligados à política indígena de saúde atual alguns pontos levantados por Helman (2003:324), começando pelo questionamento da definição de ‘saúde’ e ‘doença’, que podem, e geralmente são, diferentes de acordo com os atores sociais envolvidos na política de saúde.

Qual definição, então, o agente comunitário de saúde deve promover? Se esses trabalhadores são vistos como simples agentes do serviço de saúde, isso poderia reduzir sua credibilidade junto à comunidade? Finalmente, muitos desses agentes não o são no sentido formal; muitos são voluntários que não recebem salários ou recebem muito pouco dinheiro pelo seu tempo e esforço.

Há, também, os que recebem e não atuam efetivamente, embora, quando isso aconteça, deve se questionar sobre a responsabilidade por fatos desse tipo, já que podem estar relacionados com as condições de treinamento, incentivo, acompanhamento e supervisão e condições estruturais de trabalho. Outro ponto importante que Helman (2003:324) levanta e que cabe ao nosso contexto é sobre um argumento contra os agentes de saúde, pois, com o seu período de treinamento limitado, não exercem realmente uma profissão da área de saúde, podendo fornecer apenas “*cuidados de saúde de segunda classe para cidadãos de segunda classe*”, o que faz com que muitas pessoas venham a preferir, por vezes, consultar um médico “de verdade”, independentemente do custo, esforço e distâncias necessários.

Entretanto, no contexto atual, os AIS parecem ser uma boa alternativa para o atendimento primário de saúde nas aldeias, desde que tenham treinamento e condições de trabalho adequados, haja vista as dificuldades para se contratar profissionais de saúde, principalmente com preparação para lidar com uma realidade sócio-cultural e ambiental particular na região amazônica, onde se exige uma dedicação quase “missionária”.

***Os setores de saúde wari’ (resumo de uma aproximação):***

**Setor folk:** representado pela figura do *ko tükü nenim* (xamã wari’) e manifestado através das práticas xamânicas ligadas à saúde; hoje, remanescente em Lage Novo e Linha Dez pela inexistência de xamãs com identidade explícita.

**Setor profissional:** representado pela rede de Serviços de Saúde Oficiais, sua estrutura e profissionais. Inclui os Serviços de Saúde da FUNASA e instituição conveniada (CUNPIR), rede do SUS (através dos Hospitais) que, em princípio, deve estar integrada aos Serviços das primeiras, farmácias e drogarias comerciais. Os profissionais da FUNASA/CUNPIR incluem os AIS, AISAN, atendentes e auxiliares de enfermagem, enfermeiros, médicos, dentistas e outros profissionais de apoio. Os AIS e AISAN podem ser considerados como intermediários entre o setor profissional e o setor informal.

**Setor informal (popular):** representado pelos indivíduos wari’ em geral, suas famílias e sua rede social, seus conhecimentos sobre remédios diversos, a forma como os usam e todo o corpo de conhecimento envolvido nos cuidados durante processos de doença e cura. Há interseções com o setor profissional através do uso de medicamentos industrializados sem prescrição de um profissional e através da indicação de remédios ‘informais’ por parte de profissionais, principalmente os AIS. Com o setor *folk*, a interseção se dá através do uso de remédios que têm sua origem nas práticas de cura xamânicas ou que são baseados em seus princípios. O uso de soro caseiro pode ser considerado como uma forma de tratamento que circula entre o setor profissional e o setor informal.

## CAPÍTULO IV (ETNO)CLASSIFICAÇÃO WARI' DAS DOENÇAS

### *Pré e pós-contato, transição epidemiológica e “doença de branco”*

Para discutir a categorização de doenças wari', é necessário se levar em conta o quadro epidemiológico antes e depois da chegada dos não indígenas. Em praticamente todos os grupos indígenas no Brasil, há uma distinção corrente entre as doenças que já existiam e as doenças que foram trazidas pelos 'brancos'. Não seria diferente entre os Wari'. Os que nasceram nas malocas (aldeias dos antigos), “no mato”, fazem questão de afirmar que “na maloca não tinha doença”. Fazem uma oposição clara entre o tempo 'saudável' das malocas e o tempo pós-contato, dos aldeamentos do SPI e FUNAI, cheios de doenças. Na primeira entrevista sobre experiências passadas de doenças, com uma mulher idosa, ela logo atribuiu as doenças do pós-contato à alimentação introduzida e estranha aos wari', comida com muito óleo, açúcar e sal: “honko' não tinha na maloca, quando branco chegou, começaram a comer comida que branco deu e teve diarreia”. Honko' é a denominação para diarreia de maneira geral, honko' na é o verbo que significa 'ter diarreia'. Um homem de '54 anos' disse que “o antigo, quando o pessoal vivia no mato, não tinha tanta doença como tá tendo, porque no mato é sadio, não tem negócio de gripe, dor de cabeça, diarreia, tosse, tuberculose, nós não temos no mato, mas, através dos brancos, porque transmite muita doença, né...”. Em outra entrevista, esse mesmo homem explicou assim ao meu questionamento sobre doenças de antigamente: “eh, negócio de doença do branco na maloca, às vezes né, não existe doença. Porque nós não temos tipo de doença. Criança, velho, morre quando quer morrer mesmo. Não tem diarreia, dor de cabeça, febre, malária, essas coisas, esses tipos de doença não tinha. Mesmo assim, eh, pessoal tudo com saúde. Não tem como vim doença. Aí, através do branco que, assim, que começaram, né, pessoal, aí, doença vem, sarampo, principalmente sarampo que mata todo mundo, aí, não deixa gente escapar, o sarampo. Já começa passar sarampo, passa catapora também, várias doenças. Aí, começa dor de cabeça, febre, vamos dizer que tá contaminado já corpo de uma pessoa, né. Tempo da maloca nunca vive com doença. Sempre sadio. Agora, a gente vai pegando doença, febre, dor de barriga, tosse, tuberculose, câncer, várias doenças que tem no branco, só através dos brancos, mas, na época que a gente tava no mato ainda era tudo com saúde. Por isso que a gente sempre diz

*que ninguém fica doente no mato*”. Outro entrevistado idoso informou que, no começo do contato, devido ao trabalho duro com os *wiyam*, carregando peso, sentia dor nas costas e rins, depois, pegou sarampo, morreram velhos, mulheres e crianças de catapora, *we'* (vômito), *honko'*, *xain na* (febre), *ka hi wa* (gripe), pai e mãe dele foram mortos por armas de fogo, um irmão morreu de *honko'*, após o contato, e uma irmã e um irmão de tuberculose mais recentemente. Diante desse quadro dramático de perdas de parentes próximos por doenças e armas, não é difícil entender porque consideram que, antes do contato, ‘não havia doenças’. Conforme Darci Ribeiro (1996), os índios submetidos a esse processo de extinção e desorganização tomam perfeita consciência dele, muitas vezes ficando clara a associação das epidemias com os contatos e com o pessoal do SPI.

Os depoimentos dos indígenas encontram respaldo na literatura sobre história dos contatos e doenças. Estudos sobre os hábitos de vários parasitas, análises históricas de padrões de doenças e simulações matemáticas de processos de doenças, todos sugerem que grupos humanos antigos estiveram, provavelmente, expostos à diferentes (e muito mais limitados) conjuntos de doenças que populações civilizadas modernas. Quase todos os estudos que tentaram reconstruir a história de doenças infecciosas indicam que a carga de infecções tendeu a aumentar, em vez de diminuir, à medida que a humanidade adotou estilos de vida ‘civilizados’ (Cohen, 1989).

Souza et al. (1994) afirmam que algumas doenças são de difícil constatação em populações pré-colombianas, como certas viroses, por não acometerem de forma específica os ossos e dentes, o que dificulta análises paleopatológicas. Entretanto, análises epidemiológicas de populações ameríndias contemporâneas demonstram que, possivelmente, doenças como sarampo e varíola não estavam presentes antes do séc. XV, reforçando a idéia da não endemização de doenças infecciosas agudas. Por outro lado, os mesmos autores discutem o autoctonismo de algumas doenças no continente americano, entre as quais a bartonelose, leishmaniose, treponematoses e a tuberculose. A sífilis endêmica também pode ter existido em época pré-colombiana na América. Os debates acerca do autoctonismo de certas doenças no continente americano baseiam-se na noção de isolamento das populações ameríndias até o séc. XV, mas, segundo Souza et al. (1994) nem mesmo esse ponto de vista está estabelecido, já que, diante de certas evidências, não é

possível afirmar que a América pré-colombiana tenha estado completamente isolada do Velho Mundo até o século XV.

Algumas das características do modo de vida de caça e coleta podem influenciar a prevalência e distribuição de várias doenças e outras causas de mortalidade. Baseado em algumas dessas características, Dunn (1968) levanta algumas generalizações sobre saúde, doença e mortalidade em povos caçadores-coletores: 1) desnutrição evidente é rara; 2) inanição ocorre infreqüentemente; 3) doenças crônicas, especialmente aquelas associadas com idade avançada, são relativamente infreqüentes; 4) taxa de mortes por acidentes e traumas variam muito entre populações de caçadores-coletores; 5) predação, excluindo picada de cobra, é uma causa de morte menor em caçadores-coletores modernos, predação pode ter sido relativamente mais importante no passado; 6) desordens mentais de caçadores-coletores têm sido tão pouco investigadas que nenhuma generalização pode ser justificada; 7) evidência ampla é disponível de que ‘mortalidade social’ tem sido e é significativa na equação da população para uma sociedade de caçadores-coletores; 8) taxas de prevalência e incidência de doenças infecciosas e parasíticas estão relacionadas com a diversidade e complexidade do ecossistema. Considerando que os Wari’ eram, basicamente, caçadores-coletores, embora com uma agricultura incipiente, podemos transpor esses princípios gerais para essa sociedade antes do início dos contatos, mas tomando em conta que contatos esporádicos com os ‘brancos’ vinham acontecendo durante todo o século XX até os anos cinquenta do mesmo século, quando iniciaram os contatos permanentes. É possível, desse modo, que algumas doenças tenham sido introduzidas e tornadas endêmicas, há anos, antes dos aldeamentos do SPI.

Segundo Wirsing (1985), grupos isolados e pequenos não podem manter certas infecções indefinidamente. Um número mínimo de pessoas numa população é calculado para tornar possível a permanência do vírus do sarampo (200 mil a 1 milhão). Uma pequena população não está necessariamente protegida. A probabilidade de uma doença infecciosa com reservatório exclusivamente humano persistir numa pequena população é aumentada segundo alguns aspectos: a) a taxa de rotatividade da população; b) contatos freqüentes com forâneos; c) a primeira infecção não confere imunidade em longo prazo; d) a duração da infecção é longa. Além disso, o autor afirma que a presença de doenças não infecciosas



entre grupos pequenos e isolados não é determinada apenas pelo tamanho do grupo, mas também estrutura de idade, nutrição e estilo de vida.

Embora doenças exóticas possam ter entrado na região há vários séculos, os povos amazônicos têm permanecido suficientemente isolados um do outro e nem todos foram afetados. Assim, doenças infecciosas agudas não se tornaram endêmicas. Doenças endêmicas que se tornaram comuns e persistentes nesses grupos são herpes, vírus de Epstein-Barr, citomegalovírus, hepatite B e treponematose. Todos causam pouca morbidade e persistem por longos períodos no hospedeiro. Doenças enzoóticas que ocorrem em reservatórios animais são também muito prevalentes nessas tribos, entre elas, a febre amarela e a toxoplasmose. Doenças persistentes e que foram introduzidas são malária e tuberculose. Todas têm contribuído para a depopulação. As epidêmicas são as mais dramáticas e, quando ocorrem, causam epidemias explosivas e afetam todos que não tenham sido previamente expostos (Kunitz, 1994).

Essa divisão do tempo baseada no quadro de doenças remete à discussão de Gallois (1991) sobre a categoria “doença de branco” em oposição às doenças tradicionalmente conhecidas antes dos contatos. A autora baseia-se no sistema etiológico dos Waiãpi do Amapá num contexto de contato interétnico, principalmente com garimpeiros. Segundo a autora,

a noção de ‘doença de branco’ tem sido utilizada e assumida, tanto por antropólogos como por profissionais de saúde, como uma categoria funcionalmente válida, diferenciada das demais categorias etiológicas tradicionalmente utilizadas pelos grupos indígenas, introduzindo-se assim a idéia de uma ruptura nos esquemas cognitivos tradicionais de interpretação das doenças (Gallois, 1991:176-7).

Porém, a utilização sem restrição deste conceito desestimula estudos aprofundados para compreender o significado e posição dessa categoria na lógica etiológica indígena. Esse uso tende a confirmar a dicotomia entre medicina científica e indígena, o que seria falso, já que, na medicina indígena também há os especialistas e os aspectos “populares”. A autora defende que a categoria “doença de branco” deve ser analisada como integrando o sistema etiológico indígena, situando-a num nível mais abrangente da definição antropológica de doença, relacionada à realidade social e cultural onde ela se manifesta, dando prioridade ao processo de socialização da doença em sintomas significativos socialmente, incorporando também os níveis subjetivos e biofísicos do problema de saúde. Segundo Gallois (1991),

essa polarização de categorias, doenças “de branco” e de “índio”, e sua interpretação por índios e brancos reflete, fundamentalmente, um jogo de poder.

A relação entre o conhecimento local e o conhecimento ‘científico’ é analisada por Follér & Garret (1996:137-139), que afirmam ser o conhecimento um fenômeno cheio de nuances, incluindo as que têm a ver com poder. Segundo as autoras, o conhecimento científico, incluindo a medicina científica, baseia-se na experiência adquirida sob regras metodológicas e teóricas específicas. Desse modo, a medicina científica é, de fato, um tipo de medicina, já que é culturalmente construída nas ‘sociedades ocidentais’ e, agora, propagada pelo mundo todo, influenciando fortemente conceitos tradicionais de saúde e doença em outras culturas, refletindo-se como um ‘cientismo’, com privilégio de definir critérios para conceitos como “conhecimento”, “racionalidade”, “desordem mental” e “saúde”. Tal fenômeno tem sido verificado através dos contatos com missionários, médicos e soldados, sendo que, no campo da saúde, a tradução do conhecimento e idéias de saúde e doença envolve não apenas a transmissão de informação, mas também outras dimensões, tais como tecnologia, julgamentos morais e idéias sobre estratégias de vida em geral. Entre os Wari’, verifica-se a influência marcante da presença missionária na cultura de modo geral, particularmente nas questões de xamanismo.

Para os Waiãpi, Gallois (1991:188) constata que o diagnóstico de “doença de branco” *“apenas se manifesta enquanto explicação para a opção terapêutica, não correspondendo a uma categoria propriamente etiológica”*. A autora analisa as opções terapêuticas como opções políticas, como *“uma estratégia na qual a opção terapia ‘dos brancos’ configura uma forma de controle dos brancos”* (Gallois, 1991:198) e que a persistência da medicina tradicional e o seguimento dos itinerários terapêuticos demonstram que essa ‘opção’ não expressa desistência do saber tradicional de cura, havendo complementaridade entre os dois sistemas. Verificamos, no entanto, que, mesmo que não haja desistência, é inevitável que haja uma reformulação e uma adaptação do conhecimento tradicional à nova realidade.

A complementaridade entre os setores de saúde profissionais da medicina oficial e os setores tradicionais indígenas também é evidente entre os Wari’ e outros grupos indígenas que conheço no sul do Brasil e Amazônia. É necessário, entretanto, analisar quando se recorre a um ou outro recurso. Como Gallois (1991) aponta, é necessário

verificar se a opção terapêutica é justificada no nível das causas ou dos efeitos e, nesse caso, acredito que vai depender de cada contexto cultural específico. Nem sempre há uma distinção clara entre doenças que já existiam e doenças introduzidas com o contato. Além disso, a origem de uma doença no tempo não implica, necessariamente, numa causalidade específica relacionada a essa origem. A categorização das doenças com base na etiologia é contextual, varia em cada caso e pode ser alterada durante o processo de um mesmo caso de doença. Porém, de modo geral, há uma distinção das doenças que foram trazidas pelos ‘brancos’, mas, agora, já introduzidas, são incorporadas no sistema etiológico do grupo.

Várias etnografias na área de saúde indígena têm demonstrado essa relação com as ‘novas doenças’, os novos conceitos e formas de lidar com a doença. Souza Santos & Mendonça Lima (1991) apresentam o caso do alto rio Negro. Destaca-se o município de São Gabriel da Cachoeira, com a presença dos missionários, nordestinos, indígenas e o contingente militar. Analisando os serviços oficiais de saúde e o papel dos rezadores tradicionais nesse contexto, os autores concluem que

o fato urbano e a aquisição da cidadania pelos índios os colocam diante de uma nova realidade que afeta as representações culturais tradicionais, entre as quais a relação saúde/doença. Embora nessa situação de ambigüidade percebe-se ainda uma forte ligação com as raízes culturais indígenas. Mesmo quando o índio reconhece algum procedimento da medicina ocidental, não deixa de visualizá-lo sob a ótica de sua tradição cultural (Souza Santos & Mendonça Lima, 1991:239).

O caso dos Wari’, em Guajará-Mirim, possui algumas semelhanças quanto ao contato interétnico (com ‘brancos’ e outros indígenas), uso dos recursos da medicina oficial e a persistência de interpretações baseadas no conhecimento tradicional. Diferencia-se o fato de que a passagem dos Wari’ pelo meio urbano é transitória e, por mais influência que essa presença na cidade possa ter, a questão da identidade étnica entre eles é muito bem marcada e a permanência nas aldeias mantém fortes traços culturais como a língua, relações de parentesco e algumas representações sobre saúde e doença.

Entre os Shipibo-Conibo do Peru, interações culturais com a sociedade ‘ocidental’ também têm afetado a percepção do grupo sobre saúde e doença e as terapias que eles empregam, conforme descrito por Follér & Garret (1996). O grupo possui um corpo de conhecimentos relacionados com o meio ambiente, saúde, doença, morte e sobrevivência que, como todo conhecimento, é moldado culturalmente. Esse sistema de conhecimento tradicional tem sido influenciado através do contato e trocas com outras culturas. Assim,

um processo de integração entre os conhecimentos ‘tradicionais’ e ‘ocidentais’ acontece em vários níveis na sociedade Shipibo-Conibo, incluindo na saúde e medicina. Os elementos novos da outra cultura passam por uma recontextualização e transformação antes de sua incorporação ou integração ao conhecimento etnomédico local. O exemplo discutido pelos autores é o caso da cólera, doença considerada “alienígena”, algo que “veio de longe”, por isso, eles não tinham como classificar ou entender o fenômeno dentro de seu próprio contexto cultural. Sendo essa doença problemática para o grupo incorporar em sua visão de mundo, a reação envolveu esforços para alterar e melhorar estratégias para lidar com a doença, construindo um “novo” conhecimento e integrando-o à etnomedicina local, o que envolveu “negociações” relativas à causa da cólera e como ela poderia ser prevenida e curada. Esse ‘novo’ conhecimento foi ‘construído’ a partir das concepções prévias sobre as categorias associadas com diarreia e seus tratamentos. Da mesma forma, os Wari’ conhecem certos procedimentos terapêuticos para as diarreias baseados em conhecimentos tradicionais prévios, o que demonstra que essas doenças aconteciam com alguma frequência nas malocas, mesmo que com etiologias distintas.

Langdon (1991) analisa o processo de cura entre os Siona e Sibundoy da Colômbia diante dos sistemas oficiais, populares e indígenas. Na medicina popular (‘não indígena’), há vários tipos de especialistas (curandeiros, espíritas, ervateiros, etc.) e esse setor é mais significativo que a ‘medicina ocidental’. O processo de tratamento é guiado, principalmente, por fins pragmáticos, sendo que o objetivo é curar os sintomas, passando pelos vários setores conforme a evolução de cada caso e a avaliação da eficácia de cada um. Um fator importante apontado como determinante na busca por tratamento é a questão étnica, fator que distancia os Siona e Sibundoy dos médicos, os quais passam a ser menos procurados, além da confluência de fatores culturais, sociais, econômicos, espaço e tempo. Esses fatores estão relacionados com a manutenção de sua identidade étnica e visão de mundo. A autora optou por enfatizar “*a procura por tratamento como um processo, em vez de uma elaboração das teorias nativas de doença*” (Langdon, 1991:208). Nesse ‘processo’, há uma avaliação contínua dos sintomas e das suas alterações ao longo das tentativas de cura, quando as causas podem ser reinterpretadas de acordo com as mudanças percebidas. Por exemplo, cita casos de diarreia em crianças que, quando não reagem aos chás ou medicamentos farmacêuticos para vermes, são reclassificados e atribuem a causa a um

espírito, o que determina a busca por um especialista, índio ou branco, em “mau ar”. Esse exemplo mostra que uma mesma doença pode ter causalidades diversas ao longo do ‘processo de cura’, o que, junto com a nosologia, determina a busca por um ou outro recurso terapêutico, sem considerar categorias de ‘doença de branco’ e ‘de índio’. Langdon (2003:97) discute a doença como uma seqüência de eventos motivada por dois objetivos, entender o sofrimento, a fim de organizar a experiência, e aliviar o sofrimento. Para tanto, há necessidade de acompanhar o episódio da doença inteiro, o itinerário terapêutico e os discursos dos atores envolvidos na seqüência de eventos, pois “*a interpretação do significado da doença emerge do seu processo*”. Ainda, segundo Langdon (2003:99), a doença considerada como experiência “*é um processo subjetivo no qual a experiência corporal é mediada pela cultura*”.

Green (1985), ao abordar as doenças diarréicas, na Suazilândia, escreve que curadores e pacientes tendem a classificar as doenças (*illnesses*) como “africanas” ou “tradicionais” de um lado, que envolvem agentes sobrenaturais, e “modernas” ou “européias”, de outro, estas não tão bem definidas. Essa classificação também se reflete na divisão de trabalho entre os especialistas tradicionais e modernos. Segundo o autor, a divisão de trabalho não é apenas entre doenças africanas e modernas, mas entre o que os nativos vêem como tratamento dos sintomas ou das causas últimas das doenças que, geralmente, são feitiços ou encantamentos. Percebe-se, nesse caso, que a classificação das doenças se dá em dois níveis de causalidade, o que explica uma mesma doença ser objeto de tratamento em diferentes sistemas terapêuticos.

Vários autores têm discutido a questão dos níveis de causalidade das doenças, conforme Buchillet (1991), associados às perguntas “por que eu?”, “por que agora?”, “como?”, “que ou quem?” suscitadas por uma doença. A partir daí, propõe-se níveis de causalidade associados a cada tipo de pergunta levantada com o aparecimento de uma doença.

Enquanto a causa instrumental traduz o meio ou o mecanismo de produção da doença, a causa eficaz é o agente responsável pelo processo da doença e a causa última procura reconstituir a origem da doença, responder aos ‘por que eu?’ e ‘por que agora?’ (Buchillet, 1991:27).

O recurso a diferentes técnicas terapêuticas para uma mesma doença ao longo do processo de cura é explicado pela atuação de cada técnica em diferentes níveis, distinguindo-se “a

esfera (ou registro) das causas” e a “esfera (ou o registro) dos efeitos”, explicando também porque a remissão dos sintomas, ligados à esfera dos efeitos, não significa, necessariamente, a cura da doença (Buchillet, 1991:28-29).

Vê-se que a classificação das doenças, etiológica ou nosológica, está diretamente relacionada ao desenho do itinerário terapêutico. Além disso, parece haver uma distância crescente entre os discursos do especialista xamã tradicional e as pessoas em geral, ou seja, entre o ‘especialista’ e o ‘popular’ wari’. Para entender esse processo, vou recorrer à bibliografia que trata do xamanismo wari’ para chegar ao contexto atual dos discursos sobre saúde e doença e suas categorizações.

### ***Xamanismo wari’ (yam, karawa, formas de atuação...)***

O fenômeno do xamanismo está presente em praticamente todas as sociedades indígenas do Brasil. O grau de importância da figura do xamã varia em cada grupo, assim como suas características e performance. Langdon (1996:28) mostra a importância do xamanismo como instituição, expressando as preocupações centrais da cultura e da sociedade; como visão cosmológica, na busca do entendimento de eventos cotidianos e tentando influenciá-los; e, no seu sentido mais amplo, preocupando-se com o bem-estar dos indivíduos e da sociedade, harmonia social, crescimento e reprodução do universo. Dessa forma, abrange os aspectos sobrenaturais, sociais e ecológicos, definindo-se como “*uma instituição cultural que, através do rito, unifica o passado mítico com a visão de mundo, e os projeta nas atividades da vida cotidiana*” (Langdon, 1996:28).

Há, basicamente, três trabalhos que tratam sobre o xamanismo e as teorias wari’ de causalidade de doenças. Conklin (1989) examina a natureza e lógica das interpretações religiosas e etnomédicas wari’ sobre morbidade e mortalidade e respostas para elas, focalizando sobre conceitos indígenas de correspondência entre fenômenos fisiológicos e sociológicos. Vilaça (1992), em sua pesquisa concentrada na TI Negro-Ocaia, analisa o exo e o endo-canibalismo wari’, inserindo, nessa discussão, o xamanismo, dando ênfase ao processo de iniciação e à atuação dos xamãs nas sessões de cura e em ações profiláticas. O conceito de *yam* é fundamental na compreensão do universo wari’ e, particularmente, do processo saúde-doença-cura. Novaes (1996), ao analisar o itinerário terapêutico e o papel

do serviço de saúde oficial em Lage Novo, retoma a discussão de Conklin e Vilaça sobre xamanismo e causalidade de doenças.

*wari'* e *karawa*

A palavra *wari'* (com inicial minúscula), aqui, é descrita como um substantivo, uma categoria classificatória do mundo e não como a denominação do grupo *Wari'* (com inicial maiúscula). Vilaça (1992:49-51) nos apresenta uma boa definição dos conceitos *wari'* e *karawa* e a relação entre eles. Há vários significados para cada uma dessas categorias, dependendo do contexto em que são usadas. Assim, “*wari'* é o pronome pessoal enfático da primeira pessoa do plural inclusivo e significa ‘nós’”. Porém, *wari'*, tradicionalmente, significa “ser humano”. Os outros grupos indígenas e os ‘brancos’ são chamados de *wiyam*, que significa, tradicionalmente, “inimigos”, embora, atualmente, praticamente só os ‘brancos’ são chamados de *wiyam*. Já o termo “*karawa* pode ser traduzido como ‘animal’, ‘caça’, ‘comida’” e, na sua acepção mais restrita, é qualquer mamífero terrestre. *Karawa* também é usado para designar os mamíferos em geral em contraste com as aves (*me*) e os peixes (*hwam*). O significado de *karawa* está estreitamente associado à função alimentar, de maneira que qualquer comida pode ser chamada de *karawa*, inclusive peixes e aves (quando servindo de alimento), mas a carne de caça de grandes mamíferos é *karawa* por excelência, as outras comidas são consideradas mistura ou acompanhamento. Também presenciei muitos momentos em que pessoas reclamam que não tem ‘carne’ (*om na karawa*) quando comiam apenas farinha ou outra comida sem carne. Quando eu fazia minha refeição no Posto de Saúde e chegava alguém, logo perguntava: *ma' na karawa?* (‘tem carne?’), referindo-se à carne especificamente. Infelizmente, na maioria das vezes, minha resposta era: *om na* (‘não tem’). Porém, numa definição mais ampla, qualquer coisa ou objeto pode ser chamado de *karawa*.

Segundo Vilaça (1992:50), sendo *karawa*, tipicamente, alimento, “*a relação entre as categorias wari' e karawa envolve sempre devoração*”. O *karawa* deve ser morto, já que os animais são os *karawa* por excelência, e ingerido pelo *wari'*. Essa relação pode ser real ou simbólica, envolvendo o ato de alimentar-se ou devoração simbólica. Nesse último caso, a devoração simbólica dos *Wari'* pelos animais causa-lhes doenças reais ou a morte. Nessa situação, o animal é considerado *wari'* e o ser humano é considerado *karawa*, pois o primeiro é o predador (*wari'*) e o segundo é a presa (*karawa*), o primeiro é “sujeito”,

“devorador”, e o segundo é “objeto”, “devorado”. Entretanto, não podemos afirmar, como fez Vilaça (1992:50), que a relação dos Wari’ “*com tudo o que não é humano tem como modelo a devoração*”, pelo menos não no contexto atual. O fato de qualquer coisa ser chamado de *karawa*, numa definição mais ampla do termo, não significa, necessariamente, que haja uma relação de predação ou devoração, mesmo que simbólica. Pode ser apenas um termo genérico utilizado para se referir a algum objeto, semelhante à palavra “coisa” em português, quando não mencionamos o nome mesmo da “coisa”. A relação de predação ou devoração, no entanto, é explícita com relação aos animais mamíferos que servem de caça e, num sentido mais amplo, a qualquer comida. No campo simbólico, a devoração está explícita no discurso xamânico sobre causalidade de certas categorias de doenças, algumas, inclusive, que se sobrepõem a categorias biomédicas, talvez uma atualização desse discurso à realidade atual. Num depoimento que coletamos de um homem que foi considerado xamã, ficou clara a ação simbólica de devoração das partes internas do corpo através do *yam* de animal que entra na pessoa, provocando dores e doença. Para melhor compreender essa causação de doenças, é preciso esclarecer o conceito de *yam*.

#### *Yam e kwere*

O *yam* e o *kwere* são complementares e opostos. Traduzindo de maneira simplificada e com o risco de não ser exato, *yam* é ‘espírito’, ‘alma’, o duplo do ser vivo (mas não de todos) sem o qual não é possível a vida. Quando se morre, o *yam* se separa do corpo. *Kwere* é o corpo, a carne, a substância material e perecível do ser vivo. Complementando com as definições de Vilaça (1992), *kwere* é o lugar das sensações físicas e dos sentidos, a sede da personalidade. Vilaça (1992:116, nota 6) afirma que “*kwere-*”, como outras raízes, só pode ser usada acompanhada de sufixo de posse, por exemplo, *kwerexi* (corpo nosso) ou *kwerekon* (corpo dele), nunca na forma livre. No entanto, notei que várias expressões utilizam a forma livre, como, por exemplo, *yam na pa’ kwere* (expressão para dizer que se está com ‘preguiça’ ou ‘cansaço’). Note-se, nessa expressão, a qual tive que pronunciar muitas vezes para justificar a não apresentação de exercícios físicos, a utilização do termo *yam*, significando, nesse caso, um suposto controle do corpo pelo *yam*, que o ‘*yam* matou o corpo’, em tradução literal, mas em linguagem figurada.

Na concepção tradicional, o corpo é gerado pela mistura do sêmen do homem com o sangue menstrual de mulher (Vilaça, 1992:52) através do ato de *wan xi*, literalmente, ter



relação sexual, ou *kao xi*, literalmente, ‘comer’ (usado como sinônimo), uma das primeiras expressões que aprendi em Lage Novo. Segundo Vilaça (1992:52-53), os filhos, por serem gerados a partir de substâncias dos pais, compartilham com eles essa substância, tornando-os idênticos, com o mesmo sangue, traduzido como “o mesmo corpo”. Da mesma forma, os cônjuges passam a compartilhar o mesmo sangue à medida que mantêm relações sexuais entre si. Forma-se, assim, o que a autora chama de “grupo básico de substância”, constituído pelos pais, irmãos, filhos e cônjuges. Essa idéia repercute no campo da saúde, pois as crianças são mais suscetíveis e podem ser acometidas por doenças causadas pela infração paterna a tabus alimentares. Essa consubstancialidade, segundo a mesma autora, desdobra-se em comensalidade pela semelhança da dieta. Assim, um doente grave que não ingere nenhum alimento é acompanhado pelos parentes próximos na abstinência. Não observei esse costume em Lage Novo ou Linha Dez. Em vários casos de diarreia que acompanhei, é perceptível a diminuição, interrupção ou alteração da dieta, mas apenas pelo doente. Conklin (1989:246) também analisa a identidade compartilhada através do compartilhamento de substâncias corporais que pertencem a um outro indivíduo, inclusive na geração de laços de identidade social comum com aliados, inimigos e animais. Para Conklin, essa idéia é a base de conceitos importantes, incluindo as relações do xamã com espíritos animais e possessão de espíritos em doenças.

Quanto ao *yam*, conforme Vilaça (1992:55) apresenta, há, “*grosso modo*”, duas categorias. Uma seria a projeção de um corpo ausente ou presente, marcas dos objetos de origem, mas a presença do *yam* revela a ausência do objeto, são reflexos de um corpo ou objeto e não o corpo ou objeto propriamente, como a sombra, um rastro, uma cicatriz. Outra categoria, que a autora chama de duplo, se constitui a partir do corpo, não é uma simples projeção, é móvel e tem uma existência mais ou menos independente do corpo. Vilaça (1992:55-56) afirma que apenas “*os seres humanos e os animais de algumas espécies têm um yam da segunda categoria, que pode se manifestar simultaneamente à sombra ou reflexo, sem se confundir com estes*”. No entanto, as espécies citadas variam segundo o informante e segundo o pesquisador, conforme também pude constatar em pesquisa. Conklin (1989:254) associa essa característica com os animais que, segundo os Wari’, carregam frutos de babaçu e urucum em seus corpos e, por isso, possuem traços

culturais de humanidade, já que esses frutos são símbolos de etnicidade Wari' e definem a identidade humana (Wari') dessas espécies animais.

O *yam*, como duplo do ser, revela um poder de transformação. Assim, os Wari' e os animais com esse duplo, portanto, com esse poder, “*são mais do que parecem ser aos olhos das pessoas comuns*”, pois só os xamãs podem vê-los. Através de seus *yam*, “*são humanos e imortais*”. O duplo é intrínseco ao corpo e o corpo é o seu significante. Nos humanos, a manifestação do *yam* acontece em situações, por exemplo, de sono através do sonho, em doença grave, morte iminente, após a morte, quando o corpo está inerte ou ameaçado de desaparecer. Prolongando-se a presença manifesta do *yam*, a inércia temporária passa para morte definitiva (Vilaça, 1992:56). O poder de transformação é característico do xamanismo wari' como do xamanismo em geral. Nesse sentido, Langdon (1996:27-8) destaca como sendo uma característica a ser considerada na definição de xamanismo, entre outras, o princípio de transformação.

Assim, espíritos adotam formas concretas, humanas ou animais. Xamãs tornam-se animais, ou assumem formas invisíveis como as dos espíritos. As coisas nunca são necessariamente como parecem. Pode-se dizer que esse princípio de transformação caracteriza uma visão metafórica do universo. O que é separado pode ser unificado através da metáfora (Langdon, 1996:27-8).

A capacidade dos animais que têm *yam* (duplo) causarem doenças está associada também à questão do xamanismo. Os ataques dos animais aos Wari' se dão no nível simbólico através do *yam* do animal que atinge o corpo (*kwere*) de um Wari' a fim de causar-lhe doença, que se torna efetiva caso consiga capturar o *yam* do Wari'. Caso isso aconteça e a captura for definitiva, a pessoa morre. Um doente 'mostraria' ao xamã *yam* de partes do animal que lhe causou a doença, como pêlos, unhas, etc., pois seriam partes do *yam* do doente transformado em animal. Xamãs são aqueles atingidos pelos *yam* de animais e que foram curados pelo próprio animal que o atingiu (Vilaça, 1992:60), o qual queria torná-lo companheiro. Segundo informação que coletei, o xamã (*ko tükü nenim*) passa a atuar em processos de cura auxiliado pelo *yam* do animal que o atingiu. Assim, o *ko tükü nenim* pode transformar-se na imagem do animal que é seu 'companheiro', sair à noite pela mata e ser até confundido com um animal, correndo o risco de ser caçado, o que atingiria o seu próprio corpo. Da mesma forma, um animal que tem *yam*, ou como meu informante diz, *kaxikon yam*, pode transformar-se também na imagem de uma pessoa para se disfarçar e seduzir alguém a acompanhá-lo para a floresta, para o mundo dos animais. Fica claro,

aqui, o “*princípio da transformação, da eterna possibilidade das entidades do universo de se transformarem em outras*” (Seeger et al., 1987 *apud* Langdon, 1996:27), fenômeno muito presente também na mitologia wari’, onde os seres ou entidades passam por ‘mutações’ de acordo com a necessidade ou desejo de se transformar em outra espécie (ver anexo 1: mito da *kaxikam horon*).

Em muitos casos de Wari’ mortos por animais através de predação simbólica, seu *yam* incorpora-se a novo corpo, de um animal, tornando-se um animal com *yam*, reconhecido como um antepassado Wari’, embora seus corpos poderão ser caçados e comidos, já que são apenas carne, e o seu *yam* continuará pertencendo àquela espécie animal, mas num novo corpo potencialmente caça. Já os *yam* dos Wari’ mortos (*yima*) de outra forma vão para o mundo subaquático dos mortos e mantêm a forma humana (Vilaça, 1992:60-61). De acordo com a mesma autora, há formas de classificar e agrupar os seres com *yam* utilizando-se de termos como *yami nahwarak* (*yam* da floresta), *yami xowi* (*yam* da chuva), *yami hotowa* (*yam* do vento), *yami kom* (*yam* da água), significando todos os *yam* desses ambientes ou qualquer *yam* que viva neles ou é transportado por eles, no caso da chuva e vento. Também se pode referir aos *yam* de cada espécie ou de *karawa* de forma geral, dizendo-se, por exemplo, *yamikon komem* (*yam* do veado), *yamikon min* (*yam* da anta) ou *yamikarawa* (*yam* dos *karawa*). Para Conklin (1989:253), *yamikarawa* são animais com espíritos em forma humana que agem fora de seu corpo físico (para essa ação, usa-se o verbo *yamu*), são “espíritos animais”. Tais ‘espíritos’ são visíveis apenas aos olhos dos xamãs e a habilidade para perceber a humanidade dos animais é a essência do poder xamânico. Para os olhos dos não-xamãs, as criaturas são simplesmente animais. Xamãs com mais poder vêem todos os *yamikarawa* como Wari’. Outros xamãs só têm essa percepção das espécies com as quais eles próprios se identificam.

Diante da exposição acima, é necessário esclarecer que muitas dessas concepções pairam no campo do discurso xamânico ou do ideal Wari’. As pessoas Wari’, de modo geral, pelo menos em Lage Novo e Linha Dez, normalmente, não falam sobre isso. Outro ponto de minha pesquisa é que, em entrevista com um homem que já foi considerado *ko tükü nenim*, ele não usou termos como *yamikarawa* ou *yaminain kataxik* (*yam* do queixada), por exemplo, mas sempre se referia aos ‘duplos’ usando a expressão *kaxikon yam*, traduzido por ele mesmo como ‘espírito mau’. Dessa maneira, ele ia dizendo

“*queixada tem kaxikon yam, onça tem kaxikon yam...*” e assim por diante, citando várias espécies de peixe, de mamífero, ave e abelha que possuem *kaxikon yam* e, portanto, podem causar doenças nas pessoas. Segundo esse informante, quando se mata um animal que tem *kaxikon yam*, deve-se cuidar logo da carne, não deixar jogado no chão esperando para ser limpo e preparado. Se o homem chega do mato com a caça, joga no chão e a mulher demora muito para cuidar dela, o *yam* do animal fica “brabo” e, quando ingerido, vai provocar doença na pessoa, ele pode machucar a pessoa por dentro, comer partes do corpo e até matar. Portanto, é preciso limpar logo a carne e assar, porque o fogo faz o ‘espírito’ (*yam*) do animal sair da carne. O ato de assar a carne, como uma necessidade para liberar o *yam*, poderia ser associado também com o ato de assar o cadáver nos rituais funerários antigos, mas, quanto a isso, não posso afirmar aqui, já que minha pesquisa esteve voltada para questões de saúde, doença e modalidades terapêuticas. Quanto ao uso do termo *kaxikon yam* e sua tradução como ‘espírito mau’, certamente tem alguma relação com a influência missionária e o conseqüente processo de atualização do xamanismo a essa realidade. Entretanto, Conklin (1989:515) traduz *kaxikon yam* como “espírito estranho” ou “espírito mau” e diz que esse termo nunca é aplicado para os espíritos de pessoas comuns, embora tenha verificado entre os Wari’ a afirmação de que só há um tipo de espírito, que pode ser chamado tanto de *yamixi*’, *tamataraxi*’ ou *kaxikon yam*’. Porém, os Wari’ usariam o último termo em contextos em que queiram enfatizar os poderes únicos dos animais e xamãs de desincorporar-se e transformar-se. Ainda, *kaxikon yam*, como forma masculina, e *kayi*, como forma neutra, referem-se a coisas que parecem com algo familiar mas que são diferentes. Em Lage Novo e Linha Dez, no entanto, só verificamos o uso da palavra *kayi* para se referir àquilo que é estranho, desconhecido ou introduzido entre os Wari’ após os contatos. No contexto de minha pesquisa, considero que *kaxi* é uma variação dialetal de *kati* (forma mais comum em Lage Novo e Linha Dez) e traduz-se por “mal”, “mau”, “doença” ou “dor”, enquanto *kayi* traduz-se por “estranho”, “desconhecido”. Por extensão, *kaxikon yam*, como proferido e traduzido por meus informantes, é “espírito mau”, que pode causar doença e é inerente a certas espécies animais, do que se pode considerar que é o mesmo que *yamikarawa* ou ‘espírito-animal’.

*ko tükü nenim*

*Ko tükü nenim* é a expressão usada para se referir ao xamã wari', significando "aquele que vê diferentemente". Cada *ko tükü nenim* é uma pessoa que foi acometida por uma doença provocada por *yamikarawa* ou por outro *ko tükü nenim* e passa por um processo de iniciação ao xamanismo. Estando doente, não foi curado nem por um *ko tükü nenim* nem por qualquer outro remédio. Um *ko tükü nenim* é simultaneamente *yamikarawa* e wari', do que decorre sua função de mediador entre os humanos e os animais, entre os vivos e os mortos, atuando na cura de doenças e impedindo a captura dos humanos pelos animais, é um ser vivo com um *yam* ('duplo') animal, é um *wari'-karawa*, homem-animal, de forma que o duplo animal pode surgir como um segundo corpo simultâneo ao humano e, outras vezes, como uma transformação possível, um poder, "um devir contido no corpo humano visível" conforme explicado por Vilaça (1992:77-93), onde a autora se estende nas explicações sobre a iniciação xamanística, o papel do urucum e óleo de babaçu, as sessões de cura e profilaxia.

Conklin (1989:255-6) também faz menção ao fato de que os 'espíritos-animais' carregam *mawin* (urucum) e *catima* (babaçu) em seus corpos, além de outros frutos, cipós, larvas de besouros e outros alimentos específicos da sua espécie animal. Assim, transferem esses elementos específicos da espécie para corpos humanos e criam laços por compartilhamento de substância, as quais transformam a identidade do espírito de uma pessoa que incorpora os frutos e outras substâncias. Tal processo é o mecanismo primário da iniciação xamânica e fonte primária do poder de transformação xamânica. A mesma autora continua com a descrição da iniciação xamânica (Conklin, 1989:256-8), onde menciona que a implantação de frutos mágicos de 'espíritos-animais' em alguém não acostumado com eles causa doenças. O poder e conhecimento para curar as doenças são concedidos aos xamãs pelos espíritos dos frutos, desde que a pessoa seja capaz de tolerar os elementos mágicos dos animais. Conklin (1989:258-265) refere-se ao 'companheirismo' que se estabelece entre o xamã iniciado e o *yamikarawa* que o iniciou. Todos os poderes do xamã derivam da incorporação de *mawin* dos espíritos-animais, o que também lhe confere compartilhamento de identidade do espírito do xamã com a espécie do animal doador, a qual será perdida caso os elementos mágicos sejam removidos, perdendo-se, também, o poder de transformação, deixando de ser xamã. O espírito-animal que inicia um xamã torna-se seu companheiro, professor e ajudante nos diagnósticos e cura de doenças. Numa

sessão de cura, o espírito animal de forma humana aparece e senta-se no lado oposto ao xamã, do outro lado do doente, aconselha o xamã no diagnóstico e cura e, também, pode lhe dar frutos mágicos para aplicar na cura do doente. Para a autora, a percepção visual alterada é a essência do xamanismo wari’, daí o termo *ko tükü nenim*, “aquele que tem olhos que vêem as coisas diferentemente”.

Em minha pesquisa, as práticas de cura xamânicas não aparecem de fato. Interpreto essa ausência, atualmente, em Lage Novo, Linha Dez e, ao que parece pelas informações concedidas, Lage Velho, como um sinal de mudanças provocadas por diversos fatores e que esmaeceram a figura do xamã. Alguns fatores mais visíveis são a presença missionária nas aldeias, desde o início dos aldeamentos até hoje, a intensificação dos serviços de saúde oficiais nos últimos anos e, por extensão, o surgimento dos AIS e AISAN como os wari’ responsáveis pela área de saúde, formação diferenciada das novas gerações, mais influenciadas por visões de mundo não wari’, e, como fator mais apontado por eles próprios, a morte dos últimos *ko tükü nenim*. Não havendo mais *ko tükü nenim* vivo, não há mais prática de cura xamânica. Essa ausência de pessoas com a identidade de *ko tükü nenim* deixa os mais novos sem essa referência e impossibilita que novos xamãs surjam. As referências mais marcantes da atualidade são as instituições do Estado ou da Igreja. Assim, em Lage Novo e Linha dez, o xamanismo, em sua forma original, está presente ainda, principalmente no discurso de algumas pessoas mais idosas, alguns dos quais já tiveram identidade de *ko tükü nenim*, e em depoimentos de pessoas que chegaram a ser tratadas por algum *ko tükü nenim*. Há uma citação no trabalho de Novaes (1996:48) em que ela atribui a um ‘xamã’ de Lage Novo, o qual também foi meu informante. Porém, o fato é que todas as pessoas questionadas por mim, nessa aldeia, afirmam que não há *ko tükü nenim* em Lage Novo, embora haja quem tenha dito que a pessoa citada por Novaes ‘já foi’ *ko tükü nenim*. Para mim, no entanto, ele também não chegou a afirmar essa identidade.

Essa realidade, no entanto, deve ser analisada de maneira contextual. Pode-se pensar, seguindo o raciocínio de Brunelli (1996), num processo de transfiguração étnica, numa relação “dialética” com a atualização do xamanismo. O xamanismo, entre os Wari’, está em situação de “atualização”, num estágio de aparente enfraquecimento, sob forte influência, provavelmente, da presença da MNTB. Assim, a identidade wari’ tende a ser reforçada ou baseada numa relação distinta, alterando a comunicação entre os mundos

espiritual e humano. Dessa forma, o papel do xamã perde força e eles parecem mesmo desaparecer ou perder legitimidade, mas poderão ressurgir num novo contexto de identidade étnica e com formas de atuação atualizadas a esse possível novo contexto. Pode-se comparar, nesse sentido, com a situação entre os Tupi-Mondé, particularmente os Zoró, conforme analisada por Brunelli (1996).

Um sinal dessa transformação é o papel importante do urucum no xamanismo. Conklin (1989:252) enfoca o papel do urucum na definição da identidade Wari' como humano e aponta que aplicações de urucum foram um elemento importante nos rituais de cura tradicionais, medidas preventivas de saúde, xamanismo e como adorno cumprindo uma função estética. As crianças eram e, segundo Conklin, às vezes ainda são (à época de sua pesquisa) untados com urucum para prevenir ataques de espíritos. Pintar o próprio corpo com urucum significava estar com saúde e feliz, por isso, não se aplicava urucum durante época de tristeza, como doença ou morte. Sobre a relação entre o urucum e espíritos animais, Conklin (1989:254) escreve que, por definição, aqueles animais que não carregam frutos de urucum em seus corpos não têm espíritos em forma-humana e lhes falta o poder de transformação das espécies que *yamu* (verbo que significa 'yaminizar', ou seja, ação dos 'espíritos' fora de seu corpo físico; que assumem forma humana). Analisando o descrito e comparando com o contexto atual de Lage Novo e Linha Dez, vê-se logo que ou houve uma generalização muito grande na descrição dos autores ou houve realmente muitas mudanças. Os Wari' que pesquisei sequer plantam mais urucum e nunca vi alguém untado com tintura derivada de frutos dessa planta. Na festa do *tamara* que presenciei em abril de 2003, a única tintura utilizada foi a de genipapo.

Entretanto, uma 'conversa' que tive em Lage Novo ilustra o pensamento sobre a atuação dos *yamikarawa* de algumas espécies mais importantes na cosmologia wari', como o queixada e a onça, na etiologia de doenças, na morte e na iniciação xamanística. Na continuidade de um depoimento sobre *patawan*, um agente causador de 'diarréia' (ver abaixo), perguntei se havia outro bicho parecido com *patawan*. A continuidade do diálogo mostrou como funciona a iniciação de um novo xamã a partir da ação do *yamikarawa*:

- Tem queixada também, não é muito ruim como esse não, queixada também leva pessoa, o espírito dele né. O queixada, ele é assim ó, quando o espírito do queixada quer matar uma pessoa né, então, no sonho do espírito do queixada, chega lá e cutuca uma pessoa para ver se é bom, com saúde, com tudo, porque se você dorme pertinho do lugar onde a gente assa sempre bicho, animal, então espírito dele vem aí, ele machuca a gente, aí espírito dele come tudo por dentro, coração, pulmão,

tripa, aí pessoa morre também do queixada, quando quer matar pessoa. Quando não quer, ele só faz mal para ser pajé dele, para ajudar ele trabalhar, não toda vez que se mata pessoa. Tem hora que quer fazer mal só para ser amigo dele, para andar com ele, para o espírito dele andar junto com ele. Quando filha da queixada casar com aquele homem pajé, é assim. Quando pajé, querendo deixar mulher dele já, mulher dele próprio, Wari', já tá querendo morar com o espírito da queixada, né, não quer mais viver com a turma dele, com a família dele, quer viver como bicho já, aí pajé morre, aí espírito dele sai e vai morar com queixada, já é bicho já, não é mais gente não, aí pajé morre, aí vira queixada, o espírito dele, é assim também.

- então queixada pode ser um pajé também...

- Pode! Pajé também. Porque toda vez que pajé vira 'doutor', pode ser melhor 'doutor', ele não corta, ele não machuca nada, ele cura tudinho, pode ser hérnia, pode ser coração e fígado inflamado... pode ser qualquer dor, aí ele cura, chupa, chupa tudinho e sai aquela doença. Quando espírito do bicho que ele tá trabalhando junto com ele, então pajé não quer mais viver como a gente, aí pajé morre, vai viver junto com bicho, é assim. Tem a onça também, a onça, ele faz assim ó, tem hora que parece gente, né, parece gente, vamos dizer assim, você tá aqui né, daí eu vou te dizer assim: 'Moacir, tu vai lá no açude, aí eu vou depois'. Nesse caso, a gente não pode falar assim, porque é arriscado, a onça tá escutando aqui, ela tá escutando, aí você vai na frente, aí eu vou ficar aqui em casa né, foi eu que te mandei lá no açude, aí a onça tá escutando aqui, em vez de eu ir acompanhando junto, não, eu fiquei aqui, né, aí tu vai na frente, aí onça já sai na tua frente, aí tu fica aqui, aí a onça vai parecer igual eu, aí ele vai atrás de ti, aí se encontra lá, parece com eu, não é onça mais, parece com eu, aí se encontra lá, aí: 'tu já chegou já, vamos embora homem!', aí tu: 'vamos embora'. Aí tu vai embora com ele, some aí no meio do mundo. Aí: 'cadê tua vista?'. 'Minha vista tá aqui'. Ele tem um remédio bom, aí passa nos teus olhos, aí pronto, aí você esquece, esquece da tua mãe, esquece do teu pai, esquece da família, aí a onça te leva, mas aí não faz mal não, só faz levar gente, ganha a mata aí e vai embora. Aí ele mata bicho. Para você, quando vê bicho cru assim, para ti é coisa assada já, cozido, sangue, tudo...

- Tá cru mas ele vê como se fosse assado...

- Não, porque o remédio da onça é muito bom, se você usar aquela coisa, ele passa no olho da gente assim, limpa assim, aí não é mais tua vista que você tá não, já é outra vista, você já passou na vista da onça já...

- Já vê como onça...

- É, já, tá querendo você passar com onça já, sabe? Aí você já, nessa noite como agora, você pode andar tranquilo, a noite pra ti é de dia já, não é a noite não, a onça, pra ela, é de dia...

- A onça anda muito à noite...

- é, anda muito à noite né, então, você vai acompanhando ela, vai ensinando, assim, tudo aquilo que ele usa, ele vai te entregar. A onça, ele tem tudo, ele tem o urucum na mão dele, ele tem coco de babaçu na mão dele, ele tem uma coisa muito boa para salvar gente, entrega tudinho, mas ele não leva para matar não, ele leva para ser amigo dele, tu não vai morrer não...

- Só para acompanhar...

- É, só para acompanhar. Aí leva um mês, dois meses lá no mato, aí ele te entrega tudo aquele material para curar gente, aí você já é pajé já...

- Aí ele volta...

- É, aí ele diz assim: 'tu já vai embora, quando pessoa adoecer, aí tu cura com isso aqui, ele vai explicando, vai ensinando, você vai curar com isso, com esse, com esse, tudo né. Tá bom, entregou tudo pra ele. Aí, um dia aparece na casa dele lá: 'você chegou?' 'cheguei' 'que tava fazendo?' ... você já é pajé já. Tá bom, aí a onça se escondeu no mato. Então, apareceu na casa dele lá: 'onde você foi?' 'rapaz, eu fui em tal canto, tem um homem que é parecido com você, não é o senhor não?' 'não, não é eu não' 'parece com o senhor! Cara me levou pro mato, quase três meses, quatro meses, né, no mato aí com ele andando'. Esse cara a onça levou é o pajé já, tudo tipo de doença ele cura, tudo. Se não tivesse pajé, como a cidade né, se não tivesse 'doutor', quem vai tirar doença da gente! É o doutor né. Então, mesma coisa é o mato. Tu sabe quanto tem pajé no mato para curar



pessoa? Tudo tipo de doença? Às vezes tem seis, doze pajés cada aldeia né, que conhece a doença. Morrendo outro pajé, aí espírito do animal cada vez mais fazendo mal para ser pajé, não é um pajé velho que curava não, ele não faz mal pra gente não, só espírito do animal, que é para fazer nele pajé para poder ser amigo dele, trabalhar junto. Por isso que a gente diz isso: tudo pajé explica tudo pra gente, tudo animal tem *kaxikon yam*, espírito mau. O único coisa que não tem *kaxikon yam* é mutum, arara, papagaio, pássaro que voa né, mas animais que vivem na terra firme têm. Macaco-preto não tem, macaco-prego tem *kaxikon yam*, é gente ele, tem também. Então, é muita coisa...

Todos os tipos de onça, preta, vermelha, pintada, tem *kaxikon yam*, mas, segundo ele, “*são bom pessoa o espírito deles, não anda matando gente, o espírito dele quer fazer mal à pessoa, mas não mata, tá fazendo para ser ajudante dele, para fazer o pajé, não faz para matar não...*”

O *ko tükü nenim* é o ‘doutor’ do mato, como o ‘doutor’ na cidade. Sua ação é necessária dentro de um pensamento e uma teoria etiológicos próprios da cosmovisão wari’ ‘tradicional’, onde os *kaxikon yam* são agentes causais e só podem ser removidos através de um personagem que transita entre os dois mundos, humano e animal, *kwere* e *yam*. Esse processo de cura, via *ko tükü nenim* é que classifico como ‘setor *folk*’ wari’.

### ***Classificação etiológica wari’***

A causalidade das doenças ainda necessita ser mais bem entendida e enfrentada pela medicina ocidental. As explicações das origens das doenças por grupos étnicos tendem a variar muito em relação aos conceitos ocidentais e, desse modo, podem guiar o pesquisador em direção a novos entendimentos sobre as práticas médicas (Brunelli, 1990:141).

De acordo com Helman (2003:124-128), teorias leigas situam a etiologia patológica em um desses universos: no indivíduo, no mundo natural, no mundo social ou no mundo sobrenatural. Pode haver combinação de uma ou mais causas ou interação entre esses universos. Sobre o indivíduo, situam-se problemas de mau funcionamento do corpo, podendo estar relacionados com alimentação ou comportamentos, recaindo a responsabilidade, via de regra, sobre o próprio paciente. O mundo natural envolve aspectos ambientais, seres vivos ou objetos inanimados, que podem ser considerados causadores de doenças. O mundo social envolve conflitos frequentes entre as pessoas, o que pode levar a acusações de culpa por alguma doença, principalmente em sociedades de pequena escala, através de bruxaria, feitiçaria ou mau-olhado. Por fim, etiologias associadas ao sobrenatural são atribuídas a ações diretas de entidades como deuses, espíritos ou entidades ancestrais.

Quando se trata de discutir a etiologia ou causalidade de uma doença, entramos numa questão que não é simples na medida em que há vários níveis de causalidade ou, de

outro modo, uma multicausalidade. Para discutir a etiologia wari' de doenças, farei uma distinção entre causalidades na 'visão xamânica tradicional', conforme explorado por outros pesquisadores (Conklin, 1989; Vilaça, 1992; e Novaes, 1996), associadas mais às 'causas últimas', e as causalidades mais 'imediatas', associadas mais diretamente ao indivíduo e ao mundo natural. Em minha pesquisa, não constatei certas causalidades de doenças apresentadas na bibliografia wari'. Há duas razões principais que podem explicar essa diferença: a ausência de xamãs, de fato, em Lage Novo e Linha Dez, e a ênfase da pesquisa numa categoria específica de doença (diarréicas) tendo como informantes as pessoas em geral, particularmente mulheres mães de menores de cinco anos de idade, tradicionalmente não detentores de discursos elaborados sobre cosmologia e teorias xamânicas de doenças. Os informantes chaves das autoras precedentes eram os velhos, xamãs, homens, enquanto minha pesquisa concentrou a coleta de informações com adultos jovens, não especialistas, mulheres. Nesse caso, é possível que as respostas tenham pairado na esfera (ou registro) dos efeitos (*cf.* Buchillet, 1991), mais do que nas causas.

Conklin (1989:268) afirma que os Wari', quando falam de doenças, se referem a mecanismos causais presumíveis através de verbos que definem as categorizações de doenças. Tais verbos são: *aram paka*, *kep xirak*, *huru*, *xom*, *aramao*, *pa'* ou *mi' pin*, os quais, em geral, estão ligados a ações simbólicas de causação de doença através dos *yamikarawa*; e que é mais comum os Wari' se referirem aos sintomas específicos através de verbos que os designam, como veremos abaixo, o que estou considerando como uma 'classificação nosológica'. Para Conklin (1989:268-273), virtualmente, todas as explicações wari' atribuem as doenças à intrusão de elementos naturais no corpo humano culturalmente construído ou à ruptura de relações sociais, as quais criam desequilíbrio psicológico, afetando o corpo. Essas explicações estariam baseadas na unidade orgânica da mente e corpo, mediada pelo coração, tendo as forças sócio-culturais um papel importante nos conceitos sobre etiologia. Ainda, as concepções etiológicas wari' são fortemente orientadas para explicar um padrão não epidêmico com referência aos comportamentos individuais ou para as forças que afetam o indivíduo. Isso porque, antes dos 'contatos', a forma não epidêmica deveria predominar nos quadros de morbi-mortalidade.

*Aram paka' / ara paka' / ara maka'*

*Aram paka'*<sup>19</sup> (Conklin, 1989:322) é o processo pelo qual elementos animais são introduzidos ou projetados em humanos, causando doenças. Esses elementos podem ser penas, cabelo, unhas ou pele. Segundo a autora, algumas espécies são mais propensas para agirem dessa forma: espécies de tatu, gambá, macacos, lagartos, camaleão e peixes. Além desses, inclui o *pa' tarawan*, que seria um animal como um pequeno tatu. Este último também me foi citado por vários informantes atribuindo-lhe ação morbífica. Porém, não ficou claro se se trata de uma espécie de tatu biológica 'real' ou de uma criatura mítica. Também me foi citado como *patawan*, mas, pela descrição, sem dúvida, trata-se da mesma criatura. Novaes (1996:101) cita "*papa' tarawan e outros papa'*". Outras espécies ainda são citadas por Conklin como sendo referidas por indivíduos wari', evidenciando que há uma variação de acordo com a fonte da informação.

Novaes (1996:91 e ss) usa o termo *ara maka'* ("acontecer em") para se referir à ação dos animais com *yam*, objetivando destruir o corpo da vítima e agregar o seu *yam* ao mundo dos *yamikarawa*. Esse processo tem, como consequência, a causação de doenças que "*representa um ato retaliativo precedido por uma maldição ou por uma advertência dos animais com jam*", o que, nem sempre, provoca doenças, mas "*seriam parte dos dispositivos de explicação para causação de doenças do qual se pode lançar mão em situações específicas*". O processo *ara maka'* está associado aos seres que possuem *yam*, travado entre os *kaxikon yam* do agressor e o *yam* da vítima. Portanto, somente os seres que possuem *kaxikon yam* podem causar doenças através desse processo. Novaes (1996:99-100) associa noções wari' de sujo (*mixem ne*) e limpo (*awi ne*) com a ação morbífica dos *yamikarawa* ("causa eficaz") através do processo *ara maka'*. As consequências físicas dessa ação são 'sujar' o corpo com os elementos introduzidos ("causa instrumental"), obstruindo a circulação sanguínea, o que causa dor ou doença tais como diarréias, febre, entre outras, e até a morte biológica.

Para Vilaça (1992:65), alguns animais com *yam* podem atuar na forma de *aram paka'*, que seria a única forma de atuação possível dos animais sem *yam*, o que contradiz a

---

<sup>19</sup> O termo varia de acordo com o dialeto ou subgrupo ou de acordo com a aldeia. Conklin (1989) usa *aram paka*. Vilaça (1992) usa o termo *aram paka'*, mas, em nota (:119, nota 32), assinala que pode-se dizer *ara maka* ou *ara paka'* em Negro-Ocaia. Novaes (1996) preferiu o termo *ara maca'* por, segundo ela, ser o mais usual em Lage, apesar de *ara paka'* também ser corrente nesse local. O importante é que todos possuem um sentido comum, uma forma dos *yamikarawa* atingirem corpos humanos e causarem doenças.

versão apresentada por Novaes. Além disso, há outras diferenças entre as explicações das autoras. Vilaça (1992:65) afirma que as doenças do tipo *aram paka* “*relacionam-se somente a uma identificação física, resultado de uma conjunção indevida entre o animal e a vítima*”. Pode levar à morte, mas “*não resulta em incorporação do Wari’ à espécie animal*”, não atingem o *yam* da vítima wari’, apenas seu corpo físico, onde os traços do animal agressor são encontrados (pêlos, unhas e garras). Nota-se uma contradição entre as autoras, o que pode ser explicado por problemas de coleta de informação, diferenças entre as aldeias, versões diferenciadas segundo o informante, variação diacrônica ou erros de interpretação. Novaes (1996:85-6) justifica as diferenças entre os trabalhos de Vilaça e Conklin com o seu sugerindo que houve um aumento do número de espécies com *yam* na sociedade wari’ com os novos tempos, uma forma de explicar a ocorrência de outras doenças e mascarar as falhas da atuação xamânica diante da medicina ocidental, alterando, dessa forma, a maneira como os Wari’ interpretam processos de causação de doenças.

Vilaça (1992) concentra-se, entretanto, nas doenças causadas por animais com *yam* (ou *yamikarawa*), as quais estariam mais relacionadas à questão do canibalismo, tema central de seu trabalho. A ação típica dos *yamikarawa* seria o processo chamado de *kep xirak*, através do qual eles causam doenças.

#### *Kep xirak*

Para entender melhor esse processo, continuo com Vilaça (1992). Segundo a autora (1992:64-5), a maioria dos animais que possuem *yam*, os *yamikarawa*, são alvo da caça pelos Wari’ e, conseqüentemente, devorados. Dessa forma, os *yamikarawa* sempre estão querendo atrair os Wari’ para perto deles, o que leva a uma identificação e incorporação da vítima para a espécie animal devorada. Com isso, há um efeito simultâneo que é a fragilização do corpo físico da vítima, ou seja, a doença. O xamã é que tem o papel de interromper esse processo, caso contrário, o Wari’ morre ou transforma-se em xamã. No caso de morrer, torna-se definitivamente animal. No caso de ser xamã, passa a ser *wari’-karawa*, um intermediário entre os mundos dos humanos e dos animais. A essa ação dos *yamikarawa* de causar doenças nos Wari’ chama-se *kep xirak* e tem como característica geral a devoração simbólica dos Wari’. Vilaça traduz o termo *kep* como “pegar”, “grudar”, enquanto *xirak* é traduzido como “errado”, “estranho”, “mágico”. O verbo *kep* foi verificado por mim, em Lage Novo, em vários contextos com esse significado, mas nunca

formando a expressão *kep xirak* como causalidade de doença. Um professor escreveu frases usando esse verbo associado ao ato de ‘pegar’ ou ‘receber’ dinheiro: *kep tain kayi tan na* (‘vou receber o dinheiro’); *kep tain yamü na* (‘vou tirar o meu dinheiro’); e *kep tain kayi tan ne na* (‘hoje vou receber o meu dinheiro’)<sup>20</sup>.

A motivação para um *yamikarawa* causar doenças tipo *kep xirak*, segundo Vilaça (1992:65), está relacionada ao estado humano dos Wari’. Outras vezes, porém, pode ser porque a carne do animal não foi tratada ou preparada adequadamente. Ainda, podem agredir apenas porque a vítima é, para o *yamikarawa*, presa e inimiga. Para Conklin (1989:344), a carne deve ser consumida totalmente e não demorar muito tempo para ser comida, o que impediria o retorno do *yam* da caça ao mundo dos *yamikarawa*, permanecendo com os Wari’ e causando doenças. Para o *yam* da caça ser liberado do corpo (*kwere*) deve ser, preferencialmente e completamente, assado.

Conklin (1989:323) refere-se a *kep xirak* como um processo pelo qual o espírito-animal (*yamikarawa*) assume forma humana para atacar suas vítimas. *Kep xirak* é, das causas de doenças por animais, geralmente, a quem tem efeitos mais letais.

O verbo *kep*, para Conklin (1989:364) refere-se a doenças atribuídas tanto a ataques de espíritos como de não-espíritos. Os ataques de espíritos seriam ditos *kep xirak*, significando “pegar/agarrar magicamente”. O termo *xirak*, como verbo, seria a ação de transformação mágica pela qual os seres não-humanos assumem aparência humana. A expressão *ka xirak wa* é traduzida por Conklin (1989:365) como sendo um gerúndio que descreve coisas para as quais os Wari’ não têm nome. Assim, na categorização wari’ de doenças, *ka xirak wa* (“aquilo que é desconhecido”) inclui feitiços feitos por Wari’, *ka xirak nukun wari’*, e doenças cosmopolitas introduzidas, *ka xirak nukun wiyam*. Chamam assim porque não entendem nada desses processos etiológicos de doenças. Os não-especialistas são essencialmente desamparados ou sem ação diante de doenças causadas por *ka xirak wa*. Assim, *kep xirak* é o verbo principal para descrever feitiços humanos e ataques de espíritos-animais.

---

<sup>20</sup> ‘Dinheiro’ é dito, em wari’, *kayi tan* (‘papel estranho’). Como já vimos, *kayi* significa ‘estranho’ ou ‘desconhecido’, termo aplicado também para coisas introduzidos após o ‘contato’, como, por exemplo, o dinheiro, as frutas não nativas em geral (*kayi memem*), a bananeira (*kayi xiri*, em oposição a uma planta nativa semelhante cujo nome é *xiri*), o cachorro (*kayi miyak*, em comparação com o queixada), além de outros.

No *ka xirak nukun*, os feiticeiros separam o espírito da vítima de seu corpo e infligem doença e morte através da tortura do espírito. Pode ser chamada de *yami makan* ('espírito da terra'), *yami kom* ('espírito da água') ou *yami ü* (espírito da formiga), de acordo com a atração do *yam* da vítima feita pelo feiticeiro de buraco na terra, da água ou de um ninho de formiga (Conklin, 1989:366).

No *kep xirak* por *yamikarawa*, quando estes atacam pessoas e causam doenças, eles agem em suas formas humanas, atingindo as pessoas com flechas mágicas que causam doença, dor, febre e interferem na circulação. A cura xamanística, nesses casos, acontece com a retirada de pedaços de pau ou bambu do corpo da vítima, os quais seriam as flechas dos *yamikarawa*, cada espécie animal tendo suas flechas características, o que serve de pista para o xamã diagnosticar qual foi o agente causador da doença. Os ataques *kep xirak* podem levar à morte, transformação em um animal ou a um dano permanente, caso não houver a intervenção do xamã (Conklin, 1989:368-9).

Percebem-se algumas diferenças no trabalho de Novaes (1996), com relação a esse processo de causação de doença, bem como do processo *aram paka'* ou *ara maka'*. Novaes (1996:114-119) coloca que a atuação *yamikarawa* do tipo *kep xirak* caracteriza um processo mais amplo envolvendo insulto animal e aliança entre agressor e agredido, sendo, por isso, também uma forma de, simbolicamente, acontecer o processo de iniciação xamanística. Em minha pesquisa, também obtive a informação de que, quando uma pessoa é atacada por *kaxikon yam* de um animal (ou *yamikarawa*), o *kaxikon yam* quer estabelecer uma 'parceria' com a pessoa, transformando-a em xamã. Dessa forma, o xamã seria ajudado pelo *yam* desse animal na cura das pessoas, tendo em troca a transformação do *yam* da pessoa em *yamikarawa* daquela espécie (ver diálogo, pp. 158-160).

Entretanto, Novaes (1996:114-119) percebeu uma certa semelhança entre os processos *ara maka'* e *kep xirak*. Constatou, após algum tempo, que os dois processos faziam parte do campo de atuação dos *yamikarawa* em certos contextos, não havendo *kep xirak* sem que haja *ara maka'*. Essa confusão é explicada pela autora da seguinte maneira:

a expressão *ara maca'* está mais estreitamente vinculada à ação dos seres com *jam*. E, os Wari' desvencilham o contágio com doença de branco do campo de atividade dos seres com *jam*. Por isso, o termo *ara maca'* não pode ser utilizado no contexto das doenças de branco. Por outro lado, *kep xirak* é uma expressão que aparece associada a eventos cujo desencadeamento e manutenção se dão de uma forma obscura, vinculados ou não à ação maléfica dos *caxicon jam*. Conclui-se, portanto, que diferentemente do

caso *ara maca'*, seu emprego não está absolutamente circunscrito às práticas dos *caxicon jam*. Como já disse, *kep xirak* refere-se mais especificamente à forma de desencadeamento de doenças.

Assim, a expressão *ara maka'* pode ser empregada referindo-se à incorporação do *kaxikon yam*, enquanto *kep xirak* seria a forma como o *kaxikon yam* age, causando doença.

Vê-se que há diferenças de interpretação entre as pesquisadoras em relação a esses dois processos. O que precisa ficar claro, é que, 'tradicionalmente', o discurso wari' sobre as causas de doenças, mais dominado pelos xamãs, envolve, quase sempre, a atuação dos espíritos-animais de certas espécies, chamados de *yamikarawa* ou *kaxikon yam*, ou seja, 'espírito-animal'. A forma de atuação dos *yamikarawa* é controversa, assim como também não há consenso sobre quais espécies possuem *yam* ou *kaxikon yam* e também não há uma relação direta entre tipo de doença e tipo de processo de causação. Até porque a interpretação sobre a etiologia da doença vai depender da evolução do quadro patológico, da manifestação dos sintomas, podendo haver mesmo diferentes causas apontadas para uma mesma doença em momentos diferentes. O que se percebe é uma forte relação entre os fenômenos patológicos e a cosmologia wari', onde há ataques e contra-ataques, predação e contra-predação, agressão e contra-agressão, e também pode haver acordos de reciprocidade quando se estabelece a iniciação xamânica. Porém, a dinâmica cultural deve ser tomada como um fator importante.

Uma outra forma dos *yamikarawa* causarem doenças é lançando flechas mágicas nos corpos humanos, o que pode provocar a morte, mas, segundo Novaes (1996:131), não transforma os humanos em equivalentes animais. O verbo para flechar é *hürü*, que pode significar tanto o ato simbólico dos *yamikarawa* como o ato comum de flechar uma caça. Novaes (1986:132) interpreta o ato de *hürü* complementar aos processos *ara maka'* e *kep xirak*, ou seja, *hürü* é uma das possíveis formas de atuação dos *yamikarawa*. Conklin (1989:366) também diz ser muito comum a idéia de causação de doença por ataques de arco e flecha de *yamikarawa*, em que usam o verbo *hürü*.

Há, segundo Conklin (1989:235-6), um processo similar ao *aram paka'* que causa doenças através de espíritos de pássaros que *xom*, verbo que significa "pisar". Assim, quando um pássaro *xom*, o seu espírito senta, invisível, sobre a cabeça da vítima e enfia as unhas dentro do crânio, causando torturante dor de cabeça, freqüentemente acompanhada por febre. As crianças seriam mais vulneráveis para *xom* de pássaros mortos por seus pais

ou amantes de sua mãe. As duas espécies mais associadas a essa ação são gaviões (*wayo* e *wiowio*), apontadas pela autora como sendo uma delas a espécie *Busarelias nigricollis*. O tratamento consiste na remoção, pelo xamã, dos elementos animais inseridos no corpo. Em minha pesquisa, coletei informação nesse sentido a respeito do *wayo*:

...quer dizer, o gavião é espírito mau, o espírito dele mata uma criança, como essa aqui (*apontando para sua neta pequena*), pega e mata a criança, não é bom o gavião, ele é desse tamanho (*indicando com as mãos*), mas só que ele é valente, mata o espírito de uma pessoa. O *wayo* é proibido de matar, não pode, porque ele é muito mau, o *wayo*, não pode comer casado, menino assim (*pequeno*) não pode comer, eu não posso matar, se eu matar, aí espírito dele vai e mata meu menino, o espírito dele (*do wayo*). O pajé chega e cura, aí mata o espírito do *wayo*, pajé cura...

Há verbos usados pelos Wari', segundo Conklin (1989:363-4), para descrever todas as formas de doenças, embriaguez, perda de consciência, delírio e morte envolvendo ataques aos 'espíritos' humanos ou a mente (psique). São *pa'* ("matar") ou *topa'* ("matar, especialmente golpeando sobre a cabeça"). Ao discutir a relação entre espírito e consciência (Conklin, 1989:158-9), a autora diz que essa relação é aparente na equação wari' que associa qualquer perda de consciência com morte, onde os verbos para 'morrer', *mi' pin* (forma singular) e *kono* (forma plural), descrevem, além da morte biológica, qualquer perda de consciência, mesmo que temporária, incluindo coma, desmaio ou ataque epiléptico. Isso se explica porque todas essas formas de perda de consciência, assim como a morte, envolvem a saída do *yam* do corpo, o que representa morte iminente. Apenas no sonho essa separação entre *yam* e *kwere* não é perigosa.

Uma forma de causar doenças é através do envenenamento. Essa pode ser uma ação de *kaxikon yam* ou de pessoas através de feitiço. O verbo para 'envenenar' é *aramao*. Nos primeiros contatos com moradores 'brancos', os Wari' invadiam moradias e acabavam comendo alimentos encontrados e levando objetos para as 'malocas'. Como, geralmente, adoeciam devido a alguma contaminação, era comum atribuírem as causas às comidas ou objetos que, para eles, haviam sido envenenados.

Porém, todo esse corpo teórico wari' para explicar causação de doença perde muito em sentido quando a figura do *ko tükü nenim* desaparece. O *ko tükü nenim* é o personagem que incorpora e atua com os *yamikarawa*. É ele que explica e faz a intermediação entre o mundo humano dos Wari' e o mundo animal/espiritual dos *yamikarawa*. Não havendo *ko tükü nenim*, quem irá fazer essas associações? É necessário levar-se em conta a dinâmica cultural que vem ocorrendo desde o início do processo de aldeamento e, no novo contexto



cultural, deste momento, o xamã vem perdendo espaço, quando a relação entre o mundo espiritual e o mundo terreno vem se dando por outros caminhos.

Em Lage Novo e Linha Dez, pude constatar que há algumas poucas pessoas que mantêm esse discurso ‘tradicional’. Porém, suas explicações ficam muito restritas para os pesquisadores e em histórias contadas para crianças e jovens ouvirem. Para esses últimos, no entanto, essas histórias parecem estar muito mais no campo do ‘folclore’ wari’ dos antigos do que no cotidiano de suas vidas. Esse foi um dos principais motivos que dificultaram que eu entrasse nesse campo de investigação, embora não fosse minha intenção me aprofundar nesse tema. Nas conversas e entrevistas, ao me referir ao *ko tükü nenim* ou às causas de doenças associadas aos *kaxikon yam*, conforme depoimento que eu já havia obtido de um informante, a maioria simplesmente riam sobre o assunto, desdenhavam e associavam essas questões aos antigos. Alguns velhos também riam do assunto. Ao conversar com dois velhos sobre as doenças pregressas e sobre suas causas e tratamento, me referi ao *ko tükü nenim*. Imediatamente, um deles começou a rir e a falar com desdém, chamou o *ko tükü nenim* de “mentiroso” e fez comentários jocosos sobre as formas enganosas de curar, “colocando pequenos pedaços de pau na boca e, quando chupa na parte do corpo que está com problemas, diz que tirou aquele pedaço de pau do corpo do doente” (tradução livre pelo intérprete). Há de se enfatizar, aqui, o papel exercido pela igreja MNTB nas aldeias, já que a maioria participa, de alguma forma, de atividades ligadas a essa instituição, contribuindo sobremaneira para a desconstrução do discurso e práticas ‘tradicionais’ xamânicos. Apesar dessa reação, muitos conhecem e ensinam sobre técnicas terapêuticas tradicionais, mas sem associar à prática xamânica.

#### *Causalidades de doenças diarréicas*

Agora, seguem causas de doenças mais relacionadas com aspectos denotativos, causas mais imediatas dos sinais e sintomas físicos, embora também apareçam etiologias de outra natureza. Como minha pesquisa esteve voltada, especificamente, às doenças gastrointestinais, ficarei restrito às causas dessas doenças.

Diarréia, de uma maneira geral, é denominada *honko*’ pelos Wari’ e se aproxima muito do conceito biomédico de diarréia, ou seja, fezes moles ou líquidas evacuadas várias ou muitas vezes ao dia, acompanhada ou não de sintomas paralelos. São várias as causas que podem ser atribuídas pelos Wari’ a esse tipo de quadro patológico, o que pode variar de

acordo com o tipo de *honko* e o informante. Cada caso de *honko*, portanto, deve ser acompanhado e analisado em particular, tudo vai depender do contexto em que a pessoa contraiu a doença. Algumas são corroboradas em pesquisas precedentes de outros autores.

As respostas específicas das mães de menores de cinco anos variaram, atribuindo a algum tipo específico de comida e suas características danosas ou à sujeira de modo geral. A maioria das mulheres disse que não sabe como pega diarreia ou não emitiu qualquer resposta. Entre as respostas obtidas, estão: ‘feijão’, por ser pesado; ‘água suja’; ‘porque deixa criança no chão e a sujeira passa diarreia’; ‘água suja, sujeira’; ‘comida suja, água suja (*mixem na*)’; ‘sujeira, água parada’. Uma mulher informou que uma criança já botou quatro *mete* (vermes) de cerca de 10 cm, mas que não sabe de onde eles vêm. De acordo com outro relato, a mulher estava lavando roupa no açude, no sol quente, depois deu peito para a criança, a qual ficou com diarreia como água. Essa causa foi informada por outras mulheres também, o sol esquenta o leite do peito e, se a criança mamar logo, com o corpo da mãe ainda quente do sol, ela pode ficar com diarreia.

Em geral, há uma associação da diarreia com sujeira ou água suja, porém, o conceito de ‘sujeira’, *mixem na*, parece estar relacionado com a ‘sujeira’ aparente ou visual. Não há indícios claros sobre um conceito mais próximo de ‘contaminado’. O termo *mete* refere-se a vermes em geral. Existe uma associação entre ‘ameba’ e o conceito de *kaxikon yam* que pode causar doenças, mas, entre as mães entrevistadas, só houve referência a *mete* e com origem desconhecida. Medidas de prevenção citadas estiveram de acordo com as noções de causalidade baseadas na ‘sujeira’ ou necessidade da mãe cuidar de suas crianças. Algumas respostas mais claras foram ‘não pegar no chão’ ou ‘tem que lavar roupa suja, lavar pé dele, mão dele’, ‘mãe tem que cuidar da criança, mãe que não cuida, pega diarreia na criança’, ‘tem que limpar casa’, ‘deixar limpeza’. Há referências a outras mulheres que não limpam a casa, às vezes, referindo-se diretamente a uma determinada mulher e comentando sobre a ‘desordem’ e ‘sujeira’ na sua casa.

A dieta prescrita ou considerada mais adequada, pelas mães, para as crianças com diarreia foi referida como ‘comida sem óleo’, ‘caldo de arroz’, ‘mingau de banana’. Houve quem respondesse que, quando a criança tinha diarreia, não parou de comer. Por outro lado, quanto à dieta proscrita, afirmou-se que comida com óleo aumenta a diarreia e que feijão não é bom durante diarreia.

Boa parte das causas atribuídas à *honko* em minha pesquisa está relacionada à comida (*karawa*) gordurosa, especialmente algumas espécies de peixe, comida com muito óleo, pesada, misturada ou estragada (*leftover*). Dessa forma, os velhos dizem que, quando os ‘brancos’ chegaram, trouxeram comida diferente, com muito óleo, sal e tempero. Como os Wari não estavam acostumados, ficavam com *honko*. Entretanto, há alimentos tradicionais dos Wari que são tidos como muito gordurosos e, potencialmente, causadores de *honko*. Entre eles, um dos mais citados é a jatuarana, um peixe de rio, que, por sinal, é bastante apreciado por eles. Uma mulher de 22 anos, por exemplo, disse que teve *honko* por que “*comeu muita gordura de hwam; jatuarana tem muita gordura*”. Quando pescam ou caçam, costumam comer tudo no mesmo dia. Uma das razões práticas mais evidentes é que não há geladeiras ou freezers na aldeia. Outra razão é a própria escassez de carne. Quando se caça ou pesca, a demanda de consumidores geralmente é maior que a oferta do produto. Outra questão a considerar é o próprio costume de se comer tudo, podendo ou não estar associado à necessidade de ‘liberar’ o *yam* da caça conforme o costume tradicional antigo. O consumo de arroz com óleo de cozinha, costume adquirido dos *wiyam*, é tido como causa ou agravante de episódios de *honko*, principalmente os infantis. Por esse motivo, é um alimento proscrito durante episódios de *honko*, assim como qualquer alimento que tenha muita gordura (*homa*). Alguns outros animais de caça também são considerados gordurosos e, portanto, podem causar *honko* quando comidos em demasia. Uma mulher entrevistada disse que comeu macaco-preto cozido e, no mesmo dia, ficou com *honko*. Um homem de 31 anos diz ter comido um peixe que ele chamou de ‘*raorei*’ (‘quebra-galho’ em português) sem farinha e sem arroz e, por isso, ficou com *honko*, teve *we* (vômito) e evacuou com sangue (*wik*).

Alimentos considerados ‘pesados’ também podem causar *honko*. Um homem jovem disse que sua filha menor de 1 ano ficou com diarreia porque comeu feijão e macarrão que, segundo ele, são pratos pesados para criança pequena. Um velho me disse que, quando se está com *honko*, não se pode comer caça ‘pesada’, como paca e queixada. Segundo esse mesmo velho, não se pode comer alguns tipos de méis, como *xintot* e *parawan*, embora outros sejam bons como remédio. Além disso, citou também alguns animais como sendo transmissores de vermes, como o porquinho, queixada, macaco-preto e macaco-prego, os quais são algumas das espécies mais caçadas pelos Wari. Disse que eles

têm *mete'* igual *wari'*. Um rapaz de 20 anos também informou que teve *honko'* que durou três dias porque comeu carne de queixada e seu irmão de 18 anos teve *honko'* há quatro anos porque comeu carne de paca. O irmão mais novo pegou *honko'* quando tinha quatro meses porque lhe foi dado carne de queixada. Nesses dois últimos casos, houve intervenção de *ko tükü nenim* de Ribeirão e outro *wiyam*, respectivamente, segundo a mãe deles. É interessante, nesse caso, ressaltar que o pai dessa mulher, *Oro Wao Tata*, também foi *ko tükü nenim* e, segundo ela, morava em Lage Novo, mas morreu há alguns anos. Segundo as referências de informantes citados por Novaes (1996), esse *ko tükü nenim* foi entrevistado por essa ela. Provavelmente, esses episódios de *honko'* tenham sido interpretados, na época, como ataques de *yamikarawa*, no caso, *yami kataxik* (*yam* do queixada). Numa entrevista com Xowa ('54 anos'), ele se refere ao 'espírito mau' do *kataxik*:

...quer dizer, *yamikarawa*, é o espírito do animal, assim, do porco né. Pensa que o animal não tem o espírito mau? Tem espírito mau. Vamos falar do porco. O porquinho, ele anda com o animal igual, vamos dizer, *satanás*, que sempre fica tentando gente, aí ele vai trabalhando, o espírito do porco né. Então, o espírito dele faz mal para pessoa. Então, o pajé chega e cura aquela doença do animal que, para nós, é *kaxikon yam*, espírito mau, *kaxikon yam*, nós chama *yamikarawa*. *Yamikarawa* quer dizer que só pajé que conhece ele, que anda junto com ele, pajé fala com ele, explica...tudo aquele *yamikarawa* entrega, que *yamikarawa* usa para curar, aí pajé recebe. Se alguém adoecer, aí pajé, aquele *yamikarawa* pega para curar e entrega na mão do pajé, aí pajé cura, aí *yamikarawa* vai junto, trabalha junto com pajé, ele ajuda a curar, pajé e o *yamikarawa*, aí tira a doença, o *kaxikon yam*...

Continua se referindo às flechas que *kaxikon yam* deixa no corpo da pessoa e o *ko tükü nenim*, referido em seu discurso como 'pajé', retira do corpo do doente, ajudado pelo *yamikarawa*. Fica claro que *yamikarawa* e *kaxikon yam* são 'espíritos-animais', mas, quando Xowa se refere ao causador da doença, ele chama de *kaxikon yam* e, quando se refere àquele que ajuda o pajé curar, fala em *yamikarawa*. O que podemos concluir é que o 'espírito-animal' pode tanto causar doença, numa relação de ataque ou predação, ou ajudar o *ko tükü nenim* a curar, numa relação exclusiva de parceria e reciprocidade.

Em outro caso relatado, de uma criança de três anos, a mãe informou que o filho teve *honko'* porque comeu feijão, o que seria considerado 'pesado' para *piye'* (criança pequena). Uma mãe informou que seu filho de oito anos teve *honko'* há dois anos porque comeu feijão feito no mesmo dia e outro filho de três anos também teve *honko'* em 2001 pelo mesmo motivo, mas associou com o estranhamento da alimentação de *wiyam* pelos antigos, o que se repetiria com as crianças quando iniciam a comer essas comidas, como se fossem naturalmente estranhas para os *Wari'* e não apenas por não estarem acostumados.

Houve um caso de *honko'*, de uma criança de menos de dois anos, que durou cerca de nova dias, cuja causa, segundo o pai, foi porque comeu canjica de milho-duro que a mãe da criança fez. É interessante observar que é comum as crianças comerem *tokwa* (chicha) doce (não azeda) de milho-mole, o milho tradicional dos Wari' e próprio para fazer essa comida. Nesse caso, a 'canjica' de milho-duro pode ser considerada um tipo de *kayi karawa* ('comida estranha'), principalmente para crianças. Outro exemplo é de uma menina de 1 ano de idade que tem episódios de *honko'* intermitentes e, num dos episódios recentes, o pai suspeita que foi provocado porque foi dado *tokwa* para ela beber. Porém, nesse último caso, os pais dizem que têm muito cuidado com ela devido a sua facilidade de ter *honko'* e ela pode ter comido muito. Um outro bebê de menos de 1 ano também teve *honko'* atribuída ao consumo de *tokwa* doce (não fermentada). No caso de *tokwa* azeda (fermentada), houve um relato de um homem de 28 anos já teve *honko'* e, segundo sua esposa, foi porque bebeu chicha azeda. Portanto, *tokwa*, doce ou azeda, pode ser indicada como causadora de *honko'*, mas tudo vai depender de cada caso, da idade, do estado de saúde, da quantidade e da mistura com certos alimentos.

Há casos em que comer vários tipos de comida misturados ou frutas em demasia também é atribuído como causa de diarreia. Um exemplo é o de um velho de Lage Novo que teve um caso de *honko'* grave e necessitou internação na CASAI-GMI e Hospital Regional de Guajará-Mirim. Ele havia ido trabalhar na Linha 14, onde comeu muita fruta, como biribá e jaca, e carne de macaco. Então teve vômito e *honko'* 'igual água' que durou mais ou menos duas semanas, até ser internado. Nesse caso, o velho já deveria estar debilitado devido a uma Tuberculose que teve anteriormente. Outro homem, de '51 anos', informou que *honko'* acontece de vez em quando na família e apontou como causas "*quando come muitos karawa misturados, come um, come outra, aí fica com honko'*".

Outros casos de diarreia podem ter explicações associadas com certos eventos trágicos na família. Por exemplo, o pai de uma criança disse que ela teve *honko'* muito forte e teve que ser internada no hospital Bom Pastor, por cerca de vinte dias, além dos remédios caseiros. Segundo ele, a causa teria sido porque o irmão recém-nascido da criança havia falecido. Porém, não soube explicar exatamente como isso teria provocado a doença. Durante minha permanência em Lage Novo, houve o falecimento de um ancião, o mais velho da aldeia. Poucos dias depois, quando passei nas casas de algumas de suas filhas,

constatei que várias crianças e alguns adultos haviam ficado doentes, quase todos com *honko*. Nenhuma resposta sobre causalidade foi atribuída ao evento da morte, o que não significa que isso não tenha influenciado, de alguma forma, no adoecimento, principalmente porque a alimentação nesses dias teria sido deficiente, já que há um certo ‘recolhimento’ dos parentes próximos do falecido. Nesse caso, o pai de uma família disse que as quatro crianças tiveram *honko* porque comeram *tokwa* e, depois, feijão que, segundo informação, era de dia anterior e devem ter comido frio, um sinal de relaxamento das atividades cotidianas no período de luto. Sobre a relação entre morte de parente e doença, segue trecho de uma entrevista com Xowa:

- Quando morre um parente de uma pessoa, pode ter algum problema de alguém ficar doente porque alguém, um parente, morreu?

- Como?

- Vamos dizer, assim, que morreu uma pessoa, né, aí, parente dele, *iri nari*, pode ficar doente por causa disso? Porque morreu outra pessoa?

- Não. Às vezes, tem ataque também, né. Assim, problema dum, assim, quando, às vezes, morre um parente, né, e só com vontade do parente porque o parente dele morreu, ele pensava na mesma hora, pensava assim que, como meu irmão morreu, eu queria morrer também, né, na mesma hora. É, pensava. Quando eu penso assim, às vezes, tem ataque, né, do coração, qualquer coisa. Aí, eu não fico bom com aquilo, só pensando no irmão, pode ser pai, mãe, querendo morrer. A gente fica pensando só naquilo. Não pensava de comer alguma coisa, tomar uma água. Choro, choro. O espírito daquele que morreu, né, vem visitar ele, já tá fraquinho já, só com aquele pensamento, chorando, esquece de comer. Aí, aquele que já morreu, já, pega o espírito dele, leva ele. Não morre com doença não. Ele morre só pensando nele...

- Tirou *yam* do outro...

- É, aquele que morreu vem e tira ele, que é irmão dele, tira ele...

- Pra levar...

- É. Já vão junto já. Acontece assim também.

- Mas não fica, assim, pode ficar com dor no corpo...

- Não. Só daquele pensamento dele. Não tem negócio de dor, gritando, não. Tá faltando mesmo só comer e beber uma água. Aquela tristeza que tem na cabeça dele, só passando aquilo, ele passou mal com aquele pensamento. Não é de outras coisas não, só daquilo. Já aconteceu com a gente, né, por isso que a gente fala.

Desse depoimento, pode-se extrair que a morte é um evento valorizado pelos Wari’ e que a perda de um parente próximo ocasiona uma fragilização dos vivos, os quais se abstém da alimentação e hidratação devido à prostração diante da morte de um ‘consustancial’. O corpo enfraquece e o *yam* fica mais suscetível ao desligamento e, tentado pelo *yam* do morto, abandona o corpo, advindo, portanto, a morte. Apesar dessa interpretação, é notável que há uma suspensão das atividades cotidianas e, conseqüentemente, subalimentação ou abstinência circunstancial durante um episódio de morte, principalmente

pelos parentes mais próximos, do que decorre um aumento da suscetibilidade às doenças, entre elas as diarreicas.

Uma causa de *honko*' relacionada com o calor corporal, durante a amamentação, foi citada nas entrevistas com mães de menores de cinco anos de idade. Uma das mães explicou que estava lavando roupa no açude e o sol estava quente, depois, deu peito para a filha, a qual ficou com *honko*'. Quando a mãe vai para a roça e fica com corpo quente, se der o peito para a criança, provocará *honko*'.

Houve várias informações atribuindo como causa de *honko*' e de dor de estômago o consumo de remédio de farmácia para malária, para tosse, etc.

Várias pessoas informam como causa de *honko*' a ameoba ou, no sotaque de alguns Wari', 'abeba'. Foi incorporada na etiologia através dos AIS, AISAN e professores, além de outros meios de informação aos quais os Wari' têm acesso atualmente. Numa entrevista com um professor, por exemplo, ele informou que teve *honko*' muitas vezes e citou 'ameba' como a causa mais provável, mas exemplificou um caso para ilustrar como havia contraído a doença: estava capinando na roça de macaxeira e sentiu sede, bebeu água do igarapé, próximo de roças de macaxeira, e, no mesmo dia, sentiu-se mal. Segundo ele, as águas dos igarapés perto das roças são 'suja' porque anda muita gente por lá fazendo 'sujeira'. Refere-se, sem dúvida, às necessidades fisiológicas que as pessoas fazem no entorno das roças. É curioso, no entanto, como esse agente etiológico foi incorporado também no discurso xamânico de outro homem, quando me falava sobre a atuação dos *kaxikon yam*: "...às vezes um animal está prejudicando a saúde de uma pessoa, quando chega espírito mau no corpo de uma pessoa, quer dizer, para vocês, é 'abeba' né, em português, mas na minha língua é pata' tarawan...". Nesse caso, ele se refere especificamente àquele animal comentado acima, o qual é causador de *honko*', então, é o *kaxikon yam* desse animal que age causando a doença. A 'ameba' passou a ser considerada como um sinônimo de *kaxikon yam* causador de *honko*', ou seja, muda-se o nome do agente, mas a interpretação do mecanismo de causação não necessariamente é alterada.

Beber água 'suja' também é considerado uma causa potencial de *honko*'. Várias pessoas citaram esse fator como causa de episódios de diarreia. Por exemplo, uma menina de quatro anos de idade teve *honko*' e o pai suspeita que tenha sido porque foram tomar banho num açude e ela pode ter engolido água.

O *patawan* ou *pata tarawan* é uma espécie de animal, como um grande tatu, que só sai à noite na floresta, cava grandes buracos e destrói as árvores. Se um homem vai caçar no mato e pisar no buraco feito pelo *patawan*, seu filho pode ficar com *honko'*, porque o *kaxikon yam* do *patawan* quer tirar o *yam* da criança. A informação de Conklin (1989:324-5), no entanto, é de que essa criatura provoca uma doença que ela chama de *koparak*, que seria uma síndrome uro-intestinal, cujo principal sintoma é a inabilidade para urinar e defecar. Essa informação mostra que há uma contradição ou, simplesmente, uma diferença entre os tipos de doenças causados segundo cada pesquisa. Novaes (1996:101) descreve o mesmo tipo de informação que eu também coletei em Lage Novo a respeito do *patawan*, ou seja, uma potencial causa de *honko'* e especifica vários tipos de *papa'* (*papa' tarawan*, *papa' iram*, *papa' hijik*), cada qual cavando buracos numa espécie vegetal ou em cupinzeiros de acordo com seus nomes (patoá, açai e cupinzeiro, respectivamente). Novaes (1996) afirma que, genericamente, doenças diarréicas agudas infantis são explicadas pela ação dos *papa'*. De qualquer maneira, todas as informações apontam para distúrbios intestinais. Outra hipótese a se verificar é que não se trata da mesma criatura no caso de Conklin (1989), o que é pouco provável pelas descrições da autora. Sobre o *patawan*, obtive o seguinte depoimento:

É assim ó, *patawan*, ele vive cavando no pé de planta, assim né, pode ser palheira, pode ser patoá, açai. Eu vou dizer assim, para você entender mais, eu tenho um menininho pequenininho, tá no braço da minha mulher, então, aí eu vou caçar, aí eu vou passar bem no lugar do *patawan*, onde ele cavou, pisei naquela árvore que ele cavou, então espírito dele me pegou, né, aí eu levo espírito dele. Quando eu chego em casa, aí já passa para o meu menino, sai do meu corpo e passa para o neném, aí já começa caganeira, já começa botar sangue, é o *patawan* que está fazendo isso, tem espírito dele, entendeu? aí, então, aí o pajé chega: 'eu quero que você veja esse menino aí'. Aí o pajé chega e diz: 'não, é *patawan*', ele que tá fazendo isso, sabe o que é bom? Tira o mel, esse *kotem* que eu falei, né, é próprio para ele, *patawan*, é mãe dele. Então a gente tira, a gente cura com esse mel. Cada planta que tem no mato, pode ser palheira, pode ser açai, patoá, cava né, porque ele é muito forte, ele não anda de dia, anda só de noite ele, é muito perigoso ele, às vezes, mata pessoa, ele é muito perigoso, não é bom não, *patawan*, às vezes mata pessoa...se a gente não cuidar, ele mata pessoa, arranca tripa da pessoa, dentro, *kaxikon yam* dele, cava tudo por dentro assim, vai arrancando tudinho, aí, ele mata pessoa. Então, vamos dizer, 'abeba' que os cara falam né, mesma coisa, mata pessoa, não agüenta viver não. É muito perigoso esse bicho, *kaxikon yam* dele.

Nesse depoimento, fica clara a associação entre *patawan*, criatura noturna e perigosa que, através da incorporação de seu 'espírito' no corpo do pai, atinge as crianças pequenas causando-lhes *honko'* e podendo levar à morte. A cura depende da remoção do *kaxikon yam* do *patawan* do corpo da criança pelo *ko tükü nenim*. Entretanto, o *ko tükü nenim* pode utilizar alguns veículos terapêuticos, no caso, de um tipo específico de mel



associado ao agente causador da doença. É possível que o fato de poucos Wari', atualmente, atribuírem *patawan* como causa de *honko'* esteja associado à não atuação de *ko tükü nenim* nessas aldeias. A ausência desse ator social leva à desconstrução de algumas teorias etiológicas, ou, de outra forma, se um episódio de *honko'* tiver *kaxikon yam* como agente causal considerado, como haveria cura sem a ação de *ko tükü nenim*? Também, o xamã perde seu papel com a introdução de novas causalidades para as quais outros recursos devem ser buscados. Mesmo na sociedade 'ocidental', as teorias etiológicas têm, historicamente, mudado e os recursos terapêuticos sempre tiveram que se adaptar às teorias emergentes. Senão, para que manter medidas de controle contra os miasmas se as causas são os microrganismos?

Em muitos episódios que me foram relatados ou que acompanhei, não souberam informar a causa da doença.

#### *Classificação nosológica wari'*

Os sinais e os sintomas são os aspectos denotativos de eventos de doença e são mais objetivos. São os sinais e sintomas que norteiam o itinerário terapêutico num sentido mais imediato e a sua remissão é a finalidade mais pragmática de um recurso terapêutico. A interpretação da sintomatologia, ao longo de um processo de doença, gera uma categorização, geralmente através de rótulos, que pode ser entendida como uma taxonomia nosológica. As categorias mais específicas, geralmente, exigem um nível de conhecimento e detalhamento maior das características de uma doença, mas definem um diagnóstico mais apurado e, portanto, um tratamento mais pontual. Por outro lado, categorias mais abrangentes não exigem muita especialização, servem para orientar o itinerário terapêutico, geralmente, nos primeiros momentos de um curso de doença.

A classificação wari' nomeada é, caracteristicamente, descritiva, na medida que a terminologia utilizada para se referir aos eventos patológicos são, na maioria das vezes, léxicos que são também verbos para as ações relacionadas ou expressões que caracterizam o estado da pessoa. Pode haver mais de uma expressão para designar um certo estado, um sinal ou sintoma ou um complexo nosológico. Embora haja algumas categorias nosológicas compartilhadas, o nome da categoria é contextual e pode variar.

As pesquisas precedentes com os Wari' apresentam uma terminologia específica referentes à sintomatologia, embora não analisem esses dados em termos taxonômicos, priorizando as causalidades wari' de doenças. Segundo Conklin (1989:268), eles se referem mais comumente aos sintomas específicos com verbos como *xain* (ter febre), *honko'* (ter diarreia), *we'* (vomitar), *korok* (tremor), *uhu* (ter congestão respiratória), *hi'* (ter nariz escorrendo), *mom* (inchar), *memerem* (inchar com gás), *xat xi* (ser magro) e *tapa'...winaxi'* (ter dor de cabeça). No capítulo intitulado "As Categorias Nosológicas Wari'", Novaes (1996:73-90) trata, na verdade, de categorias etiológicas, enquanto discute categorias nosológicas num item sobre a "perda de equilíbrio fisiológico" do capítulo anterior sobre "as conotações e a manipulação do corpo". Nesse ponto, a autora afirma que "*não existem termos específicos para as doenças propriamente ditas, elas são identificadas através da menção dos sintomas*". Acrescenta, à lista de Conklin, *muxucu* (ter doença nos olhos), *ayin* (pereba), *moyina* (infeccionar, inflamado), além de uma síndrome caracterizada por rigidez articular chamada *carama pe*. Porém, não fica claro o que, exatamente, é chamado de "*doenças propriamente ditas*". Ao que parece, está se referindo ao conceito da biomedicina ocidental e não aos conceitos wari' de doença. Ao meu ver, a terminologia wari' para se referir a eventos de doença, sejam eles sinais ou sintomas específicos, síndromes ou mesmo doenças que equivalham a categorias biomédicas, está diretamente relacionada com os conceitos wari' de doença. Dessa forma, o que para a biomedicina é um sinal, um sintoma ou é classificado como uma doença (tal como na CID), para um Wari' é sempre uma 'doença', ou seja, um estado alterado da fisiologia corporal, independente da causa atribuída, e que necessita ser curado. Assim, quando me refiro à classificação nosológica wari', trata-se da categorização wari' de doenças tendo como base a nosologia. Não há, necessariamente, uma sobreposição entre categorias wari' e categorias biomédicas de doença, embora possa haver equivalência em algum nível de comparação, o que é mesmo necessário para estabelecer uma linguagem *cross-cultural*.

Segundo Conklin (1989:267-9), a língua wari' não tem equivalente ao termo inglês "*illness*" ou "doença" em português, mas observa que *kaxi* é o verbo que significa "estar doente, estar com dor, ferir". Novaes (1996:67) refere-se às 'doenças' utilizando o termo "*ca caxi wa*". É realmente difícil encontrar um termo equivalente numa língua tão diferente para um vocábulo corrente para as línguas ocidentais. Entretanto, não vejo isso como um

problema técnico-lingüístico, mas como uma questão conceitual. O mais importante é o conceito em análise e não tanto a palavra ou expressão utilizada para se referir a tal conceito. Nesse sentido, ambas as autoras discutem, em maior ou menor grau, conceitos de saúde e doença. O primeiro trata do equilíbrio orgânico, onde o coração, por exemplo, e o sangue são fundamentais. Para ser ‘forte’, o que significa ser saudável, o coração deve funcionar bem e, por extensão, o sangue correr normalmente pelo corpo. Vê-se que concepções fisiológicas que a medicina ocidental vislumbrou relativamente tarde em sua história fazem parte do conhecimento tradicional wari’ sobre ‘saúde’. O segundo conceito, de doença, é simplesmente a perda daquele equilíbrio orgânico e de seu normal funcionamento, do que advêm as mais diversas manifestações patológicas. Tal desequilíbrio pode estar relacionado às causas mais diversas descritas acima.

Entretanto, o termo que também encontrei como mais corrente para designar esse estado de desequilíbrio orgânico é *Kaxi* ou *Kati*, variando conforme o dialeto de cada subgrupo e de acordo com a expressão que esse termo ajuda a compor. Em Lage Novo e Linha Dez, quando falado isoladamente, é *kati* ou *kati na* (forma verbal) ou, às vezes, *kati wa*. Esse termo pode significar também apenas ‘dor’. Por outro lado, o conceito de saúde pode ser designado pela expressão *ka hwara opa wa*, ‘saúde’, ‘força’. Por exemplo, pode-se dizer *Mayi kao’ xi hwara opa xi*, ou seja, ‘vamos comer para ficar forte/saudável’.

Incluídas nessa categoria de desequilíbrio do corpo, estão os mais variados eventos patológicos, desde categorias equivalentes às biomédicas até dor em qualquer parte do corpo. A dor (*kati na*) e a febre (*xain na*) são importantes marcadores ou indicadores patológicos e os que mais imediatamente acionam busca terapêutica. As categorias de *kati na* enquanto ‘dor’ surgem em função da parte do corpo afetada. Assim, tem-se *kati na kati wa* (‘dor de dente’), *kati na ka nimi* (‘dor de garganta’), *kati tok* ou *kayi tok* (‘dor de olho’ ou ‘olho estranho’), *kati na münü* (‘dor de estômago ou barriga’), *kati tamana na pa’ münü* (‘a barriga dói muito’), *kati na winakon* (‘dói a cabeça dele’) ou *tapa’ tamana napa’ wina* (‘muita dor de cabeça’), *kati na timikam* (‘dói o coração dela’) e assim por diante. A anatomia do corpo é relativamente bem conhecida pelos Wari’ e os principais órgãos internos são, de maneira geral, bem definidos. Sendo um povo tradicionalmente caçador, há uma anatomia comparada entre corpo humano e corpos de mamíferos. Mitologicamente, algumas espécies de mamíferos e, mais particularmente, de primatas, têm a mesma origem

que os humanos (ver mito de Pinom, anexo 1), de maneira que não é estranho comparar a anatomia humana com a de outras espécies filogeneticamente e, para os Wari', mitologicamente próximas. Porém, dá-se mais importância para alguns órgãos vitais, como o coração, os pulmões, o estômago ou 'bicho' e os órgãos sexuais ou reprodutivos, como fica evidente na representação dos corpos masculino e feminino, feita por um adolescente wari' de Linha Dez, num desenho em papel (ver figura 3). Dessa maneira, uma grande parte dos registros de atendimento dos AIS no Posto de Saúde são casos de 'dor' em alguma parte do corpo ou febre. De alguma forma, os AIS reproduzem, em seu atendimento, a nosologia wari', registrando as queixas dos pacientes conforme comunicadas por esses, apenas traduzindo, no papel, para o português.

Outras categorias referem-se a outros sinais, sintomas, complexos sintomáticos ou doenças introduzidas ("de branco"). Destacam-se algumas mais importantes ou prevalentes: *xain na* ('febre'), *honko* ('diarréia'), *we* ('vômito'), *ka hi wa* ('gripe'), *ka ahe wa* ('tosse') *ahe hek* ('coqueluche'), *kokrok* ('tremedeira'), *karapi* ('cãimbra'), *kayi nan toroto* ('coruba', 'dermatite'), *ka mom ximao wa* ('papeira' ou, mais literalmente, 'inchaço à toa ou sem explicação'), *mai* ('sapinho', 'candidíase bucal'), *kayi xain* ('malária'), *kayi nan* ('tuberculose'). Algumas doenças introduzidas não possuem denominação na língua wari' ou, então, não a identificamos, tais como 'catapora' e 'sarampo'. Há, ainda, outras que foram manifestadas na pesquisa e que, certamente, foram incorporadas na linguagem a partir dos profissionais de saúde oficiais, inclusive AIS, tais como 'anemia', 'chiadeira no peito', 'tumor' (ferimento, ferida inflamada, etc.) e outras. Acrescenta-se a categoria que faz referência aos parasitas intestinais, que pode ser ou não associada com *honko*, e que os Wari' chamam de *mete* ('verme', 'minhoca') ou *em* (que também significa 'cobra') distinguindo vários tipos, embora nem sempre os identificando por nomes específicos.

Quando está cansado, o que não é exatamente estar doente, um Wari' diz *yam na* ou *yam na pa' kwere*, que também pode significar 'estar com preguiça'. Ou, ainda, *yam pi na* ('estou cansado'). Portanto, usando-se o termo *yam*, formam-se também expressões relativas ao estado do corpo, como cansaço, preguiça ou sono. Estar com sono também é dito *ina pa' mata* ('estou com sono') e 'dormir' é dito *pi am na*.

Para se referir à gravidez, usa-se a expressão *nam na* ('estar grávida').

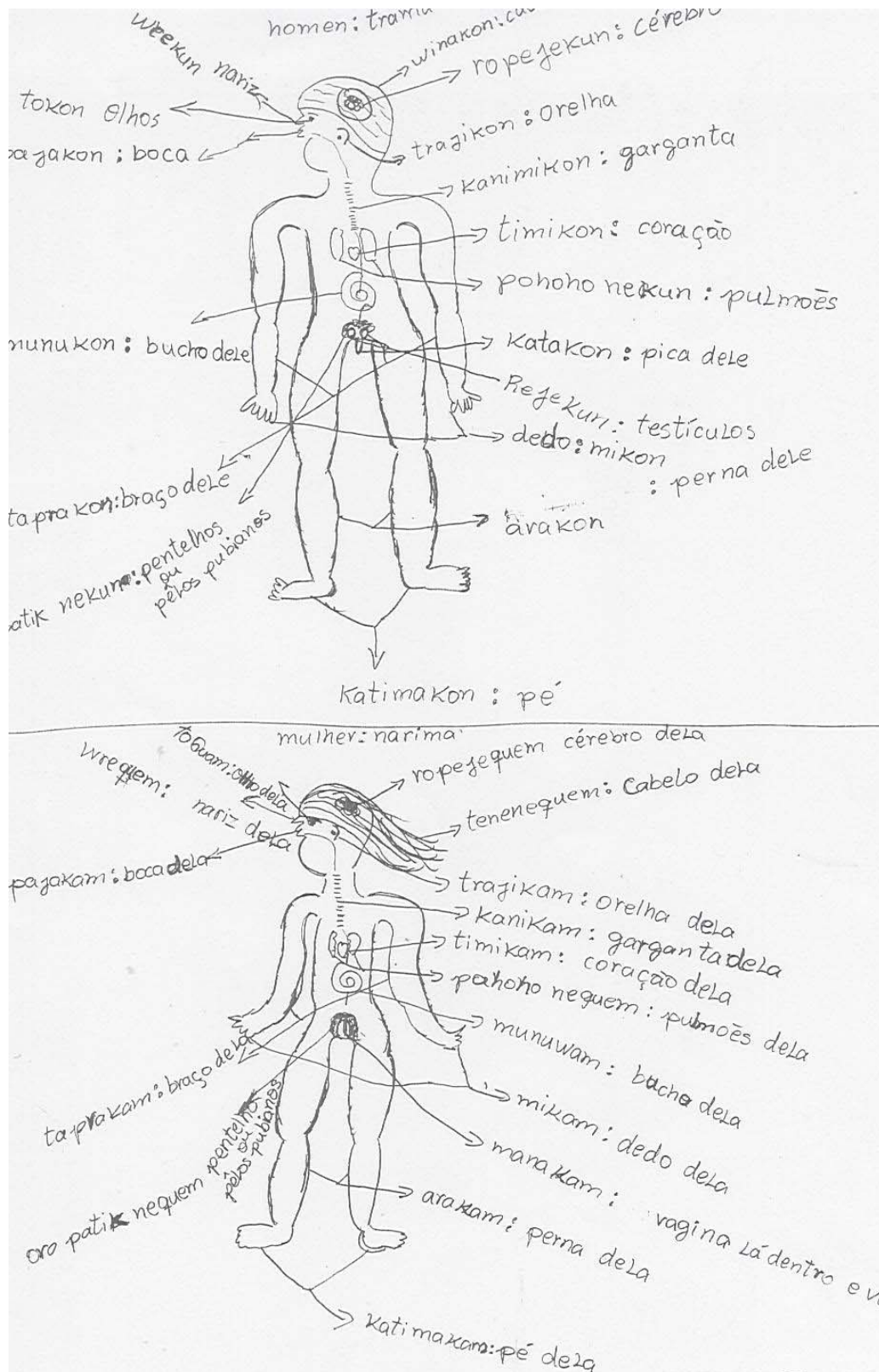


Figura 3: desenho do corpo humano (masculino e feminino) e terminologia anatómica wari'; by Gevanildo Oro Waram (Tocorom Oro Pata), aldeia Linha Dez.

Quando um Wari' se refere ao estado de emagrecimento, estar magro, de definhamento do corpo e risco de morte, pode usar a expressão *om na kwerekun* ('não tem corpo dele/dela'), significando que uma pessoa 'está magra', 'só pele e osso', 'seco'. Conklin (1989:275-6) apresenta quase a mesma expressão, *om pin na kwerekun*<sup>21</sup>, a qual seria a descrição de uma doença avançada, e acresecenta que o emagrecimento ou definhamento ("*emaciation*") é o critério principal no diagnóstico de doença séria e, muitas vezes, causada por feitiçaria. Em Lage Novo e Linha Dez, verifiquei que a expressão *om na kwerekun* é usada também como sinônimo de 'desidratação'.

*A categoria honko' ou honko' na ou ka honko' wa*

Antes de detalharmos a categoria wari' referente às doenças diarréicas, é digno de nota apresentar algumas idéias sobre a etnofisiologia wari' e como a diarréia está inserida nessas noções conforme apresentadas por Conklin (1989:274-287) e, de certa maneira, seguidas por Novaes (1996:63-72). A diarréia, junto com outras categorias patológicas, é interpretada como sendo um efeito colateral de desordens no sistema circulatório. O sangue e a etnofisiologia de doenças são explicados assim:

Os conceitos wari' de etnofisiologia ligam um número de sintomas de doenças com mudanças padronizadas na consistência e fluxo sanguíneo. Em muitas doenças comuns, acredita-se que o sangue do paciente flui dos membros e cabeça para ser coletado na cavidade torácica e nas juntas. O sangue torna-se grosso e de coloração escura, num processo chamado *ka xao wa*, descrito pelos verbos *xao*, "engrossar", e *xim xao*, "tornar-se escuro e grosso". Blocos escuros e gelatinosos de sangue coagulado são chamados *tarakixi*' (Conklin, 1989:275, tradução minha).

Dessa forma, a circulação sanguínea torna-se lenta e a pessoa fica cansada e sonolenta. Quando todo o sangue fica grosso, o coração pára de bater e o doente pode morrer. Seguindo esse raciocínio, o suor (*kominain kwexi*', 'água do nosso corpo') está ligado com a circulação sanguínea e suar seria essencial à saúde porque elimina agentes patológicos. No processo *ka xao wa*, a transpiração também cessa e os olhos e pele secam, o que seria interpretado pelos Wari' como sinal de má circulação, que cessa a transpiração, deixando olhos e pele secos, portanto, os agentes patológicos não são removidos, agrava-se a doença e provoca uma constrição cardíaca, a qual, por sua vez, causa problemas respiratórios. Note-se que ocorrem sinais de desidratação e, que nesse caso, estaria

---

<sup>21</sup> A tradução de Conklin (1989:275) para o inglês é "*his body is gone*".

associada com essa desordem do sistema circulatório e do qual a diarreia é apenas um efeito colateral, porque, quando o sangue fica concentrado no peito (*ka xao wa*), os fluidos periféricos tornam-se finos e fracos, do que decorre que as fezes se tornariam moles ou líquidas. Não haveria, portanto, segundo esse esquema, relação direta, de causa e efeito, entre *honko* e ‘desidratação’. Conklin (1989:277) discorre sobre a interpretação wari’ dos sintomas de desidratação:

Os Wari’ atribuem a dificuldade de respirar à constrição cardíaca. [...]. Os sintomas atribuídos à constrição pulmonar e cardíaca são sintomas de desidratação: secura dos olhos e pele, pulso rápido e fraco, respiração ofegante. [...] convulsões são sintomas colaterais de desidratação avançada... (tradução minha)

Outros eventos patológicos, além da febre e diarreia, são interpretados como efeitos colaterais desse processo de lentidão na circulação do sangue, constrição cardíaca e concentração de sangue no tórax e articulações. *Kup* é descrito como sendo um complexo de sintomas patológicos fatal devido a desordens sangüíneas avançadas, consistindo de corrimento nasal, vômito com sangue, inchaço abdominal, cansaço e sonolência (Conklin, 1989:281). Outra consequência séria são acessos de rigidez muscular intensa em que o corpo do doente fica em posição fetal rígida, o que seria atribuído à circulação lenta do sangue (Conklin, 1989:282-7).

Considerando esses preceitos, indaguei vários Wari’ de Lage Novo. Porém, não obtive respostas associando desordem circulatória e diarreia. Após essas tentativas infrutíferas, questionei de diferentes maneiras usando as expressões *ka xao wa*, *kup* e sobre o estado de rigidez muscular em posição fetal. Novamente, não surgiram explicações sobre essas noções. Com relação à posição fetal rígida, dizem que é um fenômeno que acontece quando faziam as festas wari’ e, quando alguém bebia muito *tokwa* (chicha azeda de milho), entrava em estado de embriaguez que culminava em rigidez corporal na posição fetal, como se vê, por exemplo, nessa conversa com Xowa:

- Tem algum problema de sangue que deixa a pessoa doente? Que Wari’ considera, assim, que dá problema no sangue, de circular sangue, que pode deixar a pessoa com doença?
- Não. Nós não temos isso.
- Quando uma pessoa, por exemplo, a pessoa fica encolhida, né. Por que a pessoa fica assim?
- Porque ele tá bêbado. Não tem nada a ver com ele. Ele não tem sangue qualhado, não tem nada. É sadio ele. Só porque ele tá bêbado.
- Depois volta...
- Depois volta. Passa.
- Deixa de ficar bêbado...

- Passa bêbado, tá bom já.<sup>22</sup>

Não me foram relatadas associações desse estado com questões de circulação sanguínea isoladamente. Como se pode explicar essa dissonância entre os dados? Levanto algumas hipóteses: mudança de noções etnofisiológicas e patológicas; diferenças entre as regiões e/ou público pesquisados; idéias idiossincráticas não compartilhadas na população em geral e, portanto, não poderiam ser consideradas representativas da cultura do grupo; diferenças de estratégias metodológicas na obtenção de informações ou mesmo limitação dos pesquisadores ou da própria pesquisa em função de sua ênfase. Minha pesquisa foi realizada tomando-se o público wari' geral e, principalmente, mulheres mães, em geral jovens. Não concentrando questões com informantes velhos ou especialistas (raros ou inexistentes), certamente deve ocorrer uma discrepância, ou melhor, diferença entre as informações obtidas. Novaes (1996:66) baseia-se nas mesmas noções apresentadas por Conklin (1989) e acrescenta que

a patogênese wari' envolve, em grande parte das vezes, a noção de transtornos circulatórios ocasionados pela introdução de elementos exógenos no corpo (farpas de pau, pedaços de ossos e garras de animais, etc) ou de substâncias nocivas (pus, secreções de cadáveres, sangue, etc.) (Novaes, 1996:66).

Entretanto, nessa citação, está evidente que as noções de transtornos circulatórios estão baseadas nas teorias etiológicas xamanísticas, ou seja, os elementos exógenos seriam as partes de animais ou objetos associados aos animais específicos (*yamikarawa*) que, através de seus espíritos (*yam* ou *kaxikon yam*) atingem as pessoas, causando-lhes doenças e morte ou tornando-as xamãs. Uma vez que essas noções etiológicas podem ter se modificado ou perdido importância no contexto atual, é provável que, concomitante a esse processo, as doenças de uma maneira geral, incluindo aí as diarreias, não encontrem mais explicação em desordens do sistema circulatório.

#### *Categorias de honko'*

De acordo com as características de cada episódio<sup>23</sup> de doença diarreica sofrido por algum wari', há uma terminologia específica para designar aquele caso. As expressões denotam aspectos objetivos percebidos no evento, tendo como critérios básicos a

---

<sup>22</sup> Entrevista semi-estruturada com Xowa Oro Mon em 23/02/2003 em Lage Novo.

<sup>23</sup> 'Episódio' é utilizado aqui para se referir a um evento de doença diarreica nos moldes conceituais biomédicos, ou seja, fezes de consistência mole ou líquida, com três ou mais evacuações diárias, acompanhadas ou não de sangue e/ou muco ou outros sintomas. Utilizo os termos 'episódio' e 'caso' como sinônimos. Há autores que utilizam o termo 'episódio' como sinônimo de 'evacuação', mas isso não é regra.



consistência, cheiro e coloração das fezes, presença ou não de sangue e/ou muco nas fezes e sintomas paralelos ou concomitantes, como vômito e dor de barriga.

Com base nisso, podemos identificar algumas poucas categorias de *honko' na* ou *ka honko' wa* ('doença diarréica'), podendo haver sobreposição entre algumas ou, então, um misto de várias delas, dependendo dos sinais e sintomas que apareçam no decorrer do episódio. Como cada episódio de diarréia consiste num processo de doença particular, não podemos afirmar que haja categorias estanques de *honko'*, mas uma variedade de rótulos ou expressões que podem ser aplicados dependendo da nosologia do episódio, a qual varia segundo cada caso e no decorrer de um mesmo caso. Portanto, as expressões *wari'* que são usadas como referência e que, de alguma maneira, refletem uma classificação de casos de *honko'* têm caráter mais descritivo do que de rotulagem de categorias estanques. Refletem a nosologia mais comum das doenças diarréicas como acontecem nas aldeias.

Os sinais e sintomas de diarréia citados pelas mães de menores de cinco anos foram poucos e, mesmo assim, parciais ou referindo-se a algum episódio experienciado, de fato, por alguma criança. Duas responderam simplesmente que a criança fica 'fraca' quando está com diarréia. Uma respondeu que fica '*fraca*' e '*sem apetite*'. Uma respondeu que fica com '*cocô como água*'. Duas responderam lembrando de episódios sofridos pelas crianças: '*quando teve, puro água e vômito mais ou menos com um ano*' e '*cocô com sangue quando tiveram diarréia*'. Uma mulher disse que a criança fica com '*olho fundo*' e, por indução, que fica com a moleira caída.

Alguns sinais são considerados de maior gravidade e, por isso, chamam mais a atenção dos pacientes e das mães de crianças pequenas, as vítimas mais suscetíveis, e disparam mais rapidamente o início do itinerário terapêutico. O principal é a presença de sangue nas fezes. Muitos *wari'* têm manifestado teorias biomédicas para explicar as causas, o que, sem dúvida, é um reflexo da inserção cada vez mais maior dos serviços de saúde, principalmente via AIS, os quais incorporam conceitos e teorias de contaminação e contágio nos diversos cursos de formação em que participam. Assim, várias pessoas indicam a 'ameba' como agente que provoca a saída de sangue nas fezes. Como visto acima, na visão de alguns mais velhos, 'ameba', ou 'abeba', pode ser interpretada como sendo análoga ao *kaxikon yam* do *Patawan*, que machuca e arranca partes internas do abdômen. Para dizer que se está com 'diarréia com sangue', há várias expressões similares

em seu significado, como *awo na kikon* ('cagar com sangue'), *awo na pa hoki* (cagar com sangue), *honko' ma' na wik* ('diarréia', 'há/tem/existe', 'sangue'), *honko' pain wik* ('diarréia', 'partícula indicativa', 'sangue'). São apenas maneiras diferentes de se referir a um sinal importante que categoriza um tipo de *honko'*.

Outro sinal importante que caracteriza ou diferencia um tipo de *honko'* é a presença de muco ou 'catarro' ou 'pus' nas fezes. Às vezes, é comparado com 'espuma'. Frequentemente, os casos registrados ou relatados de *honko'* desse tipo são acompanhados de *honko' pain wik* ('com sangue'). Para se referir especificamente aos casos de *honko'* em que é marcante a presença de muco, diz-se *honko' ak mowi' na* ('diarréia', 'como/igual', 'muco', 'partícula verbal'), *honko' na ma' na mowi* ('diarréia', 'tem', 'muco'), *honko' pain ka ya teterene ne ka münü wa* ou *ya pin na mowi* ('cagar com muco/catarro/pus').

A característica mais marcante de qualquer episódio de diarréia é a consistência das fezes. Fundamentalmente, é o que define o estado de estar com diarréia. Fezes apenas ligeiramente moles, entretanto, nem sempre são caracterizadas como sendo *honko'*, como pude constatar em diversas ocasiões em que, flagrantemente, observei crianças evacuando fezes de consistência mole (*barama na monokokon*, 'fezes deles moles') e que as mães, indagadas sobre o fato, não demonstraram preocupação. Essa é a típica situação em que há uma divergência de concepção sobre o que é definido como episódio de diarréia do ponto de vista clínico-biomédico e o que é definido como *honko' na*. Dependendo da dieta predominante numa determinada época, a consistência das fezes pode variar. Por exemplo, no mês de novembro, na primeira estada em Lage Novo, até o início do ano seguinte, é um período de abundância de manga na aldeia Lage Novo. Os Wari' consomem essa fruta praticamente o dia todo, chupando a manga caída no chão ou apanhando-a da árvore. Várias mães explicaram as fezes moles observadas em suas crianças como devido a terem 'comido muita manga'. De fato, é uma fruta bastante fibrosa, o que ajuda a liqüefazer as fezes. O limiar de consistência das fezes que definem uma pessoa estar com *honko'* é a passagem para um estado liqüefeito, o que vai depender de cada caso. Quando alguém está evacuando fezes liqüefeitas, diz-se que está com *honko' ak kom* ('diarréia', 'como/igual', 'água'), ou *honko' na ak kom na* ('ter diarréia como água'). Durante a pesquisa, os casos mais comuns de *honko'*, registrados ou relatados, foram desse tipo. Em geral, a causa

atribuída relaciona-se com a alimentação, principalmente estragada (*om ka awi na*, ‘ruim’, ‘não boa’) ou com muita gordura (*homa*).

Um tipo de *honko*’ relatado estritamente com referência às crianças pequenas (*hwyima’ piye*, ‘pequena’, ‘criança’) ou bebês foi definido pela cor caracteristicamente ‘verde’ das fezes. Foram poucos casos relatados pelas respectivas mães, mas sempre em bebês recém-nascidos ou de poucos meses de idade. Não registrei nenhuma expressão na língua wari’ referente a essa categoria de *honko*’, o que não quer dizer que não possa haver uma terminologia específica ou descritiva. Mais importante que encontrar um rótulo, é identificar a definição de um tipo específico reconhecido de *honko*’ que se diferencia de outros tipos ou categorias por algum critério particular que se destaca, no caso, a coloração ‘verde’ das fezes. O fato de só ter sido identificado entre bebês não significa que se restrinja, necessariamente, a essa faixa etária, mas pode ser explicado, simplesmente, por uma questão circunstancial da pesquisa. Sabe-se, no entanto, que nos primeiros dias de vida, os bebês evacuam fezes pretas, às vezes, com um tom verde-escuro que recebe o nome técnico de mecônio e não se trata, essencialmente, de fezes, pois não possuem resíduos alimentares, mas são substâncias como fermentos, células descamadas do intestino, bile e líquido amniótico, o que pode manter a coloração esverdeada e escura até cerca de uma semana após o parto (Lamare, 2002:40). Isso poderia explicar, pelo menos em parte dos casos, a cor característica das fezes ressaltada pelas mães.

O cheiro das fezes foi uma característica mencionada nas entrevistas com os AIS (ver anexo 9) e que, segundo esses atores, define um tipo de ‘*honko*’ com mau cheiro’ ou ‘*honko*’ com cocô mau cheiro’, *honko’ ka ko nüo ni* ou *küni na* em wari’.

Os casos de *honko*’ podem ser antecipados ou acompanhados por sintomas gastrointestinais além de fezes liqüefeitas. Pode acontecer *honko’ kati na münü* (‘diarréia’, ‘dor’, ‘barriga/bucho’) ou *kati tamana na pa münü* (‘ter muita dor na barriga/bucho’). Essa manifestação pode ocorrer independente de *honko’ na*, constituindo-se numa categoria nosológica por si só. As causas atribuídas foram, geralmente, alimentação de origem suspeita ou consumo exagerado de alimento ‘pesado’ ou ‘gorduroso’, especialmente por crianças pequenas. O consumo de água ‘suja’ também foi citado como causa.

A presença de parasitas intestinais foi destacada por alguns Wari’ como um sinal acompanhando casos de *honko*’, mas não há, necessariamente, uma associação de causa e

efeito entre a presença de parasitas (*mete'*) e *honko' na*. A eliminação de *mete'* pelas fezes também não foi associada estritamente com *honko'*. Houve vários relatos de eliminação de *mete'* via anal independente de estar com *honko'*. Isso se deve, em grande parte, ao consumo de vermífugos ou vermícidias fornecidos no Posto de Saúde através dos AIS. Verifiquei registros de pessoas que chegam a tomar várias doses de mebendazol ou de metronidazol, ou os dois, com poucos dias de intervalo entre uma dose e outra. Há registros de pessoas que foram tratadas com doses sobrepostas por AIS diferentes, mesmo que ambos tenham feito o registro no caderno de atendimento. Há épocas em que os AIS administram tratamento antiparasitário em massa. Porém, devido às condições relativamente precárias de saneamento, principalmente na aldeia Linha Dez, a reinfestação é alta. Além disso, com o uso de vermífugos, aumenta a eliminação dos parasitas, em diferentes estágios de desenvolvimento, disseminando-os em torno da aldeia e propagando as fontes de contágio. Alguns tipos de *mete'* foram distinguidos nos relatos, como segue: “*mete'*, quando toma o remédio, só sai o grande, que é a mãe, os pequenos ficam na barriga. Tem tokarao. Tem grande, igual macarrão” (homem de ‘60 anos’). Esse mesmo homem disse que estava, certa vez, no mato, tirando seringa (portanto, há muitos anos), chegou em casa, teve *kati na münü* (dor de barriga), foi para Guajará-Mirim, tomou remédio, botou muito *mete'*, agora não tem mais. Outro homem, de ‘58 anos’, disse que “*tem mete'* como macarrão, não conhece nome na língua (*wari'*)”. Também lembrou da presença de parasitas intestinais em animais, da mesma forma que em humanos, dizendo que “*Kataxik e miyak ma' na mete' ak wari; waram, yowin, ma' na mete'*” (‘queixada e porquinho têm verme como gente’; macaco-preto, macaco-prego, têm verme’) e, continuando, acrescentou noções de profilaxia e contágio, dizendo que “*se comer sem cozinhar ou deixar ao ar livre e vem mosquito, passa para pessoa*”. Algumas dessas noções devem ter sido incorporadas através de cartilhas da MNTB sobre doenças e medidas preventivas traduzidas para a língua *wari'* e, mais recentemente, através dos AIS e AISAN.

A desidratação não foi apontada, de uma maneira geral, como sendo inerente ou consequência de *honko' na*. As informações que fizeram alguma associação desse tipo foram geradas nas entrevistas com os AIS (ver anexo 9). Mesmo assim, foi necessário fazer perguntas que referissem objetivamente essa sintomatologia, ou seja, não houve discurso espontâneo lembrando de ‘desidratação’ como consequência de *honko'*. No entanto,

questionando sobre como expressar, na língua wari', sinais típicos de 'desidratação', a resposta unânime foi *om na kwerekun* (literalmente, 'não tem corpo dele'), que possui significado mais amplo que apenas 'desidratação'. Para uma pessoa muito magra, mesmo que não esteja clinicamente desidratada, pode ser dito *om na kwerekun*. Pode se referir também aos doentes em geral em estágio avançado de definhamento físico. De maneira que esse conceito wari' de *om na kwerekun* não coincide estritamente com o conceito clínico biomédico de 'desidratação'. Um dos AIS respondeu que quase não se vê casos de 'desidratação' na aldeia e, quando o caso é grave, leva-se logo para Guajará-Mirim. Os outros AIS também não informaram terem visto casos de desidratação. Essa 'ausência' de casos de desidratação é mais devida às diferenças de compreensão ou concepção do que à realidade clínica do ponto de vista biomédico, já que eu mesmo presenciei vários casos de desidratação associados à diarreia aguda sem mesmo necessitar de um exame clínico mais apurado, já que, como pesquisador e antropólogo, não poderia tomar esses procedimentos. Questionei uma AIS sobre os sinais que ela reconhecia como sendo de 'diarreia'. Citou, de imediato, os sinais de 'desidratação' como segue no diálogo abaixo:

- pra mim, na opinião mesmo, criança chora sem lágrima, assim, olho fundo, moleira fundo, boca seca.
- Mais alguma coisa?
- Magra.
- Magra... alguma coisa mais?
- Febre.
- Febre... fora o cocô...
- É, cocô. Cocô é muito é líquido.<sup>24</sup>

Trata-se, portanto, de uma questão de interpretação dos sinais e sua associação com uma categoria biomédica ('diarreia') e não com outra ('desidratação') ou, então, não há diferenciação categórica entre essas entidades patológicas.

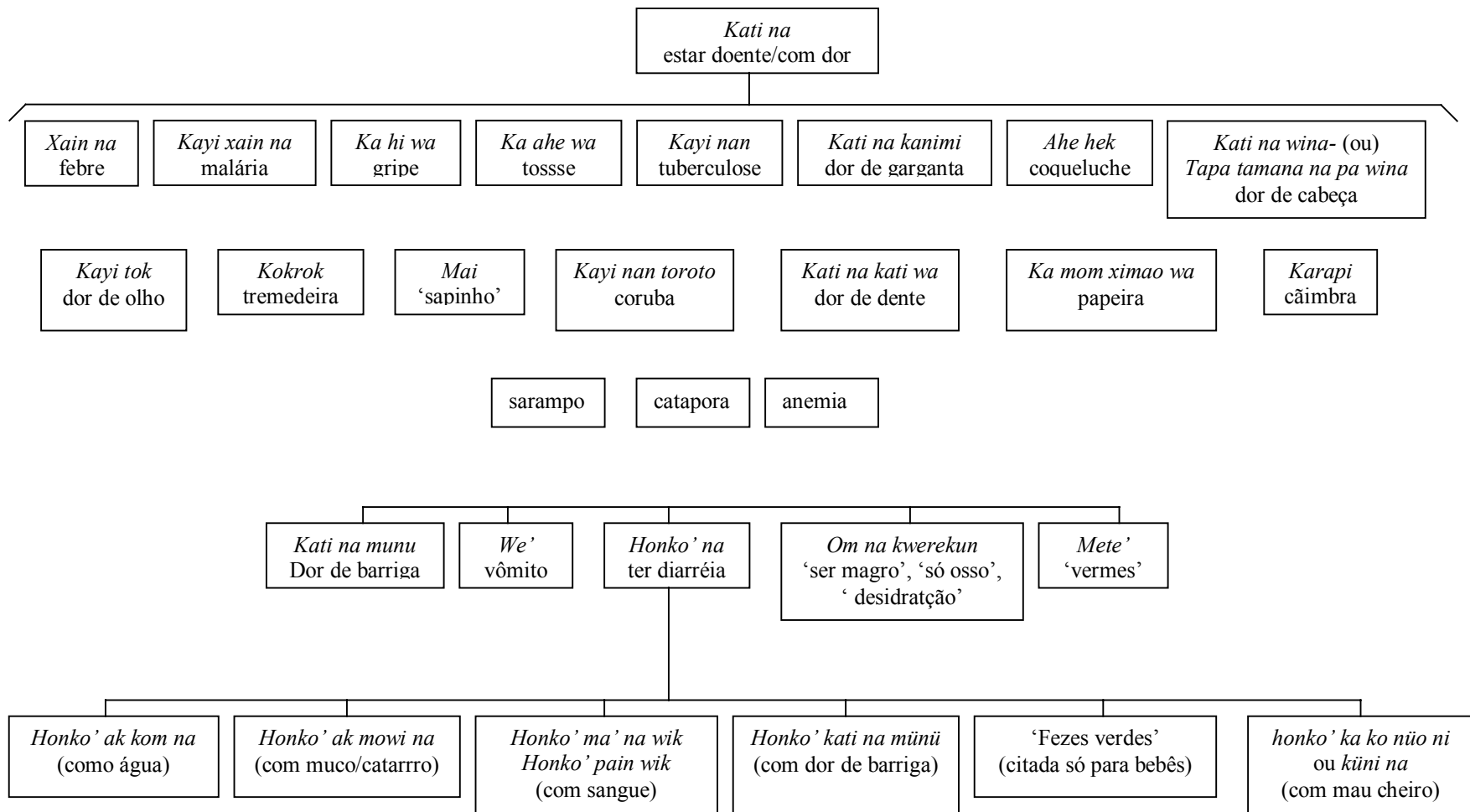
Das mães de crianças menores de cinco anos entrevistadas em Lage Novo, nove disseram não saber o que é desidratação ou não nunca ouviram falar. Uma disse já ter ouvido falar, mas não sabe o que é. Uma mãe disse que "*fica om na kwerekun quando mãe não cuida da criança, fica lá brincando na terra, se suja, não limpa, aí fica magra*". Outras mães não emitiram respostas objetivas a essa questão. Não houve resposta associando diretamente diarreia e desidratação.

Segue, abaixo, um esquema (Figura 4) da categorização nosológica wari':

---

<sup>24</sup> Entrevista semi-estruturada com AIS em 23/04/2003 em Lage Novo.

Figura 4: Esquema da classificação nosológica wari' geral e de *honko' na* ('diarréia'):



CAPÍTULO V  
**A RECORRÊNCIA AOS SERVIÇOS OFICIAIS DE SAÚDE  
(‘SETOR PROFISSIONAL’)**

A susceptibilidade da população e a deficiência que vem sendo observada nos Serviços de Saúde prestados se refletem nos dados de registro de atendimento dos Postos de Saúde das aldeias e na CASAI-GMI, os dois principais estabelecimentos oficiais de saúde procurados pelos Wari’. O Posto de Saúde é a unidade presente na aldeia, ao alcance de todos e onde são atendidos por um(a) wari’ que, embora sendo um AIS e, como tal, ser um funcionário do convênio FUNASA/CUNPIR, é um(a) deles, a intermediação com quem a comunicação é facilitada e, através do(a) qual, podem ser encaminhados para o segundo nível de atendimento, a CASAI-GMI, caso necessário ou conveniente. A partir da CASAI-GMI, o(a) Wari’ pode retornar para a aldeia, permanecer internado na CASAI-GMI, ser encaminhado(a) para outra unidade de saúde de maior complexidade em Guajará-Mirim ou, se necessário, Porto Velho. Casos excepcionais e de maior complexidade podem ser encaminhados para além da capital Porto Velho, para alguma cidade fora de Rondônia onde se disponha dos recursos considerados adequados. Em geral, o retorno para a aldeia se faz seguindo o trajeto inverso, ou seja, o paciente vai passar pela CASAI-GMI antes de ir para casa, às vezes, permanecendo ali mais algum tempo, ainda em tratamento ou apenas para acompanhamento do quadro e administração de alguma medicação. Quando na cidade, as farmácias e drogarias são fontes de recursos acessíveis, desde que se disponha de dinheiro para adquirir medicamento, o que, geralmente, não requer prescrição ou receita médica. Paralela ou concomitante a esse roteiro oficial, o paciente ou familiar pode buscar outros recursos de saúde. Quando na aldeia, pode-se recorrer a algum tratamento ou dieta descritos no capítulo VI. Embora não haja, atualmente, pessoas reconhecidamente xamãs em Lage Novo nem Linha Dez, houve relatos de busca por cuidados de um curador ‘branco’ em Guajará-Mirim e de xamã wari’, há algum tempo atrás, tanto para diarreia como para outros problemas.

*Recorrência ao Posto de Saúde - Aldeia Lage Novo*

Na aldeia Lage Novo, no ano de 2002, foram registrados 641 atendimentos (ver Tabela 9). Destes, 208 (32,45%) foram casos relacionados com doenças gastrointestinais, em sua maioria diarréias/disenterias. A faixa etária mais afetada foi '1 < 5 anos' com 106 (50,96%). Somada à faixa etária de '0 < 1', a qual representou 15 (7,21%) atendimentos, foram 121 (58,17%) atendimentos voltados a menores de cinco anos de idade, ou seja, mais da metade. Para se ter uma idéia ainda mais clara sobre a prevalência de casos de doenças gastrointestinais em crianças e adolescentes, 163 (78,38%) atendimentos foram realizados com menores de 15 anos, ou seja, praticamente, a maior parte do serviço prestado no Posto de Saúde em Lage Novo, em 2002, voltado a essa categoria de doença (ver Tabela 9). Entretanto, há uma grande subnotificação devido a não recorrência a esse Serviço ou, simplesmente, pelo não registro por parte do AIS. Comparando essas taxas com a proporção de menores de 15 anos na população de Lage Novo, que é de 54,54%, não há dúvida de que as crianças e adolescentes são os que mais sofrem esse tipo de problema.

Tabela 9: Pacientes atendidos no Posto de Saúde em Lage Novo no ano de 2002 com problemas gastrointestinais distribuídos por mês e faixa etária

F.E.	jan	fev	mar	abr	maio	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	total	% (n/208)
0<1	8	1	1	2		1	1	1					<b>15</b>	7,21
1<5	14	11	3	21	17	7	11	2	7	4	5	4	<b>106</b>	50,96
5<10	2	2		8	10		3		1		1		<b>27</b>	13
10<15	2	1	1	2	3	1	3	1			1		<b>15</b>	7,21
15>20	1												<b>1</b>	0,48
20<25	1	1		1	1	2	1						<b>7</b>	3,37
25<30				4	1							1	<b>6</b>	2,88
30<35					3				1				<b>4</b>	1,92
35<40	1				1								<b>2</b>	0,96
40<45											1		<b>1</b>	0,48
45<50														0
50<55	1			1	1				1				<b>4</b>	1,92
55<60		1				1	1						<b>3</b>	1,44
60<65		1			2								<b>3</b>	1,44
65<	1		1	1	1								<b>4</b>	1,92
ign	3		1	2	4								<b>10</b>	4,81
total	34	18	7	42	44	12	20	4	10	4	8	5	<b>208</b>	100



Considerando as repetições de atendimentos às mesmas pessoas mês a mês em 2002, foram atendidos 184 indivíduos, o que significa que 11,54% (24/208) dos indivíduos atendidos recorreram ao Posto de Saúde mais de uma vez no mesmo mês. O mês de maio foi o que registrou o maior número de indivíduos atendidos (39) e o maior número de atendimentos (44), seguido pelo mês de abril (36 indivíduos e 42 atendimentos relacionados com problemas gastrointestinais). Esses dois meses, juntos, representaram 41,35% (86/208) dos atendimentos relacionados com distúrbios gastrointestinais do ano de 2002. Isto mereceria alguma atenção no sentido de se verificar os motivos dessa carga de ocorrências nesses dois meses, o que poderia, supostamente, estar relacionado com o final da estação chuvosa e as implicações que isso possa acarretar para a população wari'. Entretanto, é prudente que se faça uma análise comparativa ano a ano, procedimento este que é prejudicado pela deficiência dos registros de saúde, principalmente a subnotificação (ver Tabela 10).

Tabela 10: Registros de atendimentos no Posto de Saúde de Lage Novo relacionados com problemas gastrointestinais de 1995 a 2003 distribuídos por mês\*:

ano	jan	fev	mar	abr	maio	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	total
1995								33	14	20	42	<b>44</b>	<b>153</b>
1996	16	<b>52</b>	22	24	9	6	8	6					<b>143</b>
1997		18	73	<b>124</b>	62	11	2						<b>290</b>
1998			<b>3</b>		1					1	2		<b>7</b>
1999	<b>14</b>	1	6	2	<b>14</b>	9	9	12	5				<b>72</b>
2000		5	<b>32</b>	28	27	12	18	13	12	12	18	10	<b>187</b>
2001	<b>33</b>	26	22	31	7	5	24	24	41	23	26	17	<b>279</b>
2002	34	18	7	42	<b>44</b>	12	20	4	10	4	8	5	<b>208</b>
2003	22	<b>33</b>	8	9									<b>72</b>
<b>total</b>	<b>119</b>	<b>153</b>	<b>173</b>	<b>260</b>	<b>164</b>	<b>55</b>	<b>81</b>	<b>92</b>	<b>82</b>	<b>60</b>	<b>96</b>	<b>76</b>	<b>1411</b>

\* Os cadernos de registro desde 1995 até fevereiro de 2000 apresentam dados muito irregulares e desordenados, exigindo um trabalho quase arqueológico de resgate de dados. O trabalho de campo foi interrompido em início de maio de 2003.

Outro fator importante que deve ser levado em conta é o número relativamente grande de 'tratamento de vermes' que aparece nos registros, o que pode estar ligado a estratégias eventuais de tratamento em massa e que, por isso, representa um fator de confundimento. Neste sentido, explica-se, em parte, o número relativamente elevado de registros gastrointestinais em abril/2002, quando foram feitos 22 'tratamentos de vermes', e em maio/2002, com '32 tratamentos de vermes', equivalendo a 53,38 % (22/42) e 72,73%

(32/44) dos atendimentos desses meses, respectivamente. Por outro lado, no mês de janeiro/2002, foram registrados 02 ‘tratamentos de vermes’, representando apenas 5,88% (2/34) dos atendimentos por problemas gastrointestinais, o que dá ao mês de janeiro a maior prevalência quando se desconsideram os ‘tratamentos de vermes’. Esse fator pode explicar também, pelo menos parcialmente, o elevado número de casos registrados em abril de 1997 (ver Tabela 10), quando só no dia 12 registrou-se 21 atendimentos no Posto de Saúde. Ainda com relação às repetições de atendimentos aos mesmos indivíduos, agora considerando o ano de 2002 como um todo, foram atendidos 117 indivíduos, o que significa que houve 56,25% (117/208) de indivíduos que recorreram uma ou várias vezes ao Posto de Saúde durante o ano de 2002. Considerando o total da população de Lage Novo, cerca de 45% dos indivíduos da aldeia foram atendidos no Posto de Saúde em 2002, em algum momento, com problemas gastrointestinais. Certamente, esse é um dado preocupante, principalmente se levarmos em conta que grande parte desses casos são de doenças gastrointestinais e envolvendo crianças e adolescentes.

Quanto ao tipo de diarreia mais registrado, a análise fica prejudicada porque nem sempre se registra o tipo de diarreia que o paciente ou responsável comunica ao AIS no momento do atendimento. Mesmo que isso fosse revelado em todos os atendimentos, ainda assim, esse dado informaria apenas o tipo de diarreia mais atendido no Posto de Saúde, mas não, provavelmente, o tipo mais prevalente na aldeia. Essa informação poderia sugerir os sintomas que mais influenciam no processo de decisão pela busca de tratamento no Posto de Saúde e, eventualmente, na CASAI-GMI ou outro estabelecimento da rede oficial. No ano de 2002, por exemplo, dos 208 registros de atendimento envolvendo problemas gastrointestinais, em 111 (53,37%, 111/208) casos aparece explicitamente o registro de ‘diarreia’. Destes, 55 (49,55%, 55/111) casos aparecem, claramente, com uma definição do tipo de ‘diarreia’, dos quais destacam-se ‘diarreia com muco (ou catarro)’ (21/55) e ‘diarreia com sangue’ (13/55), além de ‘diarreia líquida’ (5/55), ‘diarreia com vômito’ (5/55), ‘diarreia com dor de barriga’ (4/55) e outros casos mistos de ‘diarreia com sangue e muco’ (5/55) e ‘diarreia com muco e vômito’ (1/55). Houve dois registros de casos de ‘desidratação’ em janeiro e um em novembro não computados nestes dados por não estarem registrados, explicitamente, em associação com ‘diarreia’ (ver Tabela 11). Em 2003, de janeiro a abril, foram feitos 72 atendimentos referentes a distúrbios

gastrointestinais, sendo 23 (31,94%, 23/72) com ‘diarréia’, dos quais, 15 (65,22%, 15/23) foram definidos com o tipo de diarréia, sendo 5 ‘diarréia com vômito’, 3 ‘diarréia com sangue’, 2 ‘diarréia com muco’, 2 ‘diarréia com dor de barriga’ e 3 mistas de ‘sangue/muco’, ‘sangue/vômito’ e ‘líquida/vômito’ (ver tabela 12). É provável a suposição de que os demais tipos, não definidos no registro, sejam ‘diarréia líquida’ ou ‘como água’, as quais, pela observação, são os tipos mais comuns.

Esses registros sugerem a hipótese de que os sinais de ‘sangue’, ‘muco’ e ‘vômito’ chamam mais atenção e, por isso, são, geralmente, destacados nos registros. Comparando esses dados com as informações coletadas em entrevistas ou pela observação, fica mais seguro afirmar que esta hipótese é verdadeira e que a presença de sangue e/ou de muco nas fezes, além de vômito, indicam maior chance de decisão pela busca por tratamento no Posto de Saúde e, em casos mais graves, de serem encaminhados para a CASAI-GMI. Entretanto, não são os tipos mais comuns de diarréia em Lage Novo.

Tabela 11: atendimentos registrados no Posto de Saúde de Lage Novo em 2002 relacionados com problemas gastrointestinais e números relativos de casos e tipos definidos de ‘diarréia’:

2002	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	T
atendimentos	34	18	7	42	44	12	20	4	10	4	8	5	<b>208</b>
com ‘diarréia’	23	15	6	18	9	10	11	4	6	4	5	0	<b>111</b>
tipos definidos	6	4	4	15	6	3	9	2	3	1	2	0	<b>55</b>
com muco	2	3	3	5	1	2	1	1	1	2			<b>21</b>
com sangue		1	1	4	2	4	1						<b>13</b>
com vômito	2				1		1		1				<b>5</b>
líquida				3			1			1			<b>5</b>
c/ dor de barriga	1			2				1					<b>4</b>
sangue/muco				1	1	1	2						<b>5</b>
muco/vômito	1												<b>1</b>
muco/dor de barriga					1								<b>1</b>
desidratação*	2										1		<b>3</b>

\* não computados nas somatórias.

Tabela 12: atendimentos registrados no Posto de Saúde de Lage Novo em 2003 relacionados com problemas gastrointestinais e números relativos de casos e tipos definidos de ‘diarréia’:

2003	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	T
atendimentos	22	33	8	9									72
com ‘diarréia’	9	5	4	5									23
tipos definidos	4	2	4	5									15
com muco				2									2
com sangue	2	1											3
com vômito	2		3										5
c/ dor de barriga			1	1									2
sangue/muco				1									1
sangue/vômito		1											1
líquida/vômito				1									1

#### *Recorrência ao Posto de Saúde - Aldeia Linha Dez*

Os registros de atendimento no Posto de Saúde de Linha Dez são ainda mais irregulares que em Lage Novo. É uma aldeia bem menor e com estrutura física do Posto de Saúde construída recentemente e ainda não concluída (referência a abril de 2003). Só há um AIS, o qual foi contratado a partir da efetivação do convênio entre FUNASA e CUNPIR em 2000. Quando cheguei na aldeia, onde permaneci por quase três semanas (de 24 de março a 11 de abril de 2003), logo percebi que o problema de saneamento era maior que em Lage Novo e os sinais disso refletiam nas ocorrências atendidas no Posto de Saúde. Havia um número relativamente grande de casos de diarréia com sangue (*honko’ ma’ na wik*), principalmente, e outros tipos. O fato estava relacionado ao precário abastecimento de água, além do hábito de realizar as necessidades fisiológicas no entorno das residências. Entretanto, não seria possível analisar a relação entre as condições de saneamento e abastecimento de água com dados sobre ocorrência de doenças de veiculação hídrica e alimentar, como gastroenterites e, especialmente, diarréias, pois o AIS não registrava os atendimentos desde o final de 2002. Além disso, os cadernos do AIS contendo registros de atendimento no Posto de Saúde só foram localizados por ele após alguns dias da minha chegada. Mesmo assim, a constatação foi de que a regularidade dos registros era muito falha e, portanto, os dados seriam de pouca viabilidade para uma análise real dos fatos. Mesmo assim, os dados que pude recuperar a partir dos cadernos do AIS podem ilustrar minimamente o quadro geral das doenças gastrointestinais. Para tanto, apresento dados de registro de atendimento no Posto de Saúde num período contínuo de julho de 2000 até

dezembro de 2002, deixando claro que houve subnotificação maior ou menor em alguns meses de acordo com a atuação do AIS de Linha Dez ou, num curto período (26 de julho a 18 de agosto de 2002), de um AIS de Lage Novo que o substituiu, quando de sua ausência, e manteve registros mais regulares.

Os dados apresentados na Tabela 13 são uma aproximação da recorrência dos Wari' de Linha Dez ao Posto de Saúde da aldeia por problemas gastrointestinais. Outra importância em apresentar esses dados é mostrar como o serviço de saúde, em nível local, funciona em termos de registros, revelando que a realidade mostrada, quando mostrada, não representa a realidade de fato sobre o quadro de doenças. No período de julho de 2000 a dezembro de 2002, houve 642 atendimentos registrados no Posto de Saúde de Linha Dez, dos quais, 158 (24,61%) estavam relacionados com distúrbios gastrointestinais. Destes, 44,94% (71/158) foram casos de diarreia, o que representa 11,06% (71/642) do total de atendimentos no período.

Entretanto, lembrando que a população de Linha Dez (em abril de 2003) soma 89 pessoas, 92 indivíduos recorreram ao Posto de Saúde no período considerado. Isso pode ser explicado pela dinâmica populacional da aldeia. Várias famílias que, hoje, moram na aldeia Lage Novo já residiram por um certo período em Linha Dez e, depois de um certo tempo, retornaram para Lage Novo. Outro detalhe é que, como há uma relação de parentesco muito próxima entre as duas aldeias, há um fluxo de pessoas entre elas. Tais fatores contribuíram, e contribuem, para uma recorrência ao Posto de Saúde de Linha Dez de pessoas que não moram mais ali, ou que nunca moraram, o que pode ser verificado na lista de nomes de pacientes atendidos. Mesmo assim, analisando-se ano a ano, verifica-se que houve uma recorrência, por exemplo, de 40 indivíduos em 2001 e de 42 em 2002, o que representaria quase 50% da população atual, porém, essa população é relativamente flutuante e, recentemente, teve um incremento considerável, de maneira que não se podem avaliar adequadamente esses dados, considerando a população levantada na pesquisa, que se refere a abril de 2003. A população dos períodos anteriores não é precisa devido à falta, ou falhas, de levantamentos realizados pela FUNAI e FUNASA.

Quanto à decisão por busca de tratamento de casos de diarreia no Posto de Saúde de Linha Dez, os registros de atendimento do AIS sugerem que a presença de sangue nas fezes e a associação com vômito são sinais mais determinantes na tomada dessa decisão.

Conforme mostra a Tabela 13, 14,08% (10/71) das diarreias registradas, e definidas quanto ao tipo, eram ‘diarreia com sangue’, seguido por 12,68% (9/71) de ‘diarreia com vômito’. Entretanto, 61,97% (44/71) dos casos de diarreia em que houve busca por recurso no Posto de Saúde não foram definidos no registro quanto ao tipo. Sabe-se, no entanto, pela observação de campo e entrevistas, que o tipo mais comum de diarreia é o definido como *honko’ ak kom na* (‘diarreia líquida’ ou ‘como água’), o qual foi definido nos registros em apenas 2,82% (2/71) dos atendimentos por diarreia. Observou-se também que sinais de sangue e/ou muco (ou ‘catarro’) nas fezes e vômito costumam ser mais evidenciados pelos pacientes ou pais de crianças acometidas por diarreia, conforme já discutido acima. De tal forma que, deduz-se, a maior parte, senão o todo, dos 44 casos (61,97%) de diarreia não definidos quanto ao tipo, deve, certamente, tratar-se de *honko’ ak kom na*. Isso não significa que esse tipo de diarreia seja o que mais determine a busca por tratamento no Posto de Saúde, mas, sim, o tipo mais prevalente.

As diarreias de consistência mais líquida e sem sinais de sangue ou muco, geralmente, estão associadas com etiologias viróticas (principalmente rotavirus) e bacterianas (*E. coli*, *Shigella*, *Salmonella* e outras), as quais são apontadas pela bibliografia (WHO, 1984; Linhares, 1992, 1997, 2000; Orlandi et al., 2001; Santos, Linhares & Coimbra Jr., 1991) como as mais comuns. Enquanto que, segundo Carpenter (1985), os agentes do grupo dos protozoários são responsáveis por uma pequena proporção de doenças diarreicas agudas no mundo em desenvolvimento e, embora os helmintos sejam, ocasionalmente, responsáveis por doenças diarreicas agudas em locais geográficos específicos (ex: *Schistosoma mansoni* no Egito), tais parasitas multicelulares têm uma contribuição relativamente pequena para doenças diarreicas agudas em escala global. Sabe-se, também, que as diarreias com muco são, geralmente, provocadas por *Giardia lamblia*, enquanto diarreia com sangue e, eventualmente, também muco por amebas intestinais, a mais conhecida sendo a *Entamoeba histolytica*, protozoários estes que devem ser os principais responsáveis por esses tipos de diarreia nas aldeias wari’, pois, conforme Linhares (1992), expressivas taxas de positividade quanto à presença de anticorpos para rotavirus foram detectadas entre os Suruí (67,8%) e os Karitiana (77,4%), ambos de Rondônia. *S. stercoralis*, *Giardia lamblia* e *Entamoeba histolytica* foram assinaladas, entre os Suruí, em frequências de 33,3%, 3,3% e 0,8% respectivamente, e esses mesmos

patógenos foram detectados em frequências, por ordem, de 3,9%, 12,7% e 8,8% ao exame de amostras fecais oriundas dos Wari'. Esses dados são compartilhados por um estudo com crianças menores de cinco anos na periferia de Porto Velho (Orlandi et al., 2001), onde aparece Rotavirus como o enteropatógeno mais frequentemente associado com diarreia (19,2%), seguido de *Shigella flexneri* (6,15%), *Shigella sonnei* (1,5%) e *Salmonella sp* (6,9%), *Escherichia coli* enterotoxigênica, enteropatógena e enteroinvasiva (3,1, 2,3% e 0,8% respectivamente), e *Yersinia enterocolitica* (0,8%). Apesar de se tratar de uma população urbana, geograficamente é próxima da região dos Wari'.

A faixa etária mais afetada em Linha Dez por doenças gastrointestinais foi '1 < 5 anos', com 54,43% (86/158) dos casos. Somada à faixa etária de '0 < 1', a qual representou 6,33% (10/158) dos atendimentos, foram 60,76% (96/158) dos atendimentos voltados a menores de cinco anos de idade. No conjunto de crianças e adolescentes, 82,91% (131/158) dos atendimentos por problemas gastrointestinais foram realizados com menores de 15 anos, ou seja, praticamente, a maior parte do serviço prestado no Posto de Saúde em Linha Dez, no período considerado, voltado a essa categoria de doença (ver Tabela 14). Entretanto, há uma grande subnotificação devido a não recorrência ao Posto de Saúde ou pelo não registro por parte do AIS.

Para que essas percentagens de atendimento por faixa etária façam sentido, é necessário comparar com a proporção populacional de cada faixa etária. Em Linha Dez, 49,43% da população está abaixo de 15 anos de idade, muito próxima da taxa de Lage Novo (54,54%). Portanto, 82,91% dos atendimentos por problemas gastrointestinais voltados para menores de 15 anos mostram que as crianças e adolescentes estão, sem dúvida, sendo mais afetados e sofrem mais diretamente as consequências da precariedade sanitária e de abastecimento de água em quantidade e qualidade adequadas. Note-se que esses números relativos às faixas etárias atingidas são muito próximos aos constatados em Lage Novo. Isto sugere que, embora as amostras de dados de registro de atendimentos sejam deficientes, devido a subnotificação, sua análise, ainda assim, aponta convergências que a legitimam. Com relação à faixa etária, por exemplo, a subnotificação atinge a todos e, portanto, quando há registros, os casos acabam retratando, proporcionalmente, o quadro de doenças. Por outro lado, não se pode concluir que o quadro mórbido de fato da aldeia seja retratado nos registros de atendimento, pois a observação de campo e as entrevistas

mostram que, em uma parte considerável de episódios de doenças, não se recorre ao Posto de Saúde. Esse contingente de episódios é submetido a outras estratégias, tais como, a espera para avaliar o andamento do quadro sintomático, uso de remédios à base de vegetais ou de animais, compra de remédio industrializado, recorre-se diretamente a algum hospital na cidade ou, simplesmente, não se toma nenhuma atitude quando os sintomas não representam um incômodo que atrapalhe o cotidiano.

Conforme informei no item sobre metodologia, as categorias de doenças foram coletadas e analisadas conforme aparecem nos cadernos de registro dos AIS. Comparando tais categorias de doenças diarréicas com as categorias wari' analisadas no capítulo IV, percebe-se uma similaridade nos aspectos descritivos das categorias. As diferenças são quase exclusivamente de ordem lingüística, de forma que se pode considerar que os AIS, de maneira geral, fazem apenas uma tradução para o português das categorias nosológicas wari' que lhes são informadas no momento do atendimento dos pacientes no Posto de Saúde. Sendo assim, poderíamos dar um tratamento mais qualitativo aos atendimentos realizados e aos registros feitos pelos AIS. Os dados acabam mostrando o quão embaralhados são os conhecimentos e práticas relacionados com saúde e doença num contexto de intermedicalidade. Esses detalhes mostram que os 'setores de saúde' são peças de um modelo teórico, mas que, no contexto real, as interseções aparecem o tempo todo e revelam a complexidade de contextos intermédicos. O que existe de fato é um todo complexo e dinâmico, que se constrói no dia a dia e se alimenta de todas as fontes que convergem para aquele contexto. O fato de eu estar tratando o serviço dos AIS no Posto de Saúde como fazendo parte do 'setor profissional' tem como função indicar onde se iniciam as atividades do serviço oficial de saúde, o que apenas destaca um momento de um processo muito mais amplo.



Tabela 13: Registros de atendimento no Posto de Saúde de Linha Dez entre julho de 2000 e dezembro de 2002 mostrando número de casos gerais, casos gastrointestinais (G.I.), de diarréias e número de indivíduos atendidos:

registros	2000						2001												2002												total	%
	jul	ago	set	out	nov	dez	jan	fev	mar	abr	maio	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	jan	fev	mar	abr	maio	jun	jul	ago	set	out	nov	dez		
geral	28	12	12	35	6	2	23	46	62	28	13	6	25	17	32	20	22	24	28	20	69	29	1	1	25	48	0	6	2	0	<b>642</b>	
																															(n/642)	
G.I. casos	5	4	5	4	1	2	7	8	14	8	2	1	11	3	4	5	1	5	9	2	34	6	1	1	7	8	0	0	0	<b>158</b>	24,61	
Diarréias	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>71</b>	11,06	
																															(n/71)	
sem definição	2	3	2	2		1	3	5	4	4			5	2		1	1	1	3		1	3		1						<b>44</b>	61,97	
com sangue			1	2				1										1			1			3	1					<b>10</b>	14,08	
com muco									1							1			1											<b>3</b>	4,22	
líquida	1	1																												<b>2</b>	2,82	
com vômito			1			1	1					3							2					1						<b>9</b>	12,68	
c/ dor de barriga																					1				1					<b>2</b>	2,82	
sangue/muco								1																						<b>1</b>	1,41	
G.I. indivíduos	5	3	5	2	1	2	5	6	12	6	2	1	10	3	4	4	1	5	9	2	30	6	1	1	6	7	0	0	0	<b>139</b>		
G.I. indivíduos						<b>10</b>												<b>40</b>												<b>42</b>	<b>92</b>	

Tabela 14: Casos de distúrbios gastrointestinais registrados no Posto de Saúde de Linha Dez, de julho de 2000 a agosto de 2002, por faixa etária:

Faixa Etária	2000						2001						2002						total	% (n/158)								
	jul	ago	set	out	nov	dez	jan	fev	mar	abr	maio	jun	jul	ago	set	out	nov	dez			jan	fev	mar	abr	maio	jun	jul	ago
0<1								1	3	1			2								1			1	1	<b>10</b>	6,33	
1<5	3	3	5	4		2	7	7	5	4	1	1	5	3	1	5	1	1	4		14	1		1	5	3	<b>86</b>	54,43
5<10					1				2				3		1				2	2	14	1		1	1	<b>28</b>	17,72	
10<15									1	1								1			3		1			<b>7</b>	4,43	
15>20											1								1			1				<b>4</b>	2,53	
20<25		1													1			1								<b>4</b>	2,53	
25<30									2										1			1				<b>5</b>	3,17	
30<35										2									1							<b>3</b>	1,9	
35<40															1											<b>1</b>	0,63	
40<45																						1				<b>1</b>	0,63	
45<50																												
50<55	2																				2					<b>4</b>	2,53	
55<60																												
60<65									1				1													<b>3</b>	1,9	
65<																			1		1					<b>2</b>	1,27	
ign																												
<b>total</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>14</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>11</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>34</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>158</b>	<b>100</b>

### *Recorrência à CASAI-GMI e Hospitais (Lage Novo e Linha Dez)*

Seguindo a busca por tratamentos fora da aldeia, verifiquei os prontuários dos anos de 2000, 2001 e 2002 das aldeias Lage Novo e Linha Dez. De 264 (211 de Lage Novo + 53 de Linha Dez) internações nesse período, 47,73% (126/264) apresentaram algum problema gastrointestinal, sendo que, destes, 53,97% (68/126) apresentaram diarreia ou disenteria. Uma taxa de 37,12% (98/264, 75 de Lage Novo + 23 de Linha Dez) dos casos de internação deu entrada na CASAI-GMI com pelo menos um sinal/sintoma (ou queixa) gastrointestinal. Destes 98 casos, 50% (49/98, 37 de Lage Novo + 12 de Linha Dez) deram entrada já com diarreia. Isso representa 72,06% (49/68) de todos os casos internados que apresentaram diarreia em algum momento do período de internação. Ou seja, 27,94% (19/68, 14 de Lage novo + 5 de Linha Dez) dos casos de diarreia registrados nos prontuários da CASAI-GMI ocorreram após a internação (ver Tabela 15).

A Tabela 16 mostra que, das 264 internações, a faixa etária mais freqüente foi  $1 < 5$ , com 22,73 % (60/264), e também foi a que mais apresentou problemas gastrointestinais, com 30,95 % (39/126) do total de casos com problemas gastrointestinais. Somando-se com a faixa etária  $0 < 1$ , que teve 12,12% (32/264) das internações, os menores de 05 anos de idade representaram 34,85% (92/264) das internações e 47,62% (60/126) dos casos com problemas gastrointestinais. Os menores de 15 anos de idade representaram 54,76% (69/126) das internações em que ocorreu algum distúrbio gastrointestinal, o que representa 26,14% (69/264) de todas as internações registradas no período. Em relação aos problemas gastrointestinais, as ocorrências em menores de 15 anos, registradas na CASAI-GMI, estão proporcionais às taxas representativas dessa faixa etária na população das duas aldeias (49,43% em Linha Dez e 54,54% em Lage Novo). Sendo assim, a recorrência aos recursos de saúde da CASAI-GMI está mais bem distribuída entre as faixas etárias do que os atendimentos registrados no Posto de Saúde das aldeias, quando consideradas as categorias crianças e adolescentes versus adultos. Esses dados sugerem que os adultos, quando recorrem a algum serviço de saúde oficial, tendem a serem mais encaminhados do Posto de Saúde da aldeia para a CASAI-GMI do que as crianças e adolescentes. Outro ponto que se pode sugerir é que, há, certamente, uma maior resistência dos adultos em buscar recursos de saúde oficiais e, por outro lado, haveria maior tendência de se recorrer a esses serviços de saúde quando crianças são acometidas por algum sinal ou sintoma de doença. Dessa

forma, os adultos recorrem ao serviço quando os problemas de saúde já estão mais adiantados ou em casos de sinais e sintomas mais persistentes, situações que levam os AIS a os encaminharem à CASAI-GMI.

Entretanto, quando se tomam em conta os indivíduos wari', seguindo-se os nomes das pessoas atendidas na CASAI-GMI, e se cruza com a lista de população levantada na pesquisa de cada aldeia, verifica-se que, de Lage Novo, das 264 pessoas recenseadas (referência a abril de 2003), 107 aparecem nos registros de prontuários como atendidas/internadas na CASAI-GMI no triênio 2000-2002. De Linha Dez, da mesma forma, das 89 pessoas lá residentes (em abril de 2003), 27 nomes aparecem nos registros de atendimento (prontuários) da CASAI-GMI no mesmo período. Tomando-se, para efeito de cálculo, a população de abril de 2003 de cada aldeia, 40,53% (107/264) dos indivíduos de Lage Novo e 30,34% (27/89) de Linha Dez foram internados na CASAI-GMI pelo menos uma vez entre os anos de 2000, 2001 e 2002. Tomando-se as duas aldeias em conjunto, 37,96% (134/353) dos indivíduos foram internados pelo menos uma vez. A maioria sendo menor de 15 anos. Sendo assim, vê-se que 49,24% (130/264) das internações foram realizadas repetindo indivíduos já internados pelo menos uma vez. Vale ressaltar que, quando houve encaminhamento para outro estabelecimento e, em seguida, houve retorno para a CASAI-GMI, considere-se como um caso de internação na CASAI-GMI (ver Tabela 17 e Tabela 18), de forma que as 264 internações computadas representam, na verdade, um número maior que este de passagens pela CASAI-GMI.

Da aldeia Lage Novo, 209 buscas<sup>25</sup> por recursos fora da aldeia foram registradas com base nos prontuários da CASAI-GMI, portanto, todos passando por esta Unidade de Saúde. Destas, 77,03% (161/209) se restringiram a aldeia → CASAI-GMI → aldeia, enquanto 22,97% (48/209) dos pacientes foram encaminhados para alguma outra Unidade de Saúde, sendo o Hospital Bom Pastor o mais freqüente, presente em pelo menos 30 encaminhamentos, ou seja, esta Unidade de Saúde fez parte de pelo menos 62,5% (30/48) das recorrências que foram além da CASAI-GMI. O Hospital Regional vem em seguida, fazendo parte de pelo menos onze recorrências, o que representa 22,92% (11/48) das buscas extra CASAI-GMI. A Clínica Santa Isabel, geralmente, é procurada para atendimento

---

<sup>25</sup> 209, de um total de 211 internações, juntou-se 2 em 1 (al-ci-hbp-ci-al, 55<60) e 2 em 1 (al-ci-hbp-ci-al, 30<35).

gestacional e de parto e fez parte de 10,42% (5/48) das recorrências extra CASAI-GMI. Apenas dois pacientes foram encaminhados para Porto Velho, mas não há especificação da Unidade de Saúde (ver Tabela 17).

Da aldeia Linha Dez, 51 buscas<sup>26</sup> por recursos fora da aldeia foram registradas, sendo que 64,71% (33/51) restringiram-se à CASAI-GMI e 35,29% (18/51) estenderam-se para outra Unidade de Saúde. O Hospital Bom Pastor, novamente, apareceu como a Unidade mais procurada, por onde tiveram passagem, pelo menos, 77,78% (14/18). O Hospital Regional atendeu pelo menos 16,67% (03/18). A Clínica Santa Isabel participou de pelo menos uma recorrência extra CASAI-GMI. Apenas um paciente aparece registrado com encaminhamento para Porto Velho, mas também sem especificar a Unidade de Saúde (ver Tabela 18).

Esses dados demonstram a baixa resolutividade do atendimento primário de saúde nas aldeias, fato reforçado pela baixa frequência de visitas das Equipes Volantes de Saúde (EVS) e pelo abastecimento de medicamentos altamente deficiente nos Postos de Saúde, inclusive, e especialmente, dos mais básicos, como, por exemplo, Sais de Reidratação Oral. Outro problema constatado com base nesses dados de internação é que uma percentagem significativa dos pacientes passa a apresentar diarreia depois de ser internada. Isso pode ser explicado, em parte, pela possível não comunicação ao atendente sobre algum sinal/sintoma de diarreia no momento da chegada à CASAI-GMI, dando prioridade para outro problema que possa ter sido o motivo maior da internação. Porém, é possível que parte desses casos seja contraída durante o período da internação. Neste caso, convém investigar as causas, tarefa que não coube à minha pesquisa.

Entre os pacientes oriundos de Lage Novo, os menores de cinco anos representaram 31,1% (65/209) das passagens pela CASAI-GMI, sendo que, destes, 75,38% (49/65) restringiram-se à CASAI-GMI (ver Tabela 17). Esta percentagem está além da proporção populacional desta faixa etária em Lage Novo (21,97%, demonstrando que as crianças pequenas estão sendo, proporcionalmente, mais encaminhadas para a CASAI-GMI em relação às outras faixas etárias, embora o conjunto de menores de 15 anos das duas aldeias apresente uma percentagem de internação na CASAI-GMI proporcional a sua

---

<sup>26</sup> 51 de 53 internações na CASAI-GMI, 3 em 1 de "al-ci-hbp-ci-hbp-ci-pvh?-?".

representatividade na população. O índice de recorrência restrito à CASAI-GMI, entre os menores de cinco anos de Lage Novo, não é muito diferente de algumas outras faixas etárias (25<30, 45<50, 50<55) e está próximo do índice geral, que é de 77,03% (161/209).

Entre os pacientes oriundos de Linha Dez, os menores de cinco anos representaram 50,98% (26/51) das passagens pela CASAI-GMI, sendo que, destes, 53,85% (14/26) restringiram-se à CASAI-GMI (ver Tabela 18). Esta percentagem está muito além da proporção populacional desta faixa etária em Linha Dez, que é de 22,47%, demonstrando, também para Linha Dez, que as crianças pequenas estão sendo, proporcionalmente, mais encaminhadas para a CASAI-GMI em relação às outras faixas etárias. Para Linha Dez, o índice de buscas por tratamento restrito à CASAI-GMI, entre os menores de cinco anos (53,85%), está abaixo do índice geral, que é de 64,71% (33/51), porém, esse cálculo não faz sentido, já que praticamente a metade das internações foram de menores de cinco anos.

A partir da rede oficial de serviços de saúde, tanto referentes ao DSEI-PVH, especificamente do Pólo Base de Guajará-Mirim, quanto do SUS, além dos estabelecimentos privados, alguns dos quais trabalhando em convênio com o SUS, e a partir das observações de campo, entrevistas e coleta de dados de registro de atendimento nos Postos de Saúde das aldeias e na CASAI-GMI, elaborei um esquema que mostra todos os possíveis recursos terapêuticos buscados pelos Wari', particularmente os de Lage Novo e Linha Dez, e suas seqüências (ver Figura 5).

Tabela 15: Internação de Wari' de Lage Novo + Linha Dez na CASAI-GMI com problemas gastrointestinais de um total de 264 internações (211 para Lage Novo + 53 para Linha Dez):

número de casos	diarréia/disenteria	dor de estômago	vômito	dor abdominal	dor de barriga	constipação intestinal	parasitose
43	x						
18		x					
14				x			
11	x		x				
6	x			x			
4			x				
4		x		x			
3		x	x				
3						x	
3					x		
2	x			x	x		
1							x
1	x	x					
1				x	x		
1		x			x		
1	x				x		
1	x		x	x			
1			x				x
1		x				x	
1					x	x	
1		x	x			x	
1	x	x		x			
1		x					x
1	x						x
1			x	x			
1	x		x	x	x		
<b>126</b>	<b>68</b>	<b>31</b>	<b>23</b>	<b>31</b>	<b>10</b>	<b>6</b>	<b>4</b>

Tabela 16: Internação de Wari' de Lage Novo + Linha Dez na CASAI-GMI por Faixa Etária e Sexo em 2000/01/02 e proporção de internados que tiveram problemas gastrointestinais (GI) durante o período de internação:

Faixa Etária	fêm.	% n/138	masc.	% n/126	total p/ F.E.	% n/264	n GI	% GI n/126	% GI n/264
0<1	18	13,04	14	11,11	32	12,12	21	16,67	7,96
1<5	21	15,22	39	30,95	60	22,73	39	30,95	14,77
5<10	9	6,52	15	11,9	24	9,09	6	4,76	2,27
10<15	6	4,35	2	1,59	8	3,03	3	2,38	1,14
15<20	12	8,7	5	3,97	17	6,44	5	3,97	1,89
20<25	8	5,81	5	3,97	13	4,93	3	2,38	1,14
25<30	14	10,14	7	5,56	21	7,95	5	3,97	1,89
30<35	22	15,94	2	1,59	24	9,09	7	5,55	2,65
35<40	3	2,17	4	3,17	7	2,65	5	3,97	1,89
40<45	1	0,72		0	1	0,38		0	0
45<50	5	3,62	1	0,79	6	2,27	4	3,17	1,52
50<55	5	3,62	4	3,17	9	3,41	2	1,59	0,76
55<60	8	5,81	1	0,79	9	3,41	2	1,59	0,76
60<65	3	2,17	11	8,73	14	5,3	8	6,35	3,03
65<	3	2,17	16	12,71	19	7,2	16	12,7	6,06
<b>total</b>	<b>138</b>	<b>100</b>	<b>126</b>	<b>100</b>	<b>264</b>	<b>100</b>	<b>126</b>	<b>100</b>	<b>47,73</b>



Tabela 17: Sequências de Unidades de Saúde buscadas para fora da aldeia Lage Novo (2000/01/02):

	0<1	1<5	5<10	10<15	15<20	20<25	25<30	30<35	35<40	40<45	45<50	50<55	55<60	60<65	65<	total
al-ci-al	21	28	17	7	14	8	12	13	5	1	5	6	7	5	12	161
al-ci-hbp-ci-al	2	6	2				1	2	1		1	1	1	1	3	21
al-csi-ci-al		1					1	2								4
al-ci-hr-ci-al-		1		1											1	3
al-ci-hr-?		1						1						1		3
?-hbp-ci-al	1	1												1		3
al-hbp-ci-al								1				1				2
al-ci-h?-al		1						1								2
hr-ci							1				1					2
?-pvh-ci-al					1	1										2
pronto socorro-ci-al			1													1
?-hbp-ci-hr-ci-al								1								1
al-ci-hr-ci-csi-ci-hr/hbp-ci-al															1	1
al-ci-hbp-ci-hbp-ci-al							1									1
al-ci-hr-hbp-ci-al		1														1
?-h?-ci-al	1															1
<b>total</b>	<b>25</b>	<b>40</b>	<b>20</b>	<b>8</b>	<b>15</b>	<b>9</b>	<b>16</b>	<b>21</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>17</b>	<b>209</b>

Siglas: al (aldeia); ci (CASAI-GMI); hbp (Hospital Bom Pastor); hr (Hospital Regional); csi (Clínica Santa Isabel); pvh (Porto Velho); h? (hospital com nome não informado); ? (Unidade de origem ou destino não informados).

Tabela 18: Seqüências de Unidades de Saúde buscadas para fora da aldeia Linha Dez (2000/01/02):

	0<1	1<5	5<10	10<15	15<20	20<25	25<30	30<35	35<40	40<45	45<50	50<55	55<60	60<65	65<	<b>total</b>
al-ci-al	1	13	4		1	3	5	1						3	2	<b>33</b>
al-ci-hbp-ci-al	3	3	1			1										<b>8</b>
?-hbp-ci-al	3															<b>3</b>
?-hr-ci-al		1			1											<b>2</b>
al-ci-hr-ci-al	1															<b>1</b>
al-ci-hbp-?		1														<b>1</b>
?-hbp-ci-hbp-ci-al									1							<b>1</b>
al-ci-hbp-ci-hbp-ci-pvh?-?														1		<b>1</b>
al-csi-ci-al								1								<b>1</b>
<b>total</b>	<b>8</b>	<b>18</b>	<b>5</b>		<b>2</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>1</b>					<b>4</b>	<b>2</b>	<b>51</b>

Siglas: al (aldeia); ci (CASAI-GMI); hbp (Hospital Bom Pastor); hr (Hospital Regional); csi (Clínica Santa Isabel); pvh (Porto Velho); h? (hospital com nome não informado); ? (Unidade de origem ou destino não informados).

A seqüência mais seguida é domicílio → Posto de Saúde da aldeia → domicílio. Porém, quando a busca se estende para fora da aldeia, a maior freqüência é, como visto acima, aldeia (Posto de Saúde) → CASAI-GMI → aldeia. Quando há necessidade ou conveniência de encaminhar um paciente para alguma Unidade de Saúde que disponha de infra-estrutura para tratamentos ou exames, teoricamente, de maior complexidade, a seqüência mais comum é aldeia (Posto de Saúde) → CASAI-GMI → Hospital Bom Pastor → CASAI-GMI → aldeia. De acordo com a freqüência, em seguida, a seqüência pode ser basicamente de mesma ordem, apenas alterando a Unidade de Saúde de maior complexidade para Hospital Regional ou Clínica Santa Isabel. No esquema da figura 5, a seqüência mais freqüente está marcada em vermelho. A segunda maior freqüência, para além da CASAI-GMI, está em azul, indicando o Hospital Regional.

Afirmar que a seqüência mais freqüente passa pelo Posto de Saúde e pela CASAI-GMI não é, em princípio, nenhum grande achado. Esse fato, supostamente, é de conhecimento dos profissionais de saúde envolvidos no trabalho mais direto com os Wari' e outras etnias da região. Porém, a importância maior desses dados e sua análise é a demonstração do que não deveria ser a seqüência de busca por tratamento mais freqüente dos Wari'. De acordo com a leitura e análise dos dados de registros de atendimento, aliadas às observações e entrevistas, a grande maioria dos casos encaminhados para a CASAI-GMI, e para além dela (Hospitais), está relacionada com distúrbios ou patologias que, em princípio, deveriam estar sendo prevenidos, tratados e solucionados no nível primário de atendimento, ou seja, nas aldeias, em seu sentido mais amplo, e no Posto de Saúde da aldeia. Os problemas administrativos/gerenciais no DSEI Porto Velho e, particularmente, no Pólo Base Guajará-Mirim têm diminuído em muito a presença de profissionais nas aldeias, as quais ficam ao cargo quase exclusivo dos AIS. Muitos casos de diarreia, para me limitar ao objeto mais imediato da pesquisa, ocorrem, quando poderiam estar sendo prevenidos através de medidas apropriadas. Uma parte desses casos é encaminhada para fora da aldeia e uma determinada proporção para Hospitais de maior complexidade. Há casos crônicos em que os pacientes vivem uma rotina de ida e de volta para os serviços de saúde e não se percebe uma solução para esses casos. Uma das conseqüências mais prováveis, principalmente para as crianças mais jovens, é a desnutrição e o baixo peso gerados através de um ciclo comum entre diarreia → desnutrição/baixo peso → diarreia.

## CAPÍTULO VI

### RECURSOS E ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS (‘SETOR INFORMAL’)

A bibliografia sobre os Wari’ que trata mais do tema de saúde e doença numa perspectiva antropológica (Conklin, 1989, 1994; Novaes, 1996, 1998) apresenta aspectos do setor informal, porém, não há um tratamento dessas informações como constituindo um ‘setor de saúde’ específico de um Sistema de Cuidados em Saúde na perspectiva que ora apresento. Conklin (1989:287-297) refere-se aos “tratamentos etnomédicos para distúrbios relacionados ao sangue” conforme a interpretação que a autora faz sobre distúrbios físicos desencadeados por problemas de circulação do sangue. Enquanto Novaes (1996:192-213) destina um capítulo para tratar das “representações tradicionais de cura”, onde apresenta as “terapias nativas”, porém, inclui “aspectos da cura xamanística” entre as descrições das diversas terapias, já que várias formas de tratamento podem estar associadas ao rito de cura xamânico. Entretanto, as práticas de cura xamânicas entre os Wari’ da TI Igarapé Lage são, atualmente, remanescentes. Não há xamãs em atuação. Dessa forma, tratando do contexto etnográfico atual, não associo às práticas de cura xamânicas (que classifico no setor *folk*) os tratamentos utilizados no âmbito do setor informal.

Tratamentos caseiros ou não ligados aos setores de saúde mais organizados (*folk* e profissional) representam uma opção significativa. Geralmente, o setor informal é a primeira e, muitas vezes, a única opção de recurso terapêutico. Os outros setores são buscados de acordo com a gravidade de um episódio de doença, pela interpretação da etiologia ao longo do processo ou pela avaliação de eficácia de um ou de outro tratamento. O critério pragmático de eficácia terapêutica é o que determina a busca por métodos de tratamento nos vários setores de saúde, ou seja, usa-se aquilo que funciona no alívio sintomático. Para os Wari’, o setor informal atua basicamente dentro desse princípio.

Os “tratamentos etnomédicos” descritos por Conklin (1989:287-297) dividem-se em terapias mecânicas, tratamentos com água e vapores/fumaças, absorção da doença por certas espécies de árvores, terapias aromáticas e terapias por ingestão via oral. Algumas dessas terapias também me foram citadas, outras observadas, principalmente o uso de remédios, via oral, à base de plantas.

Como terapia mecânica, Conklin (1989:287-9) se refere à massagem como um tratamento comum para doenças que envolvem constrição cardíaca e processo *ka xao wa* (ligado a problemas de circulação). O objetivo seria mover o sangue da cavidade torácica de volta às extremidades do corpo. A fricção visa também desfazer os supostos coágulos e tornar o sangue ao estado mais líquido. Como já discuti no capítulo IV a respeito da etiologia, não houve depoimento relacionado com essa noção de doenças causadas por distúrbios circulatórios do sangue. Da mesma forma, também não obtive relatos sobre terapias por massagem corporal.

Quanto aos tratamentos com água e vapores ou fumaças, descritos por Conklin (1989:288-291) e também por Novaes (1996:193-6), obtive vários relatos a respeito, porém, não foram observados na prática. Segundo Conklin (1989), vapores ou fumaças são importantes agentes de cura para todas as doenças em que se acredita que haja desordem sangüínea e congestão respiratória. Conforme a mesma autora (Conklin, 1994:173), o vapor e compressas quentes são aplicados no peito, onde acreditam que o sangue se concentra, o que estimularia a transpiração e, assim, interrompe a coagulação do sangue, facilita a respiração e expulsa os agentes patológicos através dos poros. Na preparação de compressas, há elementos vegetais (folhas, batatas, cará, palmito, castanha verde) e de pássaros, especialmente algumas espécies, considerados de grande eficácia. Outra forma de aplicação de vapores seria através de sua passagem através do corpo, ao colocar-se o doente sobre uma panela com água quente ou jogando-se água sobre a brasa do fogo no chão.

A citação de que certas espécies de árvores podem absorver febre de um doente que a trepe e pressione-se contra a árvore por um longo tempo, conforme Conklin (1989:292), não me foi relatada, muito menos observada. A própria autora informa que observou apenas um caso, em que uma criança teria sido segurada contra o tronco de uma árvore por menos de um minuto. Outra forma que ela relata é um remédio tradicional para dor de cabeça em que envolvia a projeção da doença para dentro de uma árvore, de tronco fino, com uma força sobre a qual o doente colocava a cabeça e, então, impulsionava como que sendo projetado, transferindo a dor para a árvore. Conklin observa ser uma prática já desconhecida dos jovens wari' e não praticada há muito. Alguns relatos são particulares de certos informantes e não podemos tomá-los como representando uma modalidade terapêutica 'cultural' do grupo como um todo, podendo, certamente, ser esse o caso.

As terapias aromáticas são citadas como modalidades importantes tanto por Conklin (1989:292-3; 1994:174) como por Novaes (1996:197-202). De acordo com a primeira, dentro da noção wari' de tratamento, a aspiração de substâncias aromáticas afeta o coração e a circulação, mas os poros da pele são um caminho igualmente importante nessa terapia. Ervas ou certas espécies de insetos podem ser esfregadas nas mãos e, em seguida, cheiradas ou friccionadas sobre a pele, além do mel, considerado uma das mais potentes substâncias curativas. Conforme a segunda autora, os aromas, perfumes e cheiros nauseabundos possuem papel extenso na farmacopéia wari' e, quando o xamã reconhece a causa de uma doença como sendo um *kaxikon yam*, seria recomendado o uso de espécies olfativas na fumigação, no caso, com vapor ou fumaça. Esses recursos terapêuticos foram relativamente bastante citados em minha pesquisa, mas sempre relacionados ao alívio de sintomas físicos, principalmente dores e febre.

Por fim, informações sobre o uso de terapias pela ingestão oral de remédios são descritas por Conklin (1989:293-7), enfatizando o conhecimento extensivo, por parte dos Wari', de plantas medicinais. Porém, afirma que eles fazem pouco uso prático desse conhecimento e raramente empregam remédios tradicionais ingeridos oralmente. Emenda, afirmando que os Wari', atualmente, dependem muito de remédios ocidentais, os quais consideram fortes e efetivos. Conklin (1994) torna a discutir, com mais detalhes, a relação dos Wari' com a medicina ocidental e os conflitos com a própria noção wari' de medicina. Para a autora, a aceitação da medicina ocidental pelos Wari' é, basicamente, o reconhecimento do poder das drogas industrializadas no tratamento das doenças *ka xirak nukun wijam* ('o mal desconhecido do inimigo), embora as terapias tradicionais de uso externo continuem em voga. Os remédios tradicionais de uso oral, no entanto, teriam sido substituídos quase totalmente por medicamentos industrializados. Em minha pesquisa, no entanto, obtive citações e observei o uso de remédios tradicionais orais que me levam a uma opinião divergente, principalmente em se tratando de doenças diarréicas. Na aldeia Linha Dez, principalmente, em quase todos os casos de diarreia ocorridos durante minha estada e nos casos anteriores relatados, o uso de algum remédio tradicional oral fez parte do processo de tratamento. Por outro lado, o uso de substâncias aromáticas não me apareceu com tanta importância.

Com alguns detalhes de conteúdo e interpretação dessemelhantes, Novaes (1996; 1998) ecoa as informações de Conklin (1989; 1994). Enquanto esta atribui esses tratamentos somente às desordens relacionadas ao sangue, aquela atribui o uso de algumas modalidades também como “*imoladores dos caxicon jam morbígenos*” (cf. Novaes, 1996:196), podendo, inclusive, estarem associadas ou serem complementares às ações xamanísticas. Isso ocorrendo, pode-se considerar como um ponto de interseção entre o ‘setor informal’ e o ‘setor *folk*’ de saúde.

#### *Buscas por tratamentos em Lage Novo e Linha Dez*

Em termos de modalidades terapêuticas, os tratamentos do setor informal wari’ identificados durante a pesquisa não fogem muito do descrito pelas pesquisadoras citadas acima. Entretanto, meu trabalho, aqui, é detalhar quais tratamentos específicos foram relatados, quais foram efetivamente utilizados durante a pesquisa e, indo ao encontro do tema deste trabalho, concentrar a atenção em tratamentos do ‘setor informal’ utilizados para *honko*’ (‘doenças diarréicas’).

Podemos classificar os tipos de tratamento do setor informal de saúde wari’ de Lage Novo e Linha Dez em categorias semelhantes às apresentadas em Conklin (1989) e Novaes (1996), ou seja, banhos, vapores e fumaças, méis, remédios orais, absorção de agentes patogênicos com o uso de vegetais. Porém, não me deterei nessas categorias, já que não percebi uma diferenciação explícita nesse sentido por parte dos Wari’. Darei prioridade a descrições voltadas aos casos de doenças relatados ou observados, onde um tipo de tratamento esteja inserido num contexto particular em que há uma rede de fatores envolvidos, além de citar tipos de tratamentos ou remédios à parte de casos específicos.

Em entrevista com Xowa, obtive uma opinião a respeito do uso de medicamentos *wiyam* como prejudiciais à saúde. Esses medicamentos, quando tomados repetidamente, deixam o corpo wari’ fraco e suscetível às doenças, difícil de ser curado. Como segue resposta à questão sobre os motivos pelos quais pegam doenças que vieram pelo branco:

É porque nunca tiveram doença. Por isso que a doença pega mais rápido porque o corpo de uma pessoa, vamos dizer, de uma pessoa sadio, que não toma remédio, que não toma soro, sangue puro, não é chegado pela, como é, essas coisa de medicação. Agora, através do branco não, ele chega aqui, toma um remédio, aí vai tomando outro remédio, aí doença vai ficando tudo no corpo. Essa doença não acaba, por isso que a doença do branco, quando a gente pega uma doença, por exemplo,

que não dá de salvar a gente, e você tomar aquele remédio que o doutor passa, nunca fica bom. Você toma, toma, você enjoa daquele remédio, mesmo assim, o remédio não cura. Não tem jeito.<sup>27</sup>

Entretanto, observando o dia a dia do atendimento no Posto de Saúde pelos AIS, é fácil perceber que esse tipo de interpretação não impede que os Wari' usem os medicamentos ministrados. Da mesma forma, não é comum negar-se a ser encaminhado para atendimento secundário em Guajará-Mirim, onde, sem exceção, tomam medicamentos ministrados por médicos e pessoal de enfermagem. De qualquer forma, persiste um discurso, pode-se dizer, saudosista, de que antigamente, ou seja, quando viviam no mato, praticamente não havia doenças e, portanto, não precisavam dos remédios de branco. No entanto, há uma constante reivindicação por melhor atendimento de saúde e mais medicamentos no Posto de Saúde.

É necessário tomar em conta que não há, de maneira alguma, uma homogeneidade no pensamento dos Wari' e, além disso, há aqueles que procuram adaptar o discurso para cada situação de acordo com a conveniência. Vale, aqui, uma citação acerca da percepção e linguagem que me parece oportuna:

A exatidão que tanto buscamos nos levou a acreditar que as palavras podem ocupar o lugar dos fenômenos. Essa é uma forma de nos defendermos daquilo que mais nos atemoriza: o novo. Bateson frisa que entre uma percepção e a comunicação que dela fazemos existe uma transformação importante. Entre o que se conta e a realidade contada há uma codificação, que só é possível depois do estabelecimento de uma teia de metalinguagem, da qual surgem as palavras a serem aplicadas às coisas e aos eventos. É por isso que, em certos casos, as palavras tendem a nos passar um sentimento ilusório de compreensão completa dos fatos (Mariotti, 2000:227).

O primeiro trecho da citação de Mariotti pode representar, talvez, a intenção (consciente ou não) do discurso proferido, e acima citado, sobre os medicamentos de *wiyam* e sua suposta ineficácia. Para quem nasceu antes do contato permanente com a sociedade *wiyam*, sua 'realidade simbólica' continua parcialmente ligada às realidades física, social e cosmológica de antigamente, o que não significa que não saiba adaptar-se e, às vezes, muito bem, ao mundo presente.

Sem a pretensão de, através das palavras, faladas ou escritas, representar os fenômenos ou fatos tal como são nem de ter a sua compreensão exata, tento me aproximar o melhor possível destes, sabendo o quanto minha visão da realidade wari' foi e está embaçada. Entre os fenômenos mesmos, a interpretação desses fenômenos pelos Wari', a

---

<sup>27</sup> Entrevista com Xowa Oro Mon, em 25/02/2003, Lage Novo.



comunicação do fenômeno interpretado para o pesquisador, a limitação de linguagem e outras entre Wari' e pesquisador, a interpretação do discurso wari' por parte do pesquisador e sua transformação em texto (linguagem escrita), a distância entre a realidade e a realidade contada é grande.

Assim, trago uma parcela do conhecimento e uso de remédios tradicionais wari' considerando-os como complementares e/ou paralelos ao uso de outros recursos terapêuticos, principalmente do 'setor profissional', via Posto de Saúde e Casa de Saúde do Índio, lembrando que a divisão do sistema local de saúde em 'setores', no sentido atribuído por Kleinman (1980), é puramente analítica, já que a complexidade do sistema surge da interconexão de suas partes.

O remédio mais conhecido e mais citado para *honko'* é uma planta chamada *ka karama*, a qual pode ser usada de várias formas. É uma espécie de cipó (*makon*) que, quando cortado o seu caule, libera um líquido que armazena, o qual é bebido pelo paciente. Além disso, também pode ser amarrado o *ka karama* na cintura do doente a fim de atuar na cura, conforme o depoimento que segue, cuja pergunta inicial era acerca de um tratamento com barro (*toxam*) citado por Conklin (1989:291):

- Tem algum remédio de Wari' pra *honko'* feito de barro, *toxam*, que usa pra *honko'*?
- Não. Tem, pra *honko'*, a gente tem remédio aí no mato, cipó, é tudo cipó, né. Remédio próprio pra dor de barriga, caganeira, na hora aí cura.
- Qual que é?
- É nome desse é *ka karama*.
- *Ka karama*.
- É.
- O que tem no *ka karama* que faz parar *honko'*?
- É assim, quando pessoa tá caganeira, nós corta(*mos*), ele tem água né. Bota uma panela assim, enche desse tanto de água assim (*indicando com a mão*)...
- Sai do cipó...
- É, sai do cipó. Aí, você bebe tudinho. Ainda raspa a casca, raspa tudinho, aí, põe um pouquinho de água, né, aí passa por cima...
- Da barriga...
- É, da barriga é. Aí, passa. Passa aqui na costa, tudo. Aí, passa, mas tem um cinturão desse tamanho (*mostrando com os braços abertos*) de cipó, aí bota aquele debaixo da cama, aí amarra, você andando...
- Amarra a barriga?
- É, amarra. Só coloca remédio, aí por cima.
- Aí deixa quanto tempo?
- 'Uma hora'. Porque o veneno chega chupa, some aonde tem buraco no corpo, né.
- Quer dizer que o *makon* (*cipó*) amarrado vai puxar daí...
- É, lá dentro. Parou dor de barriga. É rápido. É remédio bom mesmo.

Além de beber o líquido oriundo do caule do *ka karama*, um recurso wari' potencialmente interessante como reidratante, pode-se usar amarrado na cintura, na altura da barriga. Essa segunda técnica está associada à concepção tradicional wari' de que o corpo é cheio de 'buracos' ou poros através dos quais há a passagem tanto dos remédios para o interior do corpo como a saída dos agentes patogênicos, conforme fica explícito no trecho "*porque o veneno chega chupa, some aonde tem buraco no corpo*". Muitos citaram *ka karama* como sendo remédio do mato para *honko'*. *Toji*, um homem de '59 anos', por exemplo, também falou sobre o uso desse cipó amarrado na barriga para tratar de *honko'*. Outro homem, *Awo' Camip*, de '51 anos', além de informar sobre o uso de *ka karama* amarrado na barriga, também disse que é usado para cheirar.

O uso de *ka karama* também pode ser restrito a banho na região abdominal. Um homem (22 anos), falando sobre o caso de sua filha (01 ano), citou essa forma de tratamento. Em janeiro de 2002, quando ela estava com três meses de idade, começou a ter *honko'* e teve vários episódios ao longo do ano de 2002. Em novembro daquele ano, foi levada para a CASAI-GMI, de onde foi encaminhada para o Hospital Bom Pastor. Lá, fez exames e continuava na CASAI-GMI até a data da entrevista (fevereiro de 2003). Em dezembro de 2002, descobriram que ela estava com tuberculose<sup>28</sup> e, por isso, está em tratamento na CASAI-GMI. Segundo o pai, foi fervido *ka karama* e passada a água na barriga. A criança apresentou baixo peso conforme pesagem em novembro de 2002.

O uso de *ka karama* também pode estar associado a casos de constipação intestinal, o que é curioso, já que, assim, atuaria no sentido contrário, ou seja, na liberação das fezes. Um caso desse tipo foi contado em Linha Dez por um homem (55 anos), sobre um de seus filhos (10 anos) que, quando pequeno, teve doença que ficou com barriga grande e não conseguia cagar. Então, pegou remédio do mato (*ka karama*), "*cipó grosso*", raspou, cozinhou e ele bebeu. Então, ele "*cagou tudo, ficou magrinho, tomou mais remédio, até ficar bom*". Segundo ele, esse menino tem problema de constipação ("*trancamento*") intestinal recorrente.

Em Linha Dez, além de *ka karama*, outro remédio do mato foi bastante citado e seu uso observado. O próprio AIS indica e prepara esse remédio conhecido por *kawe ke kem* (ver fotografia 7). Em Lage Novo, também me foi citada essa espécie vegetal, mas foi em

---

<sup>28</sup> Quase todos os membros dessa 'família extensa' já tiveram tuberculose.

Linha Dez onde se mostrou mais presente nos tratamentos do setor informal ou através do AIS, numa interseção com o setor profissional. Por exemplo, num caso de diarreia com sangue (*honko' pain wik*) em uma moça de 16 anos, relatou-se o uso de remédio de *mete'* ('vermes' ou 'parasitas intestinais'), num primeiro momento, e, depois, *ka karama* seguido de *kawe ke kem*, ambos preparados com água quente com um pouco de açúcar e, então, bebe-se. Num caso de diarreia com sangue (*honko' ma' na wik*) e muco (*honko' ak mowi na*) em sua irmã de 11 anos, houve o mesmo procedimento. Para outra irmã menor (06 anos), apenas não foi citado o uso de *ka karama*, mas repetiu-se o esquema com remédio da mata baseado em *kawe ke kem* e remédio de *mete'* do Posto de Saúde. No dia da entrevista (26/03/2003), um dos meninos da mesma família estava com *honko' ak kom na* ('diarreia como água') desde vários dias. O tratamento que estavam seguindo era remédio do Posto de Saúde no dia anterior, *kawe ke kem* no dia anterior e no dia da entrevista, e disseram que ainda não havia tomado *ka karama*, mas, sem dúvida, seria uma alternativa provável. O pai disse que coletou *kawe ke kem* na roça perto de casa. A mãe disse que nunca havia preparado soro caseiro e não sabia para que serve.

Ariram, uma mulher de '58 anos', disse que, antigamente, como não havia dor de barriga ou *honko'*, não conhece remédio, mas, hoje, usam folha de goiaba, caju, biribá e outras para fazer chá. O uso de folha ou casca dessas espécies frutíferas é o tratamento mais comum citado e, certamente, utilizado pelos Wari'. Essa prática foi, sem dúvida, difundida através dos *wiyam* com quem eles convivem desde os primeiros anos de contato. Algumas dessas espécies foram introduzidas na região após o contato e, sendo desconhecidas até então, são chamadas por eles de *kayi memem* ('frutas estranhas'). Sabe-se que o uso de infusões de certas espécies, principalmente Mirtáceas, como tratamento para diarreia, é bastante comum em todo o Brasil, aparecendo, inclusive, em muitas publicações sobre plantas medicinais. O objetivo, geralmente, é aliviar ou interromper as evacuações freqüentes e aquosas dos episódios. As propriedades adstringentes dessas espécies tendem a contrair os tecidos do tubo digestivo, diminuindo o peristaltismo e dificultando as evacuações. Entretanto, as recomendações médicas atuais são de que não se deve procurar impedir as evacuações, já que esse processo auxilia na eliminação dos patógenos, levando a uma conseqüente diminuição dos riscos e infecções invasivas durante o quadro diarreico. O procedimento mais adequado é apenas a ingestão de líquidos reidratantes (SRO/SSS) para

evitar um quadro de desidratação. As exceções são algumas diarreias com patogenias específicas, como giardíase (*Giardia lamblia*), amebíase (*Entamoeba histolytica*), shigellose (*Shigella sp*) e cólera (*Vibrio cholerae*), em que devem ser ministrados antimicrobióticos (WHO, 1984). Sedativos intestinais reduzem a motilidade, mas não afetam os processos patológicos e a redução da frequência dos movimentos intestinais causa estagnação dos fluidos no lúmen intestinal, levando à proliferação de organismos e a contenção desses organismos e suas toxinas em contato com a mucosa, enquanto que a remoção dos fluidos ao longo do intestino livra-o dos organismos patogênicos e de suas toxinas (Wright, 2000:21)<sup>29</sup>. Estamos, portanto, diante de um paradoxo terapêutico entre o uso de remédios à base de vegetais constritores do intestino e a recomendação da biomedicina para, via de regra, apenas evitar os riscos de desidratação por meio da ingestão de líquidos eletrolíticos.

O uso de chás de *kayi memem* costuma ser uma das primeiras tentativas de controlar o problema diarréico, mas, quando persiste o quadro sintomático, geralmente, recorre-se a outros recursos, principalmente aos remédios do Posto de Saúde. Um AIS informou que seu filho de cinco anos de idade esteve com *honko' pain wik* e *honko' ak mowi na* em dezembro de 2002. No início, ministrou chá de goiaba e caju, mas, depois, deu-lhe metronidazol. Uma mãe de 26 anos de idade informou que sua filha de menos de 02 anos teve *honko' ak kom na* e apenas tomou chá de folha de goiaba. Outra mãe de 32 anos disse que seu filho mais novo, de 02 anos, teve *honko' ak kom na* há cinco meses (quando da entrevista), durante cerca de dois dias, e ela lhe deu chá de goiaba feito por ela mesma, mas também o levou ao Posto de Saúde, onde recebeu 'remédio de farmácia' que ela chamou também de 'remédio de diarreia'.

Uma outra criança, de 01 ano de idade, teve *honko'* em janeiro de 2003. Sua mãe informou que ela foi levada para a CASAI-GMI, em seguida foi internada no Hospital

---

<sup>29</sup> Wright (2000:21) afirma que os antimicrobióticos têm um papel limitado no tratamento de infecções intestinais; giardíase e amebíase requerem tratamentos específicos com metronidazol e tinidazol; antibióticos devem ser também dados para pacientes que tenham febre, dor abdominal, toxicidade, tenesmus e fezes freqüentes contendo muco e sangue, sinais e sintomas de infecção por organismos enteroinvasivos; nos trópicos, as crianças com diarreia com sangue devem receber tratamento antibiótico empírico de acordo com o padrão da OMS; eritromicina é a droga de escolha para infecção por *Campylobacter*, porém, a escolha do agente para shigellose e salmonelose pode ser difícil porque é comum haver resistência aos antibióticos; o tratamento com tetraciclina reduz a duração da diarreia e excreção de vibrios na cólera; antibióticos à base de quinolona são, geralmente, efetivos contra bactérias enteroinvasivas.

Regional, voltou para a CASAI-GMI, onde ficou por duas semanas. Esse processo de doença durou cerca de três semanas. Quando voltou para a aldeia, a mãe lhe deu chá de goiaba, o que demonstra que a diarreia persistia mesmo após receber alta médica no Serviço Oficial de Saúde ('setor profissional'). A mesma criança teve *honko* outra vez, durante o período de pesquisa, no final de fevereiro de 2003, com sinais de ronco intestinal, fezes verdes, de consistência mole e com 'catarro' (muco). Acompanhando o caso, além de ir ao Posto de Saúde, a mãe informou que deu chá de goiaba para ela. A ida ao Posto de Saúde, no entanto, foi mais por causa de um quadro gripal paralelo. A outra menina, sua filha, de 03 anos de idade, também teve *honko* (*ak kom na*), 'só água', que iniciou em 26 de janeiro de 2003. No primeiro dia, a mãe disse que não havia lhe dado nenhum remédio. O AIS, quando questionado sobre ela, procurou ingredientes para preparar SRO no Posto, mas não havia nada e ficou assim mesmo. Dois dias depois, entretanto, a mãe disse que havia dado chá de goiaba para ela e que a diarreia havia melhorado, mas continuava com 'dor de estômago'. No Posto de Saúde, entretanto, recebeu remédio para 'tosse'. No dia 01 de março, todavia, outro AIS registrava o mesmo caso de *honko* e 'dor de barriga' (*kati na pa' munu*) que ainda persistia, ministrando-lhe 'albendazol' (dose única) e 'hidróxido de alumínio'. No dia 02, um terceiro AIS atendeu a mesma mãe com seus três filhos e a menina continuava com 'dor abdominal', para o que recebeu outro medicamento. A mãe me informou que fez chá de folha de laranjeira para a 'dor de estômago' dela e que *honko* havia passado. Esta descrição caracteriza uma interação entre os setores do sistema de cuidados em saúde e mostra como o 'setor informal' faz parte do itinerário, não havendo, necessariamente, uma ordem preferencial e, nem mesmo, uma hierarquia evidente em termos de eficácia atribuída a cada setor. O uso de remédios do setor informal pode acontecer antes, durante ou depois do setor profissional e, pelo menos nesse caso, é baseado predominantemente pelo uso de infusões de espécies frutíferas domésticas (*kayi memem*) com propriedades adstringentes. Note-se que não houve o uso de TRO nesses casos.

Além da goiabeira, o abacateiro também é uma espécie bastante presente na aldeia Lage Novo e também é utilizada como remédio para *honko*. Conforme relato de uma mulher (26 anos), sobre um episódio de *honko* sofrido por um de seus irmãos (21 anos), além de usar chá de folha de goiabeira, também foi usado chá de semente (*tokwin nain*) de abacate. Segundo ela, corta-se a semente, põe na água, ferve, adiciona-se um pouco de

açúcar e bebem-se dois ou três copos por dia. Sobre um episódio em outro irmão (07 anos), relatou ter tomado apenas chá de folha de goiabeira. Da mesma forma que a goiabeira e outras mirtáceas, a semente de abacate também possui propriedades adstringentes e, como tal, age contraindo os tecidos do intestino, diminuindo o peristaltismo e, conseqüentemente, dificultando a evacuação.

A associação entre remédios do mato pode ocorrer com mais espécies, todas com propriedades semelhantes, embora os Wari' não costumem misturar espécies diferentes numa mesma infusão. Um caso ilustrativo foi relatado por uma mulher de 27 anos, mãe de quatro filhos. Todas as pessoas da família tiveram casos de *honko'* relatados. Seu marido (28 anos), que teve *honko' pain wik* ('diarréia com sangue'), tomou chá de folha de goiaba. Ela mesma, também com *honko' pain wik* em fevereiro de 2003, tomou chá de goiaba por três dias e, depois, tomou remédio do Posto de Saúde uma vez. O filho mais velho (08 anos) teve *honko' ak kom na* ('diarréia como água') por três dias e tomou chá de folha de cajueiro. Para outro filho (06 anos), foi lhe dado chá de abacate e, depois, chá de folha de biribá por três dias para um episódio de *honko' pain wik* e *honko' ak mowi na* ('diarréia com sangue e muco'), além de, paralelamente, tomar remédio do Posto de Saúde. O terceiro menino (03 anos) teve *honko' pain wik* em 2002 e foi lhe dado chá de folha de cajueiro, chá de goiaba e, depois, foi levado ao Posto de Saúde. O mais novo (01 ano) teve *honko' ak kom na* e com 'fezes verdes', cerca de duas semanas antes da entrevista (fevereiro de 2003), que durou quatro dias e sua mãe disse que lhe deu chá de folha de cajueiro, chá de folha de goiabeira e não levou ao Posto de Saúde. Embora já tenham introduzido outros alimentos para esse bebê, ele ainda estava sendo amamentado, o que lhe confere alguma proteção.

Vários tipos de méis (*tawi*), diferenciados pela espécie de abelha (*tawi*) produtora, são reconhecidos por suas propriedades terapêuticas. Porém, nem todos são indicados para *honko'* e alguns não são reconhecidos como remédio, mas só para tomar. Dependendo do informante, sempre os mais idosos, a indicação pode variar. Segundo *Toji*, o mel chamado de *xintot* não é bom para *honko'*. Outro que ele não considera bom para *honko'* é o *parawan* (ou *tarawan?*). Por outro lado, apontou como bons para tratar *honko'* os seguintes: jandaíra, *we ore* e *kotem*. Este último deve ser tomado com água ou pode-se apenas comer. *Awo' Camip* falou sobre dois tipos de *tawi* bons para *honko'*: *kotem*, para tomar, cheirar e tomar banho do 'breu' (fumaça ou cheiro) – assim, põe-se o mel no fogo e põe a barriga do

*piye* (menino pequeno) para tomar banho do ‘breu’; o outro *tawi* indicado por *Awo Camip* foi *koparak*.

Em Linha Dez, um homem (55 anos) contou que uma de suas filhas (15 anos), quando era pequena, pegou *honko*’ e quase morreu. Tomou remédio de *wiyam*, mas não funcionou. Depois, tomou bastante de um tipo de mel chamado *ara nopi* e, após seis dias, ficou boa. Contou que, para pegar esse mel, derruba a árvore, põe fogo, retira os favos, peneira e põe num vidro. Toma de colher. Um detalhe interessante é que, após dar o mel para a menina, cortou-lhe os cabelos também para melhorar da diarreia.

O mesmo homem citado acima, de Linha Dez, mostrou possuir um bom conhecimento sobre tipos de *tawi* (mel/abelha) e usos como remédio ou para simples consumo. Segue a lista: *tapiri* para *ka ahe wa* (‘tosse’) e *honko*’; *kotem*, *koparak*, *ara ropi* e *nama ü* para *honko*’; *xintot*, *dopi*, *tato*’ e *we ore* apenas para tomar; *xak wa* e *xopik* para tosse; *xoroxoi* para picada de cobra, passa-se no local da picada. Segundo outro homem (54 anos) de Lage Novo, *nama ü* é uma abelha pequena e preta cujo mel põe-se na boca e passa-se na barriga da pessoa para aliviar a dor.

Terapias envolvendo vapores ou fumaças também foram registradas na pesquisa, mas, geralmente, dirigidas para outros tipos de problemas que não *honko*’. *Toji* disse que, para dor de cabeça, pega-se uma pedra grande, esquenta no fogo, põe água e cheira o vapor para passar a dor. *Awo Camip* também falou sobre uma pedra grande que se pega no mato, põe fogo, joga água sobre e toma-se banho com o vapor na barriga e respira o vapor, indicando também para dor de cabeça. Semelhantemente, descreveu um homem de 26 anos, dizendo que se pega uma pedra ou tijolo, mais cupim, põe fogo, até ficar como brasa, joga um pouco de água e põe a cabeça sobre, abafando com um pano. Segundo ele, é bom para ‘dor de cabeça’ (*tapa’ ta mana’ na pa wina*).

O olfato é uma via terapêutica indicada também para aspirar o cheiro exalado por certas espécies de insetos, principalmente formigas, usadas também para dor de cabeça. *Toji* informou sobre um tipo de formiga chamada *kao xio pana*. Pegam-se três formigas, esfrega-se nas mãos e cheira.

Para dor no peito, quando não se tem remédio (industrializado), vai para o mato e pega um cipó chamado *karapakan* e o amarra no peito, dorme uma hora de noite e melhora,

conforme ensina *Toji*. Esse tipo de terapia é muito semelhante a uma das formas de uso do *ka karama* para *honko*’, conforme acima.

Para ‘sapinho na boca’ (candidíase, *mai*), deve-se procurar um caranguejo e cozinhar com folha de patuá (*tenenen tarawan*), depois passa na boca. O caroço de patuá pode ser pisado, espremido e, depois, passado na cabeça para tratar ‘pereba’.

Em Linha Dez, um homem (29 anos) contou que teve reumatismo aos 15 anos de idade. Começou nas juntas dos tornozelos e, depois, nos joelhos. Após tratar no Hospital Bom Pastor e CASAI-GMI, no tempo em que morava em Tanajura, recomeçaram as dores, subindo para o pescoço e coluna, quase ficando torto. Seu tio matou uma onça e retirou a gordura. Ele tomou a banha pura e passava a banha derretida nas juntas. Então, melhorou um pouco. Doenças indefinidas como essa, com dor difusa pelo corpo que vai e volta com o tempo, são comuns nos relatos indígenas e, freqüentemente, os médicos têm dificuldade de interpretá-las. No Acre, ouvi relatos semelhantes e o diagnóstico médico que se aproxima desse tipo de queixa é uma categoria patológica tão difusa quanto as dores do paciente, a chamada DNV (Distúrbio Neuro-Vegetativo), que rotula, mas não esclarece o fenômeno.

Um homem (27 anos) de Linha Dez relatou que um de seus filhos (02 anos) adoeceu no início de 2003. Começou emagrecendo, pouco de febre, amarelou. Foi para a CASAI-GMI e fez exames de fezes, urina e sangue. Constatou-se ‘anemia’. Então, tomou chá de raiz de açaí. O açaí é sabidamente uma espécie relativamente rica em ‘ferro’. Porém, a biodisponibilidade desse ferro é limitada, do que decorre que, a despeito de sua concentração, é pouco absorvido pelo organismo. Entretanto, é comum, na Amazônia, o consumo dos frutos maduros esmagados com água. O uso da raiz em infusão não possui a mesma popularidade. A mesma criança, quando teve diarreia com sangue (*honko ma’ na wik*) em Graças a Deus (TI Pakaás Novos), além de ser tratada pelo AIS com SRO, tomou chá de *kaxikon yoyo* (picão-preto, carrapicho; *Bidens pilosus* L.).

Uma mulher de 39 anos, filha de um xamã de nome *Oro Wao’ Tata*, já falecido, disse que, quando era pequena e morava em Lage Velho, teve sarampo. Tomou remédio de Wari’ feito de milho-duro. Colocava-se o milho-duro na água, fervia-se e daí tomava. Junto com o milho-duro, colocavam açaí. Esse mesmo remédio também serve para catapora, doença que também pode ser tratada através do consumo de peixe da espécie traíra. Disse que também tomou remédio de *wiyam*, mas não soube dizer qual. Em Lage Velho, pegou



também malária. Tomou remédio de *wiyam* e de Wari', este feito da 'batata' de uma planta chamada *mowi-mowi* ('quina-quina'). Para *honko'*, quando um de seus filhos (20 anos) esteve doente, 'só água três dias' porque comeu carne de 'porquinho', disse que ele tomou SRO no Posto de Saúde junto com chá de folha de goiabeira mais 'folha de cajueiro' (*wino tenenen*). Outro filho seu, aos 14 anos (hoje com 17), teve *honko' pain wik* ('diarréia com sangue') e *pain mowi* ('com muco') porque comeu carne de paca, também tomou chá de folha de goiabeira e de cajueiro mais 'comprimido' do Posto de Saúde. Ademais, esse filho, desde pequeno, tinha muita *honko'*. Foi tratado em Guajará-mirim por um xamã de Ribeirão chamado *Panka Meren* (falecido) e, então, ficou bom. Chegou a ficar internado por muitos dias no Hospital Bom Pastor por causa de *honko'*, quando era pequeno e ainda mamava, perdendo muito peso. Percebe-se, neste último caso, que há uma recorrência aos três setores de saúde, sendo que o setor *folk*, representado pelo xamã, aparece como um recurso importante num caso de agravamento e persistência do quadro. Ressalte-se que a mãe da criança é filha de um xamã, fato que, certamente, influenciou no itinerário e até mesmo no depoimento ao pesquisador. Isso fica mais evidente quando ela relata que seu filho mais novo (12 anos) teve *honko'* também, aos quatro meses de idade, e recorreram a um outro 'pajé' *wiyam* quando a criança estava quase morrendo enquanto estava internada na CASAI-GMI. Segundo ela, foi o próprio enfermeiro que passou para o 'pajé' porque a diarréia não melhorava. Note-se que a recorrência a um xamã *wiyam* denuncia a carência de xamãs wari' há cerca de dez anos, época do ocorrido. Nesses casos, a recorrência a um xamã, provavelmente, envolveu a tentativa de resolução em outro nível de causalidade.

O uso de espécies de peixe para tratar de catapora também foi relatado por um homem de 31 anos em relação a seu próprio caso quando tinha cerca de 06 anos. Segundo ele, usa-se caldo de traíra e cará, mas não outros peixes. Foi tratado apenas na aldeia durante uma epidemia. Essas duas espécies de peixes também são prescritas, segundo ele, para *honko'*, devendo-se cozinhar, tomando-se o caldo, ou assar. Por outro lado, não se pode comer gordura de caça ou peixe nem óleo durante casos de *honko'*, principalmente de jatuarana e queixada. Para caxumba, esse mesmo homem disse que foi tratado com água morna em pano branco, o qual é colocado em volta do pescoço e fica-se, então, em repouso. Porém, disse que também tomou antibiótico ministrado por enfermeiro da FUNAI. Relatando, na seqüência, sobre os muitos casos de *honko'* pelos quais já havia passado,

disse que, da última vez que teve *honko'*, em janeiro de 2003, estava lendo um papel e resolveu fazer o que leu: sal (“*não muito cheio*”), açúcar (“*meia colher*”) e folha verde de goiabeira, “*bem amargo*”, põe no fogo, esquenta bem e bebe, aguarda um pouco, antes de comer, e toma mais. O interessante é que, em seguida, disse que já teve casos de *honko' pain wik* (‘diarréia com sangue’), foi no Posto de Saúde e o AIS quis lhe dar SRO, mas ele não aceitou “*porque não cura*”, tomou apenas “*remédio caseiro*”. Note-se como houve a recusa do SRO oferecido pelo AIS, com a justificativa de que “*não cura*”, mas, por outros meios, acabou utilizando um remédio semelhante ao soro caseiro. De outra maneira, ao relatar o último caso de *honko'* de uma filha (11 anos), disse que “*quando vê filho com diarréia, avisa a mãe que não pode comer isso ou aquilo, dá muita água para limpar dentro*”. Logo, o sentido de ingerir líquido, neste caso, é a ‘limpeza’ do interior do corpo. Para a outra filha (03 anos) que teve *honko'* na semana anterior à entrevista, o pai relatou que “*a mãe fez soro caseiro em casa mesmo*”. O uso de chá de folha de goiabeira com açúcar e sal também foi apontado por outro homem (36 anos), como remédio usado para diarréia de quatro filhos (07, 05, 03 e 01 ano de idade) acometidos nos mesmos dias, o qual disse que esse remédio “*corta na hora a diarréia*”, porém, disse que preparou com a casca do tronco da goiabeira, a qual é cozida e, depois, coloca açúcar e sal, esfria e toma.

Um caso de *honko'* relatado de uma criança de 02 anos pelo seu pai (30 anos) mostra como o setor informal atua fortemente mesmo depois de se recorrer ao profissional. Segundo o pai da criança, ela teve *honko'* porque comeu canjica de milho-duro. Após ter sido encaminhada à CASAI-GMI, retornando para a aldeia, tomou *ka karama*. Depois, tomou outros remédios wari’ vegetais, *ka nahare* e *mowi-mowi*.

Em Linha Dez, um homem (29 anos) estava com *honko' ak kom na* (‘diarréia como água’), no final de março e início de abril de 2003, durante minha estada nessa aldeia. Segundo ele, começou com dor de barriga, no baixo ventre, além de dor de cabeça e ‘quentura’. Na aldeia, esteve tratando-se com água de coco, chá de folha de goiabeira e chá de folha de abacateiro. Paralelamente, para dor, tomou AAS (Ácido Acetil Salicílico) do Posto de Saúde. No dia 02/04, disse que havia sangue nas fezes. Consultou com um médico do CIMI que esteve de passagem na aldeia e continuou com o tratamento acima juntamente com SRO entregue pelo médico (não havia SRO padrão no Posto de Saúde), além de *kawe ke kem*. À noite e na manhã do dia seguinte, tomou também *ka karama*. Antes de o médico

sair da aldeia, porém, avaliou que seria melhor encaminhá-lo para a CASAI-GMI. O médico, que iria para Lage Novo, entrou em contato com a CASAI-GMI através de rádio amador e, após o meio-dia, o carro chegava para levá-lo. Lá, tomou soro fisiológico e diagnosticou-se também ‘infecção urinária’.

Um ‘remédio do mato’ apontado por vários wari’ como bom para *honko* é outro cipó, chamado de *tawit*, uma espécie da família Araceae<sup>30</sup> e que, geralmente, é epífita (ver fotografia 8). O cipó, na verdade, são as raízes aéreas da planta que crescem em direção ao solo. O ‘cipó’ é cortado e dele é extraído um líquido (seiva), que constitui o remédio para *honko*. “*Tem água dentro do cipó, põe no copo e bebe*”. Trata-se de um remédio do setor informal com potencial valor para TRO. Uma mulher (37 anos), ao citar o uso de *tawit* para um caso de *honko*’ de seu filho (03 anos), disse que “*corta e põe no copo, é como soro mesmo*”, demonstrando, neste caso, uma associação entre o ‘remédio do mato’ e a SRO, o que não significa que a função atribuída a cada um desses líquidos seja, necessariamente, a mesma. Uma mulher jovem (17 anos) disse ter dado *tawit* para seu filho (02 anos), antes de levar ao Posto de Saúde, e sua filha (menos de 01 ano), depois do Posto de Saúde, em episódios de *honko*’ recentes (fim de 2002 e janeiro de 2003 respectivamente), o que demonstra também que a ordem de recorrência aos recursos do setor informal e profissional não segue uma regra fixa, mas costuma variar em cada caso.

Em Lage Novo, há muitos pés de frutas cítricas (laranjeira, limoeiro). Os Wari’ costumam fazer chá de folha de laranjeira para ser consumido pela manhã como ‘quebra-jejum’, mas também, eventualmente, como ‘remédio’. O suco de limão foi citado apenas por um homem (21 anos), o qual disse ter tomado limão para *ka hi wa* (‘gripe’). Não houve associação desse recurso terapêutico com *honko*’, mas com ‘dor de estômago’.

Especificamente para *we*’ (‘vômito’), foi citado um remédio do mato com o nome de *nükün-nükün*. Trata-se de uma árvore média da qual se extrai a casca do tronco, ferve-se, dá-se banho e toma-se. Foi relatado um caso de uma mulher (21 anos) de Linha Dez que, quando era pequena, teve muito vômito e foi tratada dessa forma. Nessa mesma família, houve relato de dois óbitos por diarreia, vômito e febre quando as vítimas eram crianças.

---

<sup>30</sup> A espécie não foi identificada, assim como outras citada neste trabalho, devido ao impedimento de coleta de amostras de material biológico conforme aprovação do projeto submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da ENSP/Fiocruz e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). O projeto de pesquisa não previu a coleta de material biológico devido às dificuldades para aprovação deste procedimento. Porém, provavelmente, neste caso, trata-se do gênero *Philodendron*.

O uso de bebidas gasosas, principalmente de ‘cola’, me foi citado por alguns, mas apenas reportando-se a situações em que estavam na cidade ou fazendo algum curso onde, devido ao estranhamento da comida, tiveram episódios de diarreia e, tendo então acesso a refrigerantes gasosos e mediante informação de *wiyam* de que isso era bom, tomaram como ‘remédio’. Porém, trata-se de exceção, já que não há o acesso a essas bebidas nas aldeias.

Além de remédios propriamente ditos, há certos tipos de comida, principalmente algumas espécies de aves, que são prescritos, considerados bons, mas cujo caldo ou carne podem ser usados também em forma de ‘banho’ ou fricção. Com algumas informações a esse respeito já obtidas, levantei essa questão numa entrevista, conforme segue:

- Se a pessoa tiver *honko*, tem algum *karawa* (no sentido de mamífero) ou *hwam* (peixe), melhor, que a pessoa deve comer para ficar bom? Que ajude ela ficar boa?
- Não.
- Ou passarinho, *me*, que é usado, assim, pra ajudar pessoa ficar forte?
- Tem.
- Tem?
- Esse aí tem. É, quando pessoa tá doente, né, aí falava no mutum, aí, cozinha, né...
- mutum como chama na língua?
- *Me komowa*. Aí, nós mata(mos), cozinha inteirinho, né, aí, pega esse caldo, pessoal quando tava doente. Até, esse que eu falo, sarampo, cura também. Esquenta corpo tudo...
- Passa no corpo...
- Passa no corpo...
- O caldo...
- Carne dele...
- Carne...
- É. Aí, passa aqui, tudinho, aí, joga água, assim, na cabeça...
- Dá banho. Caldo...
- Só caldo. Mas não outra água, só caldo. Fica bom. Tucano também ajuda.
- Tucano.
- Tucano. Ajuda curar. É, (...?) também. Arara também. Serve pra dor. Pode ser dor que mata, cura também. Tem aí, pau verde, faz também, toma.
- Pra *honko*, tem, usa também passarinho?
- Não. Só aquele remédio.
- *Ka karama*.
- é.

Por outro lado, há certos animais que são proscritos como alimento quando se está doente, como se percebe na continuidade do diálogo acima:

- Tem passarinho, *karawa* ou *hwam* que a pessoa tá doente ela não pode comer?
- Tem. Único peixe que é proibido pra comer é só peixe liso.
- Liso...
- É. Mandim, jatuarana, (...?). Único peixe que a gente come quando a gente tá doente é traíra e cará, só.
- Traíra e cará é bom...
- É. Pode comer...

Segue citando *karawa* (mamíferos) que não devem ser comidos por quem está doente. Estas proscricções estão relacionadas com a concepção de causação de doença por *yamikarawa*, ou seja, o *kaxikon yam* desses animais tendem a vitimar os Wari' de acordo com o princípio de predação e contra-predação. Para o caso específico das diarréias, vê-se que não há referência a alimentos prescritos nessa entrevista. Porém, outros informaram sobre a recomendação de comer certas espécies de pássaros para ajudar a ficar bom da diarréia, principalmente para crianças pequenas, por serem alimentos funcionais coadjuvantes de outras terapias. Um homem de 31 anos, ao relatar sobre um caso de coqueluche de seu filho (hoje com 13 anos), o qual pegou 'coqueluche' (*ahe hek*) aos três meses de idade, informou que, após a criança ser internada no Hospital Bom Pastor, foi internada na CASAI-GMI. Lá mesmo, fizeram chá caseiro que o avô materno da criança levou para ela (não lembra o nome do mato, junto com alho). Ao voltar para a aldeia, o avô caçava pássaros do mato como nambu, arara, cozinhava-os, dava na boca da criança e banhava o corpo com o caldo sem sal, "*vai ficando bom, mas demora*". Relatou também o uso de pássaros como alimento prescrito em casos de *honko* ', dizendo que nambu é "*que os velhos gostam de caçar*".

É comum o uso de medicamentos industrializados, comprados e tomados sem consulta a nenhum profissional de saúde, orientados apenas pelo conhecimento prévio de algum medicamento através de alguém que já o tenha usado, ou por indução de um vendedor. Esses casos podem ser considerados como uma interseção entre o setor informal e o profissional, pois o remédio (industrializado) é buscado num estabelecimento oficializado, mas o processo de busca e uso desse medicamento é, basicamente, o mesmo de qualquer remédio no setor informal. Não há passagem direta por nenhum especialista profissional. A particularidade é apenas a origem do remédio. Por exemplo, uma menina menor de um ano teve 'diarréia aquosa' (*honko' ak kom na*) em fevereiro de 2003. O pai da criança foi para Guajará-Mirim e comprou um medicamento ('pepto zil' – subsalicilato de bismuto) na drogaria e, segundo ele, ela tomou e ficou boa. A diarréia durou três dias, tempo que, geralmente, as diarréias duram e, na maioria dos casos, se autolimitam.

#### *Conhecimentos sobre desidratação e TRO*

Mesmo que não se constate a atenção a casos de desidratação por diarréia pelos Wari' em geral e pelos AIS, é certo que ocorrem. Algumas mães relataram casos de *honko* '

de suas crianças em que foram levadas para a CASAI-GMI e, lá, tomaram ‘soro na veia’. Uma mãe, por exemplo, relatou que, na semana anterior à entrevista (fevereiro de 2003), um de seus filhos (05 meses de idade) teve ‘diarréia como água’ junto com ‘tosse’ e ‘febre’. Foi tratar na CASAI-GMI. Contou que tomou um litro de ‘soro na veia’. Ficou uma semana se tratando lá. Outra mulher (22 anos) contou sobre sua filha (11 meses) que teve vômito e diarréia, “*só água e catarro*” muitas vezes no dia, quando estavam na ‘Linha Oito’ coletando castanha em dezembro de 2002. Pegaram um ônibus e foram para a CASAI-GMI, de onde a criança foi logo encaminhada para o Hospital Bom Pastor, onde permaneceu, tomando soro, por duas semanas. Disse que tomou oito unidades. Voltou para a CASAI-GMI, onde consultou, tomou injeção, mas não soro, e ficou mais três semanas. Uma mulher (33 anos) de Linha Dez também contou sobre um episódio de *honko*’ que sofreu, sendo internada na CASAI-GMI, onde foi tratada com SRO e soro fisiológico. Em Linha Dez, um homem (55 anos) contou que seu filho (20 anos) teve *honko*’ quando era pequeno e quase morreu, foi levado pra Guajará-Mirim e ficou no Hospital Bom Pastor, onde tomou ‘soro na veia’ e, após alguns dias, ficou bom. Não chegou a tomar remédio do mato. Narrativas como essas são evidências de que ocorrem casos graves de desidratação por diarréia, geralmente provocadas pela demora em recorrer aos recursos recomendados ou pela impossibilidade de agir nesse sentido. Nesses casos descritos, não houve relato de uso sequer de remédios do setor informal, os quais podem, dependendo do caso, do tipo de remédio e da forma de administrar, aliviar os sintomas de desidratação.

O pouco conhecimento acerca de TRO ficou bastante evidente na pesquisa. Das mães de menores de cinco anos entrevistadas em Lage Novo, onze disseram já ter ouvido falar em TRO ou SRO. Também onze, mas não exatamente as mesmas, disseram que usaram, ou deram para suas crianças, ou viram alguém usando SRO ou SSS. Algumas das informações obtidas foram: já usou SRO do Posto de Saúde, mas não sabe dizer como fazer; já usou SRO do Posto de Saúde e explicou como fez para preparar (esquentou água, esfriou 1 copo de água, colocou um pouco de SRO, deu mais ou menos 2 copos no dia); só AIS que preparou SRO para ela e não saberia se tivesse que fazer sozinha; não usou, nem fez, diz que AIS que faz e trouxe pronto quando usou; já usou, e disse que são dois copos de água, 1 pitada de sal, duas colheres de açúcar e dá na colher; nunca preparou, disse que se cozinha o soro, mas não sabe as doses dos ingredientes e também não sabe quanto se dá

para a criança; já usou soro caseiro, mas não soube dizer as dosagens de sal e açúcar, embora tenha dito que sabe preparar; já viu sua irmã usando e disse que é meia colher de sal, meia de açúcar e 2 litros de água; já viu, mas não saberia preparar; já usou e disse que pega um copo de água da torneira, uma pitada de sal e duas colheres de açúcar; já usou, mas pegou na CASAI-GMI e foi a enfermeira que preparou, não sabe preparar se necessitasse. Como se vê, não houve nenhuma resposta condizente com a prática recomendada, conforme a WHO (1984; 1990).

Ao questionamento da finalidade da SRO/SSS/TRO, duas mulheres disseram que serve para ‘parar a diarreia’. Uma mulher respondeu que é para ‘cortar a diarreia’, dizendo que ‘corta rapidinho’. Essa concepção da finalidade da SRO é uma preocupação para trabalhos de difusão de seu uso, como lembrado por Green (1986). Seis mulheres disseram que é ‘para diarreia’ e, destas, duas disseram que não sabem especificamente para que serve, uma disse que ‘limpa a gente’, outra que é ‘para limpar dentro da gente’ e outra que ‘serve para limpar’. Todas as outras disseram que não sabem para que serve ou, simplesmente, não responderam sobre o assunto, o que significa, no fundo, que também não fazem idéia da finalidade da SRO.

Seguem algumas informações obtidas acerca de desidratação e TRO pelas mulheres mães de menores de cinco anos da aldeia Linha Dez.

Uma mãe (33 anos), com seis filhos, sendo dois menores de cinco, disse que nunca preparou SSS e que não sabe para que serve, embora tenha relatado *honko*’ como uma doença comum entre eles, inclusive com um episódio no filho mais novo, menor de um ano, no dia da entrevista (26/03/03). Para este episódio, relatou que foi ao Posto de Saúde no dia anterior, deu remédio do mato chamado *kawekekem* no dia anterior e no dia em questão. Apesar da criança estar comendo pouco (*porque não quer*), ela continuava mamando. Entretanto, acompanhando o caso dessa criança, ela foi encaminhada no dia seguinte (27/03), à noite, para a CASAI-GMI, de onde retornou só no dia 01/04. Esta mesma criança, de acordo com o gráfico Peso-Idade, estava no limiar de baixo peso.

Uma mulher (28 anos), três filhos, sendo dois menores de cinco anos, disse que já preparou SRO para uma das filhas (menor de cinco) e descreveu da seguinte forma: meio litro de água, misturou pouco de SRO e deu para tomar mais ou menos um copo por dia, dizendo que gastou o envelope de SRO inteiro. Também relatou um episódio de *honko*’ do

filho mais novo (1 ano e 4 meses), há dois meses da entrevista, para o qual diz apenas ter levado a criança ao Posto de Saúde.

Numa outra casa, a entrevista foi feita com o pai, que relatou episódios de *honko*’ de sua esposa, de 29 anos, e dois dos três filhos, uma menor de um ano, a qual estava tendo amamentação exclusiva. Informou que a mulher teve *honko*’ forte e quase morreu quando tinha cerca de 10 anos de idade e teria sido tratada com SRO e injeção no Posto de Saúde. Um dos filhos (cinco anos) teve ‘diarréia com sangue’ aos dois anos e seguiu para CASAI-GMI, Hospital Bom Pastor (internado), onde teria tomado soro fisiológico por cerca de cinco dias, retornou à CASAI-GMI, foi para Lage Novo, onde moravam então, voltou a ter diarréia, quando a avó dele fez remédio do mato e, então, teria melhorado um pouco, mas teve que retornar ao Hospital Bom Pastor, onde tomou remédio e melhorou. A filha mais nova (então com 4 meses) foi levada ao Posto de Saúde com diarréia no dia 03/04/03 à tardinha, quando eu presenciava o atendimento do AIS, o qual entregou um envelope de SRO (um dos três deixados no dia anterior pelo médico do CIMI-RO) para a mãe, mas, como havia movimento no local, a explicação sobre o modo de usá-lo foi mínima. No dia 04/04, a menina continuava com diarréia e, segundo o pai, ela havia tomado a SRO entregue pelo AIS. No dia 05/04, a mãe recorreu novamente ao Posto de Saúde relatando que a menina estava com vômito e ‘catarro’ nas fezes e o AIS administrou ‘metoclopramida’ e ‘sulfametoxazol + trimetoprima’. A mãe informou que lhe deu ‘chá de goiaba’ também. No dia 07/04, a mãe informou que a diarréia havia cessado.

Uma mãe (22 anos), três filhos, de seis, quatro e dois anos respectivamente, disse que já havia pegado SRO no Posto de Saúde e preparado em casa. As dosagens estavam de acordo com o recomendado: um litro de água e mistura todo o conteúdo do envelope de sais. Porém, não soube dizer sobre a quantidade administrada para a criança. Relatou um episódio recente de *honko*’ no filho de quatro anos, iniciado dois dias antes da entrevista, e teria recorrido ao Posto de Saúde, mas não sabia qual remédio lhe fora administrado.

Uma mulher (20 anos), dois filhos (três e dois anos), disse que nunca preparou SRO e, se tivesse que preparar, disse que seria meio copo de água, mas não sabia quanto de sais deveria dissolver. A mesma relatou um episódio de ‘diarréia com sangue’ em sua filha de dois anos em fevereiro de 2003, o qual teria durado cerca de duas semanas, e recorreu à



CASAI-GMI, de onde foi encaminhada para o Hospital Bom Pastor e retornado à CASAI-GMI. Porém, antes, ela tomou remédio do mato dado pela avó paterna.

Em outra casa, a entrevista foi com o pai, pois a mãe estava acompanhando a filha do casal, de um ano, internada na CASAI-GMI, com diarreia e vômito. Segundo o pai, começou com febre, depois diarreia e, depois, vômito. As fezes eram ‘amarelas que nem caldo’. Estava mais ou menos dois dias com diarreia, tomou remédio no Posto de Saúde, mas não melhorou. Então, foram em Lage Novo chamar o carro da FUNASA/CUNPIR, o qual chegou à noite (27/03/03). Antes, porém, havia tomado remédio do mato que ele mesmo preparou. Acompanhando o caso, a criança retornou para a aldeia no dia 06/04, ficando, portanto, dez dias internada. Numa pesagem em 07/04, a menina estava com ‘baixo peso’ segundo o gráfico Peso-Idade. Informou que sua esposa já chegou a pegar SRO no Posto de Saúde e a preparar a solução, mas não soube dizer como ela a preparou.

Noutra casa, a entrevista também foi realizada com o pai, um professor. Sua esposa tinha, então, 18 anos e três filhos (de quatro, dois e menor de um ano). Relatou episódios de diarreia de ambas as crianças. Mencionou o uso de SRO para uma delas através do AIS da aldeia de Graças a Deus, onde moravam, e de um remédio do mato chamado *kaxikon ioio*, um tipo de carrapicho. A filha mais nova, segundo ele, teve diarreia, seguida de pneumonia, aos seis meses de idade, ainda em Graças a Deus, e a levaram para a CASAI-GMI, onde ficou internada por cerca de quinze dias.

Uma mãe de uma criança de cinco meses de idade informou que já pegou SRO, mas não lembra para quem foi. Ela disse que ‘soro é para diarreia’ e que já preparou para seu filho que estava com diarreia no início do ano de 2003, mas não informou detalhes sobre a preparação e administração. Essa criança apresentou ‘baixo peso’ de acordo com duas pesagens realizadas.

Por último, em outra casa, acompanhei episódios de diarreia em duas das sete crianças durante a minha permanência em Linha Dez. É a casa do AIS da aldeia (30 anos). Sua esposa estava com 32 anos e o filho mais velho com 14 anos. Uma das crianças (sete anos) foi acometida por ‘diarreia com sangue’, vômito e dor de barriga, começando em 23 ou 24 de março de 2003. Seu pai lhe deu *kawekekem*, um remédio do mato, mas, como não melhorou, o encaminhou para a CASAI-GMI no dia 27/03. Retornou para a aldeia em 06/04. A mãe, que acompanhou o menino, informou que ele tomou três injeções e que o

médico não conversou com ela sobre o caso. Outro menino (um ano e cinco meses), também teve ‘diarréia com sangue’ a partir do dia 26/03. No dia 27/03, foi encaminhado para a CASAI-GMI junto com seu irmão e, com ele, retornou no dia 06/04. A mãe passou informação semelhante sobre ele, que foi tratado com injeção e que o médico não conversou com ela. Uma pesagem feita no dia 07/04 indicou que essa criança estava com ‘baixo peso’ segundo o gráfico Peso-Idade. Apesar do pai dessas crianças ser AIS, o tratamento com SRO ficou limitado devido ao fato de não haver SRO no Posto de Saúde da aldeia. O AIS procurou tratar várias crianças que estiveram com diarréia, utilizando remédio do mato, principalmente o chamado *kawekekem*.

Para concluir, os tratamentos do setor informal de saúde entre os Wari’ de Lage Novo e Linha Dez consistem basicamente de remédios preparados a partir de vegetais (folha, casca, semente, fruto, raiz) nativos de conhecimento ‘tradicional’ (*pain mi* ou *pain nahwarak*) ou exóticos (*kayi memem*), introduzidos com a chegada dos *wiyam* não indígenas na região, diversos tipos de mel (*tawi*) e prescrição ou proscrição de alimentos, dependendo do tipo de doença (ver Tabela 19). Observamos que a busca do tratamento é determinada, basicamente, por uma categorização das doenças no nível dos sinais e sintomas.

Tabela 19: Remédios do setor informal potenciais para *honko*’ e sinais/sintomas associados, citados pelos Wari’

<i>pain nahwarak/mi</i> (da floresta/mata)	<i>kayi memem</i> (spp. ‘exóticas’)	<i>Tawi</i> (abelha/mel)	<i>me</i> (aves)	<i>hwam</i> (peixes)
<i>Ka karama</i>	Goiabeira	<i>Kotem</i>	<i>komowa</i> (mutum)	<i>xikin</i> (traíra)
<i>Tawit</i>	Cajueiro	<i>Koparak</i>	<i>awu</i> (tucano)	<i>takao</i> (cará)
<i>Kawe ke kem</i>	Abacateiro	<i>We ore</i>	<i>tramin</i> (arara)	
<i>Mowi-mowi</i>	Biribá	<i>Nama ü</i>	<i>horok</i> (arara)	
<i>Kaxikon yoyo</i>	Laranjeira	<i>Tarawan</i> ou <i>parawan</i> (?)	<i>yamop</i> (nambu)	
<i>Wino</i> (caju-do-mato)	Milho-duro	<i>Xintot</i>		
<i>Ka nahare</i>		Jandaíra		
<i>panayi rowan</i>		<i>Ara nopi</i>		
<i>Wopap</i>		<i>Dopi</i>		
<i>nükün-nükün</i>		<i>Tapiri</i>		
<i>Takto kamü</i>		<i>Tato</i> ’		
<i>karapakan</i>		<i>Xak Wa</i>		
		<i>Xopik</i>		
		<i>Xoroxoi</i>		

### *O 'Processo' final*

A seguir, apresento, em detalhes, dois casos de pacientes wari', seguidos na sua busca por recursos de saúde. O objetivo desses dois relatos é ilustrar a complexidade do sistema de cuidados em saúde, em relação à busca por tratamentos, as interseções entre os setores e os graves problemas de resolutividade, particularmente, do serviço oficial de saúde ('setor profissional').

Primeiro caso: "N".

N. é um velho wari', que, segundo as informações registradas, nasceu em 1929. Ele mora em Lage Novo, embora passe boa parte do tempo fora dessa aldeia, como se pode perceber neste relato. Sua casa segue um padrão comum entre os Wari' e moradores da zona rural amazônica, uma casa pequena, com dois cômodos, paredes de casca e cobertura de palha de palmeiras. O piso é de chão batido. É aposentado e recebe um salário mínimo pelo INSS. Mora só em sua casa, mas compartilha o cotidiano doméstico com a casa de sua filha e respectiva família que moram ao lado. Geralmente, uma de suas netas o ajuda a tomar banho, derramando água sobre seu corpo, sentado numa cadeira ao lado da casa. Ele tem uma filha que mora em Tanajura (TI Pakaás Novos) e costuma visitá-la, passando algumas semanas por lá. Nos anos de 2000, 2001, 2002 e 2003, boa parte de seu tempo foi ocupada transitando na rede de atendimento dos serviços de saúde. Entre idas e vindas, N. continuou doente, apesar de suas muitas passagens por vários níveis de atendimento. No dia 01 de setembro de 2000, N. deu entrada na CASAI-GMI e foi registrado queixa de 'tosse, dor no peito, dor nas costas e dor de cabeça'. No dia 02, N. aguardava consulta médica. No dia seguinte, registrou-se 'dor no peito, muita tosse' e N. continuava aguardando consulta. Dia 04, continuava com 'tosse, dor no peito e costas' e aparece a anotação do médico sobre 'seqüela de Tuberculose', indicando que N. já deve ter freqüentado os serviços de saúde para tratar-se daquele mal tão comum entre os Wari'. Do dia 05 até o dia 15 de setembro, as anotações se repetem no prontuário, não demonstra evolução em seu estado de saúde. Não aparece data de alta, mas tudo indica que deve ter retornado para Lage Novo por volta do dia 15 ou 16 de setembro de 2000. No dia 31 de janeiro de 2001, N. dá entrada novamente na CASAI-GMI e, dessa vez, o serviço de enfermagem registra que N. 'relata cólica, seguida de diarréia' e o médico anota que ele estava 'há três dias com diarréia líquida com raios de sangue e dor abdominal'. Os registros dos dias seguintes apontam os sintomas de 'dor no baixo ventre' no dia 01 de fevereiro, 'tosse produtiva' no dia 02, 'dor abdominal e dor quando urina' no dia 03, 'mesmos sintomas' no dia 04 e 'pouco desanimado' no dia 05. Nesse estado, é de se considerar a boa fé e otimismo do atendente de enfermagem em esperar que N. estivesse animado. Mais uma vez, não se sabe ao certo o dia em que N. retornou para Lage Novo, mas sabe-se que não há registros após o dia 05 de fevereiro. No dia 06 de janeiro de 2002, foi registrado o atendimento de N. no Posto de Saúde da aldeia Lage Novo, para onde recorreu devido a uma 'dor de barriga' e, lá, foi tratado com medicamento antiprotozoário (metronidazol). No mês de abril, N. foi atendido, na aldeia Lage Novo, por um médico ligado ao CIMI (Conselho Indigenista Missionário) que esteve visitando a aldeia, quando N. estava com 'gripe, dor de cabeça e tosse'. Alguns dias depois, ainda em abril, N. esteve novamente no Posto de Saúde da aldeia por causa de 'dor de cabeça e tosse'. No mês seguinte, em maio, N. só apareceu uma vez no Posto de Saúde e

apresentou os mesmos sintomas, ‘tosse e dor de cabeça’. Porém, no dia 29 de maio de 2002, N. apareceu outra vez na CASAI-GMI e consta que ele apresentava ‘dor em todo o corpo’. No mesmo dia, ele foi encaminhado para o Hospital Bom Pastor, em Guajará-Mirim, de onde retornou para a CASAI-GMI no dia 03 de junho e, nessa mesma data, apresentou ‘tosse’. Felizmente, no dia 04 de junho, N. esteve ‘sem queixas’, mas, a alegria dura pouco e, no dia seguinte, apareceu com ‘tremor no corpo’. Já no dia 06, N. teve ‘dor na região da bexiga e tórax’ e, no dia 07, continuou com ‘tosse’, além da anotação por parte do médico de que N. ‘relata dor torácica’, corroborando parte da constatação da enfermagem. No dia 08, N. esteve ‘um pouco melhor’. O dia seguinte não aparece nos registros, mas o dia 10 é marcado por mais uma consulta médica, na qual se constatou que N. ‘relata dor torácica e abdominal’ outra vez, ou seria ainda? Entretanto, a enfermagem anotou que N. estava ‘sem queixa’ e que ‘pediu para ir para sua aldeia’, o que não acontece ainda, pois, no dia 11, apareceu o registro de que N. está com ‘coceira pelo corpo’, sintoma só constatado após 13 dias de sua internação. Teria ele chegado na CASAI-GMI com a tal coceira e ninguém a percebeu ou passou a se coçar após todos esses dias internado? O médico anotou, no dia 12, que N. apresenta as ‘mesmas queixas’ e, no mesmo dia, a enfermagem registrou que N. está ‘sem queixas’, fenômeno registrado também no dia seguinte. No dia 14, N. saiu da CASAI-GMI, embora não fique claro para onde ele teria ido. No dia 19 de agosto de 2002, ou seja, dois meses depois, N. retornou para a CASAI-GMI vindo de algum Hospital, não se sabe ao certo de qual, e reclama de ‘tosse, dor nas costas e peito e dor de barriga’. No dia seguinte, foi internado no Hospital Bom Pastor, onde permaneceu até dia 26 de agosto, data em que retornou para a CASAI-GMI, onde se registrou que N. ‘tosse bastante’. Mesmo assim, N. retornou para Lage Novo no dia 27. Entretanto, N. não andava com muita sorte naqueles dias e não conseguiu ficar por muito tempo gozando dos prazeres da vida doméstica e da convivência familiar, pois, no dia 03 de setembro, ele voltaria à CASAI-GMI queixando-se de ‘dor no peito, dor nas costas, dor de barriga, febre, cefaléia e tosse’. Esses seis sintomas reduziram-se a quatro no dia 05, quando se registrou que N. só estava com ‘tosse, dor nas costas, dor no tórax e na barriga’. Parece que a coceira de N. insistia em perturbá-lo, já que algum atendente de enfermagem a percebeu novamente e registrou que N., no dia 07, estava com ‘dor nas costas, tosse produtiva e... coceira pelo corpo’. A tosse, produtiva ou não, é outro incômodo, da qual N. não consegue se livrar. No dia 08, só deu ela, mas, no dia 09, a tosse esteve acompanhada da ‘coceira pelo corpo’ e, no dia 10, além da ‘tosse’, registrou-se que N. estava com os ‘mesmos sintomas’. Dia 11 não é muito diferente, N. ‘tosse pouco, regular’. No dia seguinte, N. tem ‘dificuldade para respirar, dor de estômago e costas’. É de se admirar a resistência de N., que só a essa altura teve dificuldade em manter sua atividade respiratória normal. Esse sintoma continuou evidente no dia 13, quando N. continuou com os ‘mesmos sintomas e dor no tórax quando respira’. No dia seguinte, ‘tosse pouco’, mas, no dia 15, ‘tosse muito’, além de continuar com a tal ‘dor no tórax e cefaléia’, sintomas que se repetiram no dia 16. Um sintoma que não parece muito insistente, mas que costuma marcar presença, é ‘dor de estômago’, o qual foi registrado no dia 17 juntamente com ‘dor nas costas e tosse’. No dia 18 de setembro, ainda apresentando as ‘mesmas queixas’, segundo a enfermagem, N. não deve ter suportado a longa permanência sob a observação de tantas pessoas de branco porque, às 17:00 horas desse mesmo dia, o atendente de plantão constatou que N. ‘não se encontra na Casai’. De fato, ele deve ter ido para sua aldeia, onde passou alguns dias. Sua permanência no ambiente familiar (a essa altura, nem mais tão familiar) não foi muito longa, pois N. retornou para a CASAI-GMI no dia 02 de outubro de

2002, ou seja, 11 ou 12 dias após ter saído de lá. Dessa vez, no entanto, N. vai permanecer apenas uma semana na CASAI-GMI, praticamente dando continuidade ao tratamento anterior, já que os sintomas são praticamente os mesmos, com algumas particularidades. Ao retornar à CASAI-GMI, suas queixas para o atendente foram ‘dor abdominal, dor no peito que reluz ao lado das costas do mesmo lado’, enquanto o médico conseguiu ser mais conciso e registrou ‘dor abdominal, epigástrica’. No dia seguinte, 03 de outubro, N. aparece com os ‘mesmos sintomas’, mas, estranhamente, além da citação de ‘dor abdominal’, observa-se o registro de que N. ‘está melhor da diarreia’. Não fosse essa deixa do serviço de enfermagem, não saberíamos que N. passava por um problema de diarreia, pois, nos dias seguintes, também não há um registro sequer sobre diarreia. No dia 04, ele ‘tosse bastante’, ou seja, nenhuma novidade. No dia 05, o registro feito pela enfermagem foi de ‘inapetência, desanimado, tosse muito, dor abdominal’. Talvez não quisesse comer porque estava com dor abdominal. A tosse continuou no dia 06, mas, dessa vez, sozinha. O médico constatou, no dia 07, que N. estava com ‘dor nas costas e barriga’, enquanto o serviço de enfermagem registrou que ele estava com os ‘mesmos sintomas, tosse e dor no tórax’. No dia 08, bastou escrever que estava com os ‘mesmos sintomas’, o suficiente para que N. fosse de volta para sua aldeia nesse mesmo dia. No Posto de Saúde de Lage Novo, foi registrado o atendimento de N. nesse mesmo mês devido à ‘tosse e dor no peito’. Naquele mês de outubro de 2002, N. voltaria para a CASAI-GMI, mais exatamente no dia 22. Dessa vez, sua trajetória pelo serviço de saúde seria mais longa e N. aproveitaria para visitar outros estabelecimentos do ramo. Assim, logo no primeiro dia de volta à CASAI-GMI, apresentando ‘tosse, vazio no estômago (seria falta de comida?) e fraqueza’, ele foi logo encaminhado para o Hospital Regional, onde passaria uma temporada até o dia 01 de novembro. De lá, rumou direto para a CASAI-GMI, onde se percebeu que, então, N. apresentava ‘vômito, fadiga e sem defecar duas semanas’. Parece que N. não chegou a utilizar integralmente os serviços de toailete do Hospital Regional. Então, no mesmo dia 01, enviaram N. para a Clínica Santa Isabel, na esperança de que lá ele conseguisse, finalmente, voltar à sua atividade intestinal normal. Porém, não permaneceu lá por muito tempo, foi apenas realizar um clister e retornou imediatamente para a CASAI-GMI. Aí, sim, notaram que N., ‘na volta, defecou bastante, melhorou após defecar’. No dia 02, entretanto, N. estava ‘fraco’, o clister deve ter afetado sua integridade física, tanto que, no dia 03, ele ‘estava com tosse e pouco dispnéico’ e, no dia 04, com ‘dor no tórax e estômago’. Seu estado geral parece ter sido mesmo afetado, pois, no dia 05, N. apresentava ‘cefaléia, tremeadeira, lábios roxos, pulsação compassada’, o que levou a equipe a encaminhá-lo ao Pronto Socorro do Hospital Regional no dia 06, onde ‘ficou internado, pois estava com pneumonia’. Nesse estado, o médico indicou ‘internar no Hospital Bom Pastor’. Só no dia 10 de novembro N. retornaria desse Hospital à CASAI-GMI, onde ‘dormiu pouco’, estava com ‘tosse, dor no tórax e cefaléia’. N. estava ‘fraco, desanimado, com dor no tórax e costas’ no dia 11. Continuava ‘desanimado, alimentando-se pouco, com cefaléia e tosse’ no dia 12. A ‘dor no tórax e costas’ persistiram no dia 13. No dia seguinte, ficou ‘trêmulo, com cefaléia, tosse e a mesma dor no tórax’. Os dias seguintes não foram muito animadores, pois N. ainda, no dia 15, ‘dormiu pouco’ além de estar com ‘tosse, soltando bastante catarro, dor no tórax, cefaléia, fraqueza geral’. As ‘mesmas queixas’ e ‘tosse’ no dia 16. No dia seguinte, paradoxalmente, N. estava ‘bem, tranquilo’, mas com ‘tosse e cansaço’. Parece que esses últimos sintomas prevaleciam, já que, no dia 18, N. estava ‘desanimado, acamado, com forte dor no peito e tosse’. No dia 19, além de ‘tossir bastante’ e estar com ‘cefaléia’, N. voltou ao dilema que o tinha levado a visitar a Clínica Santa Isabel, ele ‘não defecou’ e, além disso (ou por causa disso?), estava

‘desanimado’. No dia 20, ele teve ‘tosse, dor no peito, insônia’ e, resolvendo o dilema, estava ‘evacuando bem’, segundo informação concedida por um terceiro, talvez um acompanhante de N. Um médico foi consultado no dia 21 de novembro, o qual anotou que N. ‘relata melhora, com pouca tosse, dormiu bem’, mas, além disso, o serviço de enfermagem completou a lista e constatou ‘dor no peito e costas, cansaço, dificuldade de andar, tosse, sua muito e fica com o corpo frio’. No dia seguinte, 22, continuava com os ‘mesmos sintomas, dor no peito e costas, tosse, desanimado e com cefaléia’. Pouca coisa mudou no dia 23, quando se anotou que N. estava com ‘crises de tosse que o impedem de dormir, dor no peito e baixo ventre, cansaço’. No dia 24, foi marcado ‘tosse, dor hipocôndrio (?), regular’ e, segundo informação concedida por um acompanhante da vítima, N. ‘dormiu bem, aceitou alimentação, pouca’. No dia 25, felizmente, só foi constatado que N. estava com ‘tosse’, o que permitiu que ele fosse de volta para a aldeia, o que fez no mesmo dia. Afinal, a tosse de N., de tão comum, a essa altura já poderia ser considerada inerente à sua personalidade. Depois dessa data, eu soube que N. retornou outras vezes para ser atendido na CASAI-GMI e, provavelmente, algum outro estabelecimento da rede de saúde, mas, como não pude verificar os registros referentes ao ano de 2003, não posso detalhar o seu PROCESSO desde então.

Segundo caso: “J”.

J. ainda é bebê, uma menina. Nasceu em casa, na aldeia Lage Novo, de parto normal, como a maioria das crianças wari’, em maio de 2001. É a caçula de uma família com seis filhos. Apesar disso, seus pais ainda são relativamente jovens, ambos com pouco mais de 30 anos de idade. J., apesar de bebê, já percorreu várias vezes os labirintos do serviço de saúde devido a um problema crônico de *honko*’ e outros problemas paralelos ou conjuntos. Em Janeiro de 2002, foi atendida por um AIS no Posto de Saúde de Lage Novo, mais precisamente, no dia 04, apresentando diarreia e febre e foi registrado que ela recebeu katrim 2,5 ml duas vezes ao dia por sete dias mais dipirona gotas. No dia 12, novamente, foi atendida no Posto de Saúde apresentando ‘diarreia com catarro’ e lhe foi ministrado metronidazol 2,5 ml, duas vezes ao dia por sete dias. No dia 21 do mesmo mês, voltou ao Posto de Saúde, novamente com ‘diarreia’, e foi lhe repetida a mesma medicação. Ou seja, se ela chegou a tomar o medicamento por sete dias, três dias após tomar a última dose, ela começou a tomar o mesmo medicamento na mesma dosagem, ou seja, por mais sete dias, isto se efetivamente chegou a tomar a tal medicação. O prontuário de J., na CASAI-GMI, mostra que ela teve três passagens por esse serviço em 2002, embora as informações de seu pai indicam que ela passou pela CASAI-GMI mais vezes desde 2001. No dia 22 de abril de 2002, então com 11 meses de idade, J. chegou na CASAI-GMI apresentando ‘diarreia, vômito, febre há uma semana’ e foi preparada uma lâmina para exame de malária, procedimento bastante comum nessa região quando alguém apresenta febre. As anotações ainda indicam que ela ‘evacuou quatro vezes com consistência líquida’. No dia seguinte, segundo o serviço de enfermagem, J. ‘passou bem à noite após medicação’, o médico consultou e escreveu que ‘persiste diarreia e vômito’, complementado no outro turno da enfermagem, quando também anotaram que estava com ‘vômito e estômago distendido’. No dia 24, J. ‘continua com pouca diarreia’. No dia 25, o médico constatou que havia ‘melhora da diarreia, febre à noite’, enquanto a enfermagem avaliou que J. estava ‘tranqüila’, embora no dia seguinte tenham percebido que apesar de ela estar ‘aparentemente bem’, J. ‘ainda tosse um pouco’. No dia 27, segundo informação concedida pela mãe de J., ela estava com ‘febre, quentura no tórax e na barriga’, enquanto a(o)

atendente ou auxiliar de enfermagem achou J. ‘desanimada, quente a região abdominal’, para não dizer barriga. J. continuava com o ‘abdômen distendido’ no dia seguinte e um(a) profissional de plantão demonstra preocupação, anotando: ‘esta criança não está bem, tem dia que melhora e outro piora’. No dia 29, a mãe de J. informou que ela ‘está melhor’, o que, na avaliação da enfermagem, é traduzido como ‘aspecto regular’. Entretanto, parece que há, realmente, uma tendência em alternar dias bons com outros piores, já que, no dia 30, J. está novamente ‘um pouco desanimada e região abdominal quente’, o que se confirma com a anotação do dia seguinte de que J. está ‘sem anormalidades’, embora ‘um pouco desanimada’. Já no dia 02 de maio, J. está ‘sem queixas’ e o serviço de enfermagem deixa anotado, talvez, um dos motivos da alternância de estados bons e ruins de J., quando escreve que ‘não está sendo administrado o medicamento por não haver’. No dia 03, a mãe de J. informa que ela ‘tem diarreia’, então foi ‘feito 20 ml de soro oral’. Não se sabe se a terapia de reidratação oral de J. se restringiu a esses 20 ml de soro ou houve complementações a essa dosagem tão precisa. De qualquer forma, no dia seguinte, a informação da mãe foi de que J. ‘está melhor’, o que se confirma no dia 05, quando se percebe que ela está ‘sem anormalidades’ e o médico lhe dá ‘alta hospitalar com receita’. Assim, J. retorna para a aldeia no dia 06 de maio de 2002. No dia 10 de maio, ela recebeu um ‘tratamento de vermes’ no Posto de Saúde da aldeia, através dos AIS, baseado em mebendazol 05 ml, duas vezes ao dia por três dias. Infelizmente, ela não ficou por muito tempo em Lage Novo porque teve que retornar para a CASAI-GMI no dia 17 de maio, apresentando ‘tosse, febre, barriga quente, cabeça quente e diarreia’. No dia do seu primeiro aniversário, 18 de maio de 2002, J. estava internada na CASAI-GMI e, para seu alívio, seu estado era ‘estável’, mas ela ‘aceitou pouca alimentação’. Não havia motivo para comemorar. No dia seguinte, já mais madura, J. ‘voltou a ter diarreia’, ou poderia ser que ainda estivesse com diarreia. O médico foi consultado dia 20 e diagnosticou que J. estava com ‘diarreia, gripe, febre, tosse e desanimada’ e, diante de tudo isso, resolveu que ela deveria ser internada no Hospital Bom Pastor. Retornou desse Hospital no dia 23 e, na CASAI-GMI, a mãe informou que ela estava ‘sem anormalidades’, ou seja, ‘aspecto regular’, como se complementou no prontuário. Nos dias 24 e 25, ela continuou ‘sem queixas’, mas, no dia 26, estava ‘desanimada e aborrecida’. O médico lhe atendeu no dia 27, receitou ‘dieta para diarreia’ e lhe concedeu ‘alta hospitalar’. A enfermagem ainda complementarmente anotando que J. estava com o ‘abdômen distendido’. Abdômen distendido é algo muito comum entre crianças wari’ e J. foi para a aldeia nesse mesmo dia. Porém, não chegou a ficar dois meses em Lage Novo, pois, no dia 15 de julho, J. estava de volta na CASAI-GMI, mas, segundo registro, ela só estava com ‘febre e tosse’. No dia seguinte, J. já estava ‘um pouco melhor’, segundo sua mãe, e com ‘aspecto regular’, segundo a enfermagem, além de estar com ‘tosse’. Continuou com ‘tosse’ no dia seguinte. No dia 18, além de estar ‘com pouca tosse’, a mãe informou que J. ‘apresentou diarreia’, um problema que não havia quando J. deu entrada na CASAI-GMI ou, então, não chegou a ser digno de nota naquele momento. O fato é que ela estava com diarreia e, no dia 19, foi internada no Hospital Regional, de onde só retornou no dia 24 de julho com ‘abdômen distendido’. Sua passagem pelo Hospital Regional parece não ter influenciado muito em seu estado de saúde, já que, no dia 25, a mãe de J. informou que ela estava ‘com diarreia’, o médico indicou ‘dieta para diarreia’ e, ainda, ela continuava com ‘tosse’. No dia 26, não mudou muita coisa, a mãe informou que a ‘menor tem tosse produtiva e diarreia’. No dia seguinte, ainda com ‘pouca diarreia e tosse’. No dia 28, ‘ainda com tosse, mas parece melhor’. Essa melhora foi o bastante para que, no dia 29 de julho, o médico lhe concedesse ‘alta

hospitalar'. No mesmo dia, J. retornou para a aldeia Lage Novo. Ela não chegou a ficar curada de seu problema de *honko*', pois, como veremos, em 2003, há novos episódios que a fazem continuar seu PROCESSO de busca por recursos para tentar resolver seus problemas de saúde. No dia 24 de janeiro de 2003, J. foi atendida no Posto de Saúde de Lage Novo com 'diarréia' e lhe foi ministrado meio comprimido de metronidazol. No dia 13 de fevereiro, novamente foi atendida no Posto de Saúde para fazer parte de um novo tratamento de vermes em massa, através dos AIS, dessa vez, recebendo mebendazol 05 ml, duas vezes ao dia por três dias. Porém, isso não foi suficiente para evitar que, no dia 20 de fevereiro, ela retornasse ao Posto de Saúde para ser atendida devido a estar com 'diarréia', ou seja, cinco dias após, teoricamente, ela ter encerrado o tratamento com mebendazol. Então, consta nos registros dos AIS que ela recebeu 'Soro de Reidratação' e foi encaminhada para a CASAI-GMI. Não pude ver os prontuários de 2003, mas, como eu estive em Lage Novo desde fevereiro até maio desse ano, pude acompanhar J. e conversar com seus pais. Ao que tudo indica, pelas informações que obtive e cruzando com os registros dos AIS no Posto de Saúde, J. iniciou um episódio de *honko*' no dia 20 de fevereiro de 2003, o qual foi motivo de novo encaminhamento para a CASAI-GMI, onde ficou internada até o dia 04 de março, dia em que retornou para Lage Novo. Surpreendentemente, nesse mesmo dia, ela estava novamente com diarréia (ou seria ainda?), *honko ak kom na* e *we* ('diarréia como água' e 'vômito'). Ela chegou na aldeia às 16:30 horas. Perguntei ao seu pai como ela se encontrava. Ele me respondeu que J. comeu galinha na cidade e tornou a ter diarréia caracterizada por fezes aquosas. Disse que ela tomou medicamento na CASAI-GMI, mas não soube dizer qual. Não tenho informações do período referente ao início de maio de 2003 em diante. No dia 24 de fevereiro de 2003, realizei uma entrevista com o pai de J. sobre casos pregressos de doenças na família, com a finalidade de levantar casos ocorridos e obter informações sobre concepções de causalidade, nosologia e itinerário terapêutico, entre outras coisas. Após conversarmos sobre cada uma das outras pessoas da família, chegamos a J., a mais nova. Para ilustrar melhor o depoimento obtido, transcrevo aqui minhas anotações: "J. foi para Guajará consultar na CASAI. Teve diarréia com cinco dias de nascida, tinha fezes de cor verde. Depois disso, sempre teve diarréia. Dava albendazol dose única com 1 ano de idade. Tomou mebendazol também ano passado (2002). Tomou Soro de reidratação Oral. Tomou remédio caseiro, do mato, chamado *mowi-mowi*, que é bom para febre, corta a febre. Tomou *panayi rowan*, também do mato, e que também é bom para febre. Cozinha tudo junto, fica muito amargo, dá para beber. Aí, parou de febre e diarréia também. Compraram xarope também para tosse da C. (mulher do chefe de Posto da Funai), ela já tinha aqui e recomendou para que ela tomasse, depois, ficou boa da tosse. Estava no velório (do velho Nawakan, que faleceu no dia 21 de fevereiro de 2003) e foi chamado para ir até sua casa. Chegou e viu J. já atacando de diarréia e vômito. Falou com AIS. Foi ver se havia combustível, passaram rádio e telefone para a CASAI-GMI. Disseram que não havia motorista nem diesel. O chefe de Posto da Funai pressionou para 'cutucar' o pessoal da saúde, ou seja, os AIS. Um deles veio e passou 'plasil gotas', 'Alumínio' para acalmar o estômago e 'metoclopramida' para vômito. Então, pegaram o toyota da aldeia e um wari' que dirige os levou para Guajará. Foram direto ao Hospital Regional. Fez consulta e foi encaminhada para a CASAI-GMI, onde permaneceu e consultaria hoje (no dia da entrevista) com a médica que atende na CASAI-GMI. O pai de J. voltou de Guajará com o wari' motorista e a mãe de J. ficou com ela. Eles chegaram na CASAI-GMI no sábado (22 de fevereiro) às 23:00 horas e o pai de J. ficou dividindo comida com sua esposa, mãe de J.



Na hora da janta, apelou para a cozinheira porque só um acompanhante pode receber comida. Então, voltou para a aldeia no dia 23 de fevereiro e chegou por volta das 20:00 horas. Segundo o pai de J., quando se tem *honko*, não se pode comer comida com gordura. Ele acha que porque foi dado *tokwa* (chicha) para ela beber pode ter provocado *honko* também. Não pode comer muito, só pouco, eles têm muito cuidado com ela. Nunca deixou de mamar. Ele disse para sua esposa para largar aos poucos a amamentação para acostumar com outra comida, mas sua esposa não aceitou. Ele disse que quer comprar ‘mucilon’ para dar à J.” J. foi pesada em 21 de novembro de 2002, juntamente com todas as crianças menores de 05 anos presentes. Nesse dia, J. pesou 8.000 gramas, então com 18 meses de idade. No dia 03 de abril, então com pouco mais de 22 meses de idade, foi novamente pesada. Nesse dia, ela pesou 8.500 gramas. Houve outra pesagem geral em 11 de março de 2003, mas ela não estava presente. Em ambas as datas, J. estava abaixo do peso conforme o “Gráfico Peso-Idade” do “Cartão da Criança” do Ministério da Saúde utilizado como padrão para acompanhamento de crianças menores de 05 anos (Padrão de Referência para peso e idade do NCHS - National Center for Health Statistics, EUA).

Observar a trajetória dos pacientes, como os acima descritos, faz lembrar de alguns dos mais importantes personagens criados por Franz Kafka e de suas lutas diante das estruturas burocráticas obscuras, intransponíveis, hierarquizadas, em que nunca se chega a uma solução dos casos em questão, não se sabe ao certo quem comanda o PROCESSO e, no caso do personagem Josef K., nem mesmo era possível saber do que estava sendo acusado. Ou, no caso descrito “Na Colônia Penal” (Kafka, 1996), o condenado é tratado pelo oficial responsável pela sua execução como se fosse apenas mais uma peça da engenhosa máquina que ele, orgulhosamente, apresenta ao explorador visitante e que é capaz de executar o condenado exemplarmente. Os personagens não possuem nomes, apenas papéis dentro da estrutura penal. Em “A Metamorfose” (Kafka, 2002b), o personagem Gregor Samsa acorda, certo dia, e descobre que se transmutou em uma enorme e asquerosa barata. Como tal, ele tenta se esquivar do seu mundo cotidiano e passa a ser tratado pela família à altura de sua nova identidade. Um ser estranho, do qual se deseja distância e, quando necessário, é lhe dado apenas o suficiente para que ele se mantenha vivo, desde que permaneça confinado em seu quarto. De qualquer forma, é necessário ir a busca de uma solução dos casos e, assim, cair na rede dos serviços e dos atores que fazem parte da estrutura, oficiais ou não. O personagem de Kafka (2002a) em “O Processo” passa a ser tratado, no livro, apenas como senhor K., assume um papel de ‘réu’ e assim passa a ser tratado por quase todo mundo que lhe cerca no cotidiano. Por mais que ele se esforce na busca de uma solução, por mais que ele confie nas influências de certas figuras e no poder

de certas hierarquias, ele não consegue alcançar seu objetivo, seu processo segue deixando-o, cada vez mais, em pior situação, apesar dos seus esforços em contrário. Por fim, acaba condenado, sem mesmo saber o motivo que o levou a isso. Quando K. já estava sendo encaminhado para a execução,

nesse momento, K. soube com precisão que seu dever deveria ser apanhar aquela faca que ia de mão em mão por cima de seu corpo e atravessar-se ele próprio. Mas não o fez, senão que moveu o pescoço, ainda livre, em todas as direções, para observar o que havia ao redor dele. Não podia evitar todo o trabalho às autoridades; a responsabilidade por esta última falha sua correspondia àquele que lhe tinha negado a força necessária para proceder de outra maneira. Seus olhares detiveram-se no último piso da casa que se erguia junto à pedreira. Como se se acendesse de repente uma luz, abriram-se as folhas de uma janela, violentamente separadas; nela apareceu um homem delgado, de débil aspecto àquela distância e àquela altura, que se inclinou para fora e estendeu os braços ainda mais distantes para a frente. Quem era? Um amigo? Uma criatura bondosa? Alguém que participava de sua aflição? Alguém que queria socorrê-lo? Era ele o único? Eram todos? Era ainda possível alguma ajuda? Não haveria objeções que se tinham esquecido? Com certeza que as havia. É certo que a lógica é inquebrantável, mas não pode opor-se a um homem que quer viver. Onde estava o juiz que nunca tinha visto? Onde estava o alto tribunal ante o qual nunca comparecera? Elevou as mãos e separou todos os dedos. Mas as mãos de um dos senhores seguraram a garganta de K. enquanto o outro lhe enterrava profundamente no coração a faca e depois a revolvía ali duas vezes. Com os olhos vidrados conseguiu K. ainda ver como os senhores, mantendo-se muito próximos diante de seu rosto e apoiando-se face a face, observavam o desenlace. Disse: - como um cachorro! – era como se a vergonha fosse sobrevivê-lo” (Kafka, 2002a:253-4).

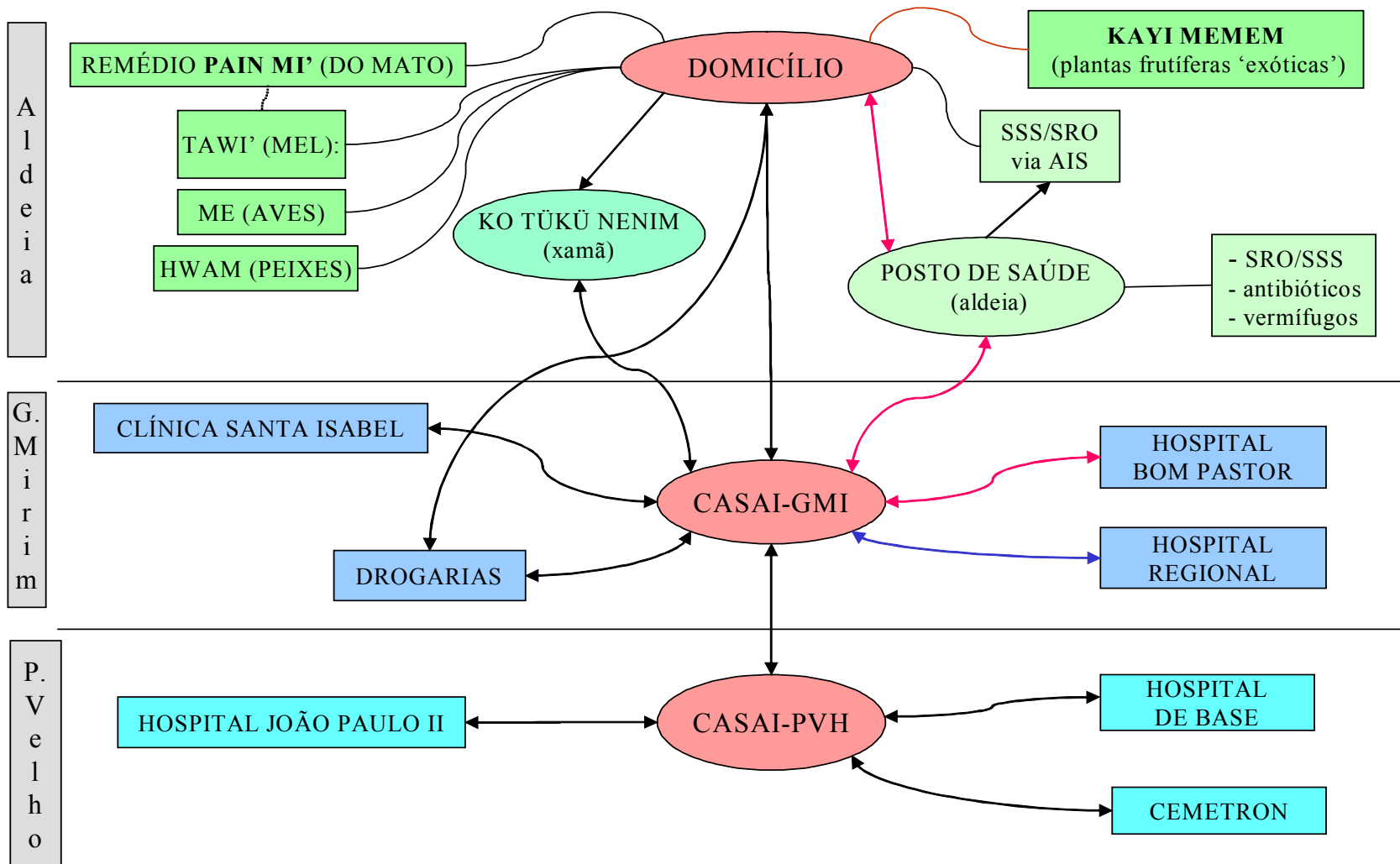
As situações de absurdo existencial dos personagens kafkianos podem parecer estranhas ao universo wari’, mas o “*clima de sonhos e pesadelos misturados a fatos corriqueiros*”, os “*absurdos de uma sociedade opressiva, ilógica e injusta*”, o “*aniquilamento da vontade humana*”, conforme comentários acerca das obras de Kafka nas contracapas, podem muito bem ser aplicados ao mundo em que os Wari’ estão imersos. O que parece uma simples busca por tratamentos reflete, em grande parte, um universo kafkiano. O PROCESSO de busca por recursos terapêuticos assemelha-se ao PROCESSO do senhor K. São sucessivas idas e vindas em busca de soluções. Os labirintos da rede de serviços de saúde, tal como o do obscuro e misterioso tribunal ao qual K. foi submetido, estão fora do controle dos Wari’. Os atores envolvidos estão distantes da realidade wari’. Oferecem esperanças, mas não mostram soluções. Para os Wari’ comuns, ou seja, a maioria, não há conhecimento de quem realmente controla a situação, de qual “juiz” comanda toda essa estrutura à qual estão submetidos. No final das contas, retorna-se ao mesmo ponto, a aldeia, e é necessário contar com os oficiais intermediários, aqueles que fazem parte da estrutura, mas estão no final da linha, hierarquicamente sem poder de mudanças e, em muitos casos, acomodados em seus postos de trabalho, pois, afinal,

também dependem da estrutura como ‘profissionais’. E o *ko tükü nenim*, que outrora tinha grande importância dentro da cosmovisão wari’, esmaeceu-se diante da mudança de realidade, quando o xamanismo se atualiza, latente, frente aos novos referenciais. Os Wari’ passaram, e continuam passando, por uma ‘metamorfose’ social e cultural, adaptando-se às novas identidades. Possuem o mínimo para sobreviverem em seu espaço tradicional. Assim, vagam pela ‘rede’ por onde são ‘encaminhados’ por forças meio estranhas, muitas vezes, alheios às razões de tais ‘processos’, como se cada paciente fosse um personagem kafkiano.

Segue, abaixo (figura 5), um esquema das trajetórias na busca por recursos de saúde, onde são indicadas todas as seqüências possíveis, tomando o domicílio como ponto de partida, passando pelos recursos locais, em Guajará-Mirim e em Porto Velho, ligando os setores informal, *folk* e profissional. A seqüência constatada como a mais comum, desde o domicílio, passando pelo atendimento primário no Posto de Saúde, encaminhamento para fora da aldeia e, indo além, até uma instituição de maior complexidade, está marcada em vermelho. Embora, como visto, a maioria não se estenda até um hospital para além da CASAI-GMI.

Figura 5:

ITINERÁRIO TERAPÊUTICO WARI' EM LAGE NOVO E LINHA DEZ (TI Igarapé Lage)



## DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Dadas as condições de precariedade da saúde dos povos indígenas e de problemas na sua resolução, as pesquisas apontam para a necessidade de haver um planejamento de programas e ações voltadas à saúde preventiva e curativa considerando os aspectos ambientais, sociais e culturais específicos de cada população juntamente com outros fatores. Um dos problemas é a falta de conhecimento da realidade sócio-cultural local pelos profissionais responsáveis.

A população Wari', após uma drástica redução no período do aldeamento pelo SPI e FUNAI (entre 1956-1969), mostra uma recuperação a partir dos anos 80 e um forte crescimento nos últimos anos, acima da média nacional. Conseqüentemente, é uma população bastante jovem, com mais da metade abaixo de quinze anos de idade, mais de vinte por cento abaixo de cinco anos de idade e poucos adultos acima de quarenta anos de idade. Aliado às precárias condições de abastecimento de água potável, destino dos dejetos humanos e lixo, presença de animais no peridomicílio e diminuição gradativa dos recursos naturais de subsistência, apresenta grande susceptibilidade às doenças gastrointestinais, especialmente diarreias, conforme refletido nos registros de atendimento primário e secundário de saúde. A situação da aldeia Linha Dez é mais problemática, com sérios problemas de abastecimento de água e ausência de infra-estrutura para destino seguro de dejetos humanos. Conforme Alam et al. (1989) o abastecimento de água potável e sua disponibilidade para higiene pessoal e doméstica, junto com algumas outras intervenções, diminuem significativamente a incidência de diarreia.

O sistema de cuidados em saúde consiste basicamente de três setores que mantêm relações de contigüidade: profissional, representado pelos serviços oficiais de saúde, suas estrutura e profissionais, inclusive os AIS; setor *folk*, que inclui as práticas de cura xamânicas wari'; e setor popular, onde podem ser incluídas todas as práticas de saúde não diretamente ligadas aos dois outros setores, com característica mais indiferenciada. Há algumas interseções entre o setor informal e os setores *folk* e profissional em função da incorporação de certos remédios ou formas de utilização em um setor, mas com origem em outro, e, também, através da atuação de profissionais que circulam entre os setores. Não há divisões estanques entre os setores, mas uma contigüidade intersetorial. Os setores não são herméticos e foram assumidos apenas como categorias analíticas.

Com base nos conceitos sobre os ‘tipos de realidade’ (física, social, bio/psicológica, simbólica e, por extensão, clínica) de Kleinman (1980) e das observações de campo, pode-se fazer uma analogia para o contexto wari’. Considera-se, assim, o indivíduo wari’ no meio ambiente amazônico, hoje transformado pela ocupação, com sua aldeia localizada em campo aberto para criação de gado, com a floresta preenchendo a maior parte da TI e as roças abertas tipicamente pelo método da coivara, formando um mosaico de vegetação espontânea e cultivada, além da hidrografia típica da região com seus igarapés correndo em direção ao rio Lage e os açudes na aldeia. Ocupando esse meio, além dos Wari’, os *karawa*, *me*, *hwam* e outros objetos naturais. Porém, a realidade física wari’ vai além da aldeia e TI, estende-se às fazendas do entorno e à cidade de Guajará-Mirim, para onde vão e vêm em função da realidade econômica, política e social mais ampla. É nessa realidade física que se insere o mundo social, onde se formam e vivem as famílias wari’, as redes de relações intra e interaldeias e extra TI, entre os Wari’ e destes com os *wiyam* (‘brancos’ e outros grupos indígenas), seja através de relações econômicas, políticas ou institucionais. É nesse meio que se cria, re-cria e acontece o sistema de normas e significados sociais implícitos que ajudam a constituir a realidade social wari’. É nas realidades física e social que o indivíduo wari’ se forma, mediado pela realidade simbólica, tornando-se pessoa wari’ com sua realidade biológica e psicológica próprias.

Sobre as instituições e papéis sociais, relações entre as pessoas, ambientes de interação, limitações nos campos político e econômico e outros fatores que influenciam as crenças e comportamentos que constituem as atividades instrumentais e simbólicas do ‘sistema de cuidados em saúde’, conforme Kleinman (1980), no contexto wari’ pode ser interpretado como segue. As instituições envolvidas são os hospitais, as Casas de Saúde do Índio (CASAI de Guajará-Mirim e Porto Velho), Farmácias e Drogarias, Postos de Saúde das aldeias, órgãos governamentais e não-governamentais responsáveis pelos serviços (basicamente FUNAI, FUNASA e CUNPIR) e toda a burocracia envolvida na saúde. Os papéis sociais são, por exemplo, aqueles desempenhados pelo wari’ doente e pelo especialista em cura, seja este qual for (*ko tükü nenim*, quando houver, AIS, médico, dentista, enfermeiros, etc.). As relações interpessoais são aquelas estabelecidas entre o especialista em cura e o doente, da família do doente com o doente e com o especialista em cura, destes com a rede social de relações que se estabelece com os outros Wari’ e demais envolvidos. Os ambientes de interação são a casa onde mora o paciente e sua família, o local das consultas no Posto de Saúde, CASAI ou outra instituição, além de qualquer outro

lugar onde haja interlocução do paciente, ou sua família, com algum especialista, ou leigo, a respeito da doença em processo. As limitações políticas e econômicas estão ligadas à infra-estrutura local de transporte, disponibilidade de recursos para obtenção de medicamentos adequados, modelo de Serviço de Saúde implantado com base na Distritalização, Pólos-Base, terceirização e todos os aspectos relacionados a esse modelo, inclusive controle social via participação de Conselheiros de Saúde Locais e Distritais. Por fim, os fatores ‘tratamentos disponíveis’ e ‘tipos de doenças’ estão estreitamente relacionados com os outros fatores destacados, especialmente a disponibilidade de tratamentos.

Conforme a discussão sobre a realidade clínica de Kleinman (1980), a dinâmica terapêutica observada entre os Wari’, diacrônica e sincrônica, é influenciada pelos aspectos culturais tradicionais do grupo, como organização social, cosmologia e xamanismo, mas estes aspectos também sofrem influência das modalidades terapêuticas, ou da “realidade clínica” em seu sentido mais amplo, existentes e introduzidas. Por isso, práticas de cura xamânicas, por exemplo, comuns há alguns anos, tendem a esmaecer-se no processo de atualização da identidade étnica wari’ diante da nova realidade, fenômeno este que sofreu influência importante também dos novos serviços de saúde introduzidos, com novos conceitos e práticas, resultando em modificações no mundo social e cultural. De maneira que é inevitável que mudanças ocorram no contexto cultural, na medida em que a realidade clínica é alterada, pois novos atores entram em cena, criam-se novas redes de relações, que criam nova realidade clínica, que cria mudanças na realidade social e assim por diante. Essa dinâmica pode ser observada em qualquer sociedade, mesmo na chamada ‘ocidental’, onde a medicina ‘ocidental’ como prática terapêutica e as instituições de saúde (hospitais, casas de saúde, etc.) surgem como formas oficiais de controle sobre o indivíduo e a sociedade ‘doentes’, como mostra Foucault (1999:79-98; 99-111) sobre “o nascimento da medicina social” e “o nascimento do hospital”. Porém, a realidade simbólica, centrada no indivíduo (tanto wari’ quanto não-wari’), não pode ser alterada repentinamente, ou se altera muito lentamente, do que decorrem problemas de relações e entendimentos entre indivíduos wari’ e profissionais de saúde do serviço oficial ou, de outra forma, a recorrência aos recursos de saúde pelo doente e sua família pode ter um significado que não se identifica com as pretensões dos prestadores do serviço. Estes, por serem os agentes oficialmente responsáveis pela saúde indígena, deveriam estar preparados para enfrentar as diferenças de realidades e facilitar as relações com o público atendido. Como observa Capra (2003b:23),

assim como as “redes vivas” estão sempre criando e recriando a si próprias através da transformação ou substituição dos seus componentes, a vida na sociedade também pode ser compreendida em termos de redes de comunicações. As redes vivas das comunidades humanas são redes de comunicações e, tal como as redes biológicas, são autógenas e o que geram é, basicamente, imaterial.

Cada comunicação cria pensamentos e significados que dão origem a novas comunicações e, assim, a rede está continuamente gerando a si própria. À medida que as comunicações acontecem em uma rede social, elas acabam produzindo um sistema compartilhado de crenças, explicações e valores – um contexto comum de significados, conhecido como cultura, que é sustentado continuamente por novas comunicações. Através da cultura, os indivíduos adquirem identidades, como membros da rede social (Capra, 2003b:23).

Dessa forma, estabelecendo-se qualquer tipo de comunicação, há participação na rede social e, por conseguinte, na cultura. Quando estamos em contato com o ‘outro’, passamos a ser membros de uma mesma rede social e, de alguma forma, estamos produzindo uma ‘cultura’ comum e não, como se costuma pensar, interferindo na ‘cultura’ desse ‘outro’.

Essa visão tem relação com a interpretação de Jackson & Jackson Carrol (1994) sobre o significado social da rotina, com base em pressupostos de Giddens (1984; 1989). Apesar de haver uma tendência das pessoas em manter comportamentos de modo a perpetuar sua cultura, de algum modo, há influência de tentativas difusas de alterar certos comportamentos. A cultura não deve ser vista, entretanto, como conteúdos fixos, mas como um conjunto de princípios, onde a emergência de significados ocorre na ação cotidiana. Além disso, há as diferenças entre o que os pais dizem e o que eles fazem, no caso aqui analisado, em relação às doenças diarréicas de suas crianças. Dessa forma, podemos explicar a resistência das mães em aceitar o uso de SRO ou de preparar o soro caseiro, como mencionado nas entrevistas com os AIS (ver anexo 9). Como indicado por Ryan (1998) e outros pesquisadores, as pessoas organizam suas buscas por tratamento de forma pragmática, a fim de resolver o problema em pouco tempo e utilizando o menor número de recursos. Tendo as mães wari’ a percepção de que a SRO ou SSS ‘aumenta o vômito’ ou ‘não faz parar a diarreia’, dificilmente passarão a administrá-la em suas crianças doentes. A concepção das mães, evidenciadas nas entrevistas com elas e com os AIS, é de que a finalidade do ‘remédio’ deve ser ‘parar a diarreia’. A SRO/SSS, vista como ‘remédio’, não atende a esse pressuposto das mães. Hudelson (1993) também percebeu diferenças de concepção sobre a função da SRO entre as mães e as dificuldades de mudar os seus modelos explicativos, de maneira que novas informações e tratamentos podem ser filtrados



pelas crenças e práticas locais, modificando-os. Porém, isso não implica que não possa haver mudanças de percepção, desde que se criem as condições, conforme indicado por Hounsa et al. (1993). Pois outros estudos (p.e., Green, 1986) indicam que não há, necessariamente, barreiras culturais significativas à adoção de TRO.

Daí a importância de um bom trabalho de observação, já que muitas informações acabam não aparecendo em entrevistas ou diálogos, muitas vezes por estarem ligadas a comportamentos ‘automáticos’ e, portanto, serem de difícil abstração. Esta foi uma questão importante na pesquisa com os Wari’, os quais não possuíam respostas para muitas perguntas dirigidas diretamente sobre um determinado assunto, principalmente as mães de menores de cinco anos, o que me levou a depender muito mais de uma observação mais atenta do cotidiano.

A ocupação das casas é mais ou menos densa, dependendo da família ser mais ou menos numerosa (ver Tabela 2 e Tabela 6). Conforme as questões de densidade populacional de Root (1997) e ocupação por domicílio de Oslen (2001), considera-se que esses fatores têm relação com maior ou menor risco de infecção, tanto para doenças gastrointestinais, como verminose e diarreias, quanto por outras doenças infecto-contagiosas, como IRA e Tuberculose. Outro ponto importante discutido por Olsen (2001) é a ocupação das casas por menores de cinco anos, um fator prognosticador de certas infecções. Para Lage Novo, não há dados que permitam cálculos precisos sobre o prognóstico de infecção representado por essa faixa etária, mas alguns pontos podem ser discutidos a respeito. Das 41 casas, 68,29% (28/41) têm menores de cinco anos, variando de um a três por casa. Há casas em que moram um casal e três filhos menores de cinco anos. Numa casa, por exemplo, mora um casal e cinco filhos, sendo três menores de cinco anos. Várias outras casas são habitadas por um casal, vários filhos, sendo um ou mais menores de cinco anos. Em outras casas, moram pais, filhos e neto(s), com ou sem a presença do genro, o qual costuma, via de regra, morar na casa dos sogros por algum tempo após a união conjugal, mas há casos de mães solteiras. Não é difícil imaginar que uma mulher wari’, responsável por praticamente todas as atividades domésticas de higiene e alimentação, tenha dificuldades para cuidar adequadamente de dois ou três filhos menores de cinco anos. Nestes casos, geralmente, um deles está sendo amamentado e outra criança possui entre um e três anos de idade, portanto, com maior grau de exposição e sem contar com o fator protetor do leite materno, conforme apontado por Mulder-Sibanda & Sibanda-Mulder (1999) e (Bittencourt et al. 1993). Os menores de cinco anos representam 22%

(58/264) da população de Lage Novo (em abril de 2003), sendo que o conjunto de menores de 15 anos representa 54,5% (144/264), ou seja, mais da metade da aldeia são crianças ou adolescentes. Há uma proporção muito grande de dependentes. Um fator que ameniza essa dependência é que há idosos aposentados, cujos proventos auxiliam no sustento de suas famílias e compensam o fato de não renderem em outras atividades como os adultos jovens. Entretanto, uma questão fundamental é a ocupação das mães com suas crianças.

É senso comum que as mulheres indígenas costumam amamentar por períodos relativamente longos e as crianças estão sempre com os peitos disponíveis. Entre os Wari', a amamentação é praticamente exclusiva até por volta do quarto mês. Não há restrições com relação ao colostro, fenômeno observado em grupos da Nigéria por Davies-Adetugbo (1997). Entretanto, em situações em que a mãe possui mais de um filho menor de cinco anos e acumula muitas tarefas cotidianas, a realidade tende a ser diferente. A pesquisa com os Wari' mostra que isso ocorre com muitas mães, ficando evidentes os efeitos negativos na saúde das crianças e das próprias mães. A análise de Coreil (1991) indica que a limitação de tempo materno pode ter um impacto negativo sobre a saúde na ausência de outra pessoa para tomar conta da criança. Este é um fator importante no contexto wari', onde todas as tarefas domésticas, além de certas atividades da roça, são de responsabilidade da mulher. Isto se torna mais problemático quando há vários filhos pequenos e não se dispõe de uma outra pessoa para tomar conta deles ou prestar auxílio em certas situações de sobrecarga de trabalho. O número e idade de outras crianças na família são variáveis importantes que afetam o comportamento de cuidados maternos.

Várias questões levantadas por Olsen et al. (2001) são cabíveis na realidade wari' e são metodologicamente interessantes, cruzando dados epidemiológicos com informações qualitativas interessantes do ponto de vista antropológico, além de serem muito práticas e passíveis de aplicação em medidas de controle. As infecções por helmintos podem ser consideradas também como indicadores de risco de infecção por agentes causais de doenças diarréicas. A pesquisa entre os Wari' mostrou que, a despeito de tratamentos anti-helmínticos freqüentes, relatos de eliminação de vermes não são incomuns e a prevalência de doenças diarréicas só perde para as infecções respiratórias. A questão da densidade populacional levantada por Root (1997) deve ser vista, para os Wari', pela densidade de ocupação por domicílio e, adicionalmente, enfocando o grupo de menores de cinco anos, que é a faixa que indica maior prognóstico de infecções. As residências indígenas, em geral, e Wari', em particular, são bem preenchidas por ocupantes, o que tem relação

também com o tamanho relativamente reduzido de boa parte delas. As latrinas das aldeias wari' são antigas, em estado precário e subutilizadas, a observação de campo evidencia a preferência pelo uso da capoeira ou do peri-domicílio, principalmente pelas crianças pequenas. Quanto ao hábito de lavar as mãos e, principalmente, com uso de sabão, não são os hábitos mais comuns entre os Wari' de forma geral. Comparando estes aspectos wari' com os dados e análise de Olsen et al. (2001), pode-se deduzir grande probabilidade de infecção, tanto por helmintos como outros enteroparasitas, nessa população, onde seria interessante aplicar um estudo metodologicamente semelhante, o qual requereria uma equipe multidisciplinar. O papel das mães no cuidado com as crianças é um fator importante a ser incorporado numa pesquisa com essa temática.

A nutrição dos Wari' é deficiente (ver Tabela 5) e isto, provavelmente, deve refletir no desenvolvimento das crianças. Além disso, conforme explicado por Black et al. (1984), melhorar a nutrição não é suficiente para reduzir a incidência de diarreias, mas influencia na duração dos episódios e diminui as conseqüências nutricionais negativas.

Apesar de se considerar as condições ambientais e de moradia, tais como a densidade populacional, infecção por helmintos, hábitos de higiene, nutrição e saneamento deficientes, como fatores relacionados com as doenças diarreicas, é necessário deixar claro que há outros fatores mais amplos subjacentes a estes, que envolvem graves questões históricas, sociais, econômicas e de relações de poder que envolveram os Wari' e outros povos indígenas da região ao longo dos anos de contato. Essas condições se mantêm na atualidade, mesmo que assumindo outras formas. Planejadores e gestores de programas dirigidos a essa população devem refletir sobre em que nível haverá intervenção. Há medidas que agem sobre fatores mais imediatos, mas não se pode desprezar as questões mais amplas que afetam as condições gerais de vida do grupo.

Os Serviços de Saúde, atualmente prestados, mostram deficiência de estrutura e gerenciamento, alguns problemas de relações entre profissionais e público atendido e falta de medicamentos básicos. A implantação do DSEI de Porto Velho e, no caso específico dos Wari', do Pólo Base de Guajará-Mirim representou uma melhora na estrutura da Casa de Saúde do Índio de Guajará-Mirim (CASAI-GMI) e, no início dessa mudança, melhor atendimento primário e secundário de saúde. Porém, a avaliação atual dos usuários é de que houve piora no decorrer dos três anos de convênio entre CUNPIR e FUNASA e há quem avalie que, no tempo da FUNAI, o serviço de saúde era melhor. O controle social, apesar das dificuldades de participação efetiva dos conselheiros wari', representou um avanço e

começa a criar uma nova mentalidade sobre a participação dos Wari' nas políticas públicas voltadas à população indígena, principalmente entre alguns membros das gerações mais jovens. Os AIS estão recebendo cursos periódicos desde 2000. No entanto, não há clareza sobre o papel dos AIS. A integração entre eles, e deles com os profissionais de saúde da FUNASA e entidade conveniada é inconsistente.

As idéias sobre causalidade de doenças variam de acordo com a maior ou menor influência do pensamento tradicional, enraizadas à cosmologia ligada ao xamanismo, além de características idiossincráticas. Há incorporação de certos agentes etiológicos próprios da biomedicina às interpretações etiológicas originárias da cultura tradicional wari', a qual foi adaptada às influências pós-contato. De modo geral, há associação entre diarreia e 'sujeira', mas a concepção do que é 'sujo' ou 'limpo' é relativa, não havendo também uma referência explícita à noção de 'contaminação' para diferenciar de 'sujeira', tal como verificado por Goldman et al. (2001), com exceção dos AIS, professores e alguns outros. A categorização wari' das doenças é explicitada principalmente pela nosologia. A etnotaxonomia das doenças diarreicas caracteriza-se por uma categoria genérica (*honko' na*), algumas categorias paralelas no mesmo nível taxonômico (*kati na munu, we', om na kwerekun, mete'*) e uma série de categorias subordinadas (*honko' ak kom na, honko' ak mowi na, honko' ma' na wik, honko' kati na munu, 'fezes verdes', honko' ka ko nüo ni*), as quais não são, necessariamente, exclusivas nem estanques, mas são características nosológicas que podem variar ao longo do processo da doença. Essa taxonomia nosológica wari' de doenças diarreicas possui características semelhantes com várias outras etnografias, como Langdon & MacLennan (1979) na Colômbia, Green (1985) na Suazilândia, Nichter (1988) em Sri Lanka, Baclig & Patrick (1990) na Tailândia, Jackson & Jackson-Carrol (1994) no Nepal, Cogswel et al. (1991) na Nigéria e, principalmente, Ryan & Martínez (1996) no México. Todas seguem, basicamente, os mesmos critérios: consistência das fezes, cor, cheiro, presença de sangue e/ou muco, que são características denotativas, conforme explicado por Nichter (1991).

Uma série de aspectos podem estar influenciando na escolha e na busca de um recurso terapêutico para um evento particular de doença. Geralmente, há um uso de vários recursos ao mesmo tempo ou em momentos subseqüentes de um mesmo processo de doença. Muitos trabalhos etnográficos em antropologia da saúde (p.e., Mwabu, 1986; Pérez-Cuevas et al., 1996; Ryan, 1998) têm demonstrado essa busca, simultânea ou consecutiva, por vários recursos terapêuticos ao longo de um processo de doença. Também

pude observar esse fenômeno entre os Wari', tanto no caso de doenças diarréicas como em outros tipos de doenças.

Como Barros et al. (1991:62) discutem para a realidade daquela pesquisa, 'a diarréia é considerada um evento diário, sendo causa de preocupação, apenas, caso ela se agrave' e, como mostrado para os Wari', as crianças pequenas ou bebês, por serem considerados mais vulneráveis pelas mães, foram mais freqüentemente levados aos serviços de saúde do que as mais velhas, o que vem reforçar a importância do manejo domiciliar das diarréias. Outro fator a considerar é que a faixa etária abaixo de cinco anos é a de maior prevalência.

O atendimento no nível primário (Postos de Saúde/AIS) mostra resolutividade baixa para casos mais graves de diarréia e disenteria. Na CASAI-GMI, a ocorrência de doenças gastrointestinais é bastante freqüente, muitas vezes, aparecendo como agravo secundário, não sendo o motivo da internação. Os dados mostram que parte dos casos de diarréia em pacientes internados ocorre após a internação na CASAI-GMI.

Cerca de 30% dos casos atendidos no Posto de Saúde referem-se a doenças gastrointestinais, em sua maioria diarréias. Dos atendimentos realizados na CASAI-GMI, praticamente a metade apresentaram problemas gastrointestinais e, destes, pouco mais da metade apresentaram diarréia em algum momento da internação. Uma taxa de 37% dos casos de internação deu entrada na CASAI-GMI com pelo um sinal/sintoma/queixa gastrointestinal, dos quais, 50% deram entrada já com diarréia. A análise dos dados mostrou que praticamente 28% dos casos de diarréia registrados nos prontuários da CASAI-GMI ocorreram após a internação, o que é preocupante para o Serviço de Saúde.

A faixa etária mais freqüentemente afetada pelas doenças diarréicas em todos os níveis de atendimento é a de menores de cinco anos de idade, representando praticamente 35% das internações e 47,6% dos casos com problemas gastrointestinais. Essas constatações estão de acordo com os resultados de outras pesquisas, as quais também registram essas faixas etárias como as mais afetadas e justificam o fato de a maioria das citações tratar de 'diarréia infantil'. A recorrência dos Wari' das duas aldeias à CASAI-GMI está mais bem distribuída entre as faixas etárias do que os atendimentos registrados no Posto de Saúde das aldeias quando consideradas as categorias crianças e adolescentes versus adultos. Esses dados sugerem que os adultos, quando recorrem a algum serviço de saúde oficial, tendem a ser mais encaminhados do Posto de Saúde para a CASAI-GMI do que as crianças e adolescentes. Tomando-se as duas aldeias em conjunto, praticamente 38% dos indivíduos da aldeia foram internados, pelo menos uma vez, no triênio 2000, 2001 e

2002. A maioria dos internados é de menores de 15 anos de idade. Praticamente a metade das internações foi realizada repetindo indivíduos que já haviam sido internados pelo menos uma vez.

O itinerário terapêutico inicia no domicílio e, a partir daí, pode tomar vários rumos, mantendo-se dentro dos limites e recursos da aldeia ou, em casos considerados mais graves em que não há resolutividade no Posto de Saúde, segue para a cidade de Guajará-Mirim ou, eventualmente, para Porto Velho. Dentro da aldeia, o caminho mais freqüentemente seguido é domicílio - Posto de Saúde - domicílio. Os tratamentos domiciliares, neste caso, incluem recursos tradicionais, de origem vegetal ou animal, extraídos da floresta e remédios adquiridos em drogarias ou outros pontos de aquisição. Na cidade de Guajará-Mirim, a CASAI-GMI é o principal destino dos doentes, de onde casos mais graves, ou que exijam exames mais complexos, são encaminhados para outras Unidades de Saúde, retornando, em seguida, para a CASAI-GMI e, então, de volta para a aldeia. A unidade de saúde mais freqüentemente utilizada para além da CASAI-GMI é o Hospital Bom Pastor. Em seguida, o Hospital Regional e, por último, a Clínica Santa Isabel.

No caso do encaminhamento de pacientes da CASAI-GMI para outras instituições hospitalares, trata-se de uma ação de saúde deliberada e de origem externa, no sentido colocado por Dunn (1976 *apud* Nations, 1986), ou seja, independe da vontade do paciente e ocorre fora do ambiente de domínio dos wari'. Essa ação pode melhorar ou piorar a saúde, embora os resultados mostrem que a resolutividade é baixa e há uma grande recorrência dos mesmos pacientes para esses estabelecimentos.

Semelhantemente ao relatado por Terra de Souza et al. (2000), o retardamento na procura de recursos terapêuticos, seja por questões comportamentais/culturais ou por deficiência dos serviços, é um fator potencialmente perigoso que pode piorar o quadro ou, inclusive, levar à morte. Outro ponto comum com o contexto dos Wari' é o fato de que a maioria dos casos relatados por Terra de Souza et al. (2000) passaram, pelo menos uma vez, pelo atendimento médico ou internação em hospital e, mesmo assim, acabaram indo a óbito, ou seja, há sérios problemas de resolutividade. Apesar do potencial viés metodológico baseado no *recall* dos entrevistados, evidências dos registros dos serviços confirmam quadros semelhantes. Os registros de atendimento dos Wari' evidenciam que muitos pacientes recorrem ao serviço de saúde e retornam para as aldeias várias vezes e os mesmos problemas de saúde permanecem (ver os dois exemplos detalhados no capítulo VI). Fica claro que os serviços acabam servindo apenas para tratar sinais e sintomas

imediatos e estão dirigidos, na prática, para a abordagem de manejo da doença já manifestada e não para sua prevenção e medidas que levem à resolução de fato, muito menos para a promoção da saúde.

As práticas de cura xamânicas são reminiscentes, atualmente, em função da realidade atual de relação com o mundo espiritual, intermediado por outras vias, especialmente pelas missões evangélicas, o que é comparável à situação dos Tupi-Mondé, conforme analisado por Brunelli (1996). Nas aldeias Lage Novo e Linha Dez, não há xamã (*ko tükü nenim*) em atuação com práticas de cura. O contexto wari' atual nessas aldeias, dessa forma, mostra-se diferenciado em relação às realidades encontradas por Conklin (1989) e Vilaça (1992). A nova realidade nas políticas oficiais de saúde é um fator que também vem contribuindo para a mudança de visão sobre causalidades e práticas terapêuticas.

Apesar de vários estudos na Amazônia com populações caboclas e indígenas (*cf.* Di Stasi & Hiruma-Lima, 2002), como o de Reeve (2000), demonstrarem um conhecimento rico em plantas medicinais, inclusive por mim mesmo observado em grupos indígenas da região do Acre, a variedade de plantas medicinais da floresta citadas pelos Wari' foi relativamente pequena, particularmente em se tratando de doenças diarréicas. Para estas doenças, os Wari', mesmo assim, conhecem uma variedade de recursos terapêuticos. Alguns desses são potencialmente úteis no combate à desidratação, como alguns de origem vegetal e vários tipos de méis. De alguns, como o *tawit*, retira-se o líquido da raiz aérea da planta, bebendo-o diretamente. De outros, bebe-se o líquido após a preparação de chás. Entretanto, na prática, não são muito utilizados, devido à dificuldade de obtê-los na floresta, escassez ou pela relativa facilidade de recorrer a outros recursos 'domésticos', como as espécies frutíferas introduzidas (*kayi memem*), e aos Postos de Saúde/AIS.

Há o costume mais ou menos disseminado entre eles de se adicionar sal e/ou açúcar às infusões de vegetais (chás), fato que pode ser tanto benéfico quanto prejudicial, dependendo da dosagem e proporção utilizadas de sal e açúcar, questão levantada também por Green (1986) e por Barros et al. (1991). Essa prática representa uma alternativa a ser mais bem investigada como reidratante ou preventivo de desidratação, pois, desde que usado numa concentração adequada, pode ser um elemento importante para esse fim. A água de coco pode constituir um bom auxiliar na prevenção e tratamento de desidratação e o cultivo dessa espécie poderia ser estimulado. Conforme Green (1986) também sustenta, o uso de recursos locais, alimentos e bebidas, apropriados para doenças deveria ser

incentivado por projetos de marketing social. No entanto, problemas como os levantados por Chowdhury et al. (1991), sobre disponibilidade e dificuldade de preparar, devem ser avaliados.

O conhecimento sobre TRO, SRO ou SSS, especialmente entre as mães de menores de cinco anos, é insipiente e, quando há algum conhecimento, é deficiente. Não há clareza sobre a função do soro de reidratação, levando a dificuldades de aceitação. Praticamente, nenhuma delas demonstrou possuir conhecimentos básicos sobre o assunto. Todas as respostas sobre forma de preparo e administração da SRO não estão de acordo com as recomendações técnicas, assemelhando-se muito com a descrição do estudo feito por Mull & Mull (1988) no Paquistão e por Nichter (1988) no Sri Lanka, ou aquém da situação descrita para as mulheres haitianas por Coreil & Genece (1988). Questões importantes que também dificultam a adoção e utilização adequadas da TRO são a falta de instrumentação e noções de medida compatíveis com as recomendações para o preparo de SRO ou SSS. Os AIS são as únicas pessoas com conhecimento mínimo sobre o assunto e que possuem as medidas padrões (colheres próprias para dosar sal e açúcar), retendo esse conhecimento e criando uma situação de dependência técnica. Essa situação se aproxima muito daquela descrita por Nations & Rebhun (1988b), em que ocorre uma mistificação de um processo tecnicamente simples e que representa uma extensão da mistificação do conhecimento biomédico mais complexo, de forma a criar um certo *status* diferenciado entre os profissionais de saúde, no caso wari', incluindo os AIS, dos leigos em geral. A terapia de reidratação oral é administrada praticamente só pelos AIS. Outra dificuldade para o preparo da SRO é, muitas vezes, a falta dos ingredientes básicos (sal e açúcar) no domicílio e também no Posto de Saúde, bem como dos envelopes de SRO padrão. Nas aldeias wari', iniciativas de disseminação de TRO, semelhantes às descritas por Nations et al. (1988), deveriam incluir as próprias mães e buscar uma nova estratégia por parte dos AIS, os quais detêm, hoje, essa 'tecnologia' e 'ritualizam' sua administração, estabelecendo uma relação de dependência técnica, material e de conhecimento. Os dados de Coreil (1988) reforçam a idéia da inclusão das mães nas estratégias de TRO, ao afirmar que "o maior envolvimento das mulheres nas terapias cria, *a priori*, uma elevada receptividade para inovações que se apliquem às crianças".

Há necessidade de se encontrar a melhor estratégia e meios de sustentabilidade de programas de disseminação de TRO para cada realidade específica, conforme apontado por Fox (1988), como a realidade wari' por exemplo. Desde que adequados, contínua e



periodicamente avaliados, certamente refletirão nos registros de saúde. No caso dos Wari', dificilmente se obteria algum ganho com textos nas embalagens de SRO, como sugerido por Eisemon et al. (1987), no caso de estudantes. Entretanto, poderia ser pensado um mecanismo de difusão por meio de textos bilíngües sobre o assunto, semelhante aos já existentes sobre outros temas, associando com oficinas práticas envolvendo não só escolares, mas, também e, principalmente, as mães wari', além de visitas domiciliares regulares para acompanhamento e avaliação da estratégia. Tais atividades poderiam ser executadas pelas Equipes Volantes de Saúde (EVS) ou por auxiliares de enfermagem que, preferencialmente, deveriam permanecer por períodos relativamente longos nas aldeias, envolvendo sempre os AIS.

Algumas mulheres entrevistadas disseram que as crianças nunca tiveram *honko'* e outras não emitiram nenhuma resposta diretamente para várias questões. Negar a ocorrência de episódios da doença não significa que não houve qualquer episódio de fato. As mães, tendo a responsabilidade maior de cuidar de suas crianças, podem recear possíveis acusações de desleixo em relação aos filhos. Omitir pode representar uma estratégia de defesa. Outra possibilidade é o não reconhecimento de um episódio de diarreia devido a diferenças de percepção e diagnóstico, conforme evidenciado por Cogswell et al. (1991).

O que ocorre é uma distância entre os modelos explicativos dos profissionais de saúde e os modelos explicativos dos Wari' para os mesmos processos de doença. Como Kleinman (1980:73) observa, os ME dos profissionais estão, geralmente, orientados para a *disease* (noções patológicas ligadas estritamente à fisiologia e psicofisiologia), enquanto os ME dos não-profissionais estão orientados para a *illness* (noções patológicas ligadas às questões psicosociais e culturais).

Quanto à tomada de decisão por tratamentos, os resultados que observei entre os Wari' se identificam com o de Yoder & Hornik (1996), tanto nos registros de casos de diarreia nos Postos de Saúde nas aldeias e CASAI-GMI como nos depoimentos coletados. É muito comum que os pais wari' levem uma criança doente ao Posto de Saúde, a qualquer hora do dia ou da noite, quando ela está com febre, o que indica a importância deste sintoma na tomada de decisão pela busca de tratamento no serviço de saúde. Além disso, febre é, sem dúvida, o sintoma mais freqüente nos registros de atendimento dos AIS e os medicamentos antipiréticos são os mais consumidos. Vômito é outro sintoma para o qual os pais wari' dão grande importância e leva à tomada de decisão por um tratamento no Posto de Saúde ou mesmo para um encaminhamento, pelo AIS, para atendimento fora da aldeia.

Não posso afirmar que ‘cansaço’ ou ‘desânimo’ seja considerado um sintoma responsável por decisões de busca por tratamento freqüente entre os Wari’, mas esse sintoma aparece com bastante freqüência nos registros de atendimento dos AIS e mesmo do serviço de enfermagem da CASAI-GMI. Neste último caso, a avaliação é, geralmente, do profissional de saúde e não, necessariamente, do doente ou acompanhante. Ademais, a ‘presença de sangue nas fezes’ é, sem dúvida, um sinal que os Wari’ consideram como grave em episódios de diarreia e, geralmente, é este sinal que determina a busca por tratamento no Posto de Saúde ou encaminhamento para a CASAI-GMI. Também de importância, mas nem tanta, é a ‘presença de muco’ ou ‘catarro’ nas fezes. Nesse caso, não é o muco em si que demonstra ser um sinal de gravidade determinante de decisão por busca de tratamento pelos Wari’, mas, muito mais, o desconforto provocado por esse tipo de diarreia (*honko’ ak mowi na*). Esses mesmos sinais (muco ou sangue, vômito e febre) foram verificados como determinantes para as mães diagnosticarem um episódio de diarreia na Nigéria, conforme descrito por Cogswel et al. (1991). Também estão entre os sinais que determinam a necessidade de cuidados médicos de acordo com a OMS (WHO, 1990). Ao mesmo tempo em que esses sinais apontam gravidade, entre os Wari’ e outras sociedades, e decisão por busca de tratamento nos serviços de saúde, apontam também a necessidade dos profissionais atentarem mais para outras categorias, como ‘diarreia como água’ (*honko’ ak kom na*), por exemplo, que representa risco de desidratação e não é tão determinante na busca por tratamento.

Os dados de Pérez-Cuevas et al. (1996) também apresentam semelhanças com os Wari’ e com o estudo de Yoder & Hornik (1996), em relação aos sintomas considerados mais graves e que determinam, em geral, decisões pela busca de cuidados nos serviços de saúde. Outro ponto semelhante é o uso de recursos caseiros ou automedicação e de serviços médicos, concomitantemente ou seqüencialmente, para um mesmo episódio de doença. O estudo de Pérez-Cuevas et al. (1996) tem caráter descritivo e, neste sentido, se aproxima de meu trabalho com os Wari’, embora, por outro lado, possua dimensões bem mais amplas.

Desenvolver um modelo preditivo, semelhante ao de Ryan & Martínez (1996), por exemplo, entre os Wari’ seria uma tarefa bastante difícil, o que exigiria um desenho diferenciado e realizado em várias aldeias pela necessidade de coletar dados através de entrevistas, montar um modelo formal a partir dos dados obtidos e, num terceiro momento, testar o modelo com itinerários hipotéticos em uma amostra independente. Fatores como tempo e recursos disponíveis, dificuldade de linguagem e resistência, principalmente das

mulheres wari’, em emitir respostas de acordo com o esperado e necessário para a montagem de um modelo dessa natureza, limitariam em muito tal empreitada. Outrossim, no caso dos Wari’, a variação intracultural é marcante, já que o grupo “Wari” é uma invenção pós-contato que reuniu oito grupos étnicos que compartilhavam fatores culturais e lingüísticos, mas que mantinham diferenças e identidades próprias, as quais ainda persistem em algum grau. Uma aldeia wari’, hoje, é marcada pela presença de indivíduos e famílias que pertencem a esses diferentes ‘subgrupos’ e fazem questão de marcar suas identidades um em relação ao outro, o que, de fato, pode ser verificado nas variações da língua, dos mitos e outros aspectos intrínsecos. Essa variação intracultural, certamente, afeta também questões relacionadas à saúde, embora eu não tenha dados concretos que possam demonstrar essa hipótese, mas é uma questão interessante para uma pesquisa futura. Além da variação intracultural mais ampla relativa aos subgrupos wari’, a população wari’ de uma mesma aldeia apresenta outras variações internas as quais, creio, seria reducionista se as considerasse simplesmente no plano do ‘tradicional’ ou do ‘moderno’. Esses conceitos são demasiado ambíguos e classificar comportamentos, associando-os aos conceitos de ‘moderno’ ou ‘tradicional’, é um procedimento que estaria muito sujeito à subjetividade, o que não seria de todo mal, mas, também, a idéias pré-concebidas de valor. As variações são mais de ordem ocupacional ou profissional e de gênero, as quais são indissociáveis das respectivas histórias de vida. Percebem-se diferenças mais marcantes entre indivíduos das gerações mais antigas, principalmente daqueles que nasceram antes do contato, ‘na maloca’ ou ‘no mato’, como costumam dizer, e daqueles que nasceram após os aldeamentos sob a jurisdição do SPI e, posteriormente, FUNAI. Tais diferenças são naturais na medida em que as novas gerações nasceram e cresceram com outros referenciais que serviram de base para suas realidades sociais, culturais e simbólicas, como a escola, a cidade, o comércio, os missionários, as novas relações interétnicas, etc. Todas essas diferenças, certamente, influenciam nas interpretações sobre doenças e nas tomadas de decisões sobre os tratamentos e itinerários mais adequados para cada caso. Estabelecer um modelo de tomada de decisão por tratamentos ou de itinerário terapêutico padrão para os Wari’ seria uma tarefa difícil, mais ainda se a proposta fosse a elaboração de um modelo preditivo. Entretanto, é perfeitamente possível estabelecer um modelo descritivo com base nas observações de casos concretos de doenças e seguindo as seqüências de recursos buscados/utilizados para, então, realizar uma análise e montar um modelo descritivo geral, apontando os ‘comportamentos de busca por tratamentos’ ou seqüências mais freqüentes

para a categoria de doença em questão. Ademais, conforme Ryan (1998), pequenas amostras e crescente complexidade (em termos de opções) de tratamentos tornam difícil, para o pesquisador, identificar padrões gerais de comportamentos numa comunidade.

A busca por tratamento começa em casa, mas, principalmente no caso de menores de 15 anos, tem como passo seguinte quase inevitável o Posto de Saúde da aldeia e, na seqüência, continua sendo a faixa etária que mais recorre à CASAI-GMI e outros estabelecimentos de saúde na cidade. Os registros de atendimento mostram que alguns indivíduos são internados várias vezes em curtos intervalos de tempo, podendo permanecer apenas na CASAI-GMI ou serem encaminhados para outro estabelecimento de maior complexidade, nesses casos, via de regra, retornando para a CASAI-GMI. Dos recursos buscados fora da aldeia, a maioria se restringe à CASAI-GMI. Apresento um modelo descritivo de busca por tratamento, mostrando quais os caminhos mais seguidos pelos Wari' quando em busca de recursos de saúde. Este modelo se aplica tanto às doenças em geral quanto às doenças gastrointestinais e, especificamente, doenças diarréicas.

Entre os Wari', como já colocado, é perceptível a importância maior que se dá a alguns sinais e sintomas para decidir sobre a busca de tratamento, como a febre e a presença de sangue. Porém, outros fatores também podem ser determinantes dependendo de cada caso, como a idade (crianças são mais suscetíveis) ou o estado geral de saúde. A perda de capacidade de trabalho é um fator importante. Quando isso acontece, considera-se que a pessoa está fraca e, portanto, necessita de cuidados. A recorrência a um recurso, nesse caso, ocorre após um certo diagnóstico, o enquadramento do evento numa categoria nosológica, rotulada ou não, definido por sinais ou sintomas marcantes e com níveis de gravidade que requerem algum tratamento. Em relação às doenças diarréicas, a partir dos dados e análise deste trabalho, podemos afirmar que é mais provável a decisão pela busca de algum recurso de saúde extra-domiciliar nos casos de alguns tipos de diarréias ou categorias nosológicas wari' para *honko'*, como *honko' ma' na wik* ('com sangue'), *honko' ak mowi na* ('com muco') e *honko'* associada com *we'* ('vômito'). A categoria mais comum, *honko' ak kom na* ('como água') não é tão determinante na decisão pela busca de recursos fora do domicílio, sendo que o número de casos dessa categoria, registrado nos atendimentos, está mais associado a sua alta prevalência. No entanto, não há como afirmar qual é a probabilidade, em termos estatísticos, de um Wari' procurar recurso fora do domicílio de acordo com essas categorias nosológicas, pois há uma série de fatores contextuais que limitam uma abordagem precisa nesse sentido.

Neste trabalho, procurei analisar as relações entre a ocorrência de doenças diarréicas na população wari' das aldeias de Lage Novo e Linha Dez, Terra Indígena Igarapé Lage, e os aspectos ambientais e culturais. Alguns pontos específicos indicados ao longo do texto necessitariam de pesquisa e análise mais detalhadas dentro de uma perspectiva interdisciplinar e multiprofissional, com o desenvolvimento de desenhos metodológicos mais sistemáticos. Entretanto, de um modo geral, o trabalho apresenta dados e análises importantes do ponto de vista cultural e para os serviços de saúde prestados à população pesquisada. Espero ter contribuído para um melhor conhecimento sobre o contexto cultural das doenças entre os Wari', mas com a consciência de que este não é o fim de um trabalho.

Por fim, quero ressaltar algumas questões relativas ao estudo antropológico de crianças indígenas, mas que permanecerão sem muitas respostas, já que são relativamente escassos os estudos que analisam a criança indígena de um ponto de vista antropológico e sociológico nas culturas indígenas em geral. Essas preocupações foram levantadas pela saudosa antropóloga Aracy Lopes da Silva, juntamente com outros autores, conforme segue:

Como vivem as crianças indígenas? Do que brincam? Quais são seus interesses? Sobre o que aprendem e como o fazem? Como ocupam seu tempo? Como se pode conhecê-las? Há pesquisas sobre elas? De que perspectivas é possível realizá-las? Qual a contribuição que os estudos sobre infância nas sociedades indígenas podem trazer à etnologia brasileira e que impacto provocarão na produção de conhecimento antropológico? E por fim, mas não menos importante, que relevância esses estudos terão para a vida das crianças, nos vários grupos societários em que se inserem, nos aspectos que mais diretamente afetam, nomeadamente, nutrição, saúde, educação, integração familiar e social, identidade, produção econômica...? (Lopes da Silva & Nunes, 2002:11).

No caso específico da saúde e sua interface com a antropologia, trago esta minha contribuição envolvendo as crianças Wari' e a convicção da necessidade de melhor compreender a criança indígena.



Fotografia 1: Novo prédio escolar da aldeia Lage Novo, concluído em maio de 2003.



Fotografia 2: Casa de Farinha da aldeia Lage Novo.





Fotografia 3 confecção do *towa*, instrumento de percussão ritual wari', em abril de 2003, Lage Novo.



Fotografia 4: *tamara*, festa tradicional wari', em abril de 2003, Lage Novo.





Fotografia 5: *Pakam kote ne* (pedra grande) na aldeia Linha Dez, sinais de ocupação antiga.



Fotografia 6: Escola e Posto de Saúde na aldeia Linha Dez.



Fotografia 7: *kawe ke kem*, um dos remédios *pain nahwarak* dos Wari' para *honko'*.





Fotografia 8: *Tawit*, outro remédio *Pain nahwarak* dos Wari' para *honko*'.



Fotografia 9: Posto de Saúde em Linha Dez durante um atendimento.



Fotografia 10: Chuveiro e privada (ao fundo) ao lado da Escola e Posto de Saúde em Linha Dez.





Fotografia 11: Igarapé em Linha Dez.



Fotografia 12: Vista parcial da aldeia Lage Novo, igreja no centro.





Fotografia 13: Mulher wari' carregando *mapak* (milho) da roça.



Fotografia 14: Preparando *tokwa* (chicha).





Fotografia 15: Roda d'água utilizada para 'bombear' água de um poço para as caixas.



Fotografia 16: Agente Indígena de Saúde Abrão Oro Waram, seus filhos e seu sogro, Kotem We' Oro Nao', na roça, aldeia Linha Dez.

## BIBLIOGRAFIA

- AGNEW, D. G.; LIMA, A. A. M.; NEWMAN, R. D.; WUHIB, T.; MOORE, R. D.; GUERRANT, R. L. & SEARS, C. L., 1998. Cryptosporidiosis in northeastern brazilian children: association with increased diarrhea morbidity. *The Journal of Infectious Diseases* 177:754-60.
- AKPEDE, G. O.; OMOTARA, B. A.; WEBB, G. D. & IGENE, J. O., 1997. Caretakers' knowledge and preparation abilities of salt-sugar solution in north-eastern Nigeria. *Journal of Diarrhoeal Diseases Research* 15(4):232-240.
- ALAM, N.; WOJTYNIAK, B.; HENRY, F. J. & RAHAMAN, M. M., 1989. Mothers' personal and domestic hygiene and diarrhoea incidence in young children in rural Bangladesh. *International Journal of Epidemiology* 18(1):242-247.
- ALMEIDA FILHO, N., 2001. For a general theory of health: preliminary epistemological and anthropological notes. *Cadernos de Saúde Pública* 17(4):753-799.
- ALMROTH, S.; MOHALE, M. & LATHAM, M., 1997. Grandma ahead of her time: traditional ways of diarrhoea management in Lesotho. *Journal of Diarrhoeal Disease Research* 15(3):167-172.
- ALTINI, E. & MONSERRAT, R. M. F. (orgs.), 2001. *Universo Cultural Oro Wari*, volume I e II. Porto Velho: CIMI / NEIRO / UFRJ / REN-SEDUC. Mimeo.
- AQUINO, T. T. V. de & IGLESIAS, M. P., 1994. *Kaxinawá do Rio Jordão: história, território, economia e desenvolvimento sustentado*. Rio Branco: Comissão Pró-Índio do Acre.
- ATHIAS, R. & MACHADO, M., 2001. A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. *Cadernos de Saúde Pública* 17(2):425-431.
- BALÉE, W., 1989. The Culture of Amazonian Forests. *Advances in Economic Botany* 7:1-21.
- BAQUI, A. H.; BLACK, R. E.; YUNUS, M. D.; HOQUE, A. R. A.; CHOWDHURY, H. R. & SACK, R. B., 1991. Methodological issues in diarrhoeal diseases epidemiology: definition of diarrhoeal episodes. *International Journal of Epidemiology* 20(4):1057-1063.
- BARROS, F. C.; VICTORA, C. G.; FORSBERG, B.; MARANHÃO, A. G. K.; STEGMAN, M.; GONZALES-RICHMOND, A.; MARTINS, R. M.; NEUMAN, Z. A.; McAULIFFE, J. & BRANCO JR., J. A., 1991. Management of childhood diarrhoea at the household level: a population-based survey in north-east Brazil. *Bulletin of the World Health Organisation* 69(1):59-65.
- BENICIO, M. H. A.; MONTEIRO, C. A.; ZUÑIGA, H. P. P. & RIO, E. M. B., 1987. Estudo das condições de saúde das crianças do município de São Paulo, SP (Brasil), 1984-1985. *Revista de Saúde Pública* 21(1):23-8.
- BENTLEY, M. E., 1988. The household management of childhood diarrhea in rural North India. *Social Science and Medicine* 27(1):75-86.



- BENTLEY, M. E.; PELTO, G. H.; STRAUS, W. L.; SCHUMANN, D. A.; ADEGBOLA, C.; DE LA PENA, E.; ONI, G. A.; BROWN, K. H. & HUFFMAN, S. L., 1988. Rapid Ethnographic Assessment: application in a diarrhea management program. *Social Science and Medicine* 27(1):107-116.
- BENTLEY, M. E.; STALLINGS, R. Y. & FUKUMOTO, M., 1991. Maternal feeding behavior and child acceptance of food during diarrhea, convalescence, and health in the central sierra of Peru. *American Journal of Public Health* 81:43-47.
- BERLIN, E.A. & JARA, V.M., 1993. *Me' winik*: discovery of the biomedical equivalence for a Maya ethnomedical syndrome. *Social Science and Medicine* 37(5):671-678.
- BERTRAND, W. E. & WALMUS, B. F., 1983. Maternal knowledge, attitudes and practice as predictors of diarrhoeal disease in young children. *International Journal of Epidemiology* 12(2):205-210.
- BIBEAU, G., 1981. The circular semantic network in Ngbandi disease nosology. *Social Science and Medicine* 13 ou 15?B:295-307.
- BIBEAU, G., 1992. *Entre sens et sens commun*. Ottawa: Société Royale du Canada.
- BILENKO, N.; FRASER, D. & NAGGAN, L., 1999. Maternal knowledge and environmental factors associated with risk of diarrhea in Israeli Bedouin children. *European Journal of Epidemiology* 15:907-912.
- BITTENCOURT, S. A.; LEAL, M. C.; JOURDAN-GADELHA, A. M. & OLIVEIRA, M. A., 1993. Crescimento, diarréia e aleitamento materno: o caso da Vila do João. *Cadernos de Saúde Pública* 9(suplemento 1):7-13.
- BLACK, R. E.; BROWN, K. H.; BECKER, S.; ABDUL ALIM, A. R. M. & HUQ, I., 1982. Longitudinal studies of infectious diseases and physical growth of children in rural Bangladesh. *American Journal of Epidemiology* 115(3):315-324.
- BLACK, R. E.; BROWN, K. H. & BECKER, S., 1984. Malnutrition is a determining factor in diarrheal duration, but not incidence, among young children in a longitudinal study in rural Bangladesh. *American Journal of Clinical Nutrition* 39:87-94.
- BOAS, F., 2004. *Antropologia Cultural*. Organização e tradução: Celso Castro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 109 p.
- BONNET, D., 1999. La toxiomie des maladies en anthropologie: aperçu historique et critique. *Sciences Sociales et Santé* 17(2):5-21.
- BOORSE, C., 1975. On the distinction between disease and illness. *Philosophy and Public Affairs* 5:49-68.
- BOORSE, C., 1977. Health as a theoretical concept. *Philosophy of Science* 44:542-573.
- BOORSE, C., 1997. A rebuttal on health. In: *What is disease?* (J. Humber & R. Almeder, eds.), pp. 1-134. New Jersey: Humana Press.
- BOYER, G. S.; TEMPLIN, D. W.; GORING, W. P.; CORNONI-HUNTLEY, J. C.; EVERETT, D. F.; LAWRENCE, R. C.; HEYSE, S. & BOWLER, A., 1995. Discrepancies Between Patient Recall and the Medical Record: potential impact on diagnosis and clinical assessment of chronic disease. *Arch. Intern. Med.* 155:1868-1872.

- BRASIL, 2002a. Ministério da Saúde. 11ª Conferência Nacional de Saúde: O Brasil falando como quer ser tratado. Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social (Relatório Final). *Série Histórica do CNS*, nº 2, Brasília.
- BRASIL, 2002b. Ministério da Saúde / Conselho Nacional de Saúde. *O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes*. Conselho Nacional de Saúde: relatório aprovado pelo plenário. Brasília.
- BRASIL, 2003a. Ministério da Saúde. *O CNS e a Construção do SUS: referências estratégicas do Modelo de Atenção à Saúde*. Brasília.
- BRASIL, 2003b. Ministério da Saúde. Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde: resgate histórico do Controle Social no SUS. *Série Histórica do CNS*, nº 3. *Série I. História da Saúde no Brasil*, nº 1. Brasília.
- BRASIL, 2003c. Ministério da Saúde / Conselho Nacional de Saúde. *Princípios e Diretrizes para a NOB/RH-SUS*. 2ª edição. Brasília.
- BRASIL, 2003d. Ministério da Saúde / Conselho Nacional de Saúde. *12ª Conferência Nacional de Saúde: conferência Sérgio Arouca (Manual)*. Brasília.
- BRUNELLI, G., 1990. Crossing Worlds in Quest for Answers: Zoró Indians Explain Illness. In: *Ethnobiology: implications and applications. Proceedings of the First International Congress of Ethnobiology (Belém, 1988)* (D. A. Posey & W. L. Overal, orgs.), pp. 141-146. Belém: Museu Paraense Emílio Goeldi.
- BRUNELLI, G., 1996. Do xamanismo aos xamãs: estratégias Tupi-Mondé frente à sociedade envolvente. In: *Xamanismo no Brasil: novas perspectivas* (E. J. M. Langdon, org.), pp. 233-266. Florianópolis: Editora da UFSC.
- BUCHILLET, D., 1991. A Antropologia da Doença e os Sistemas Oficiais de Saúde. In: *Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia* (D. Buchillet, org.), pp. 21-44. Belém: MPEG/CNPq/SCT/CEJUP/UEP.
- CAPRA, F., 2001. *A Teia da Vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos*. São Paulo: Pensamento-Cultrix.
- CAPRA, F., 2003a. *As Conexões Ocultas: ciência para uma vida sustentável*. São Paulo: Pensamento-Cultrix.
- CAPRA, F., 2003b. Educação. In: *Meio Ambiente no Século XXI: 21 especialistas falam da questão ambiental nas suas áreas de conhecimento* (A. Trigueiro, coord.), pp. 19-33. Rio de Janeiro: Sextante.
- CAPRARA, A., 2003. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. *Cadernos de Saúde Pública* 19(4):923-931.
- CARDOSO DE OLIVEIRA, R. (org.), 1991. *A Antropologia de Rivers*. Tradução: Gilda Cardoso de Oliveira, Sônia Bloomfield Ramagem. Campinas: Editora da Unicamp.
- CARPENTER, C. C. J., 1985. Acute diarrhea. In: *Tropical and Geographical Medicine* (K. S. Warren; A. A. F. Mahmoud, orgs.), pp. 9-10. Singapura: McGraw-Hill Book Co.
- CASTLE, S. E., 1994. The (re)negotiation of illness diagnoses and responsibility for child health in rural Mali. *Medical Anthropology Quarterly* 8(3):314-335.

- CASTRO FARIA, L. de, 1999. Origens Culturais da Habitação Popular do Brasil. *Antropologia – Escritos Exumados – 2: dimensões do conhecimento antropológico*. Niterói: EdUFF, pp. 337-393. Publicado originalmente no *Boletim do Museu Nacional: antropologia*. Rio de Janeiro, nº 12, pp. 1-72, out. 1951.
- CHOWDHURY, A. M. R.; KARIM, F.; ROHDE, J. E.; AHMED, J. & ABED, F. H., 1991. Oral rehydration therapy: a community trial comparing the acceptability of homemade sucrose and cereal-based solutions. *Bulletin of the World Health Organization* 69(2):229-234.
- CHOWDHURY, A. M. R.; KARIM, F.; SARKAR, S. K.; CASH, R. C. & BHUIYA, A., 1997. The status of ORT in Bangladesh: how widely is it used? *Health Policy and Planning* 12(1):58-66.
- CHRISMAN, N., 1977. The Health Seeking Process. *Culture, Medicine and Psychiatry* 1:351-378.
- CIMI (Conselho Indigenista Missionário), 2003. Saúde Indígena. <[www.cimi.org.br/saude/18092003.htm](http://www.cimi.org.br/saude/18092003.htm)> acesso em setembro de 2003.
- CIMI-RO (Conselho Indigenista Missionário – Regional Rondônia), 2002. *Panewa Especial*. Porto Velho: Conselho Indigenista Missionário, Regional Rondônia.
- CLEMENTS, F. E., 1932. Primitive concepts of disease. Berkeley: University of California. *Publications in American Archeology and Ethnology* 32(2):185-252.
- CLOUSER, K; CULVER, C. & GERT, B., 1997. Malady. In: *What is disease?* (J. Humber & R. Almeder, eds.), pp. 175-217. New Jersey: Humana Press.
- COGSWELL, M. E.; ONI, G. A.; STALLINGS, R. Y. & BROWN, K., 1991. Sociodemographic and clinical factors affecting recognition of childhood diarrhea by mothers in Kwara State, Nigeria. *Social Science and Medicine* 33(10):1209-1216.
- COHEN, M. N., 1989. *Health and the Rise of Civilization*. New Haven: Yale University Press.
- COHN, A., 2000. Saúde para todos. In: *Brasil no Limiar do Século XXI* (H. Rattner, org.), pp. 309-324. São Paulo: EDUSP.
- COIMBRA JR., C. E. A., 1984. A Habitação Suruí e suas Implicações Epidemiológicas. *Cadernos CEPAM* nº 1, pp. 120-138. CNPq / Museu Paraense Emílio Goeldi.
- COIMBRA Jr., C. E. A.; SANTOS, R. V. & ESCOBAR, A. L., 2000. Saúde Indígena em Rondônia na Década de 90. In: *Povos Indígenas no Brasil, 1996-2000* (C. A. Ricardo, ed.), pp. 591-593. São Paulo: Instituto Socioambiental.
- CONKLIN, B. A., 1989. *Images of Health, Illness and Death among the Wari' (Pakaás Novos) of Rondônia, Brazil*. Tese de doutoramento, San Francisco: University of California.
- CONKLIN, B. A., 1994. O sistema médico Wari' (Pakaa Nova). In: *Saúde e Povos Indígenas* (R. V. Santos & C. E. A. Coimbra Jr., orgs.), pp. 161-186. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz.
- CONKLIN, B. A., 2001. *Consuming grief: compassionate cannibalism in an Amazonian society*. Austin: University of Texas Press.

- COREIL, J., 1988. Innovation among haitian healers: the adoption of oral rehydration therapy. *Human Organization* 47(1):48-57.
- COREIL, J., 1991. Maternal time allocation in relation to kind and domain of primary health care. *Medical Anthropological Quarterly* 5(3):221-235.
- COREIL, J. & GENECE, E., 1988. Adoption of oral rehydration therapy among Haitian mothers. *Social Science and Medicine* 27(1):87-96.
- COREIL, J. & MULL, D., 1988. Introduction. Anthropological studies of diarrheal illness. *Social Science Medicine* 27(1):1-3.
- CORIN, E., 1992. *Lê jeu de la difference*. Ottawa: Société Royale du Canada.
- CORIN, E., 1995. The culture frame: context and meaning in the construction of health. In: *Society and Health* (B.C. Amick; S. Levine; A.R. Tarlov & D.C. Walsh, eds.), pp. 272-304, Oxford: Oxford University Press.
- CORIN, E.; UCHÔA, E.; BIBEAU, G. & HARNOIS, G., 1989. Les attitudes dans le champ de la santé mentale. Repères théoriques et méthodologiques pour une étude ethnographique et comparative. Rapport Technique. Montréal: Centre de Recherche de l'Hôpital Douglas, Centre Collaborateur OMS. (mimeo)
- CULVER, C. & GERT, B., 1982. *Philosophy in Medicine*. Oxford: Oxford university Press.
- DAVIES-ADETUGBO, A., 1997. Sociocultural factors and the promotion of exclusive breastfeeding in rural Yoruba communities of Osun State, Nigeria. *Social Science and Medicine* 45(1):113-125.
- DeFOLIART, G. R., 1990. Insects as Food in Indigenous Populations. In: *Ethnobiology: implications and applications; Proceedings of the First International Congress of Ethnobiology (Belém, 1988)* (D. A. POSEY & W. L. OVERAL, orgs.), Volume 1, pp. 145-150. Belém: Museu Paraense Emílio Goeldi.
- DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, 10 de setembro de 1981.
- DI STASI, L. C. & HIRUMA-LIMA, C. A., 2002. *Plantas medicinais na Amazônia e na Mata Atlântica*. 2ª edição revista e ampliada. São Paulo: Editora UNESP.
- DOLGIN, J.; KEMNITZER, D.S. & SCHNEIDER, D.M. (orgs.), 1977. *Symbolic anthropology: a reader in the study of symbols and meanings*. New York: Columbia University Press.
- DOUGLAS, M., 1966. *Pureza e perigo*. São Paulo: Editora Perspectiva.
- DUNN, F. L., 1968. Epidemiological Factors: health and *disease* in hunter-gatherers. In: *Man the Hunter* (R.B. Lee & I. Devore, eds.), pp. 221-228. New York: Aldine Publishing Company.
- DUNN, F. L., 1976. Human behavioral studies in parasitic disease research and control. Assignment Report. Department of International Health and the George Williams Hooper Foundation, School of Medicine, University of California, San Francisco, pp. 1-14.
- DUNN, F. L.; JANES, C. R., 1986. Introduction: Medical Anthropology and Epidemiology. In: *Anthropology and Epidemiology: interdisciplinary approaches to*

- the study of health and disease* (C. R. Janes; R. Stall & S. M. Gifford, eds.), pp. 03-34. Dordrecht: D. Reidel Publishing Company.
- DURHAM, E. R., 1986. Introdução. Uma nova visão da antropologia. In: *Malinowski. Antropologia* (E. R. Durham, org.), pp. 5-22. Coleção Grandes Cientistas Sociais (F. Fernandes, coord.). São Paulo: Ática.
- EISEMON, T. O.; PATEL, V. L. & SENA, S. O., 1987. Uses of formal and informal knowledge in the comprehension of instructions for oral rehydration therapy in Kenya. *Social Science and Medicine* 25(11):1225-1234.
- EISENBERG, L., 1977. Disease and illness: distinctions between professional and popular ideas of sickness. *Culture, Medicine and Psychiatry* 1:9-23.
- ENGELHARDT, T., 1975. The concepts of health and disease. In: *Evaluation and explanation in the biomedical sciences* (T. Engelhardt & S.F. Spicker, eds.), pp. 125-141. Dordrecht: D. Reidel Publishing.
- ESCOBAR, A. L., 2001. *Epidemiologia da tuberculose na população indígena Pakaánova (Wari')*, Estado de Rondônia, Brasil. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz.
- EVERETT, D.; KERN, B., 1997. *Wari: the Pacaas Novos language of Western Brazil*. London: Routledge.
- FABREGA, H., 1974. *Disease and social behavior: an interdisciplinary perspective*. Cambridge: The MIT Press.
- FARIA, M. M. & JATENE, A. (orgs.), 1995. *Saúde e Movimentos Sociais: o SUS no contexto da revisão constitucional de 1993*. São Paulo: EDUSP.
- FIELD, D., 1976. The social definition of illness. In: *An introduction to medical sociology* (D. Tuckett, ed.), pp. 334-366. London: Tavistock.
- FOLLÉR, M.-L., 2004. Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In: *Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa* (E. J. Langdon & L. Garnelo, orgs.). Contra Capa Livraria / Associação Brasileira de Antropologia, pp.129-147.
- FOLLÉR, M.-L. & GARRET, M. J., 1996. Modernization, Health and Local Knowledge: the case of the Cholera epidemic among the Shipibo-Conibo in Eastern Peru. In: *Human Ecology and Health: adaptation to a changing world* (M.-L. Follér & L. O. Hansson, eds.), pp. 135-166. Göteborg: Göteborg University.
- FOSTER, G. M. & ANDERSON, B. G., 1978. *Medical Anthropology*. New York: John Wiley and Sons.
- FOUCAULT, M., 1999. *Microfísica do Poder*. 14ª edição. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- FOX, K. F. A., 1988. Social marketing of oral rehydration therapy and contraceptives in Egypt. *Studies in Family Planning* 19(2):95-108.
- FRAKE, C. O., 1961. The diagnosis of disease among the Subanun of Mindanao. *American Anthropologist* 63: 113-132.
- FREIDSON, E., 1959. Client control and medical practice. *American Journal of Sociology* 65:374-382.

- FULFORD, K.W.M., 1994. Closet logics: Hidden conceptual elements in the DSM and ICD classifications of mental disorders. In: *Philosophical Perspectives on Psychiatric Diagnostic Classification* (J. Sadler; M. Scharz & O. Wiggins, eds.), pp. 211-232. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- FUNASA (Fundação Nacional de Saúde), 2000. Saúde Indígena. Distritos Sanitários Especiais Indígenas. <<http://www.funasa.gov.br/ind/ind01.htm#8>> acesso em 23 de outubro de 2000.
- FUNASA (Fundação Nacional de Saúde), 2002. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*, 2ª Edição. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 40 p. Disponível também em pdf na página da web <<http://www.funasa.gov.br>>.
- FUNASA (Fundação Nacional de Saúde), 2004a. Saúde Indígena. <<http://www.funasa.gov.br/sitefunasa/ind/ind00.htm>> acesso em 24 de fevereiro de 2004.
- FUNASA (Fundação Nacional de Saúde), 2004b. Saúde Indígena. Novo modelo de atenção à saúde dos povos indígenas. <<http://www.funasa.gov.br>> acesso em 31 de janeiro de 2004.
- GADAMER, H.-G., 1997. *Verdade e método*. Petrópolis: Vozes.
- GALLOIS, D. T., 1991. A Categoria “Doença de Branco”: ruptura ou adaptação de um modelo etiológico indígena? In: *Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia* (D. Buchillet, org.), pp. 175-205. Belém: MPEG/CNPq/SCT/CEJUP/UEP.
- GARNELO, L. & BRANDÃO, L. C., 2003. Avaliação preliminar do processo de distritalização sanitária indígena no Estado do Amazonas. In: *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil* (C. E. A. Coimbra Jr.; R. V. Santos & A. L. Escobar, orgs.), pp.235-257. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ / ABRASCO.
- GARRO, L. C., 1986. Intracultural variation in folk medical knowledge: a comparison between curers and noncurers. *American Anthropologist* 88:351-70.
- GEERTZ, C., 1973. *The Interpretation of Cultures*. New York: Basic Books.
- GEERTZ, C., 1983. *Local Knowledge. Further essays in interpretative anthropology*. New York: Basic Books.
- GEERTZ, C., 1989. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- GIDDENS, A., 1984. *The Constitution of Society*. Berkeley: University of California Press.
- GIDDENS, A., 1989. *A Constituição da Sociedade*. São Paulo: Martins Fontes.
- GIUGLIANO, L.G.; BERNARDI, M.G.P.; VASCONCELOS, J.C.; COSTA, C.A. & GIUGLIANO, R., 1986. Longitudinal study of diarrhoeal disease in a peri-urban community in Manaus (Amazon-Brazil). *Annals of Tropical Medicine and Parasitology* 80(4):443-450.
- GOFFMAN, E., 2003 [1961]. *Manicômios, Prisões e Conventos*. 7ª edição. Coleção Debates nº 91. São Paulo: Perspectiva.
- GOLDMAN, N. & HEUVELINE, P., 2000. Health-seeking behaviour for child illness in Guatemala. *Tropical Medicine and International Health* 5(2):145-155.

- GOLDMAN, N.; PEBLEY, A. R. & BECKETT, M., 2001. Diffusion of ideas about personal hygiene and contamination in poor countries: evidence from Guatemala. *Social Science and Medicine* 52:53-69.
- GOOD, B. J., 1977. The heart of what's the matter: the semantics of illness in Iran. *Culture, Medicine and Psychiatry* 1:25-58.
- GOOD, B. J., 1994. *Medicine, rationality and experience: an anthropological perspective. Lews Henry Morgan Lectures*. New York: Cambridge University Press.
- GOOD, M.-J. D. V., 1992. Local knowledge: research capacity building in international health. *Social Science and Medicine* 35(11):1359-1367.
- GOOD, B. J. & GOOD, M.-J. D. V., 1980. The meaning of symptoms: a cultural hermeneutic model for clinical practice. In: *The relevance of social science for medicine* (L. Eisenberg & A. Kleinman, eds.), pp. 165-196. Dordrecht: Reidel Publishing Co.
- GOOD, B. J. & GOOD, M.-J. D. V., 1982. Toward a meaning-centered analysis as popular illness categories: "Fright-illness" and "Heart Distress" in Iran. In: *Cultural Conceptions of Mental Health and Therapy* (A.J. Marsella & G. White, eds.), pp. 141-166, Dordrecht: Reidel Publishing Co.
- GORTER, A. C.; SÁNCHEZ, G.; PAUW, J.; PÉREZ, R. M.; SANDIFORD, P. & SMITH, G. D., 1995. Diarrea infantil en la Nicaragua rural: creencias y prácticas de salud tradicionales. *Bol. Oficina Sanitaria Panamericana* 119(5):377-390.
- GRAEVE, B. Von, 1976. *Protective Intervention and Interethnic Relations: A Study of Domination on the Brazilian Frontier*. Tese de doutoramento, University of Toronto, Toronto.
- GRAEVE, B. Von, 1989. *The Pacaa Nova: clash of cultures on the Brazilian frontier*. Peterborough, On: Broadview Press.
- GRANICH, R.; CANTWELL, M. F.; LONG, K.; MALDONADO, Y. & PARSONNET, J., 1999. Patterns of Health Seeking Behavior during episodes of childhood diarrhea: a study of Tzotzil-speaking Mayans in the highlands of Chiapas, Mexico. *Social Science and Medicine* 48:489-495.
- GREEN, E. C., 1985. Traditional Healers, mothers and childhood diarrheal disease in Swaziland: the interface of anthropology and health education. *Social Science and Medicine* 20(3):277-285.
- GREEN, E. C., 1986. Diarrhea and the social marketing of oral rehydration salts in Bangladesh. *Social Science and Medicine* 23(4):357-366.
- GREENE, S., 1998. The Shaman's needle: development, shamanic agency, and intermedicality in Aguaruna Lands, Peru. *American Ethnologist* 25(4):634-58.
- GUERRANT, R. L.; KIRCHHOFF, L. V.; SHIELDS, D. S.; NATIONS, M. K.; LESLIE, J.; SOUZA, M. A. de; ARAUJO, J. G.; CORREIA, L. L.; SAUER, K. T.; McCLELLAND, K. E.; TROWBRIDGE, F. L. & HUGHES, J. M., 1983. Prospective study of diarrheal illnesses in Northeastern Brazil: patterns of disease, nutritional impact, etiologies, and risk factors. *The Journal of Infectious Diseases* 148(6):986-997.

- GUTIERREZ, G.; GUISCAFRE, H.; MUNOZ, O. & MARTINEZ, M., 1987. *Normative treatment implementation for acute infections diarrhea at primary care units; evaluation of its impact on the use of antibiotics and other aspects of treatment by doctors and people*. Research Proposal funded by ADDR at Harvard.
- HAHN, R. & KLEINMAN, A.M., 1983. Biomedical practice and anthropological theory: frameworks and directions. *Annual Review of Anthropology* 12:305-333.
- HAVERROTH, M., 1997. *Kaingang, um estudo etnobotânico: o uso e a classificação das plantas na Área Indígena Xapecó (oeste de SC)*. Dissertação de Mestrado em Antropologia Social. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 204 p.
- HAVERROTH, M.; ESCOBAR, A.L. & COIMBRA JR., C. E. A., 2003. Infecções intestinais em populações indígenas de Rondônia (Distrito Sanitário Especial Indígena Porto Velho). *Documento de Trabalho* n° 8. Porto Velho: Centro de Estudos em Saúde do Índio de Rondônia / Escola Nacional de Saúde Pública.
- HELMAN, C. G., 2003. *Cultura, Saúde e Doença*. 4ª edição. Porto Alegre: Artmed.
- HERMAN, E. & BENTLEY, M., 1993. *Methods for social research in disease: Rapid Assesment Procedures (RAP): to improve the household management of diarrhea*. INFDC. Boston, MA, USA.
- HERRERA, X. & LOBO-GUERRERO, M., 1998. *Promoción de la salud desde la comunidad: experiencias antropológicas*. Santafé de Bogotá (Colômbia): Fundación Etnollano.
- HEUVELINE, P. & GOLDMAN, N., 2000. A description of child illness and treatment behavior in Guatemala. *Social Science and Medicine* 50:345-364.
- HIELSCHER, S. & SOMMERFELD, J., 1985. Concepts of illness and the utilization of health-care services in a rural Malian village. *Social Science and Medicine* 21(4):469-481.
- HOUNSA, A. M.; GODIN, G.; ALIHONOU, E.; VALOIS, P. & GIRARD, J., 1993. An application of Ajzen's theory of planned behaviour to predict mothers' intention to use oral rehydration therapy in a rural area of Benin. *Social Science and Medicine* 37(2):253-261.
- HUDELSON, P. M., 1993. ORS and the treatment of childhood diarrhea in Managua, Nicaragua. *Social Science and Medicine* 37(1):97-103.
- IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 1995. Mapa da Amazônia Legal. IBGE/MPO e SCA/MMA.
- JACKSON, J. C. & JACKSON-CARROL, L., 1994. The social significance of routine health behavior in Tamang daily life. *Social Science and Medicine* 38(7):999-1010.
- JANES, C. R.; STALL, R. & GIFFORD, S. M. (eds.), 1986. *Anthropology and Epidemiology*. Dordrecht: D. Reidel Publishing Company, 349 p.
- JENKINS, C. & HOWARD, P., 1992. The use of ethnography and structured observations in the study of risk factors for the transmission of diarrhea in highland Papua New Guinea. *Medical Anthropology* 15:1-16.
- KAFKA, F., 1996. *Na Colônia Penal*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.



- KAFKA, F., 2002a. *O Processo*. São Paulo: Martin Claret.
- KAFKA, F., 2002b. *A Metamorfose. Um Artista da Fome. Carta a Meu Pai*. São Paulo: Martin Claret.
- KALTER, H. D., 1992. The validation of interviews for estimating morbidity. *Health Policy and Planning* 7(1):30-39.
- KALTER, H. D.; GRAY, R. H.; BLACK, R. E. & GULTIANO, S. A., 1991. Validation on the diagnosis of childhood morbidity using maternal health interviews. *International Journal of Epidemiology* 20(1):193-198.
- KERN, B., 1988. *Uma autodenominação para os Pacas Novos?* Datilografado.
- KLEINMAN, A. M., 1980. *Patients and Healers in the Context of Culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. University of California Press.
- KLEINMAN, A. M., 1988. *The illness narratives: suffering, healing & the human condition*. New York: Basic Books.
- KLEINMAN, A.; EISENBERG, L. & GOOD, B., 1978. Culture, illness, and care. Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine* 88:251-258.
- KUNITZ, S. F., 1994. Disease and the destruction of indigenous populations. In: *Companion Encyclopedia of Anthropology* (T. Ingold, ed.), pp. 297-325. London: Routledge.
- LAMARE, R. de, 2002. *A Vida do Bebê*. 41ª edição. Rio de Janeiro: Ediouro.
- LANGDON, E. J. M., 1991. Percepção e utilização da medicina ocidental entre os índios Sibundoy e Siona no sul da Colômbia. In: *Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia* (D. Buchillet, org.), pp. 207-227. Belém: MPEG/CNPq/SCT/CEJUP/UEP.
- LANGDON, E. J. M., 1994. Representações de Doenças e Itinerário Terapêutico dos Siona da Amazônia Colombiana. In: *Saúde e Povos Indígenas* ( R. Santos & C. E. A. Coimbra Jr., orgs.), pp. 115-142. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- LANGDON, E. J. M., 1995. *A Doença como Experiência: a construção da doença e seu desafio para a prática médica*. Palestra oferecida na Conferência 30 Anos Xingu, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 23/08/95.
- LANGDON, E. J. M., 1996. Introdução: xamanismo – velhas e novas perspectivas. In: *Xamanismo no Brasil: novas perspectivas* (E. J. M. Langdon, org.), pp. 09-37. Florianópolis: EDUFSC.
- LANGDON, E. J. M., 1999. *Saúde e Povos Indígenas: os desafios na virada do século*. Trabalho apresentado no V Congresso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina, 7 a 11 junho de 1999, Ilha de Margarita, Venezuela, 17 p. (mimeo).
- LANGDON, E. J. M., 2003. Cultura e processos de saúde e doença. In: *Anais do Seminário sobre Cultura, Saúde e Doença* (L. S. Jeolás & M. de Oliveira, orgs.), pp. 91-107. Londrina: as organizadoras.

- LANGDON, E. J. M. & MACLENNAN, R., 1979. Western biomedical and Sibundoy diagnosis: an interdisciplinary comparison. *Social Science and Medicine* 13B(3):211-220.
- LARRAURI, S. A.; LARRAURI, C. A. & CARRERAS, J. J., 1994. Aprendiendo a prevenir la deshidratación en comunidades alejadas y mercados mexicanos. *Social Science and Medicine* 38(11):1499-1507.
- LESLIE, C., 1976. Introduction. In: *Asian Medical Systems: a comparative study*. Berkeley/London: University of California Press, pp. 1-12.
- LESLIE, C., 1978. Foreword. In: *The Quest for Therapy: medical pluralism in Lower Zaire*. Berkeley/Los Angeles: University of California Press, pp. xi-xv.
- LESLIE, C. (Ed.), 1980. Medical pluralism in world perspective. *Social Science and Medicine* 14B(4):191-195.
- LEVINE, N. E., 1990. *The determinants of correct use of home-based oral rehydration therapy: a critical review*. Prepared for Diarrhoeal Disease Control Programme of WHO, Geneva.
- LEVINE, M. & ENDELMAN, R., 1979. Acute diarrheal infections in infants: epidemiology, treatment and prospects for immunoprophylaxis. *Hosp. Pract.* 90 (december).
- LÉVI-STRAUSS, C., 1989. *Arte, Linguagem, Etnologia: entrevistas com Claude Lévi-Strauss*. Entrevistas para Georges Charbonnier. Campinas: Papirus.
- LINHARES, A. C., 1992. Epidemiologia das infecções Diarréicas entre Populações Indígenas da Amazônia. *Cadernos de Saúde Pública* 8(2):121-128.
- LINHARES, A. C., 1997. Rotavirus infection in Brazil: epidemiology, immunity, and potential vaccination. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases* 1(6):284-293.
- LINHARES, A. C., 2000. Epidemiologia das infecções por rotavírus no Brasil e os desafios para o seu controle. *Cadernos de Saúde Pública* 16(3):629-646.
- LOPES DA SILVA, A. & NUNES, A., 2002. Introdução. Contribuições da etnologia indígena brasileira à antropologia da criança. In: *Crianças Indígenas: ensaios antropológicos* (A. Lopes da Silva; A. V. Lopes da Silva Macedo & Ângela Nunes, orgs.), pp. 11-33. Coleção Antropologia e Educação. São Paulo: Global.
- LOZOFF, B.; KAMATH, K. R. & FELDMAN, R. A., 1975. Infection and disease in South Indian families: beliefs about childhood diarrhea. *Human Organization* 34(4):353-358.
- MABILIA, M., 2000. The cultural context of childhood diarrhoea among Gogo infants. *Anthropology & Medicine* 7(2):191-208.
- MACCORMACK, C. & DRAPER, A., 1988. Cultural meanings of oral rehydration salts in Jamaica. In: *The Context of medicines in developing countries* (S. Van Der Geest & S. R. Whyte, eds.). Amsterdam: Kluwer.
- MAGALHÃES, E. D., 2001. *O Estado e a Saúde Indígena: a experiência do Distrito Sanitário Yanomami*. Dissertação de Mestrado. 187 páginas. Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília, Brasília.

- MARIOTTI, H., 2000. *As Paixões do Ego: complexidade, política e solidariedade*. São Paulo: Palas Athena.
- MARTINEZ, H.; CALVA, J. & MENESES, L. M., 1988. Diarrhea concepts and management: preliminary findings in a rural area of Mexico. *Archs Invest. Med.* 19.
- MARTINEZ-HERNÁNDEZ, A., 1998. L'antropologia del sintomo. Fra ermeneutica e teoria critica. *AM Rivista de la Societá Italiana di Antropologia Medica* 5-6:7-37.
- MASON, A., 1977. *Oro Nao Social Structure*. Ph. D. Dissertation. Davis: University of California.
- MATHEWS, H. F. & HILL, C. E., 1990. Applying cognitive decision theory to the study of regional patterns of illness treatment choice. *American Anthropologist* 92:155-170.
- MATURANA, H. R., 1970. *Biology of Cognition*. Reimpresso in Maturana & Varela, 1980. *Autopoiesis and Cognition*. Dordrecht, Holanda: D. Reidel Publishing.
- MATURANA, H. R., 1988. Reality: The Search for Objectivity or the Quest for a Compelling Argument. *Irish Journal of Psychology* 9(1):25-82.
- MATURANA, H. R. & VARELA, F., 1987. *The tree of knowledge*. Boston: Shambhala.
- MATURANA, H. R. & VARELA, F., 2003. *A árvore do conhecimento: as bases biológicas da compreensão humana*. 3ª edição. Título do original (1984): *El árbol del conocimiento*. Tradução: Humberto Mariotti e Lia Diskin. São Paulo: Palas Athena.
- McKEE, L., 1987. Ethnomedical treatment of children's diarrheal illnesses in the highlands of Ecuador. *Social Science and Medicine* 25(10):1147-1155.
- McKINLAY, J., 1973. Social networks, lay consultation and help-seeking behavior. *Social Forces* 51:275-285.
- McLENNAN, J. D., 1998. Knowledge and practices of preventing diarrhoea in malnourished children. *Journal of Diarrhoeal Disease Research* 16(4):235-240.
- MECHANIC, D., 1978. *Medical Sociology*. 2ª edition. New York: The Free Press; London: Collier MacMillan Publishers.
- MEIRELES, D. M., 1986. *Os Pakaas-Novos*. Dissertação de Mestrado, Brasília: Universidade de Brasília.
- MEIRELES, D. M., 1989. *Guardiões da Fronteira: Rio Guaporé, Século XVIII*. Petrópolis: Vozes.
- MINAYO, M.C. & SANCHES, O., 1993. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública* 9:239-262.
- MIRZA, N. M.; CAULFIELD, L. E.; BLACK, R. E. & MACHARIA, W. M., 1997. Risk factors for diarrheal duration. *American Journal of Epidemiology* 146(9):776-785.
- MØLBAK, K., 2000. The epidemiology of diarrhoeal diseases in early childhood: a review of community studies in Guinea-Bissau. *Danish Medical Bulletin* 47(5):340-358.
- MORÁN, E. F., 1990. *A Ecologia Humana das Populações da Amazônia*. Petrópolis: Vozes.
- MORÁN, E. F., 1994. *Adaptabilidade Humana: uma introdução à antropologia ecológica*. São Paulo: EDUSP.

- MUHURI, P. K., 1996. Estimating seasonality effects on child mortality in Matlab, Bangladesh. *Demography* 33(1):98-110.
- MULDER-SIBANDA, M. & SIBANDA-MULDER, F. S., 1999. Prolonged breastfeeding in Bangladesh: indicators of inadequate feeding practices or mothers' response to children's poor health? *Public Health* 113:65-68.
- MULL, J. D. & MULL, D. S., 1988. Mother's concepts of childhood diarrhea in rural Pakistan: what ORT program planners should know. *Social Science and Medicine* 27(1):53-68.
- MWABU, G. M., 1986. Health care decisions at the household level: results of a rural health survey in Kenya. *Social Science and Medicine* 22(3):315-319.
- NATIONS, M. K., 1982. *Illness of the child: the cultural context of childhood diarrhea in Northeast Brazil*. Ph. D. Dissertation, Department of Anthropology, University of California, Berkeley.
- NATIONS, M. K., 1986. Epidemiological Research on Infectious Disease: quantitative rigor or rigormortis? Insights from Ethnomedicine. In: *Anthropology and Epidemiology: interdisciplinary approaches to the study of health and disease* (C. R. Janes; R. Stall & S. M. Gifford, eds.), pp. 97-124. Dordrecht: D. Reidel Publishing Company.
- NATIONS, M. K., 1992. The child's disease (*Doença de criança*): popular paradigm of persistent diarrhea? *Acta Paediatric Supplement* 381:55-65.
- NATIONS, M. K. & AMARAL, M. L., 1991. Flesh, Blood, Souls, and Households: Cultural Validity in Mortality Inquiry. *Medical Anthropology Quarterly* 5:3(NS):204-220.
- NATIONS, M. K. & REBHUN, L. A., 1988a. Angels with wet wings won't fly: maternal sentiment in Brazil and the image of neglect. *Culture, Medicine and Psychiatry* 12: 141-200.
- NATIONS, M. K. & REBHUN, L. A., 1988b. Mystification of a simple solution: oral rehydration therapy in Northeast Brazil. *Social Science and Medicine* 27(1):25-38.
- NATIONS, M. K.; SOUZA, M. A. de; CORREIA, L. L. & SILVA, D. M. N. da, 1988. Brazilian popular healers as effective promoters of oral rehydration therapy (ORT) and related child survival strategies. *PAHO Bulletin* 22(4): 335-354.
- NELSON, B. W. & OLIVEIRA, A. A. de, 2001. Área Botânica. In: *Biodiversidade na Amazônia Brasileira* (J. P. R. Capobianco, coord.), pp. 132-153. São Paulo: Estação Liberdade / Instituto Socioambiental.
- NEWMAN, R. D.; WUHIB, T.; LIMA, A. A. M.; GUERRANT, R. L. & SEARS, C. L., 1993. Environmental sources of *Cryptosporidium* in an urban slum in northeastern Brazil. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 49(2):270-275.
- NEWMAN, R. D.; SEARS, C. L.; MOORE, S. R.; NATARO, J. P.; WUHIB, T.; AGNEW, D. A.; GUERRANT, R. L. & LIMA, A. A. M., 1999. Longitudinal Study of *Cryptosporidium* Infection in Children in Northeastern Brazil. *The Journal of Infectious Diseases* 180:167-75.

- NICHTER, M., 1988. From *aralu* to ORS: Sinhalese perceptions of digestion, diarrhea, and dehydration. *Social Science and Medicine* 27(1):39-52.
- NICHTER, M., 1991. Use of social science research to improve epidemiologic studies of and interventions for diarrhea and dysentery. *Reviews of Infectious Diseases* 13 (suplemento 4):S265-71.
- NORDENFELD, L., 1987. *On the nature of health*. Dordrecht: D. Reidel Publishing.
- NORDENFELD, L., 1993. *Quality of life, health and happiness*. Aldershot: Avebury.
- NOVAES, M. R. de, 1996. *A Caminho da Farmácia: pluralismo Médico entre os Wari' de Rondônia*. Dissertação de Mestrado em Antropologia Social. IFCH. Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), 254 p.
- NOVAES, M. R. de, 1998. Interpretação da doença e simbolismo terapêutico entre os Wari' de Rondônia. *Revista de Divulgação Cultural* 64:69-76.
- NURGE, E., 1975. Anthropological perspective for medical students. *Human Organization* 34(4):345-352.
- OLIVEIRA NEVES, M. C. de, 2003. *A Colocação e a Casa do Seringueiro: exemplo de arquitetura vernácula da Amazônia*. Dissertação de Mestrado em Arquitetura e Urbanismo. Universidade de Brasília, Brasília, 182 p.
- OLIVEIRA, O. A. de, 2001. *História, Desenvolvimento e Colonização do Estado de Rondônia*. 4ª edição. Porto Velho: Dinâmica Editora.
- OLSEN, A.; SAMUELSEN, H. & ONYANGO-OUMA, W., 2001. A study of risk factors for intestinal helminth infections using epidemiological and anthropological approaches. *Journal of Biosocial Science* 33:569-584.
- OMOKHODION, F. O.; OYEMADE, A.; SRIDHAR, M. K. C.; OLASEHA, I. O. & OLAWUYI, J. F., 1998. Diarrhoea in children of Nigerian market women: prevalence, knowledge of causes, and management. *Journal of Diarrhoeal Disease Research* 16(3):194-200.
- ORLANDI, P. P.; SILVA, T.; MAGALHÃES, G. F.; ALVES, F.; CUNHA, R. P. de A.; DURLACHER, R. & SILVA, L. H. P. da, 2001. Enteropathogens associated with diarrheal disease in infants of poor urban areas of Porto Velho, Rondônia: a preliminary study. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz* 96(5):621-625.
- OYEMADE, A.; OMOKHODION, F. O.; OLAWUYI, J. F.; SRIDHAR, M. K. C. & OLASEHA, I. O., 1998. Environmental and personal hygiene practices: risk factors for diarrhoea among children of Nigerian market women. *Journal of Diarrhoeal Disease Research* 16(4):241-247.
- PANDOLFI, M., 1990. Boundaries inside the body: women's suffering in southern peasant Italy. *Culture, Medicine and Psychiatry* 2:255-273.
- PARAGUASSU-CHAVES, C. A., 2001. *Geografia médica ou da saúde: espaço e doença na Amazônia Ocidental*. Porto Velho: EDUFRO.
- PARSONS, T., 1951. *The social system*. New York: Free Press.
- PARSONS, T., 1964. *Social structure and personality*. New York: Free Press.

- PEBLEY, A.; HURTADO, E. & GOLDMAN, N., 1999. Beliefs about children's illness. *Journal of Biosocial Sciences* 31:195-219.
- PELTO, J. P. & PELTO, G. H., 1990. Field Methods in Medical Anthropology. In: *Medical Anthropology: contemporary theory and method* (T. M. Johnson & C. F. Sargent, eds.), pp.269-297. New York: Praeger Publishers.
- PELTO, J. P. & PELTO, G. H., 1992. Developing applied medical anthropology in third world countries: problems and actions. *Social Science and Medicine* 35(11):1389-1395.
- PELTO, J. P. & PELTO, G. H., 1997. Studying knowledge, culture, and behavior on applied medical anthropology. *Medical Anthropology Quarterly* 11(2):147-163.
- PÉREZ-CUEVAS, R.; GUISCAFRÉ, H.; ROMERO, G.; RODRÍGUES, L. & GUTIÉRREZ, G., 1996. Mothers' health-seeking behaviour in acute diarrhoea in Tlaxcala, Mexico. *Journal of Diarrhoeal Disease Research* 14(4):260-268.
- POLGAR, S., 1963. Health action in cross-cultural perspective. In: *Handbook of Medical Sociology* (H. E. Freeman; S. Levine & L. G. Reeder, eds.), pp. 397-419. Prentice-Hall, Englewood Cliffs.
- PÖRN, I., 1984. An equilibrium model of health. In: *Health, disease, and causal explanation in medicine* (L. Nordenfeld & J. Odelstad, eds.), pp. 225-238. Dordrecht: D. Reidel Publishing.
- PRATT, M. L., 1992. *Imperial eyes: travel writing and transculturation*. London/New York: Routledge.
- RAMOS-ELORDUY, J., 1990. Edible Insects: Barbarism or Solution to the Hunger Problem? In: *Ethnobiology: implications and applications; Proceedings of the First International Congress of Ethnobiology (Belém, 1988)* (D. A. POSEY & W. L. OVERAL, orgs.), Volume 1, pp. 151-158. Belém: Museu Paraense Emílio Goeldi.
- REEVE, M.-E., 2000. Concepts of illness and treatment practice in a caboclo community of the lower Amazon. *Medical Anthropology Quarterly* 14(1):96-108.
- RIBEIRO, D., 1996 [1970]. *Os Índios e a Civilização: a integração das populações indígenas no Brasil moderno*. São Paulo: Companhia das Letras.
- RICARDO, C. A. (ed.), 2000. *Povos Indígenas no Brasil, 1996-2000*. São Paulo: Instituto Socioambiental.
- RICOEUR, P., 1994. *Tempo e Narrativa*. Campinas: Papirus.
- RIVERS, W.H.R., 1924. *Medicine, Magic and Religion*. Londres: Kegan Paul, Trench, Trübner.
- RODRIGUES, A. D., 1986. *Línguas Brasileiras: para o conhecimento das Línguas Indígenas*. São Paulo: Edições Loyola.
- ROOT, G., 1997. Population density and spatial differentials in child mortality in Zimbabwe. *Social Science and Medicine* 44(3):413-421.
- ROTH, W. E., 1924. An introduction study of the arts, crafts, and customs of the Guiana Indians. Bureau of American Ethnology. *Thirty-eight annual Report, 1916-1917*. Washington.

- ROUSHAM, E. K. & MASCIE-TAYLOR, C. G. N., 1995. Seasonality and child morbidity in rural Bangladesh. *American Journal of Human Biology* 7:369-379.
- RUBEL, A. J. & HASS, M. R., 1990. Ethnomedicine. In: *Medical Anthropology: contemporary theory and method* (T. M. Johnson & C. F. Sargent, eds.), pp. 115-131. New York: Praeger Publishers.
- RYAN, G. W., 1998. What do sequential behavioral patterns suggest about the medical decision-making process?: modeling home case management of acute illnesses in a rural Cameroonian village. *Social Science and Medicine* 46(2): 209-225.
- RYAN, G. W. & MARTÍNEZ, H., 1996. Can We predict what mothers do? Modeling childhood diarrhea in rural Mexico. *Human Organization* 55(1):47-57.
- SÁ, D. R., 2003. *Malária em Terras Indígenas habitadas pelos Wari', no estado de Rondônia; estudo epidemiológico e entomológico*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz.
- SANTOS, R. V.; LINHARES, C. A. & COIMBRA Jr., C. E. A., 1991. Estudos epidemiológicos entre grupos indígenas de Rondônia. IV. Inquérito sorológico para rotavírus entre os Suruí e Karitiána. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 25(3):230-232.
- SCHWARTZ, L. R., 1969. The hierarchy of resort in curative practices: The Admiralty Islands, Melanesia. *Journal of Health and Social Behavior* 10:201-209.
- SCRIMSHAW, S. C. M. & HURTADO, E., 1987. *Rapid Assessment Procedures for Nutrition and Primary Health Care: approaches to improving Programme Effectiveness*. Los Angeles: UCLA. Latin American Center Publications.
- SCRIMSHAW, S. C. M. & HURTADO, E., 1988. *Procedimientos de asesoría rápida para programas de nutrición y atención primaria de salud: enfoques antropológicos para mejorar la efectividad de los programas*. Los Angeles: UCLA; Tokio: Univerddad de las Naciones Unidas.
- SEEGER, A.; MATA, R. da & VIVEIROS DE CASTRO, E., 1987. A construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras. In: *Sociedades Indígenas & Indigenismo no Brasil* (OLIVEIRA FILHO, J. P., org.), pp. 11-29. Rio de Janeiro: UFRJ/Marco Zero.
- SEPÚLVEDA, J.; WILLET, W. & MUÑOZ, A., 1988. Malnutrition and diarrhea: a longitudinal study among urban Mexican children. *American Journal of Epidemiology* 127(2):365-376.
- SHAWYER, R. J.; GANI, A. S. Bin; PUNUFINAMA, A. N. & SEUSEU, N. K. F., 1996. The role of clinical vignettes in rapid ethnographic research: a folk taxonomy of diarrhoea in Thailand. *Social Science and Medicine* 42(1):111-123.
- SIMMONS, L. W. & WOLFF, H. G., 1954. *Social Science in Medicine*. New York: Russel Sage Foundation.
- SIMPSON, S., 1988. Some preliminary considerations on the *sobada*: a traditional treatment for gastrointestinal illness in Costa Rica. *Social Science and Medicine* 27(1): 69-74.

- SMITH, G. D.; GORTER, A.; HOPPENBROUWER, J.; SWEEP, A.; PEREZ, R. M.; GONZALEZ, C.; MORALES, P.; PAUW, J. & SANDIFORD, P., 1993. The cultural construction of childhood diarrhoea in rural Nicaragua: relevance for epidemiology and health promotion. *Social Science and Medicine* 36(12):1613-1624.
- SOUZA SANTOS, A. M. de & MENDONÇA LIMA, M. E. de, 1991. Medicina Tradicional e Ocidental no Alto Rio Negro: o papel dos rezadores em São Gabriel da Cachoeira (AM). In: *Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia* (D. Buchillet, org.), pp. 229-240 Belém: MPEG/CNPq/SCT/CEJUP/UEP.
- SOUZA, S. M.; ARAÚJO, A. J. G. & FERREIRA, L. F., 1994. Saúde e Doença em Grupos Indígenas Pré-Históricos do Brasil: Paleopatologia e Paleoparasitologia. In: *Saúde e Povos Indígenas* (R. V. Santos & C. E. A. Coimbra Jr., orgs.), pp. 21-42. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz.
- SUSSER, M., 1973. *Causal thinking in the health sciences*. New York: Oxford university Press.
- TERRA DE SOUZA, A. C.; PETERSON, K. E.; ANDRADE, F. M. O.; GARDNER, J.; ASCHERIO, A., 2000. Circumstances of post-neonatal deaths in Ceara, Northeast Brazil: mothers' health care-seeking behaviors during their infants' fatal illness. *Social Science and Medicine* 51:1675-1693.
- TROSTLE, J., 1986. Anthropology and epidemiology in the twentieth century: a selective history of collaborative projects and theoretical affinities, 1920 to 1970. In: *Anthropology and Epidemiology: interdisciplinary approaches to the study of health and disease* (C. R. Janes; R. Stall & S. M. Gifford, eds.), pp. 59-94. Dordrecht: D. Reidel Publishing Company.
- TURNER, V., 1966. *The ritual process*. Chicago: Aldine Publishing Co.
- TURNER, V., 1967. *The forest of symbols*. New York: Cornell University Press.
- TURNER, V., 1974. *Dramas, fields and metaphors*. New York: Cornell University Press.
- UCHÔA, E. & VIDAL, J. M., 1994. Antropologia Médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. *Cadernos de Saúde Pública* 10(4):497-504.
- UELI, B., 1993. Oral rehydration therapy - qualitative studies of balance between pragmatism and scientific rigour in managing diarrhoea. *Social Science and Medicine* 36(4):525-31.
- VELOSO, H. P.; RANGEL-FILHO, A. L. R. & LIMA, J. C. A., 1991. *Classificação da vegetação brasileira, adaptada a um sistema universal*. Rio de Janeiro: IBGE.
- VICTORA, C. G.; FUCHS, S. C.; KIRKWOOD, B. R.; LOMBARDI, C. & BARROS, F. C., 1997. Low body weight: a simple indicator of the risk of dehydration among children with diarrhoea. *Journal of Diarrhoeal Disease Research* 15(1):7-11.
- VICTORA, C. G.; HUTTLY, S. R. A.; BARROS, F. C.; LOMBARDI, C. & VAUGHAN, J. P., 1992. Maternal Education in relation to early and late child health outcomes: findings from a Brazilian cohort study. *Social Science and Medicine* 34(8):899-905.



- VIEIRA, G. O., 2003. *Enteroparasitoses em populações indígenas no Brasil: uma revisão sistemática da produção científica*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 70 p.
- VILAÇA, A., 1989. *Comendo como gente: Formas do Canibalismo Wari' (Pakaas Nova)*. Dissertação de Mestrado em Antropologia Social. PPGAS/Museu Nacional/Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- VILAÇA, A., 1992. *Comendo como Gente: Formas do Canibalismo Wari' (Pakaas Nova)*. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ.
- VILAÇA, A., 1995. O Sistema de parentesco wari'. In: *Antropologia do Parentesco: estudos ameríndios* (E. Viveiros de Castro, org.), pp. 265-319. Rio de Janeiro: Editora UFRJ.
- WALSER, B. L.; LIMA, A. A. M. & GUERRANT, R. L., 1996. Effects of high-dose oral vitamin A on diarrheal episodes among children with persistent diarrhea in a northeast Brazilian community. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 54(6):582-585.
- WEISS, M. G., 1988. Cultural models of diarrheal illness: conceptual framework and review. *Social Science and Medicine* 27(1):5-16.
- WELLER, S. C.; RUEBUSH, T. K. & KLEIN, R. E., 1991. An epidemiological description of a folk illness: a study of *empacho* in Guatemala. *Medical Anthropology* 13:19-31.
- WELLER, S. C.; RUEBUSH, T. K. R. & KLEIN, R. E., 1997. Predicting treatment-seeking behavior in Guatemala: a comparison of the health services research and decision-theoretic approaches. *Medical Anthropology Quarterly* 11(2):224-245.
- WHO (World Health Organization), 1984. *A manual for treatment of acute diarrhoea: for use by physicians and other senior health workers*. Programme for Control of Diarrhoeal Diseases (WHO/CDD/SER/80.2 REV. 1 e 2).
- WHO (World Health Organization), 1990. *A manual for the treatment of diarrhoea for use by physicians and other senior health workers*. Geneva: World Health Organization (WHO/CDD/SER/80.2 Rev. 2).
- WIRSING, R. L., 1985. The Health of Traditional Societies and the Effects of Acculturation. *Current Anthropology* 26(3):303-322.
- WOLFFERS, I., 1988. Illness behaviour in Sri Lanka: results of a survey in two Sinhalese communities. *Social Science and Medicine* 27(5):545-552.
- WRIGHT, S., 2000. Gastrointestinal Diseases (cap. 4), in: *Hunter's Tropical Medicine and Emerging Infectious Diseases*, 8ª ed. (G. T. Strickland, ed.), pp. 15-27. W. B. Saunders Company.
- YODER, P. S., 1995. Examining Ethnomedical Diagnoses and Treatment Choices for Diarrheal disorders in Lubumbashi Swahili. *Medical Anthropology* 16:211-247.
- YODER, P. S., 1997. Negotiating relevance: belief, knowledge, and practice in international health projects. *Medical Anthropology Quarterly* 11(2):131-146.

- YODER, P. S. & HORNICK, R. C., 1996. Symptoms and perceived severity of illness as predictive of treatment for diarrhea in six Asian and African sites. *Social Science and Medicine* 43(4):429-439.
- YOUNG, A., 1976. Some implications of medical beliefs and practices for social anthropology. *American Anthropologist* 78(1):5-24.
- YOUNG, A., 1980. The discourse on stress and the reproduction of conventional knowledge. *Social Science and Medicine* 148:133-146.
- YOUNG, A., 1982. The anthropologies of illness and sickness. *Annual Reviews of Anthropology* 11:257-285.
- YOUNG, J. C., 1980. A model of illness treatment decisions in a Tarascan Town. *American Ethnologist* 7(1):106-131.
- ZOYSA, I. de; BHANDARI, N.; AKHTARI, N. & BHAN, M. K., 1998. Careseeking for illness in young infants in an urban slum in India. *Social Science and Medicine* 47(12):2101-2111.
- ZU, S.-X.; LI, J.-F.; BARRET, L. J.; FAYER, R.; SHU, S.-Y.; McAULIFFE, J. F.; ROCHE, J. K.; GUERRANT, R. L., 1994. Seroepidemiologic Study of *Cryptosporidium* Infection in Children from Rural Communities of Anhui, China and Fortaleza, Brazil. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 51(1):1-10.

## ANEXO 1

ENTREVISTA COM XOWA ORO MON, ALDEIA LAGE NOVO<sup>31</sup>  
(23 de fevereiro de 2003)

### O mito de PINOM ou KAXIKAM HORON

*(trecho em wari')*

Eu vou começar falar de quando não tinha ninguém na Terra. Tinha uma velhinha que ela virou animal. Ela fazia assim...não tinha mais ninguém que acendia fogo pra ela. Quando pessoal matava paca tinha que dar um pedaço pra ela, pra ela alegrar, pra ela dar fogo pro pessoal poder assar carne ou peixe. Então, tinha que mandar muito pedaço de carne pra ela ou peixe, pra ela dar fogo...ela negava fogo...tinha que pedir pra ela dar fogo, né.

*(trecho em wari')*

A velha diz que, enquanto não dar comida pra ela, ela fica braba, né. Quando pai e mãe e a criança de três anos mandava roubar lenha, né, porque fogo estava aceso né. A velha fazia que estava dormindo, mas ela não estava dormindo, ela estava acordada. Quando uma criança vem, pega aquele fogo que está aceso, a velha pula em cima das crianças e mata. Aí, o pai chega né, pega a flecha, pega terçado, machado, pedaço de pau para matar ela. Parece que ela tem uma 'língua (?)' que o cara esticava flecha mas não soltava flecha. Parece que ela tem o espírito mau que ajudava ela né, para não matar ela eu acho, porque, quando o pessoal pegava flecha, não soltava, só fazia esticar. Então, um dia, pessoal fizeram reunião e conversaram: o que a gente pode fazer com a velha? Então, disseram assim: vamos procurar pé de fruta que tem muito passarinho né, lá em cima né. Então, foram procurar até achar a fruta que tem muito passarinho, jacu, arara, vários tipos de animais, passarinho, que come fruta lá em cima né. Aí então, esses dois meninos foram esperar, fizeram tocaia lá em cima num galho de pau. Aí, esses dois meninos falaram pro animal, cada passarinho daquele, falavam pro passarinho. Agora, a flecha, pegando dentro do peito, passarinho morria. Se pegava no meio de outro animal assim, quando grita assim, vai cair lá em baixo gritando né. Aí menino dizia assim: tu engana ela, pro passarinho, tu engana ela, eu quero que você leve essa velha para longe daqui, ela está acabando com a gente. Os meninos falando pro passarinho.

*(trecho em wari')*

Todo passarinho que os meninos matavam caíam lá em baixo, né, ela pegava e comia, ela preparava milho bem torrãozinho, quando ela pegava passarinho, botava na boca e bota farinha, andando, ela sem parar assim, só rodeando um pé de pau. Até que passarinho chegou, aí os meninos falaram pro passarinho lá: você engana a velha, quando você queria pular, você tem que passar na cabeça dela, até na costa dela, na canela dela, no covão dela, na cara dela, você engana ela pra você levar ela daqui pra muito longe porque ela tá acabando com a gente, né, os meninos dizendo pro passarinho. Eu acho que o passarinho escuta o que os meninos falaram né, antigamente, tudo animal era inteligente como a pessoa. Então, passarinho começava, matava, flecharam o passarinho e o passarinho descia lá em baixo, aí, gritando. Aí, os meninos gritando lá em cima: você pegou? Aí ele disse: não. Aí, outra vez eles perguntam: pegou? Não. Cada vez mais, tava ficando longe, já. Aí, os meninos gritavam: você pegou? não; pegou? não. Cada

---

<sup>31</sup> Estão transcritos, aqui, apenas os trechos em português. Xowa contava um trecho em wari' (assinalados entre parênteses) e, em seguida, contava o mesmo trecho em português, de maneira que o conteúdo do mito se mantém integral. A linguagem do texto se mantém a mais fiel possível à falada por Xowa. Reticências indicam pausas no discurso e ilustram a introspecção e paciência do contador.

quinze minutos, eles perguntam assim, aí eles diziam lá em cima: você pegou? não; você pegou? não; você pegou? não; você pegou? não; você pegou? não; você pegou? não; você pegou? não. Até que os meninos olharam e o espírito estava lá em cima, ninguém escuta mais, nem grito de passarinho, nem a voz dela também. Aí, eles perguntam e escutavam né. Aí, passarinho levou ela muito longe eu acho né. Não sei se ela alcançou, não sei se ela matou. Aí, os meninos começaram a descer, embaixo.

*(trecho em wari')*

Quando não escutaram mais a voz da velha né, aí, os meninos, em vez de procurar chicha não, né, pra tomar, só pra matar a fome, aí, passarinho que eles matavam lá em cima né, pegaram e mataram passarinho. Quando chegaram em casa, fizeram fogo né, ainda assaram passarinho. Não fosse isso, não tinha (...?). Aí, quando eles vieram lá, na (...?), assaram passarinho, comeram, tomaram uma chicha e foram embora. Tem um cipó assim né, uma escada né, que trepa e vem lá de cima, nós chamamos 'Hapinom', na nossa língua. Aí, os meninos foram. O mais velho e o irmão dele, dois irmãos, eles foram. Quando eles chegam lá em cima, aí balança o cipó, balança assim, quando eles perceberam, a velha vem danada atrás, lá em cima, cada vez ela tá ficando perto. Aí, o irmão mais moço dizia assim: - meu irmão, não agüento mais. Aí o irmão dele dizia assim: - não, irmão, vamos embora, nós vamos chegar. - não, tô cansado, não agüento. - Não, vamos embora mano. - Não. - Vamos embora, vamos embora. Aí, começa a cair a flecha dele. Aí, sai flecha e vai até em baixo, aí vira aquela cobra, comprida assim. Aí, sai arco dele e vai até em baixo, aí, vira aquela cobra preta, né. Aí, mano dele dizia: - Mano, vamos embora. - Não, tô cansado. Cada vez, o irmão mais velho está chegando mais perto, né. Aí, o mais novo dizia assim: - eu não agüento mais. Aí, o irmão dele dizia assim: - Já tô lá em cima. Aí, virou passarinho ele. Aí, sai cantando, rodando aquele cipó todo, lá embaixo né, cantando, cantando. Quando chegou na casa do pai dele, se pendurou lá embaixo da casa. Aí, irmão dele chorou. Aí irmão dele continuou, continuou, continuou, aí, chegou na porta assim, né, aonde o irmão dele ficou lá em cima.

*(trecho em wari')*

Aí, quando irmão dele ia chegando, aonde vem descendo esse cipó, aí, o Pinom, que eu te disse, né, eu acho que é o Deus, que a gente pensa que é agora, né, cortou aquele cipó lá, cortou, a velha caiu junto com aquele cipó e desceu lá em baixo. Tem um bocado de velhinho lá em baixo. Fizeram uma fogueira lá em baixo né. Aí, caiu lá em baixo, lá bem onde tá a fogueira né. A velha quis escapar, mas não deu porque a fogueira era muito grande. Assaram ela. Aí, esses velhos que estão lá em baixo, para nós é, dizem que esses velhos que estão lá viraram tatu, né, começaram a cavar um buraco pra velha escapar né, na beira da casa assim. Tudo velhinha cavava buraco e pegava folha pra tapar o buraco. Se esconderam tudo. Aí, dizem que o bucho dela, quando espocou no fogo, saía cobra, do bucho dela, jararaca, cascavel, sucuri, tudo tipo de bicho que saía do bucho dela, aí vai virando animal. Então, quando chegou fogo na cabeça dela, ela espocou assim, deu tiro e ela saiu fora né, pulou no outro lado do fogo. Aí, ela virou onça já, pintada, vermelha, tudo tipo de onça.

*(trecho em wari')*

Aí, ficaram lá em cima morando lá né, eu acho que foi dois anos lá, talvez três, quatro, cinco anos. Daí, eles mesmos inventaram, eu não sei se por causa de comida, assim que tá faltando né, aí, disseram assim: vamos s'imbora pra terra que é melhor. Decidiram mudar lá em cima né. Então, inventaram cada bicho. O primeiro, diz que inventou cada tipo de pessoa inventaram assim, como o macaco-preto, né, dois, três famílias pra ser macaco-preto, dois famílias pra ser macaco-prego, dois famílias pra ser anta, para ser veado, pra ser porquinho, pra ser anta, pra ser jabuti, pra ser macaco-de-cheiro, várias pessoas que fizeram reunião só pra discutir aquilo, igual a gente faz discutir numa reunião, né, uma coisa pra resolver. Então, ficou assim.

*(trecho em wari')*

Quando pensaram de ir embora para a terra, aí todo mundo escolhendo pra ser tipo de bicho né. Primeira turma é macaco-preto, aí cantaram assim só pra mostrar pro pessoal qual é o animal, aí macaco-preto e tal assim, diz que o pessoal ficava ouvindo a voz deles. Diz que tá bom pra eles. Aí vem assim o macaco-prego e fazia assim também, cantava, só pra mostrar pra turma como é que vai ser. Tá bom. Aí, anta, diz que assoviava e batia o pé assim, pisando, assoviava e batia o pé assim: pom, pom, pom... Aí, vocês também estão bom. Tudo mundo. Aí, chegou o veado e fazia assim também...Aí chegou vários macacos né... tá certo. Aí vem o jabuti: eu não quero ser assim não, eu quero ser assim, com casco, dizia pro pessoal, pessoal mangava, né: como você vai ser, como vai botar teu casco?. Não, eu quero ser com casco, disse. Tá bom. Aí, terminaram. Aí, tem o macaco-preto, prego, tem aquele breu, fabricou, né na mão dele assim, pra ele não cair no chão fácil. Agora, macaco-preto, né, macaco-preto não pegou cera bem forte não. Aí, o macaco-preto, quando o macaco-prego abriu mão assim e passou, raspou a mão do macaco-prego assim, o macaco-preto roubou cera do macaco-prego. Então, macaco-prego, a cera dele já ficou fraca né. Aí, macaco-prego ficou brabo com macaco-preto. Aí, pediu pra emprestar e ele não quis mais emprestar. Aí, macaco-prego disse assim pro macaco-preto: é, melhor que você roubou, do jeito que vocês tão assim, tu não vai andar nem no baixo assim, quando chega pessoa pra te matar, você tem que viver lá no alto, lá em cima. Né, e ficou brabo, né. Aí, macaco-preto falou pro macaco-prego também, discutiram né: é, você também, se você, se pessoal espanta vocês, vocês vão cair no chão e vai correndo, em baixo, aí não vão escapar não. Aí, brigaram né, aí, ficou. Acabaram de brigar, aí, pararam de brigar.

*(trecho em wari')*

Vou falar agora, quando, discutiram, né, o macaco falou pra ele, o macaco-preto que roubou a cera dele, falava pra ele: bem, agora vocês vão viver lá em baixo né, quando pessoa espanta vocês, vocês vão subir lá em cima. Aí, o macaco-preto falou pra ele: também vocês, quando vê pessoa, cá em baixo, pessoa corre atrás de vocês e mata vocês de pau, com flecha; se mulher de vocês cai com filho lá em baixo, vocês não vão mais ter filho e a mulher de vocês. O macaco-preto falando pro macaco-prego, e ficou assim, aí, acabaram briga. Aí, bom, acharam a fruta legal lá. Aí começaram a discutir quem é mais seguro, que não tem medo de pular em baixo. Fizeram reunião assim, um monte assim, perguntado: - quem vai na frente? Aí, disse: - você macaco-preto, você vai? - não. - Prego, vai? - não. - Zogue-zogue vai? - não. Tudo tipo de macaco. Aí, macaco-de-cheiro chegou né, macaco que pinta a boca assim, aí, chegou lá, num galho assim, tava limpo, né, lá em baixo. Aí, macaco: - não, tu leva teu filho pra ele comer logo lá em baixo. Né, falando pro macaco. Aí, tem um galho assim que desce assim, eu acho que igual um ferro assim. Cada vez mais ele chamava assim: - xé...xé...xé...quando ele chegou na ponta do galho assim, aí ele pulou. Aí falou pro filho dele assim: - aí, você me segura, se não, você vai cair pro lado, fecha os teus olhos e você me agarra. Agora, ele não. Pulou em cima com coragem, né. Pulou até bem num galho de fruta lá em baixo. Chegou lá em baixo, do jeito que ele tava com fome, né, encheu a barriga, pegou um galho de fruta, aí, levou pro filho dele. Aí, falou pra ele: - você fica aqui, vou chamar o pessoal lá em cima; - tá bom. Então, ele pegou um galho de fruta assim, né, que tem mais carregado que tem um galho, ele quebrou, ficou lá em cima, tirou tudo folha assim, só fruta mesmo. Aí, ele assoviou pro pessoal lá em cima (*imita o assovio*). Rapaz, quando ouviram o grito lá em cima, aí vieram tudo mundo. Macaco-preto, chááá... Aí, vieram tudo. Depois, a anta. A anta é grande, né, quando pisava lá em cima, quebrava os galhos, desceu junto com um galho de folha, aí comeu em baixo. Queixada, que o pé dele é pequenininho, pulava e ia até em baixo (*rindo*) e comia lá embaixo. Veados também, não é bem grande, né, tudo lá embaixo. Cotia, paca, tudo. Aí, vem jabuti, ele não tem pele, ele é só casco né, batia lá em cima: tum; no chão mesmo, muito alto de onde ele vem, aí, se levantava. Não aquele, não sei se você conhece aquele orelha-de-pau que tem no mato, orelha-

de-pau, sabe? (um cipó?) Não, um pau caído, assim, não tem aquele orelha-de-pau? (ah, sim, cogumelo) Então, é a comida dele, aí ele comia para se virar, né. Cai tudo bicho lá de cima.

*(trecho em wari')*

Quando, vou contar agora quando eles desceram lá em baixo né, assim, quando já terminaram de descer tudo mundo lá de cima, algumas pessoas, com família, né, e a mulher falava pro homem, pode ser macaco-preto lá em cima, família do macaco, né, eh, mulher falava assim: - desce, lá em cima, que eu não quero que você vira bicho. Aí, o marido da mulher dizia pra ela que: - eu não quero mais ser gente, ficar lá em cima mesmo, melhor eu. E a mulher chorava, né, com pena das crianças. E a de anta também. Às vezes, homem levanta como gente, homem, né, e a mulher dele é anta. Aí, homem dizia assim: - levanta daí, nós vamos viver junto, como marido e mulher. Então, a mulher disse que ela não podia viver mais gente não, ela gostava de viver como bicho, né. Macaco-prego, mesma coisa. Alguns deles que aceita viver com gente de novo no mundo, e levantava, virava gente, levantava. O resto, que não quer viver como gente, já é o animal, porco, porquinho, veado, às vezes tem um animal que se levanta pra viver como gente, vários bichos, né. Então, aí, ficaram assim. Quando foi à tarde, três horas, já tarde, vieram sete, um primeiro, era um menino corajoso, sozinho, é oro, que chama, é um passarinho, é oro, aí vem cantando assim, sozinho, caiu num baixo da terra, começa a ciscar, sozinho. Aí, o homem que já é gente já: - vou matar esse oro, né, pegou flecha lá, fez uma tocaia assim, chamou ele, aí chegou pertinho dele e matou. Aí, rasgou a boca dele, aqui no papo dele, rasgou, pra ver se não tem fogo. Não tinha. Aí, demorou um pouquinho, vinha outra turma, oro também. Vem cantando, vem cantando, vem cantando, até em baixo. Às vezes, cada tipo de bicho, cada dele tem comida diferente né. Aí, tem uma fruta de babaçu, né. Aí, começa a pinicar. Ele tem um bico duro, forte o bico dele, rasgava casca e pinicava pra comer. Aí, foi, o homem que matou o outro que veio primeiro, foi lá: - vou matar esse bicho aí. Foi lá. Ele matou, né, e rasgou o papo dele, tava lá um pedaço de fogo desse tamanho assim, né. Aí, diz que ele pegou, aquele cinza, né, que oro tava e botou na boca, pra ele não é quente não, engoliu, no bucho dele. Aí, chegou no meio da turma lá e contou: - cadê, cadê? – Não tem não. Negando fogo né. Se fosse outra pessoa não negava não, pessoal disse.

*(trecho em wari')*

E vou falar que, coisa que, que aconteceu com o pessoal né, que tem um homem, quando oro vem lá em cima sozinho, foi lá e matou e nada ele contou né. Vem onde tá todo mundo assim, passou tempo. Quando o pessoal pesca, assavam no sol quente, né, pra poder comer, não assava, fazia estragar. Fazia pamonha, botava no sol, mesma coisa. Matava caça, deixava no sol, mesma coisa. Então, um dia, esse cara que negou fogo, né, foi trepar para tirar ouriço de castanha lá em cima. Aí, um dia viram um ouriço de castanha queimado, casca né, no caminho que ele, como ele não escondeu bem, caiu um pedaço de queimado assim, de ouriço de castanha no caminho, aí perceberam que ele tava andando com fogo. Alguns deles foram atrás dele. Quando saiu pro mato daí ficavam atrás dele, todo o tempo, todo o tempo. Aí, chegou num pé de castanha que era carregado, aí deixou flecha dele ali. Começou a juntar lenha, juntar lenha tudinho, aí deixou num lugar assim. Aí, ele foi lá em cima, pegou um pauzinho, tirando castanha verde lá em cima. Derrubou tudinho. Aí, ele começou a partir casca do ouriço de castanha, tudinho. Depois, abriu um buraco assim, fazia que fazia o cocô, se sentava assim, no meio daquele fogueiro e fazia igual quando tá fazendo cocô. Saía aquele fumaça. Aí, fogo aumentou.

*(trecho em wari')*

Eu vou contar quando ele não quis entregar fogo pro pessoal. Aí, ele foi sozinho e um cara foi atrás dele escondido. Quando ele viu um pé de castanha carregado né, subiu lá em cima, prestando atenção, como ele ia fazer, subiu lá, pegou lenha, né, tudinho. Aí, fez fogo e começou a assar aquela castanha dele. Aí, o fogo começava a espocar já, espocando. Aí, ele tava doido

já. Ele, antes de queimar, ele pegava água, né, pra poder apagar tudo aquele fogo. Enquanto ele não assa castanha, ele não tira, algum que tá assando ele pegava a varinha e jogava pra fora. Aí chegou o cara, ele é, vamos dizer assim, ele tem poder, igual o bicho também. Tem um sapinho desse tamanho (*mostrando*). Quando o homem viu aquele sapo pulando, que sapo engoliu o fogo, aí sapo já saiu pulando. Aí, o homem correu atrás para matar ele. Correu, correu, o homem lá atrás, correndo atrás dele. Quando chegou num igarapé, pulou dentro d'água. Aí, o homem foi embora, não esperava ele. Aí, esse homem, dono da castanha e o fogo, tem que fazer um açude pra cercar o igarapé pra poder pegar o peixe. Ele pesou que foi peixe que engoliu o fogo dele, né. Chegou lá no igarapé e pegou uma folha, né, jogou a água todinha e vinha peixe ali. Pegava peixe e rasgava. Cada um peixe rasgava assim pela boca. Passou dia trabalhando lá atrás de fogo. E castanha dele queimado lá. Ele não ligou mais para a castanha. Ele quer ir atrás, trazer aquele fogo que sapo engoliu. Ele ficou puto ele. Ficou brabo.

(*trecho em wari'*)

Vou contar quando ele, o cara roubou o fogo dele né. Ele roubou. Aí, ele nem quis saber mais de castanha. Tava queimado já. Ele chegou com raiva, pegou a flecha dele e foi embora. Pegou o caminho para poder chegar em casa. Esse homem que roubou a lenha, fogo já, no meio do caminho, ele fez sinal com fogo, pau podre assim. Na chegada dele assim. Assim, quando ele vem chegando pra ver se já chegou né, no meio do caminho ele encontrou fogão já, cada pau podre já tem fogo no meio do caminho. O cara ficou muito puto! (*risos*) Aí, chegou lá na aldeia, né, que o pessoal já todo mundo com fogo já em casa, muitos assando pamonha, assando peixe, assando carne, chicha no fogo, espalhou né. Aí, ele saiu contando, né, que, brabo né, dizia que ele mesmo falou pro cara né: - não quero entregar esse fogo tão cedo pra vocês não. Aí, todo mundo também queria fogo né. Ele dizia assim pro pessoal: - é pessoal, esse fogo, eu sou dono do fogo, né, é bom pra assar todo mundo, peixe, vai servir pro assar carne, chicha, pamonha, peixe, vai servir pra todo mundo; até nós, quando o teu filho morrer também, vai ser assado por ele, esse fogo. O cara falou, o dono que negou, né, o cara falou mau pra ele: - vai ser assado, teu filho vai assar. Aí, o outro respondeu: - você também vai ser assado; se tua mulher morrer, vai ser assada no fogo também. Aí, brigaram lá com o fogo. Discutiram lá e acabou briga, né. Aí, o dono do fogo, né, essa vez já o pessoal começaram espalhar, né, essas coisas, tudo. Não estão mais juntos, como era, como viviam juntos. No final, assim, quando espalharam, cada um vai dividir a turma, qual é que vai morar perto, quem mora mais longe. Depois do fogo assim, o pessoal já começaram a espalhar. Cada um vai ficando noutra aldeia. Cada um pessoal vai falar na sua língua. Vai espalhando tudo. Mas, também, cada um esquece dos parentes. Não é mais aquele língua que eles falavam. Já começa a esconder dos outros né. Vamos dizer, como espanhol, boliviano, chinês, essa gente que a gente não conhece mais. Aí, essa história é assim.

## ANEXO 2

### Ficha de levantamento populacional

Fundação Oswaldo Cruz / Escola Nacional de Saúde Pública

Projeto de pesquisa: “O Contexto Cultural das Doenças Diarréicas entre os Wari’ (Pakaánova): interface da antropologia e saúde pública”

Pesquisador Responsável: MOACIR HAVERROTH

Terra Indígena:

Aldeia:

Data:     /     /

nº casa / nº ordem	Nome (em português)	Nome (Wari’)	s e x o	Parentesco (relativo a 1)	Nascimento		Fonte (doc.)	baixas	observações
					mês	Ano			
01 / 1									
2									
Sub-total									



### ANEXO 3

#### ROTEIRO DE LEVANTAMENTO DE DADOS GERAIS POR DOMICÍLIO

##### **Bloco 1: Composição familiar (demografia) e características físicas do domicílio**

###### DADOS SOBRE O DOMICÍLIO (casa)

1. Número da casa (o mesmo na ficha de população):
2. Localização relativa na aldeia (cruzar com mapa):
3. Tamanho da casa (comprimento x largura):
4. Altura da casa (' piso/assoalho' ao 'teto'):
5. Número de pessoas na casa (cruzar com ficha de população):
  
6. Número de peças/cômodos:
  1. um 2. dois 3. três 4. quatro 5. cinco
  
7. Material utilizado para parede:
  1. paxiúba 2. madeira serrada (qual?) 3. outra madeira não serrada (qual?)
  4. tijolo sem reboco 5. tijolo com reboco 6. sem parede
  
8. Material utilizado para piso/assoalho:
  1. paxiúba 2. madeira serrada (qual?) 3. outra madeira não serrada (qual?) 4. chão batido
  5. piso de concreto sem lajota 6. piso de concreto com lajota
  
9. Material utilizado para telhado/cobertura:
  1. palha de palmeira (qual espécie?) 2. telha de alumínio 3. telha de zinco
  4. telha de amianto 5. telha de barro (qual estilo?) 6. telha de tábuas (qual estilo?)
  
10. Altura do chão:
11. Móveis (citar quantidade):
  1. mesa 2. cama 3. armário 4. banco 5. prateleira 6. fogão a gás 7. fogão de barro
  8. rede
  
12. Utensílios domésticos (citar quantidade e material):
  1. panela prato 2. copo de vidro 3. xícara 4. caneca de alumínio (tipo leiteira)
  5. colher 6. garfo 7. faca de mesa 8. faca 'peixeira' 9. chaleira 10. garrafas de vidro
  11. potes de plástico pequenos 12. potes de plástico grandes 13. filtro de água
  
13. Quais eletrodomésticos há na casa? Quantos?
  1. rádio 2. TV 3. Teclado
  
14. Anexos (distância da casa / tamanho / material / posição relativa / ...):
  1. galinheiro 2. chiqueiro 3. casa de farinha 4. gaiola para animais (quais?)
  5. privada 6. paiol / depósito (de que?) 7. anexo coberto de palha 8. ....
  
15. Se há privada / latrina (5),

1. descrever a sua construção (material usado, tamanho da casinha e fossa, etc.)
2. descrever a sua localização relativa 3. quando foi construída?
4. Por que foi construída? 5. Quem construiu? 6. qual a frequência de uso
7. quem costuma usar mais? 8. Quem não usa, por que não usa?
9. Quem usa, por que usa? 10. Quem não usa (ou quando não se usa a privada) onde costuma defecar? Obs.: nas questões 6 a 10 recomenda-se apenas observação.

## **Bloco 2: Subsistência e alimentação**

### MEIOS DE TRANSPORTE E DESLOCAMENTOS

16. Quais as vias e meios de transporte?
  1. Terrestre (citar de quem é):
    - ( ) à pé ( ) ônibus ( ) carro pequeno ( ) caminhoneta (toyota) ( ) à cavalo
    - ( ) carroça ou outro veículo à tração animal ( ) bicicleta ( ) motocicleta
    - ( ) caminhão ( ) ...
17. Quem mais se desloca para a cidade?
18. Qual cidade?
19. Com que frequência?
20. Para quê?

### ECONOMIA

21. Fontes de renda / receita em dinheiro:
  1. salário de professor 2. salário de agente de saúde 3. salário de aposentado
  4. pensionista 5. venda de artesanato 6. venda de farinha 7. venda de milho
  8. venda de castanha 9. venda de banana 10. venda de feijão 11. venda de arroz
  12. guarda de parque florestal
22. Agricultura
 

espécies plantadas / época / quantidade ou tamanho da roça / isolado ou consorciado / ...

  1. Milho 'duro' (para os animais e venda) 2. mandioca braba 3. mandioca mansa
  4. batata-doce 5. amendoim 6. melancia 7. melão 8. mamão 9. abóbora/jerimum
  10. cará 11. taioba 12. algodão 13. urucum 14. arroz 15. feijão 16. banana
  17. milho 'mole' (para chicha / pamonha) 18. cana-de-açúcar
23. Distância / tempo de viagem da(s) roça(s) em relação ao domicílio principal:
24. Método(s) de cultivo:
  1. coivara (derrubada e queimada) 2. ...
25. Ferramentas disponíveis (citar quantidade):
  1. terçado 2. machado 3. enxada 4. foice 5. pá cavadeira 6. pá de juntar 7. enxada
  8. boca de lobo 9. martelo 10. alavanca de ferro 11. pé de cabra 12. faca
26. Quem é responsável pela derrubada e queima? (citar parentesco relativo do(s) responsável(is)):
  1. Homem 2. Mulher
27. Quem é responsável pelo plantio? (citar parentesco relativo do(s) responsável(is)):

1. homem 2. mulher  
 28. Quem é responsável pela colheita? (citar parentesco relativo do(s) responsável(is)):  
 1. homem 2. mulher

29. Coleta

Quais produtos são coletados na floresta?

1. frutas (quais?) 2. seringa 3. mel (quais tipos?) 4. fibra (quais?) 5. lenha  
 6. remédios (de que tipo?) 7. castanha

30. Se há coleta de seringa (2),

1. quantas estradas de seringa há?  
 2. Quanta seringa é coletada?  
 3. Que tipo de beneficiamento é realizado?  
 4. Há quanto tempo coleta(m)?  
 5. Com quem aprendeu(ram)?  
 6. Onde/para quem vende?  
 7. Qual o preço por unidade?

31. Criação de animais domésticos (citar o número de animais):

1. suíno 2. bovino 3. ovino 4. caprino 5. equino 6. galináceo 7. pato 8. ganso  
 9. cachorro 10. gato 11. ...

32. Quais animais domésticos são consumidos (numerar conforme acima)?

33. Com que frequência são consumidos?

34. Presença / criação de animais não-domésticos (citar o número de animais):

1. macaco (citar a espécie) 2. papagaio 3. arara 4. anta 5. jabuti 6. tracajá  
 7. pássaros menores (citar quais) 8. corica (*beré*) 9. tatu (*pikot*) 10. porco do mato

Caça

35. Quem caça?

1. homem 2. mulher

36. Com que idade começa a caçar?

37. Quais os métodos de caça?

1. arco e flecha 2. flecha / lança 3. arma de fogo (qual?) 4. armadilha 5. cachorro  
 6. . tocaia 7. ...

38. Espécies caçadas (ordenar por importância ou apenas citar os que forem efetivamente caçados de acordo com observação)

Nome português	Nome Wari'	Nome científico	Efetivamente caçados	Ordem de importância
1. queixada...				
2. queixada...				
3. macaco-prego				
4. capivara				
5. lontra				
6. veado				

7. veado-vermelho				
8. coati				
9. jabuti				
10. jacaré				
11. macaco-capuchinho				
12. preá				
13. paca				
14. anta				
15. macaco-da-noite				
16. tamanduá				
17. esquilo				
18. cotia				
19. macaco-aranha				
20. gavião				
21. papagaio				
22. tucano				
23. arara				
24. urubu				
25. pombo				
26. pica-pau				
27. boto				
28. jacu				
29. porco				
30. mutum				
31. tatu				
32. jacamim				
33. mucura				
34. preguiça				

### 39. Peixes pescados

Nome português	Nome Wari'	Nome científico	Ordem de importância
1. traíra			
2. jatuarana			
3. cará			
4. mandim			
5. ?			
6. tucunaré			
7. pacu			
8. ?			
9. piranha			
10. tambaqui			

40. Quem pesca?

41. Quais os métodos de pesca?

42. Numerar animais com *jam*:

43. Numerar animais sem *jam*:

44. Animais prescritos ao consumo:

45. Quem pode comer? Por quê?

46. Animais proscritos ao consumo:
47. Quem não pode comer? Por quê?
48. Método de preparo da caça:
49. Cuidados específicos com o corpo da caça / carne:
50. Método de preparo do peixe:
51. Quem distribui a caça? Por quê?
52. Quem recebe parte da caça? Por quê?
53. Quem prepara a caça para o consumo?
54. Quem come primeiro? Por quê?

### **Bloco 3: Saneamento**

#### **HIGIENE PESSOAL E DA CASA**

55. Quais os procedimentos de limpeza da casa? Qual a frequência?

1. varrer 2. passar pano úmido 3. lavar 4. ...

56. Há material orgânico não aproveitado que pode ser considerado lixo? Qual?

57. Qual o destino do lixo orgânico?

58. Há material não orgânico ou seco que pode ser considerado lixo?

1. sim 2. Não

Se sim, Quais?

1. plástico 2. vidro 3. borracha 4. papel 5. pilha 6. bateria 7. ...

59. Qual o destino do lixo não orgânico ou seco?

60. Quando uma pessoa é considerada suja?

61. Quando uma pessoa é considerada limpa?

62. Quais hábitos de higiene pessoal da casa? Com que frequência?

1. lavar as mãos 2. lavar o rosto 3. lavar os pés 4. tomar banho completo
5. escovar os dentes 6. ...

63. Qual a importância / motivo de cada atividade de higiene pessoal (seguir pela numeração acima)?

1. ... 2. ...

64. Onde se pega água para o consumo?

1. banho 2. cozinhar 3. beber 4. higiene da casa (ou apenas dizer de onde se pega)

## ANEXO 4

### Ficha/Roteiro de levantamento de episódios de diarreia nos últimos 15 dias

(Recall - 15 days)

Terra Indígena:

Aldeia:

Data: / /

Data da entrevista: / /

#### 1) IDENTIFICAÇÃO DO RESPONDENTE:

1.1) Nome:

1.2) Posição relativa na casa:

1.3) Número da casa (conforme mapa e ficha de população):

2) Houve algum caso de diarreia/desidratação na casa nos últimos 15 dias?

1. Sim

2. não

3) Se sim (1), nome do paciente:

4) Data de nascimento/Idade do paciente:

5) Sexo do paciente: 1. M 2. F

#### HISTÓRICO DO EPISÓDIO:

6) Como começou:

7) Sintomas no início:

8) Sintomas no decorrer:

9) Duração do episódio:

10) Causas apontadas:

10.1) Como?

10.2) Por quê?

11) Remédios utilizados:

12) Como / o quê curou:

13) etnoclassificação da doença:

14) Esquema seqüencial do Itinerário Terapêutico:

15) Motivos da recorrência a cada recurso:

## ANEXO 5

### Ficha de acompanhamento de episódios de diarreia (Itinerário terapêutico)

Terra Indígena: \_\_\_\_\_ Aldeia: \_\_\_\_\_ Data:    /    /

Nome do(a) paciente:

Nome da mãe:

Nome do pai:

Número da casa (conforme mapa e ficha de população):

Data de nascimento/Idade:

sexo: M ( ) F ( )

Data do início do episódio:

Etnoclassificação da diarreia:

#### SINTOMATOLOGIA

Sinais/Sintomas observados no início que despertaram para o problema:

Sinais/Sintomas observados no decorrer do episódio:

1º dia:

2º dia:

3º dia:

...

Sinais/sintomas observados que denotam melhora do quadro clínico:

Sinais/sintomas observados que denotam piora do quadro clínico:

Sinais/sintomas observados que denotam a cura do episódio:

Data em que se considerou curado(a):

Por quê se considerou curado(a)?

RECURSOS (Seqüência de recursos aos quais se recorreu durante o episódio):

Recurso 1:

Data em que se recorreu ao recurso:

Por que este recurso?

Tratamento utilizado via esse recurso?

Efeitos observados:

Interpretação dos resultados:

Procedimento tomado com base nos resultados e interpretação desse recurso:

Desenho esquemático do itinerário terapêutico (locais/recursos em seqüência cronológica)

## ANEXO 6

### ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM MÃES DE MENORES DE CINCO ANOS DE IDADE

DATA:

NOME DA MÃE:

1) história da última gravidez

- a) quando / como soube que estava grávida?
- b) realizou exame pré-natal? Onde? Com quem? Quantos?
- c) há comida que pode / não pode comer quando grávida? Por quê?
- d) onde nasceu a criança?
- e) quem assistiu / ajudou no parto? (por quê?)
- f) como se cortou o cordão umbilical?
- g) qual cuidado se teve com o cordão umbilical?
- h) quem ajudou no pós-parto?
- i) houve alguma dieta especial no pós-parto? Por quê?
- j) há casos de filhos perdidos? Por quê? Causa? Ou aborto?

2) Amamentação / alimentação

- a) a criança (mais nova) está sendo amamentada atualmente?
- b) quando se costuma desmamar a criança?
- c) quando se introduz os sólidos / semi-sólidos? Quais?
- d) que comida (sólida / semi-sólida) é mais apropriada para a criança que mama?
- e) dieta usual da mãe e da(s) criança(s) (*recall* de 24 horas):  
da mãe: manhã? Meio-dia? Noite?  
Da criança: manhã? Meio-dia? Noite?
- f) alimentos bons / melhores / prescritos para crianças pequenas (menores de cinco anos).
- g) alimentos ruins / piores / proscritos para crianças pequenas (menores de cinco anos).
- h) forneceu / fornece algum alimento comprado / industrializado? Qual? Por quê? Para qual criança (quando há mais de uma)?
- i) há alimento bom / ruim para a lactante? Qual(is)?
- j) usa / conhece algum método anticoncepcional? Qual? (se você deseja evitar ou ficar mais tempo sem engravidar?)
- l) para que serve a vacinação?

3) Taxonomia / etiologia / itinerário (diarréias)

- a) em que tipo de doença há cocô mole / solto / como água / sangue / muco?
- b) em que tipo de doença há dor de barriga / estômago?
- c) o que é *honko* / como é *honko*?
- d) há diferenças entre diarréia de adultos e de crianças? Quais?
- e) como fica (sinais / sintomas) uma criança com diarréia/*honko*?
- f) o que causa diarréia / *honko*? (pergunta aberta)
- g) 1- *mete* causa diarréia / *honko*? especificar.  
2- *sujeira* causa diarréia / *honko*? como?  
3- *hotowa* (vento) causa diarréia / *honko*? como?  
4- *xowi* (chuva) causa diarréia / *honko*? como?



- 5- comida causa diarreia / *honko* ? qual? Como?
- 6- *kom* (água) causa diarreia / *honko* ? como? Por quê?
- h) quais sinais / sintomas são decisivos na busca por recursos / tratamento? Por quê?
- i) o que você espera de um tratamento / remédio usado?
- Parar a *honko* ?
- Prevenir outra doença / agravo?
- Fortalecer a criança?
- j) há mudanças na alimentação durante um episódio de diarreia / *honko* ? qual(is)? Há comida melhor / pior? Por quê?
- l) há algo que se pode fazer para prevenir / evitar *honko* ?

#### 4) TRO

- a) você sabe o que é desidratação? Já ouviu falar em desidratação?
- b) o que causa / como é desidratação (*om na kwerekun*)?
- c) o que causa (qual a doença) desidratação? Como? Por quê?
- d) há algo que se pode fazer para evitar a desidratação? O quê? Como? Por quê?
- e) já ouviu falar em TRO / SRO / SSS/SAS ? onde? De quem? O quê?
- f) já usou? Sabe como preparar SSS / SRO?
- g) materiais necessários / disponíveis;
- h) volume do recipiente usado;
- i) volume de água usado / citado;
- j) origem da água usada / citada;
- l) quantidade de sal usado / citado;
- m) quantidade de açúcar usado / citado;
- n) quantidade dada à criança por dia; como?
- o) tempo de uso da SSS / SRO?
- p) para que serve a TRO/ SRO / SSS? O que você espera da TRO? (pergunta aberta)
- q) alternativas fechadas:
- para dar força para a criança;
  - para evitar desidratação / *om na kwerekun*;
  - para parar a diarreia / *honko* ';
  - para repor água / nutrientes perdidos;
  - ...
- r) usa remédio (*mi / nahwarak*) do mato que tenha 'água'? qual(is)?

## ANEXO 7

### ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS AGENTES INDÍGENAS DE SAÚDE (AIS)

#### 1. Identificação

Nome:

Idade:

Sexo:

Onde nasceu:

Onde já morou:

#### 2. Formação e atuação:

Quando começou a trabalhar como AIS?

Quais contratos já teve/tem?

Quais cursos já participou?

Principais temas de cada curso:

#### 3. Sobre Doenças Diarréicas (DD):

3.1. O que se considera diarréia/honco'?

3.2. Quando é suficientemente séria e que necessita tratamento?

Tipos:

Sintomas:

Tratamentos:

3.3. O que é desidratação?

3.4. Como se chama desidratação na língua wari'?

3.5. Sinais e sintomas de desidratação:

#### 4. Sobre Terapia de Desidratação Oral (TRO):

4.1. O que é TRO ou Solução de Sal e Açúcar (SSS – Salt Sugar Solution) ou Solução de Reidratação Oral (SRO)?

4.2. Como se prepara SRO (envelope padrão)?

4.3. Como se prepara SSS (caseiro)?

Água: volume, origem, fervida ou não;

Sal: dose; Açúcar: dose;

Como se mede?

4.4. Instruções que se dá ao paciente sobre o uso do Soro Oral:

#### 5. Final:

5.1. Que explicações dá ao paciente sobre DD?

5.2. Há acompanhamento dos casos de DD, desidratação, desnutrição? Como?

5.3. O que se faz quando uma criança está abaixo do peso?

5.4. Há visitas periódicas nas casas? Para que? Se não, por quê?

5.5. Como dividem os trabalhos/tarefas entre os três AIS e o AISAN?

5.6. Há reuniões entre os AIS/AISAN para discutir o trabalho e os problemas?

#### 6. Avaliação do Serviço de Saúde (FUNAI → CUNPIR/FUNASA)

Pontos positivos:

Pontos negativos:

Estrutura/logística:

Processo:

Formação:

**ANEXO 8**  
**ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM AS MISSIONÁRIAS DA MNTB**

Data:

1. Há quanto tempo estão trabalhando como missionárias? Motivações?
2. Quanto tempo em aldeia indígena? Quais?
3. Quanto tempo em Lage Novo?
4. O que é a Missão Novas Tribos do Brasil (MNTB)?

Sede/coordenações:

Objetivos:

Métodos:

5. que trabalhos paralelos desenvolvem? Especificar na área de saúde e saneamento. Ex: Pastoral da Criança, papel, ...
6. recursos:
7. integração com outras correntes ou igrejas:
8. formação escolar e específica para MNTB:
9. dificuldades encontradas no trabalho:
10. quais os principais problemas e necessidades da comunidade?
11. Como melhorar as condições de saúde gerais na comunidade?
12. Há pessoas, na aldeia e/ou fora da aldeia, que se opõem ao trabalho na aldeia? Por quê?
13. Avaliação dos Serviços Oficiais de Saúde (FUNAI → CUNPIR/FUNASA)

Estrutura:

Processo:

Pontos positivos:

Pontos negativos:

## ANEXO 9

### Texto com base nas entrevistas com os Agentes Indígenas de Saúde e de Saneamento<sup>32</sup>

*AIS 1 (Entrevista em 21 de abril de 2003, aldeia Lage Novo)*

Um AIS, que chamarei de AIS 1, contratado pelo PACS, com 39 anos de idade, nasceu em Lage Velho, já morou na aldeia Tanajura, voltou para Lage Velho e, finalmente, mudou-se para Lage Novo. Seu pai mora em Linha Dez, o qual foi um dos pioneiros nessa aldeia. Começou a atuar na saúde através de uma antiga auxiliar de enfermagem da FUNAI de Lage Velho. Depois, mudou-se para Lage Novo por causa da malária. Começou a atender o pessoal. Segundo ele, a FUNAI negociou para que ele atendesse o pessoal. O então chefe de Posto da FUNAI ajudava com um pouco de dinheiro. Fez curso com Dr. Gil<sup>33</sup>. Fez curso durante quatro anos. Não havia contrato. Outro chefe de Posto lhe informou sobre um concurso para Agente de Saúde na prefeitura de GMI. Fez prova em 26 de julho de 1996. Esse foi o primeiro contrato. Em 2000, houve mudança para CUNPIR/FUNASA, mas continua pelo PACS. Segundo este AIS, havia mais mortalidade antes. Hoje, não há tanto porque os índios estão aprendendo. O AIS mostrou os cadernos e apostilas de alguns cursos que freqüentou, os quais estiveram focados nos seguintes temas: 1- diarreias; 2- malária; 3- pneumonia; 4- dores reumáticas; 5- intestino / corpo humano; 6- anemia, verminose, doenças de pele, tuberculose / doenças respiratórias, aparelhos reprodutores masculino e feminino / DST; além de cursos eventuais pela prefeitura. Nos cursos, houve também tema sobre lixo e orientação para comunidade. Acha que seria bom participar dos cursos pela CUNPIR também, pois, como agente do PACS, não tem freqüentado esses cursos junto com os outros AIS.

Sobre doenças diarréicas, AIS 1 disse: ‘menino que come muita coisa pesada, comida estragada, dá diarreia’. Como sintomas principais, citou ‘fraqueza’ e ‘não come bem’. Como tratamento, em primeiro lugar, o ‘soro caseiro’, e, depois, ‘soro reidratante’. Citou três tipos de diarreia: ‘pura água’, ‘verde’, ‘com sangue’ que, acrescentou, ‘é verminose’, e ‘com catarro’. Quanto aos tratamentos específicos para estes tipos de diarreia, segundo AIS 1, para ‘diarreia com sangue’, faz tratamento para verminose, albendazol e, se não tiver, mebendazol e, se não tiver também, metronidazol. Quando a criança está com intestino trancado, trata com sulfá, pois ‘é infecção intestinal’.

Sobre desidratação, o depoimento foi que “se tiver criança com desidratação, tá com fraqueza, não é nada pesado. Problema de desidratação, diarreia muita, vômito. Então, procura dar sopa de galinha, caldo de arroz. Pergunta: o que quer? ‘quero isso’, então, dá o que ele pede. Se ficar muito fraco, leva para a cidade”. Na língua wari’, chama-se *om na kwerekun*, seco, magro, também *ma’ na aracon* (osso dele), ‘só tem osso’. Os sinais de desidratação citados foram: fraqueza, respiração rápida, emagrece muito. Disse que, até hoje, nunca viu criança muito desidratada, só viu com pneumonia.

Sobre TRO, “não tem outra coisa para diarreia, principalmente o SRO, se não resolver, o soro caseiro. Se não tiver, faz caju, goiaba. Se não tiver SRO na farmácia, faz soro de goiaba ou caju. Se não tiver SRO, pode fazer SSS (1 pitada de sal, 2 pitadas de açúcar, 1 copo de água). (Foi buscar a medida em casa. Trouxe a colher de medida padrão

<sup>32</sup> As informações que seguem estão expostas conforme cedidas pelos AIS, com pequenos ajustes à linguagem escrita, mas a responsabilidade é minha.

<sup>33</sup> Gilles de Catheu é médico ligado ao Conselho Indigenista Missionário de Rondônia (CIMI-RO), reside em Guajará-Mirim e vem atuando junto às populações indígenas há vários anos.

do MS com um lado para a medida de sal e outro para o açúcar). Sal, 1 medida rasa; açúcar, duas medidas rasas; em um copo cheio de água (*mostrou no caderno a parte onde estudou sobre desidratação em 1997*). Na questão sobre as instruções que dá ao paciente ou mãe de criança doente sobre o uso do soro oral, disse que “se uma mãe chega no Posto de Saúde com criança com diarreia, pergunta o que fez, ela diz que foi pra roça de macaxeira, no sol, deu peito para criança e ela ficou com diarreia. Chama a mãe, faz soro e diz para dar para a criança quando ela tem sede. Dá um copinho para ela tomar na hora. Depois, ela leva para casa o resto e, quando a criança quiser, já está pronto. Se acabar, diz para dar água morna também, não deixar com sede. Se tiver vômito e for grave, leva para a cidade, se não, só espera”.

AIS 1 informou que, antes, havia auxiliar de enfermagem da FUNAI morando na aldeia. Trabalhava em parceria com ela e faziam trabalho domiciliar juntos. Agora, ele trabalha com os outros AIS, quando um sai para o mato, avisa o outro. Se tiver diarreia, avisa, vai na casa. Se tiver um pouco de açúcar, dá para o paciente ‘para agradar’. Quando o serviço de saúde passou para a FUNASA, começou a participar na Pastoral da Criança, fizeram curso pela Pastoral, aprenderam como pesar a criança. Agora, não esperam pela Pastoral, agora, eles mesmos pesam as crianças. A Pastoral trazia para a aldeia lanche no dia da pesagem. Fazia fila, por idade, para pesar. Distribui-se o mingau ou bolacha. Hoje em dia, não é mais assim. No último dia (03/04/2003), foi feita a pesagem na presença da coordenadora da Pastoral da Criança de GMI e foi feito o mingau. Os ingredientes foram levados para a aldeia pela coordenadora. Se verificar que uma criança está com baixo peso, diz que vai na cidade, pede apoio na FUNAI, na Pastoral... A FUNAI tem o “Projeto Catima” (feito pela Pastoral) que faz multimistura. Na última vez que pegaram a multimistura, em 2002, dois filhos de um casal receberam a multimistura<sup>34</sup>. Seu próprio filho, abaixo de cinco anos, também recebeu, além de mais dois meninos.

O trabalho no Posto de Saúde é dividido de acordo com os dias da semana. Inicialmente, dois AIS ficavam juntos, mas não houve concordância. Então, segundas, quartas e sábado atende um AIS, nas terças, quintas e domingo atende outro e, nas sextas feiras, o terceiro AIS atende, o qual também é responsável pelas visitas domiciliares. Se alguém sair, dá a chave para o outro. AIS 1 faz o trabalho nas casas, orientação de lixo, gestante, etc. Diz fazer anotações dos dias que realizou visitas domiciliares. O AISAN atua mais na parte estrutural de abastecimento de água, se quebra cano, ele ajeita, se tiver muito lixo, ele tem que orientar, é o AISAN quem liga o motor da bomba d’água do poço para abastecer as caixas d’água.

Segundo AIS 1, se eles ficam três dias no mato, sem trabalhar na comunidade, então chama-os e fazem reunião, vão no Posto de Saúde, fazem reunião com porta fechada e diz para eles que tem que marcar dia certo, tem que deixar chave, se não, não tem como trabalhar. Se quiser ir ao mato, deve marcar dia, se não ninguém fica sabendo. A CUNPIR/FUNASA e comunidade que cobram. Depois, trabalharam direito (*parece que só houve uma reunião dessas pelo que deixou a entender*).

A última questão, sobre avaliação dos serviços oficiais, segundo AIS 1, tem recurso para CUNPIR/FUNASA, escolheram contrato pela CUNPIR. Em primeiro lugar, fizeram reunião, escolheram os conselheiros para melhorar. FUNAI não era assim. Hoje, tá muito claro. Em 2002, não tem remédio, não tem nada. Em 2003, outra vez não tem nada. Mas tem recurso para isso. No começo, estava bom, mas, hoje, não está bom. Não sai

---

<sup>34</sup> Trata-se de um casal com três crianças menores de cinco anos.

pagamento do AIS, como problema principal, além de falta de medicamento. Quanto ao transporte de paciente, houve um caso em que ligaram para a cidade e disseram que não havia combustível. O que fazer? Pegaram o toyota da aldeia e levaram, mas só uma vez que isso aconteceu. Com relação à Equipe Volante de Saúde (EVS), no início, estava bom. Eles vinham, no primeiro contrato. Agora, não tem mais visitas, só vacinação. Não lembra a última vez que veio médico. Só lembrou do dentista que veio em novembro e sofreu acidente<sup>35</sup>. Hoje em dia, não tem médico, só tem na cidade. No início, eles vinham mais ou menos a cada mês. Quanto à FUNAI, não tem diferença. É a mesma coisa. Citou os projetos POLONOROESTE, PLANAFLORO e PNUD. Depois, os projetos acabaram e ficou sem recurso, por isso que parou a FUNAI e passou para a FUNASA. “Só para enganar os índios”. Hoje em dia, os novos estão estudando as coisas dos brancos. Os velhos não sabem disso, só enganavam os índios. Agora, há coordenadores, conselheiros, e pode-se saber sobre os recursos e sua aplicação. FUNAI não tinha nada disso. Na parte da educação é a mesma coisa.

*AIS 2 (Entrevista em 22 de abril de 2003, aldeia Lage Novo)*

Este AIS, que chamarei de AIS 2, primeiro fez curso com Dr. Gil, não era pela FUNAI, era outro. Começou a trabalhar sem receber, sem contrato. O primeiro contrato foi com a CUNPIR em 1999. Participou de vários cursos com dr. Gil. Estagiou um mês no hospital Bom Pastor, observando e acompanhando o trabalho, mas não lembra em que ano foi. Em 2000, fez o primeiro curso pela CUNPIR em Guajará-Mirim. Em 2001, fez curso em Porto Velho. Em novembro de 2002, participou de um curso na aldeia Ricardo Franco pela CUNPIR. Os temas, na época do Dr. Gil, foram, principalmente, diarreia. Depois, fizeram curso de malária, tuberculose. Na CUNPIR, os temas foram malária, diarreia, sarampo, tuberculose e DST/AIDS. Já fez curso para aprender a dar injeção com Dr. Gil.

Sobre sinais de diarreia, a criança fica fraca, às vezes tem febre, a criança chora muito, não tem vontade mamar...mau cheiro (no cocô). Os tipos de diarreia são: ‘diarreia com cocô de mau cheiro’ (*ka ko nuone*), ‘com sangue’ (*honko’ pain wik*), ‘com catarro’ (*honko’ pain ka ya tetrene ni ka münü wa*), ‘como água’ (*ak kom na*). Quanto aos tratamentos, tem que ser soro caseiro, tem que fazer chá de goiaba, casca de caju. Se não tiver, tem que fazer o soro caseiro. Para preparar o soro, tem uma medida, tem que pegar um copo de água, tem que colocar uma pitada de sal, duas colheres de açúcar e mexe. Tem que... se a criança com diarreia está fraca, tem que dar bastante. Tem o remédio do mato, é tipo de cipó, tem que cortar, tem água dentro, *tawit*, tem que pegar o copo e colocar a água dentro, sai muita água, aí toma, tem que dar para o cara que está com diarreia. Tem outro também, é cipó também, é chamado *ka karama*, tem que tirar o... tem água também dentro, tem que botar no copo e, depois, raspa a casca também e faz chá.

Os sinais de desidratação são ‘pele seca’, ‘moleiro fundo’, ‘fica fraco’. Na língua *wari*, chama-se *om na kwerekun*. Quando atende um paciente, se tiver criança com diarreia, tem que orientar a mãe dela, tem que dar bastante líquido, ou fazer chá de goiaba ou caju e tem que...se tem criança com dois a três anos, tem que dar o alimento para ela

---

<sup>35</sup> No dia 12 de novembro de 2002, houve um acidente envolvendo o dentista e um auxiliar de enfermagem da FUNASA/CUNPIR que estavam retornando para a aldeia Lage Novo, de motocicleta, para dar continuidade ao trabalho odontológico iniciado no dia anterior. Num choque violento contra um caminhão leiteiro que ia em sentido contrário, a cerca de 5 km da aldeia, o auxiliar de enfermagem faleceu instantaneamente e o dentista foi encaminhado em estado grave para Porto Velho, o qual recuperou-se, apesar da gravidade do caso.

também pra ficar forte. Quando mama, tem que dar o peito. Se não tiver o SRO no Posto de Saúde, tem que explicar para a mãe, tem que acompanhar, tem que ir na casa para explicar como se prepara o soro caseiro.

Como causas, AIS 2 citou que é através de ‘água suja’ ou ‘comida estragada’, ‘comida enlatada’, como sardinha ou conserva. Já viu uma criança de três anos com esse problema, o pai comprou sardinha e não reparou a data, estava vencida, abriu, jogou farinha e... (*fez sinal de comer*) deu diarreia, assim, com água.

AIS 2 não participa da Pastoral, mas auxilia no trabalho de pesagem com os outros AIS e as missionárias da MNTB. Quando há uma criança com baixo peso, segundo ele, tem que orientar a mãe, tem que dar o mingau.

Quanto à divisão de trabalho entre os AIS, disse que marcam dois dias para cada um. Ele trabalha segunda e terça feira, outro é quarta e quinta. Sexta e sábado ele outra vez. Domingo outro AIS. Sobre o AISAN, não soube explicar a sua função: “é separado o AISAN, trabalho dele é...o trabalho do AISAN é...o trabalho dele é...não sei não, acho que tá parado, acho que não tem serviço não, não tem nada certo, porque... eu não sei não”. É difícil fazer reunião. Teve ano passado. Discutiram sobre trabalho, “porque tem o dia certo para ele, tem o dia que falta o cara que atende na farmácia, tem dia que trabalha, tem dia que falta, por isso fizeram reunião”. Sobre o agente de saúde ligado ao PACS, ele atendia no Posto de Saúde em 2002, mas fizeram reunião em Guajará-Mirim com o pessoal da FUNASA e CUNPIR e eles disseram que ele é de outra parte. Tem que trabalhar só os dois da CUNPIR no Posto de Saúde e o do PACS tem que orientar as famílias, nas casas.

Sobre os serviços da CUNPIR/FUNASA, desde o começo, não é certo, porque fizeram reunião com o pessoal da coordenação em Porto Velho e disseram que todas as aldeias dos povos indígenas iam ter a farmácia com reforma. Até hoje, não fizeram nada. Disseram que tinham projeto para reformar o Posto de saúde, estava previsto no projeto, mas...já vieram pessoal para medir, iam construir um puxado para o lado para aumentar. Vieram logo que começou o convênio. Sobre o transporte, já teve problema, poucas vezes. Lembra de um caso em que a mulher do chefe de Posto de FUNAI ligou para Guajará-Mirim para buscar paciente e disseram: “mas aqui não tem diesel não, não sei o que, tem que ver aí com o carro de vocês, aí nós esperamos até que veio um carro do missionário e aproveitamos para levar o paciente”. É difícil ver o pessoal das equipes de saúde. Segundo AIS 2, no tempo da FUNAI, era diferente, tempo da enfermeira da FUNAI, trabalhou junto com ela, ela morava na aldeia (por mais de 5 anos, saiu quando começou a CUNPIR). “Não faltava o medicamento, sempre teve o medicamento, foi bom o trabalho da FUNAI, porque, hoje em dia, não entendo nada do trabalho da FUNASA”. Disse que está piorando. Os motivos são falta de medicamento, de médico, de dentista. Reclamou do salário também, porque, desde começo, é sempre assim mesmo, atrasando.

Sobre as dificuldades de lidar com as pessoas; “é difícil, porque, às vezes, se a criança estiver com diarreia com sangue, né, um dia chegou lá, aí tem que iniciar tratamento com metronidazol, aí falei para mãe, olha mãe, tem que vir todo dia, cinco dias, de manhã, de tarde, aí a mãe deu no outro dia, depois, aí mais de três dias apareceu de novo...”. Sobre o soro, tem a mãe que sabe para que é, tem a mãe que não sabe. Já ouviu tantas mulheres que falaram “porque o soro não é remédio, dizem elas assim, o soro não é remédio não, eu já dei pro meu *piye* (criança), mas não corta diarreia, continua diarreia, sempre assim reclamando”. Sobre o que AIS 2 faz nesses casos atendidos: “tem que orientar, fazer chá de goiaba... até eu já falei pra mãe das crianças, que não tem nem

remédio, principal é só soro, principal é soro, eu falei assim para as mães. Aí elas não gostam, dizem elas que tem sal, não sei o que, é assim”.

Outras dificuldades apontadas por AIS 2 foram sobre a limpeza da casa: “às vezes, eu falo com as *narima* (mulheres) por aí, tem que fazer assim, tem que limpar ao redor da casa, no outro dia eu vou passar aqui para ver se já está limpo. No outro dia eu fui, mesmo jeito, e assim foi, fiquei assim com *narima*!. É difícil para mim”.

Sobre os filtros de água: “o pessoal da FUNASA fizeram uma lista de cada família, depois, mandaram os filtros, distribuíram um para cada casa, completo, torneira, vela, completo. Passou mais de uma semana, aí comecei andar ver se estão usando, tem casa que estão usando, tem casa que não estão usando. Depois, fizemos reunião com o pessoal sobre filtro. ‘Tem que usar...’, disseram que foi bom porque, só disseram assim ‘vou usar, vou usar’. No outro dia, fomos ver de novo, mas não estavam usando”. Não sabe porque não usaram. Eles acham que tem gosto diferente, cheiro de barro.

### *AIS 3 (Entrevista em 23 de abril de 2003 na aldeia Lage Novo)*

Por terceiro, a entrevista com a AIS feminina, que chamarei de AIS 3. Tem 30 anos, nasceu no Hospital Regional GMI, quando seus pais ainda moravam na aldeia Lage Velho. Mudou-se para Lage Novo em 1981. Começou a se envolver na área de saúde em 1996 com Dr. Gil. No primeiro curso, estudou sobre diarreia. Depois, malária. Em 1997, fez curso sobre AIDS e sistema respiratório com Dr. Gil. Em 2000, foi contratada pela CUNPIR, seu primeiro contrato, e participou de curso, em Porto Velho, sobre diarreia e sistema respiratório. Em 2001, participou de curso em Ouro Preto (RO) sobre tuberculose e malária. Em 2002, fez treinamento em GMI sobre AIDS, gonorréia e outras DST. Em novembro de 2002, participou de um curso “só para lembrar” na aldeia Ricardo Franco, no rio Guaporé e Sotério. Trabalhava antes sem contrato, de vez em quando, porque naquela época, até 1999, tinha auxiliar de enfermagem da FUNAI no Posto de Saúde.

Sobre as diarreias, citou, como sinais, ‘choro sem lágrima’, ‘olho fundo’, ‘moleira funda’, ‘boca seca’, ‘magro’, ‘febre’ e ‘cocô líquido’. Os tipos de diarreia citados foram ‘líquida’ (*kom e na*), ‘com muco’ (*honko ma’ na mowi*), ‘com mau cheiro’ (*ko niiona(i)*). Segundo ela, a mais perigosa é ‘diarreia com sangue’ (*honko’ ma’ na wik*) porque dá febre. Na língua wari’, cocô mole se diz *maram na monokon*. Quanto aos tratamentos para diarreia, no caso de diarreia líquida, só soro reidratante. O procedimento seguido por ela: “vou na casa, eu mesmo preparo para ela. Um litro, coloco todinho um pacotinho. Pegar uma colherzinha para dar em 15 minutos (*de 15 em 15*) para criança, para não perder muito líquido”. Questionada sobre a hipótese de não haver SRO no Posto de Saúde, o que era um fato, ela disse: “nunca fiz soro caseiro. Eu sei, porque quem me ensinou foi a Pastoral da Criança, eu estou aprendendo”.

Tem mãe que entende e mãe que não entende, porque acha que o soro está dando mais diarreia. “Eu digo, não é isso, é para não perder muito líquido. Ela pensa que vai dar vômito mais, porque soro dá muita vômito, dá muita diarreia”. Se a mãe não gosta de dar soro, AIS 3 respondeu que “porque querem só dar remédio para ela, elas pedem remédio da farmácia, porque não tem remédio para isso, para diarreia, só soro”. Quando ‘diarreia com sangue’ ou ‘catarro’ “aí nós fizemos só remédio para tratar, para ameiba, metronidazol. Quando a diarreia com sangue é na criança, tem que ser remédio em suspensão”.

Em relação à desidratação, os sinais citados foram ‘olho fundo’ e ‘moleira funda’. Sobre se já havia visto algum caso de desidratação, disse que já e, “quando tem criança que mama e não consegue mamar, tem que mandar para a cidade mesmo, porque não pode



tratar aqui, tem que levar na cidade, no hospital”. “Às vezes, eu mando criança só que está passando muito mal, se estiver bom, fica por aqui mesmo”. Para AIS 3, desidratação, na língua wari, é *om na kwerekun* mesmo.

As causas de diarreia citadas por AIS 3 foram “‘falta de higiene’, porque a mãe não cuida. Tem que lavar bem... ‘água suja’, ‘comida estragada’”. Ao pedir para citar algum caso específico de diarreia por comida estragada, respondeu: “eu lembro, tem a minha sobrinha que comeu comida de ontem mesmo (*não quer dizer literalmente ontem*), aí teve diarreia, ficou rapidinho com diarreia, barriga inchada, barriga fofa. Comeu feijão, arroz e carne, de ontem, de outro dia”. Na opinião de AIS 3, as mulheres pensam que diarreia dá por causa de água suja, “elas sabem, mas mãe não aprende a cuidar dos filhos”. Outros motivos que elas atribuem, como peito quente, porque a mãe fica no sol, depois dá de mamar para o menino, depois dá diarreia na criança.

Quando atende um paciente com diarreia, o procedimento, segundo AIS 3, é que “tem que orientar a mãe da criança, tem que dar comida, não pode colocar com óleo, com gordura, nem pesada, tem que comer comida leve. É melhor caldo de arroz para diarreia, arroz tem que comer sem óleo de arroz”. Citou, como remédio do mato, *ka karama*, *tawit*, “mas agora não usa não”. “Se tiver criança com vômito, abacate, folha de abacate, casca de caju, casca de goiaba, usa só agora. Na época, acabou, nem usa mais *ka karama*...”.

AIS 3 participa dos trabalhos da Pastoral da Criança. Quando há crianças com baixo peso, segundo ela, “tem que ir na casa das mães que criança tem peso baixo para orientar como é que alimenta menino”. Fez um curso em GMI em setembro de 2002, junto com agente de saúde do PACS e as missionárias da MNTB. Trabalham juntos. Preenchem os papéis e encaminham. Peso manda também para FUNASA/CUNPIR.

Quanto à divisão de trabalho, disse que atende quarta e quinta feira. O outro AIS é segunda e terça feira. Sexta, o outro AIS trabalha pela manhã e ela à tarde. Aos sábados, o outro AIS e domingo ela. Quanto ao agente do PACS, “mas não sei... porque FUNASA/CUNPIR não aceita AIS da PACS, só agente de saúde mesmo”. Disse que não fizeram reuniões entre os três AIS ainda. Sobre o AISAN, disse que “o trabalho dele é, quando torneira estraga, ele ajeita, faz limpeza na caixa d’água... mais a parte de água mesmo”.

Na questão de sua opinião sobre o serviço de saúde da CUNPIR/FUNASA, AIS 3 disse que “não está muito bom, porque falta remédio, falta de material, falta de material de limpeza, farmácia, falta muito”. Disse que, “no começo da CUNPIR, mas tem material para limpeza, mas tem remédio, mas agora baixou”. Sobre as equipes de saúde, “em 2000, tinha bastante visita, mas agora não, só no começo”. Não lembra de quando houve a última visita de um profissional médico. Para ela os cursos foram bons “para saber como tratar as doenças, saber sobre doença, DST, também sobre doença que tem cura e não tem cura, para mim foi bom”. Sua opinião é de que, “no tempo da FUNAI, foi bom, porque tinha muito remédio, não faltava medicamento, não faltava nada”. Sobre questões de transporte, disse que não há muitos problemas com a CUNPIR, “só no rio, às vezes acontece no rio, de barco, até um menino morreu em fevereiro, do Guaporé, aí pessoal da equipe foi buscar, ele já havia morrido, então prenderam o pessoal da FUNASA e da CUNPIR lá na aldeia”.

Sobre abastecimento de água, a FUNASA fornece combustível (diesel), tem que preencher relatório, então eles mandam 30 litros por mês. Antes de ter os poços e rede de água com as torneiras espalhadas pela aldeia, segundo AIS 3, a morbidade por diarreia era maior: “eu lembro que na época tinha muita diarreia, mas agora está controlando, não tem mais diarreia grave não”.

*AISAN (Entrevista em 19 de novembro de 2002 na aldeia Lage Novo)*

“Na casa do AISAN, prolonguei no assunto sobre abastecimento de água e saneamento. Depois, fomos ver uma roda d’água e um poço abaixo das lagoas e acima da casa de farinha. A bomba é movida à roda d’água (*ver fotografia 15*) e envia a água do poço para as caixas d’água, não tenho certeza quais, mas parece ser as que ficam na casa-sede. Porém, a roda só é impulsionada quando o açude de cima está cheio e vaza água pelo cano PVC que passa à meia altura da represa. No momento, isso não acontece porque não está chovendo o bastante” (diário de campo, 20/11/2002, aldeia Lage Novo).

O AISAN esclareceu alguns detalhes sobre o abastecimento de água e saneamento, demonstrando que é a pessoa que está mais por dentro do assunto e que compreende o funcionamento da rede de água instalada. Ele se destaca como uma das lideranças de modo geral na aldeia, além de sua função de AISAN, e costuma realizar atividades diversas com o chefe de Posto da FUNAI. Também divide a função de motorista com outro wari’, mas, como não possui carteira de habilitação, só dirige na área da TI.

Os filtros de água, citados pelo AIS 2, segundo o AISAN, foram enviados pela FUNASA há três anos (referência à época da entrevista). Foram enviados cinquenta filtros e, agora, há trinta e dois, mas há casos de mudanças para outras aldeias.

Sobre as privadas ou latrinas, foram construídas com tampões (base com uma pequena abertura onde a pessoa se apóia durante o ato) de cimento trazidos pela FUNASA há mais ou menos oito anos. As fossas foram feitas com cerca de dois metros de profundidade. A parede das casinhas foi feita com madeira serrada e o coberto com telhas de amianto. Nunca foi alterado o lugar das privadas desde então, com exceção de algumas. Os tampões, tábuas e cobertos foram trazidos pela FUNASA e, então, construíram as casinhas na aldeia.

Sobre a rede de água, há nove torneiras espalhadas pela aldeia. Só a do ‘bairro’ BNH está parada, é ligada à mesma rede, mas, quando mudou para a caixa d’água nova, parou de ir água para o BNH, provavelmente por diferença de nível. Havia uma bomba no próprio BNH (onde havia quatro moradias até final de 2002, restando apenas uma), mas foi retirada, há mais ou menos oito meses, pelo chefe de Posto da FUNAI para ser consertada, mas não se sabe quando estará pronta.

Segundo o AISAN, a rede de água foi instalada em 2000. Foi feita por uma empresa de Cacoal (RO) através de projeto via FUNASA. As caixas d’água novas foram adquiridas através de projeto via associação dos Wari’, elaborado por um *wiyam* de Guajará-Mirim. Foram instaladas em abril de 2002. A água vem do poço semi-artesiano de 27 metros de profundidade. A bomba veio pelo mesmo projeto. O óleo combustível é fornecido pela FUNASA (90 litros por mês) e, quando ultrapassa esse consumo, a comunidade faz coleta e compra óleo à parte dessa quota. Segundo o ele, nunca aconteceu de ficarem sem água por falta de óleo. As outras caixas d’água próximas ao campo de futebol estão paradas, mas a empresa que está construindo a escola vai pôr motor para abastecê-las.

De acordo com o AISAN, houve muita diferença na saúde geral, com relação às diarreias. O pessoal pegava água mais no igarapé a cerca de 200 metros da aldeia, o mesmo que, agora, forma uma lagoa ou açude onde se toma banho e se pesca. Em 1999, a FUNASA fez análise da água dos açudes e houve reprovação para beber. A água das caixas d’água não foi analisada.

## ANEXO 10

Projeto: “O Contexto Cultural das Doenças Diarréicas entre os Wari’ (Pakaánova): interface da antropologia e saúde pública” (Moacir Haverroth, doutorado em Saúde Pública, ENSP/Fiocruz)

### TERMO DE CONSENTIMENTO

O projeto de pesquisa denominado “O contexto cultural das doenças diarréicas entre os Wari’ (Pakaánova): interface da antropologia e saúde pública”, a ser realizado por Moacir Haverroth nas Terra(s) Indígena(s) Igarapé Lage e Pacaás Novos, etnia Wari’, município de Guajará Mirim, Estado de Rondônia, foi lido pelas lideranças comunitárias.

Entendemos que a pesquisa tem o objetivo de estudar as práticas tradicionais de saúde na população Wari’ frente às diarréias em crianças.

Estamos cientes de que a pesquisa constará de coleta de dados demográficos da população das aldeias, dados sobre condições de saneamento e habitação, alimentação e amamentação, dados sobre a ocorrência de diarréia e sobre os recursos de saúde utilizados. Estamos cientes de que a pesquisa será baseada na realização de entrevistas com as mães de crianças com e sem diarréia, agentes indígenas de saúde e outros habitantes da aldeia que se interessem pela pesquisa e que possam contribuir com seus conhecimentos. O pesquisador explicou que as entrevistas e acompanhamento de casos de diarréia serão realizados nos domicílios, no posto de saúde da aldeia e/ou em outros locais aos quais os Wari’ venham recorrer em busca de tratamento. Estamos cientes de que não serão realizadas coletas de plantas nem de qualquer outro material de procedência humana ou animal.

Espera-se, através dessa pesquisa, compreender a ocorrência de doenças diarréicas na população Wari’, a interpretação dos Wari’ sobre doenças diarréicas, os conhecimentos e práticas de cura e prevenção da diarréia, assim como perceber até que ponto os serviços oferecidos à população Wari’ estão de acordo com suas expectativas e necessidades. Com isso, poderá haver uma melhor aproximação dos serviços oferecidos com a realidade Wari’ no que se refere, particularmente, à prevenção e tratamento das diarréias.

O pesquisador se comprometeu em fornecer a cada participante todos os esclarecimentos sobre a coleta dos dados, deixando claro que os procedimentos não são agressivos ou nocivos. Ele também observou que qualquer um dos participantes pode se recusar em participar da pesquisa, sem qualquer prejuízo pessoal.

O pesquisador assegurou que será garantido o sigilo, mantendo a privacidade das pessoas quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa.

Sabemos que não há qualquer despesa para os participantes da pesquisa.

Assim, assinamos este Termo de Consentimento, autorizando a realização da pesquisa.

Guajará Mirim, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_.

---

nome

nome

nome