



Rita de Cácia Oenning da Silva
e Kurt Shaw,
Organizadores

CUIDADOS CRIANÇAS

Reberêguas

Resultados da pesquisa
Linha de base: a saúde de crianças
em áreas rurais do Estado de
Amazonas





Cuidados de Crianças Ribeirinhas

RESULTADOS DA PESQUISA

LINHA DE BASE: A SAÚDE DE CRIANÇAS EM
ÁREAS RURAIS DO ESTADO DE AMAZONAS



Organizadores

Rita de Cácia Oenning da Silva (Shine a Light/UFSC)
Kurt Shaw (Shine a Light)

Pesquisadores

Deise Lucy Oliveira Montardo (UFAM)
Georgia Silva (Ministério da Juventude)
Rosillene Fonseca Pereira (UEA-São Gabriel)
Inara Nascimento Taveres (UFAM-Benjamin Constant)
Willas Dias da Costa (UFAM)

Assessores Gerais

Marcos Antônio Pellegrini (UFRR)
Maximiliano Loiola Ponte de Souza (FioCruz)

Assessores de Área

Theresa Cristina Cardoso Menezes (UFAM)
Maria Helena Oltolon (UFAM)
Renato Monteiro Athias (UFPE)

Financiamento

BERNARD VAN LEER FOUNDATION

2013



Shaw, Kurt e Oenning da Silva, Rita de Cácia (Orgs). Cuidados de Crianças Ribeirinhas. Florianópolis e Manaus: Shine a Light e UFAM, 2013.

Licença Creative Commons de direitos de autor 2.5, 2013. Este livro pode ser reproduzido se se reconhecer o autor e a edição

Revisão de Texto: Eliege Wernke Niehues Dela Justina

Design da capa: Kurt Shaw

Fotografia da capa: Inara do Nascimento Tavares

Sumário

SUMÁRIO

Cuidando de crianças: Uma introdução para a pesquisa das práticas amazonenses	3
Capítulo 1: A produção de Pessoas e os sistemas de saúde no Amazonas	17
Capítulo 2 O Saúde na áreas rurais de Amazonas: Contribuições da Antropologia	29
Capítulo 3: Os dados e os desvios: Pesquisa nos arquivo e nos sistemas do estado	39
Capítulo 4: Santa Isabel do Rio Negro	59
Capítulo 5: Lábrea	73
Capítulo 6: Atalaia do Norte	87
Capítulo 7. Análise dos Dados	109
Capítulo 8. Análise dos Filmes	123
Capítulo 9: Redemoinhos de Poder: O repasse dos recursos e as hierarquias do Amazonas	133
Capítulo 10: Propostas de Ação	149
Biografias dos Pesquisadores	159
Bibliografia	163





CUIDANDO DE CRIANÇAS: UMA INTRODUÇÃO PARA A PESQUISA DAS PRÁTICAS AMAZONENSES

Apresentação

RITA DE CÁCIA OENNING DA SILVA

Quando aceitamos fazer a pesquisa sobre cuidados de crianças no Estado do Amazonas que gerou esse documento “Cuidados e Crianças Ribeirinhas: Resultados da Pesquisa Linha de Base - A Saúde de Crianças em áreas rurais do Estado de Amazonas”, estava com minha família em São Gabriel da Cachoeira (SGC/Rio Negro/AM/Brasil), trabalhando com performances e narrativas de crianças indígenas e de seus familiares. Era outubro de 2012. É com um exemplo que ouvi lá que vou iniciar o texto introdutório deste relatório.

Entre as muitas narrativas que ouvi convivendo com uma família Tariano proveniente de IAUERETÉ, que mora atualmente no Bairro Tiago Montavo em São Gabriel da Cachoeira, várias delas envolviam cuidados que se deve ter para conceber e criar um tariano. Os cuidados e prescrições desde a concepção de um novo ser e os inúmeros saberes que se deve observar para manter um grupo e fazê-lo crescer foi tema de longas conversas com Dona Bernadete, Sr Fernando, suas filhas Hildete e Izonéia e ainda de seus netos durante os meses em que estive em SGC.

Narrando a história da família, Dona Bernadete disse que embora ela e Sr. Fernando tivessem vários filhos, os 3 primeiros meninos não sobreviveram. Na época em que se casaram, a comunidade Tukano/tariano em Iauereté já tinha sofrido um intenso empreendimento de missões religiosas para que deixassem de praticar rezos (benzeduras) e rituais

IAUARETÉ está localizado dentro da TI Alto Rio Negro, no extremo noroeste da Amazônia brasileira. Fica nas proximidades da Colômbia, entre o Rio Uaupés e Papuri. Iauereté é definido nas inúmeras narrativas míticas dos povos indígenas da área e significa a "cachoeira das onças", local onde viveu uma gente-onça exterminada pelos irmãos Diroá, dos quais os tarianos são descendentes. Foram os Diroá, personagens-deuses dos mitos indígenas, que ensinaram aos homens vários rituais e conhecimentos xamânicos. A região é povoada pelos índios Tariano, Tukano, Pira-Tapuia, Wanano, Arapasso, Tuyuka, entre outros.



importantes, antes praticados por seus pais e avós. Dona Bernadete conta que depois de ter perdido seus três primeiros filhos dias após o parto, quando seu quarto filho nasceu e logo adoeceu, desesperada procurou seguir a orientação de um parente que passara na sua casa e recomendara verificar “se aquilo era ou não caso

Segundo Geraldo Andrello, pesquisador da região, “Os missionários, evangélicos ou católicos, consideravam as malocas, os rituais e as flautas do Jurupari, elementos satânicos que tinham de ser extirpados da vida indígena”. Desde o final da década de 1920, a Cachoeira de Iauaretê, local onde vivia o casal e sua família, foi escolhida como lugar para implantação do maior centro missionário salesiano no rio Uaupés. Era um centro de “catequese e civilização de índios”, onde várias gerações indígenas foram persuadidas a derrubar malocas, entregar adornos cerimoniais e abandonar rituais. Nos anos de 1980, o que havia ali eram quatro comunidades Tariano em torno da antiga missão salesiana, fundada no ano de 1930. (Andrello, sd:03).

lingüístico aruak), são considerados os “Filhos do Trovão” e tidos como guerreiros dentro da complexa mitologia que perpassa os mais de 22 povos da região noroeste do Amazonas. Os tarianos fazem parte de um universo cosmo-mitológico envolvendo várias etnias da região (diversos grupos e subs do tronco lingüístico aruak, mas também dos tukanos e makus). Dona Bernadete seguiu as prescrições para livrar-se do feitiço e seus próximos filhos sobreviveram. Hoje o casal tem quatro filhos vivos: 3 meninas e um menino. Para vingar a morte de seus filhos e a desgraça que assolara sua família, Sr. Fernando, o pai das crianças, aprendeu a fazer bruxaria, consultando um livro e alguns mestres. Ele mesmo me contou que vivia numa guerra invisível, defendendo-se de inimigos. Dona Bernadete, quando encontrou o misterioso

para um rezador”. Até aquele momento levava os filhos recém-nascidos e adoecidos para as “irmãs” da igreja católica curarem, mas sem êxito. Esses morriam, embora tratados.

Um pajé veio vê-la, e fez as indicações necessárias para o cuidado da criança e para a sua cura. Diagnosticando o problema, disse que sua família tinha sido alvo de bruxaria porque seu marido era um tariano, filho de uma conhecida família de Iauaretê. Os tarianos (povo do tronco

livro onde o aprendiz buscava conhecimento, o queimou para evitar que o marido vivesse de rancor e guerra.

Percebendo a habilidade de Sr. Fernando com o tema, seu sogro, um tucano de Iuauretê, o treinou na arte do rezo/benzimento. Foi quando não só aprendeu a proteger seus filhos e netos desde antes do seu nascimento, no parto e primeiros anos de vida, conhecimento que perdura até hoje na sua família, quanto pode desenvolver sua capacidade de curar outras pessoas. Dona Bernadete, relatando o fato, observa sabiamente que ela não deveria ter deixado de lado os saberes da sua família e acreditado somente nos cuidados das Salesianas. Hoje Sr. Fernando é um importante curandeiro de SGC, procurado por muitos grupos diferentes e diz que esse dom que recebeu deve ser gratuitamente desempenhado. Não pode ser alvo de



FOTO: RITA DE CACIA OENNING DA SILVA

sovinice da sua parte, nem fonte de recursos financeiros, muito embora possa aceitar presentes em forma de agradecimento, completando assim o circuito da reciprocidade (troca) - o dar e receber usual naquela região (Wright, 2005; Garnello, 2013).

As práticas do cuidado de crianças atravessam diferentes culturas – é um universal. Nenhum grupo humano desconhece técnicas e modos de cuidar dos seus filhos, e pode-se afirmar que muitos iniciam com cuidados mesmo antes da criança ser concebida, preparando os pais e a própria comunidade para essa chegada. Já na literatura dos viajantes do Amazonas, vemos que os cuidados para gerar uma pessoa e cuidar dela (ou criá-la) é um tema importante há muitos anos. Em 1903, Theodor Koch-Grünberg, viajando pelo noroeste amazônico, narra as peculiaridades que envolvem a chegada de um novo membro numa família Kobéua (falantes do aruak) da região noroeste da Amazônia e como precisam produzir ambiente adequado a esse novo ser, evitando desse adoecer. Evitações e prescrições são importantes de serem seguidas para que a criança chegue forte ao mundo e sobreviva.

Já antes de chegar nesse mundo a criança goza dos cuidados da mãe. A mulher Kobéua, um mês antes do parto, pode comer de todas as aves e peixes, menos do pirarâra, cujo consumo em geral deve ter várias consequências ruins. Mas todos os quadrúpedes e especialmente a anta, capivara e o veado estão lhe proibidos. Assim, essa prescrição resulta-lhe em uma dieta regulada, como o indígena a aplica em todos os casos de doenças. (Koch-Grünberg, 2011:484)

Pais e mães, especialmente, são os que devem seguir as rigorosas restrições alimentares e de contato durante a gestação, para garantir a boa formação e a chegada saudável da criança. Esses cuidados seguem sendo fundamentais no parto e nos primeiros meses de uma criança. O princípio da consubstancialidade (o que fazem pai e mãe também afeta a criança, já que são seres feitos da mesma substância) entre pais e filhos está presente nesses cuidados, que segundo o autor, eram observados por muitos grupos da região do noroeste amazônico, embora certamente possa haver variações específicas entre eles. Substâncias que atravessam o corpo dos pais, esforços demasiados, relações sexuais não indicadas, comportamentos inapropriados, contato com animais e com determinados eventos da natureza afetam a vida do feto e depois de nascida, da criança, especialmente nos

primeiros meses de vida, até quando se considera que está fortalecida. Depois que a criança pode se alimentar sozinha, há outros tipos de restrições e recomendações, que estão conectadas com o próprio corpo da criança e a fase da vida da pessoa. Saberes como esses são fundamentais para a sobrevivência do próprio grupo e envolvem diversos aspectos práticos e simbólicos. Regras de casamento, parentesco, cuidados com os adolescentes em rituais diversos, cuidados com a concepção, com a formação e socialização da criança, entre outros, visam essa continuidade e são certamente universais.

O que não é um universal é como os povos em particular realizam e entendem tais cuidados. As técnicas e o entendimento do que seja necessário para a formação e o bem estar de crianças pequenas é definido dentro dos grupos, ainda que sejam essas muitas vezes produzidas no contato com diferentes atores sociais com os quais, de um modo ou de outro, estão conectados. Afinal, são poucos os grupos que ainda se mantêm em isolamento na área amazônica, e ainda sobre esses se sabe que têm vínculos com outros grupos e pessoas, embora não sempre querem estar em contato com a sociedade nacional.

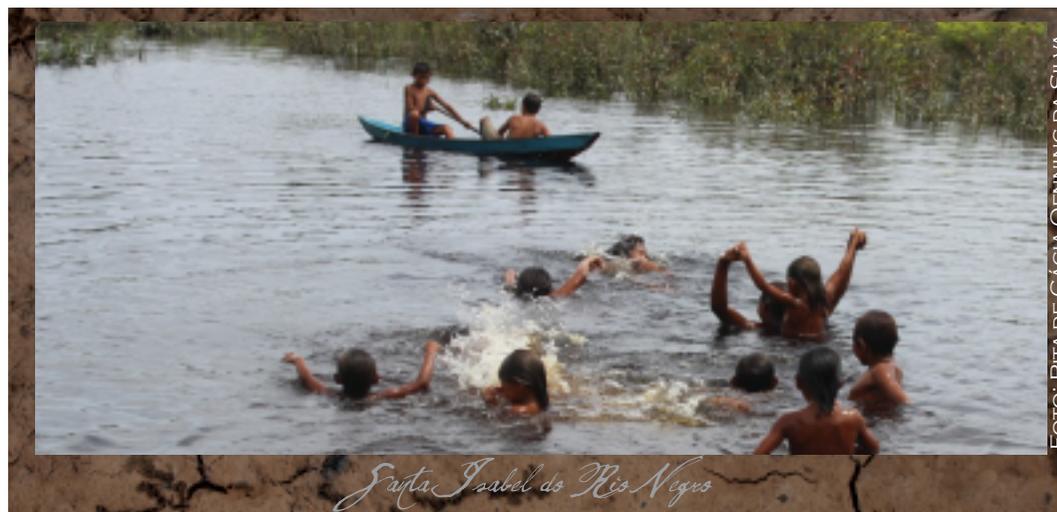
O que se poderia dizer que é também um universal é a relação desses cuidados com a noção de pessoa e da sua construção. Em outras palavras, uma comunidade usa práticas para produzir um tipo particular de gente que pensam ser o ideal. No entanto, essa noção e o que ela representa em cada grupo é, por sua vez, também particular. Como sugere Geertz (1989:64-65) “o que os homens são, acima de todas as outras coisas, é variado. (...) ser humano não é ser Qualquer Homem; é ser uma espécie particular de homem, e sem dúvida os homens diferem.” A humanidade, para o autor, é variada em sua essência, assim como em sua expressão (GEERTZ, 1989).

Na biomedicina, embora com uma visão muito mais biologista, destaca-se também a importância desses cuidados para a produção de uma pessoa e a influência desses no comportamento genético. Moshe Szyf e Patrick O. McGowan, pesquisadores de Farmacologia e Terapêutica da Universidade McGill, de Montreal (Quebec, Canadá) sugerem que os hábitos de vida e o ambiente social em que uma pessoa está inserida poderiam modular o funcionamento dos seus genes. A idéia é que não altera a constituição genética em si, mas a forma como essa funciona, tendo



como consequência uma alteração profunda e duradoura, de base genética, em seu comportamento futuro. Moshe Szyf e Patrick O. McGowan (2010) também afirmam que o processo pelo qual o genoma controla o funcionamento do corpo humano funciona na dependência do ambiente e acontece desde a vida uterina. Assim, segundo observações desses, a qualidade da gestação seria o primeiro fator de cuidado parental capaz de modificar para sempre o indivíduo (Szyf e McGowan, 2010).

Criar e cuidar de pessoas são os temas deste relatório de pesquisa no Amazonas. Neste documento apresentaremos e discutiremos resultados da pesquisa Projeto Linha de Base: “A saúde de crianças em áreas rurais no Estado do Amazonas”, realizada pela Shine a Light em parceria com a Universidade Federal do Amazonas, através do Programa de Pós-Graduação de Antropologia Social – PPGAS/UFAM- e Financiada pela Bernard Van Leer Foundation (BRA-2012-101). A pesquisa objetivou entender como crianças de 0 a 4 anos de idade são cuidadas no interior do estado de Amazonas, e qual o acesso das mesmas aos serviços públicos de saúde. A pesquisa foi feita em três municípios do Estado do Amazonas, sejam eles Lábrea, Atalaia do Norte e Santa Isabel do Rio Negro, e apresenta práticas e significados particulares de cuidados de crianças entre famílias



ribeirinhas.

Buscou-se entender nessa pesquisa sobre qual o tipo de alimentação para diferentes fases da criança, o itinerário terapêutico, o acesso à água potável, saneamento básico, doenças mais destacadas pelas famílias, quem cuida e como é o cotidiano desse cuidado, cuidados especiais no parto, nos primeiros anos de vida, envolvimento da comunidade em geral nesses cuidados, acesso à biomedicina, percepção da qualidade dos serviços médicos mulheres grávidas e crianças pequenas, jogos e brincadeiras preferidas das crianças, entre outros. Associado a isso, investigou-se também a relação entre esses cuidados e aqueles oferecidos pelo sistema de saúde pública.

Esperamos assim oferecer dados para uma Linha de Base para futuras ações no Estado do Amazonas, que possibilitem incremento na qualidade e no acesso dessas (e de outras) crianças aos cuidados do sistema público de saúde. Pretendemos ainda oferecer dados qualitativos e quantitativos para o entendimento de diferentes realidades do cuidar de crianças pequenas, tema pouco estudado no norte do país, e o incentivo a tais práticas. Para esse empreendimento, pensamos ser fundamental pensar os dados coletados sob o ponto de vista antropológico, tentando entender o ponto de vista do grupo. Embora nos preocupemos em realizar uma análise dos dados coletados pelos

Numa revisão do tema os autores discutem os mecanismos básicos da epigenética e como processos epigenéticos no início da vida pode ter um papel importante definindo trajetórias do comportamento humano. Examinam evidências de possibilidade de mecanismos epigenéticos poderem contribuir para disfunções físicas e neurológicas posteriores. Citando os autores; “An organism's behavioral and physiological and social milieu influence and are influenced by the epigenome, which is composed predominantly of chromatin and the covalent modification of DNA by methylation. Epigenetic patterns are sculpted during development to shape the diversity of gene expression programs in the organism. In contrast to the genetic sequence, which is determined by inheritance and is virtually identical in all tissues, the epigenetic pattern varies from cell type to cell type and is potentially dynamic throughout life. It is postulated here that different environmental exposures, including early parental care, could impact epigenetic patterns, with important implications for mental health in humans. Because epigenetic programming defines the state of expression of genes, epigenetic differences could have the same consequences as genetic polymorphisms. Yet in contrast to genetic sequence differences, epigenetic alterations are potentially reversible. (Szyf e McGowan, 2010).



sistemas de informação e outras fontes secundárias, como o DataSUS, IBGE, entre outros, o que nos ofereceu dados mais confiáveis foram as informações coletadas em pesquisa de campo nestas três comunidades; ou seja, a fonte primária é onde nos baseamos para construir a linha de base. Esses aspectos e uma análise dos dados coletados pelo sistema de saúde da região norte, especialmente das comunidades pesquisadas, serão descritos mais detalhadamente na sequência desse relatório.

Para o entendimento de como famílias nos três municípios do interior do Amazonas cuidam de suas crianças (de 0 a 4 anos de idade), foi importante pesquisar conceitos locais que se relacionam à saúde, e como esses grupos se relacionam com os cuidados oferecidos pelo governo.

A Pesquisa

A PESQUISA

A Pesquisa Linha de Base: A Saúde de Crianças em áreas rurais do Estado de Amazonas se realizou em diversas comunidades em cada um dos municípios.

A pesquisa em campo foi realizada através de conversas informais com pais e mães e outros cuidadores, direcionadas ao tema com um roteiro pré-estabelecido. Um questionário foi produzido pelo grupo de pesquisa, onde se discutiu os itens importantes para a realização dos objetivos do projeto. Este questionário foi utilizado como base para um diálogo com os cuidadores, pais, avós que tivessem sob sua responsabilidade crianças de 0 a 4 anos de idade.

Em contextos onde pareceu viável, os pesquisadores utilizaram técnicas como grupos focais, quando famílias extensas, vizinhos, amigos, eram convidados a uma reunião para conversar sobre o tema e explorar questões importantes para entender as dinâmicas locais de cuidados e saúde das crianças pequenas. Cada pesquisador realizou conversas (entrevistas abertas) com agentes de saúde, lideranças locais (governador/a), benzedores, xamãs, professores das escolas (no

caso das comunidades mais afastadas, especialmente).

Em **Santa Isabel do Rio Negro**, a pesquisa foi realizada nas comunidades de Tabocal do Uneuixi, Matozinho, Areal, Chile, Maricota, Boa Vista, Uábada II, Cartucho, Tayaçu (São João II), Massarabi e bairros São José e São Judas na cidade de Santa Isabel do Rio Negro. As quatro primeiras comunidades estão fora da área indígena e nessas comunidades convivem diversos grupos étnicos, similarmente nas seis comunidades dentro da área indígena, constituindo assim uma população multiétnica. As famílias das comunidades de Tabocal do Uneuixi, Matozinho, Areal, Ilha do Chile, Ilha do Maricota, Boa Vista, Cartucho, Uábada II, Tayaçu (São João II) e Massarabi identificaram-se como pertencentes a 12 etnias: Baré, Baniwa, Dessano, Piratapuia, Arapasso, Tariano, Tukano, Tuyuka, Yanomami, Karapanã, Kuiawĩ (antes denominados Nadëb). As comunidades elegem um administrador, liderança de referência para diálogo com os visitantes e a comunidade, agente de saúde e professores.

Santa Isabel do Rio Negro pertence à mesorregião do Norte Amazonense e Microrregião do Rio Negro. De acordo com estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2012 sua população era de 19.292 habitantes. Situada entre Barcelos e São Gabriel da Cachoeira, segundo o ISA, 90% da população são de origem indígena, de diversas etnias (ISA, 2006), com presença muito forte de missionários religiosos, principalmente salesianos. Santa Isabel é um município imenso (62 846,237 km²) onde grande parte da população rural tem uma relação estreita com o centro urbano: viajam várias vezes ao ano para vender produtos agrícolas (mandioca, cana-de-açúcar, abacaxi), para comprar produtos industrializados, para visitas médicas e para ter acesso à educação. A migração para a cidade tem sido alimentada pela procura de educação, especialmente, mas também por causa do acesso ao sistema de saúde.

O atendimento de saúde nas comunidades pesquisadas em Santa Isabel do Rio Negro é realizado pelo Distrito Sanitário Especial Indígena – DSEI/Rio Negro, através da equipe de Santa Isabel.

Em **Lábrea** a pesquisa foi realizada no Bairro da Fonte e Comunidade



Extrativista São Paulo, localizadas no rio Purus. A atividade de pesquisa deteve-se na aplicação de 88 questionários, envolvendo 151 crianças de 0 até 5 anos de idade. Nessa ação foram entrevistadas pessoas que estavam na residência e cuidadores de criança no momento da entrevista. No conjunto de casas da “Terra Solidária” encontramos famílias com até seis e sete filhos. A pesquisa foi feita em parceria da Focimp (Federação das Organizações Indígenas do Médio Purus), Cimi (Conselho Indigenista Missionário), OMIMP (Organização das Mulheres Indígenas do Médio Purus), Prelazia de Lábrea através da Pastoral da Criança, indígenas das etnias Paumari e Apurinã, Secretaria de Saúde do município de Lábrea e prefeitura do município, moradores do Bairro da Fonte/Terra Solidária e Comunidade São Paulo. Lábrea, município do interior do Estado do Amazonas, pertence a Meso-região do Sul Amazonense e Micro-região do Purus, e tem uma população de aproximadamente 39.000 habitantes (IBGE, 2012). O município situa-se entre dois grandes rios, o Purus e o Madeira, e duas importantes áreas culturais indígenas: a área cultural Juruá - Purús onde predominam índios das famílias linguísticas Pano, Aruák, Catuquinas; e a Área cultural Tapajós - Madeira onde predominam índios do grupo Tupi (Munduruk's, Maués, Kawahyb).

Em contraste com as outras regiões desta pesquisa, o sul do estado de Amazonas tem uma história longa de colonização e integração com a economia mundial. Os Rios Madeira e Purus eram centros importante do boom da borracha no final do século 19, levando a região a

uma prosperidade temporária, mas também à escravidão e às chacinas de muitos grupos indígenas. Como consequência tem ainda hoje altos níveis de desigualdade social. Lábrea se situa numa região fronteira de desmatamento que chega a Amazonas pelo sul, resultando em conflitos entre os caboclos tradicionais e empresas de madeira. A posse da terra é extremamente complexa, e até os assentamentos que têm apoio do governo (INCRA) vivem sob ameaça de grileiros pagos pelas empresas de madeira. A política local tem sido alvo de sucessivas acusações de corrupção, especialmente por desvios do orçamento da área de saúde e educação.

As áreas rurais da região sofrem muito de inundações, mas a ameaça mais dramática à saúde pública é a Febre Negra de Lábrea, uma doença que surgiu em Lábrea que parece uma forma muito forte de hepatite e causa morte rápida. As principais vítimas são meninos entre 3 e 20 anos de idade.

Em **Atalaia do Norte**, além das famílias residentes na área urbana de Atalaia do Norte, a pesquisa estendeu-se também a duas comunidades localizadas na área rural (Assentamento do Boiá e São Pedro do Norte), além das famílias indígenas das etnias Matis, Kanamari e Mayoruna em trânsito na cidade no período de execução da pesquisa.

Realizada no período de abril, maio, junho de 2013, cada cidade abrangeu o total de 150 famílias. Na faixa etária de abrangência da pesquisa (0-4 anos), foram contempladas 219 crianças. Os grupos étnicos que a pesquisa abrangeu são Matis,



Mayoruna, Kanamari e Kokama, além de grupos nos bairros que não tinham identificação étnica.

Atalaia do Norte, município brasileiro no interior do Estado do Amazonas, pertencente à Mesorregião do Sudoeste Amazonense e Microrregião do Alto Solimões, localiza-se a sudoeste de Manaus, distando desta cerca de 1.136 quilômetros.

Segundo o IBGE (2012) tem uma população estimada em 17.174 habitantes, que ocupam uma área de 76 354,985 km², sendo o quadragésimo sétimo município mais populoso do estado do Amazonas e o oitavo de sua microrregião. A Secretaria da Saúde do estado mantém na sede uma Unidade Mista, destinada a prestar atendimento de pronto-socorro, maternidade, atendimento cirúrgico.

O município de Atalaia do Norte é mundialmente conhecido por abranger grande parte da Terra Indígena Vale do Javari, a qual é a maior reserva de índios isolados do mundo. Epidemiólogos e profissionais da saúde reconhecem que a Vale do Javari, uma região imensa e pouco conhecida, sofre uma das crises mais severas do Brasil hoje. Níveis epidêmicos de malária e hepatite dizimam uma população mista e doenças digestivas ameaçam a vida de crianças e adultos. O sistema de saúde do município não funciona bem há muitos anos, tornando-se um drama para a população o tratamento de doenças facilmente curáveis em outras regiões do país.

A pesquisa na comunidade de Atalaia do Norte fez enfoque nas famílias rurais que chegam ao centro urbano, onde estão expostos a novas bactérias e germes. Atalaia e as cidades vizinhas (Tabatinga, Benjamim Constant, Santa Rosa -em Peru e Leticia- na Colômbia) também têm que lidar com os perigos de uma tríplice fronteira, onde o tráfico de drogas e o poder de grupos guerrilheiros e criminosos militariza a vida e traz muita droga e dependência química.

A Pesquisa em sistemas de informação e outras fontes secundárias foi feita por Georgia Silva, e teve como objetivo captar dados sobre os cuidados de crianças na faixa etária de 0 a 4 anos (antes de completar 5 anos), e como vêm sendo registrados nos bancos de dados oficiais do governo como Datasus, IBGE, etc. A pesquisadora buscou ainda dados estatísticos dos municípios pesquisados para dar suporte comparativo para os dados coletados em campo pelos demais pesquisadores. Buscou ainda explorar esses dados em pesquisas feitas por

acadêmicos e profissionais da saúde pública.

Embora se faça uma análise estatística dos DADOS OBTIDOS, a abordagem geral do projeto de pesquisa foi preferencialmente de cunho antropológico, visando a entender como se dão os cuidados e o significados desses para os grupos em questão. O método e o norte da pesquisa seguem mais a perspectiva do trabalho de campo, onde além das entrevistas, se convive com o grupo por um determinado período, observando suas práticas cotidianas e suas falas em contextos variados. A observação etnográfica, no entanto, foi breve, devido ao tempo hábil para a realização da pesquisa. Assim, e embora não seja possível uma descrição densa (Geertz, 1989), as observações coletadas nesse tempo de convívio em campo permitiu uma abordagem descritiva dos dados na elaboração dos relatórios dos pesquisadores de área, conforme a sensibilidade e a capacidade analítica de cada um dos pesquisadores.

A observação de contextos sociais concretos e seu registro (escrito, fotográfico, videográfico), a realização de entrevistas livres ou dirigidas, a construção do texto final com base na observação, são aspectos que caracterizam a especificidade do fazer antropológico. Apesar do trabalho de campo ter se valido do uso de um questionário semi-estruturado, o mesmo foi sobretudo um guia para conversa e para que os pesquisadores de campo pudessem explorar alguns temas considerados relevantes para pesquisa. Por outro lado, as formações dos pesquisadores eram distintas e as experiências de campo nas três localidades foram diversas. Tal fato se reflete nos textos produzidos, de modo, que cada autor ao construir sua narrativa a respeito dos diferentes contextos visitados seguiram caminhos próprios, de modo que as despeito do uso de um mesmo questionário, os caminhos descritivos adotados variaram amplamente.

A escolha dos municípios foi feita seguindo os desafios apresentados naquelas comunidades como: distância geográfica, locus de doenças endêmicas,

A pesquisa então, embora aponte DADOS NUMÉRICOS para entender a situação dos cuidados, não segue o método de uma pesquisa epidemiológica. A escolha da amostra, por exemplo, não é aleatória.



conflitos culturais evidentes, dificuldades que tais grupos sofrem para o acesso ao sistema de saúde e EXTREMA POBREZA . Esses locais para a realização da pesquisa foram selecionados com o objetivo de mostrar alguns dos desafios na

No índice de desenvolvimento Humano Brasileiro feito pelas Nações Unidas, podemos ver que dois dos municípios estão entre os piores no país. Atalaia do Norte ocupa a posição de terceiro município menos desenvolvido e Santa Isabel o 11o. Lábrea, embora esteja numa posição melhor que os dois anteriores também ocupa uma posição de EXTREMA POBREZA.

atenção à saúde em Amazonas, e não como um meio representativo de todas as áreas rurais no estado. Embora nenhum sample pode ilustrar todos os problemas que enfrentará uma estratégia de saúde, se uma política pública consegue lidar com problemas apontados em três comunidades, espera-se que poderá ter noções gerais para pensar soluções para problemas em outras municipalidades também.

Mesmo assim, desde o começo da pesquisa nos preocupamos com a representatividade da amostra estudada. Enquanto calculávamos os dados estatísticos para esta pesquisa, nos surpreendemos com o alto número de famílias das áreas que recebem Bolsa Família: mais que 80% em cada cidade. Em Atalaia do Norte, só 6 famílias entrevistadas (4.5%), não eram qualificadas para o benefício. A comparação entre os dados do IBGE e estatísticas do programa Bolsa Família indica que nossa amostra é muito mais representativa do que tínhamos previsto. Na cidade de Atalaia do Norte, por exemplo, o IBGE conta 2.885 domicílios; segundo a Bolsa Família, 1.945 destes

(67%) recebem a Bolsa. Em todo o município de Lábrea, ainda mais famílias recebem o benefício, e em Santa Isabel o número chega a 78%, quase a porcentagem encontrada no nosso estudo (81%). Já que só entrevistamos famílias que têm filhos (uma exigência para receber Bolsa Família), podemos dizer que embora a nossa amostra seja considerada de baixíssima renda, não o é mais que a média nos municípios pesquisados.

A escolha das populações pesquisadas dentro dos municípios foi feita pelo grupo conforme alguns critérios básicos: acesso anterior do pesquisador de área com os grupos ou proximidade com contatos que levariam aos grupos; diversidade cultural (caboclos, indígenas, negros, migrantes não nativos, como nordestinos,

entre outros); aceitabilidade dos grupos em participar da pesquisa. Em todos os casos foi realizada uma visita prévia à comunidade e conversado com um representante, e em muitos casos com a própria comunidade reunida. A pesquisa somente foi realizada quando houve concordância total da comunidade e em acordo com organizações locais. Em Santa Isabel do Rio Negro as instituições que apoiaram a pesquisa foram FOIRN - Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro, a Associação das Comunidades Indígenas do Rio Negro (ACIR), CAIBRN. Em Lábrea, contou-se com o apoio da Focimp (Federação das Organizações Indígenas do Médio Purus), Cimi (Conselho Indigenista Missionário), OMIMP (Organização das Mulheres Indígenas do Médio Purus), Prelazia de Lábrea através da Pastoral da Criança. Em

Atalaia do Norte da União dos Povos Indígenas do Vale do Javari – UNIVAJA, e



algumas de suas associadas como Organização Geral do Povo Mayuruna – OGM, Associação Marúbo de São Sebastião – AMAS, Associação Geral dos Povos Kanamary do Vale do Javari – AKAVAJA, organizações representativas dos povos indígenas do Vale do Javari. Além da anuência dessas organizações locais, uma anuência foi oficialmente assinada pela prefeitura em cada um dos municípios, certificando que os mesmos estão de acordo e cientes da presença dos pesquisadores em campo.

O projeto foi inscrito na Plataforma Brasil (Sistema Nacional de Ética em Pesquisa – SISNEP) do Ministério da Saúde, para ser avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) e depois pela Comissão Nacional de ética em Pesquisa (CONEP), do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O projeto recebeu parecer positivo, destacando a importância da pesquisa para a região.

Os pesquisadores de área foram selecionados pela inserção na área pesquisada – ou seja, tinham conhecimento prévio e atuação do campo onde pesquisaram, o que facilitou o contato com os grupos e com as famílias em cada uma das regiões. Pretendíamos com essa escolha, por um lado facilitar o processo e o tempo da pesquisa, e, por outro, evitar que uma pesquisa com curta duração tivesse uma percepção demasiado fragmentada e superficial de cada uma das localidades. A rapidez de pesquisas na área de saúde com vistas à implantação de programas sociais vem sido criticadas por oferecerem um retrato pouco fiel das áreas que pretendem representar (Minayo e Coimbra, 2005). Portanto, contar com pesquisadores experientes nos municípios foi uma estratégia de minimizar tais problemas.

O pesquisador de Santa Isabel do Rio Negro foi Rosilene Fonseca Pereira, mestre em antropologia pela UFAM e indígena do povo Waikhana, moradora de Santa Isabel. Rosilene defendeu dissertação sobre cuidado de crianças em 2013, pesquisando a história da sua própria etnia, discutindo noções étnicas.

Em Lábrea, o pesquisador foi Willas Costa Dias, doutorando da UFAM e integrante do Projeto Nova Cartografia Social da Amazônia.

Em Atalaia do Norte, a pesquisadora foi Inara Nascimento Tavares, mestre

em antropologia social, pesquisadora da região e, no período da pesquisa, professora da UFAM no campus Benjamin Constant.

Cada um desses pesquisadores tinha um assessor que o auxiliou na produção do texto final, lendo e sugerindo mudanças. O Pesquisador de Labrea contou com o auxílio constante de Theresa Menezes, professora da UFAM que coordena pesquisas na região. A pesquisadora de Atalaia do Norte contou com o auxílio de Maria Helena Oltolon, professora da UFAM, pesquisadora de etnologia do Vale do Javari; já a pesquisadora de Santa Isabel do Rio Negro contou com a leitura do texto por Renato Athias, professor da Universidade Federal de Pernambuco que trabalha na região do Rio Negro com antropologia da saúde há várias décadas.

Além disso, cada pesquisador de área contratou um auxiliar de pesquisa local (um agente de saúde, líder local ou pesquisador local) para auxiliar no processo. Havia também recursos para contratar um barqueiro que fizesse o transporte para as regiões onde fosse necessário deslocamento por água. A escolha desses auxiliares de pesquisa foi feita pelo próprio pesquisador e variou muito de local para local. Em Lábrea, por exemplo, o auxiliar foi o mestrando do Programa de Pós Graduação da UFAM, Rancejânio Guimarães, que vem trabalhando na área e conhece bem o contexto local. Para Santa Isabel, Rosilene Pereira teve auxílio de diferentes pessoas, todas moradoras da região. Seus assistentes de campo foram Elio F. Pereira-Piratapuia, liderança e professor local, e Mestre em Educação pela PUC/SP; Ilma Fernandes Nery – Piratapuia, Gestora de Projetos indígenas COIAB/UFAM, Graduada em Lic. em Artes UFAM; Eliana Saldanha Pedrosa-Arapaço, experiência em Gestão de Projeto Indígena FOIRN/UFPE, graduada em Administração do 3º setor FSDB; Elzamar Cordeiro Venâncio -Tukano, Ensino médio completo e Auxiliar Técnica de Higiene Bucal. Em Atalaia do Norte, Inara Nascimento formou uma equipe composta por Chapu Matis – indígena Matis, estudante do ensino médio, Charles Siqueira – graduado em Antropologia pela Universidade Federal do Amazonas, Polo Benjamin Constant e Gildete Félix – estudante de Pedagogia e merendeira em escola municipal. Esses auxiliares de pesquisa foram fundamentais, fazendo contatos, facilitando o acesso dos pesquisadores aos grupos e auxiliando na coleta dos dados.

Compor a equipe de trabalho de campo utilizando recursos humanos locais,



inclusive indígenas, caboclos, foi uma opção ética e tecnicamente oportuna da pesquisa. Atores locais facilitam o acesso aos universos e aos saberes locais, e são eles mesmos fontes de informação importantes. Viabilizam melhores resultados em menos tempo, investindo localmente. Por outro lado, participar de um empreendimento como esse, pensamos, oportuniza aos mesmos uma reflexão sobre suas práticas e a de terceiros, fazendo da própria pesquisa uma oportunidade de valorização e de transformação dos seus saberes.

O projeto foi coordenado pela equipe formada por:

- 1) Kurt Shaw, filósofo, mentor e diretor executivo de Shine a Light;
- 2) Rita de Cácia Oenning da Silva, antropóloga, Diretora executiva de Shine a Light e pós-doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina;
- 3) Deise Lucy Oliveira Montardo, antropóloga, professora do Programa de Pós Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Amazonas e Pesquisadora do INCT Instituto Brasil Plural.

Durante a realização da pesquisa, foram realizados dois encontros da equipe em Manaus: um preparatório, realizado em março de 2013 e outro de apresentação e debate dos dados coletados, em julho de 2013. Sediados no Programa de Pós Graduação da Universidade Federal do Amazonas, esses encontros foram essenciais para preparar o grupo para a pesquisa e depois para compartilhar os resultados e estabelecer a linha de base.

O projeto teve dois assessores gerais, que acompanharam a pesquisa e

sugeriram modificações, debateram os dados e fizeram a leitura desse relatório, auxiliando na definição da linha de base. Ambos assessores têm extensa experiência em pesquisa e implantação de projetos em saúde em área amazônica. Maximiliano

Loiola Ponte de Souza, médico, psiquiatra, doutor em Ciências pela FioCruz e atualmente pesquisador do Instituto Leônidas e Maria Deane, da FioCruz, que tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Ciências Sociais em Saúde, atuando principalmente nos temas saúde indígena, antropologia da saúde e saúde mental. Maximiliano participou do debate do projeto no primeiro encontro organizativo feito pela equipe em Manaus (em março de 2013) e sugeriu modificações importantes para a pesquisa. Vem acompanhando o grupo desde então.

O assessor Geral Marcos Antônio Pellegrini, também

médico formado pela Universidade Federal de São Paulo (1986), mestrado (1998) e doutorado (2008) em Antropologia Social pela Universidade Federal de Santa Catarina, tem vasta experiência profissional na área de planejamento e organização de serviços de saúde entre povos indígenas. É professor do Instituto de Antropologia, do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde e do Programa de Pós-Graduação Sociedade e Fronteiras da Universidade Federal de Roraima. Tem pesquisa na área de Antropologia da Saúde, Etnologia e Saúde Indígena, o que auxiliou enormemente no debate dos relatórios finais dos pesquisadores e cruzamento dos dados coletados pelos pesquisadores (segundo



encontro feito em Manaus em julho de 2013).

Uma das propostas do projeto era realizar filmagens em campo, produzindo um material audiovisual que auxiliasse na visualização de processos locais de cuidados à saúde das crianças pequenas. Os coordenadores Kurt Shaw e Rita de Cácia Oenning da Silva participaram da pesquisa em campo realizando vídeos com as populações locais. Kurt Shaw esteve em todos os municípios onde a pesquisa foi realizada, e Rita de Cácia Oenning da Silva esteve nas comunidades em Santa Isabel do Rio Negro. A produção videográfica foi feita de modo colaborativo com as crianças e com alguns adultos de cada município.

A questão ética nas filmagens é sempre de extrema importância. Não somente as pessoas permitiram serem filmadas, mas normalmente, com a total liberdade de escolha, elas desejavam serem filmadas. Este fato permite acesso a informações que essas pensaram importantes mostrar à câmera e aos realizadores. As crianças normalmente são muito abertas a tecnologias e por isso, são as que primeiro aprendem e se mostram interessadas em aparecer diante dela. A filmagem

foi feita em todos os 3 municípios, variando muito nos atores que aparecem nos filmes e no modo da produção. Em Santa Isabel, por exemplo, foram as crianças que filmaram e foram filmadas, preferencialmente. Em Atalaia do Norte e Lábrea essas também filmaram, embora menos e foram os adultos os entrevistados. No entanto, em todos os três casos, o conteúdo das falas das pessoas e o que elas nos mostram, ensina algo sobre o cuidado de crianças nos seus contextos específicos. No capítulo 7 desse relatório podemos ler mais detalhes sobre a metodologia e a produção de vídeos, bem como uma breve análise dos mesmos.

De algum modo a produção videográfica possibilita que a linguagem das comunidades ecoem em outros meios que não somente aos leitores de relatórios antropológicos, e oferece ainda uma importante contradição ao grupo que participou da pesquisa. Numa antropologia compartilhada, Rouch (1979) e Peixoto (1994) apontam que um dos momentos cruciais é a apresentação do filme aos sujeitos filmados. Os filmes, depois de editados e finalizados, são devolvidos para as comunidades, oferecendo a essas um material sobre si mesmas. Os filmes produzidos nesse processo foram: Cuidando da Gente (Tabocal/ Santa Isabel do



Rio Negro), Escrito na areia (Tabocal/ Santa Isabel do Rio Negro), O agente de Saúde (Comunidade de São Paulo/ Lábrea), Sou Bilíngue (Bairro da Fonte, Lábrea), O boto sequestrador (Beira Rio/Lábrea), O Rezador (Bairro da Ponte/Atalaia do Norte), Banhos (Bairro da Ponte/ Atalaia do Norte).

Cuidados de Crianças Ribeirinhas, resultado da Pesquisa Linha de Base A Saúde de Crianças em áreas rurais do Estado de Amazonas apresenta está dividido em 9 capítulos.

O primeiro desses capítulos, A Produção de Pessoas e os Sistemas de Saúde no Amazonas, escrito por mim, Rita de Cácia Oenning da Silva, antropóloga pesquisadora ligada a UFSC e diretora executiva de Shine a Light, aborda alguns dados encontrados em comum nas pesquisas de campo nos três municípios e na literatura antropológica sobre a região. Noções de pessoa, ideia de corporalidade, cuidados e manejos da pessoa, a relação da cosmologia com a saúde são temas centrais na análise. Considera-se a diversidade das práticas de cuidados como sistemas de saúde, apontando-as como redes semânticas. A importância do diálogo entre os diversos sistemas, especialmente entre aquele que tem mais poder nacional, o sistema de saúde pública do estado e as práticas ribeirinhas, parece ser o caminho para um atendimento eficaz crianças pequenas nos municípios do estado do Amazonas. Esse diálogo é apontado com um eixo extremamente importante para pensar ações futuras naquela região.

O segundo capítulo, A Saúde nas áreas rurais de Amazonas: Contribuições da Antropologia, escrito por Deise Lucy Montardo, professora de Antropologia do Programa de Pós Graduação de Antropologia Social da Universidade Federal do Amazonas, faz uma revisão da literatura sobre as pesquisas na área da antropologia da saúde. Destaca, nesses trabalhos, as formas de medicina tradicionais importantes para entender e atuar na área naquela região do Amazonas. O conceito engerar é recuperado pela autora para pensar conceitos nativos de cuidado de crianças entre os ribeirinhos.

O terceiro capítulo, Os Dados e os Desvios: Pesquisa em sistemas de informação e outras fontes secundárias, foi escrito pela pesquisadora Georgia Silva, antropóloga que trabalhou com os hüpda do Alto Rio Negro e com os kanamary da

região do Vale do Javari. Além de uma revisão da literatura sobre o tema da saúde da infância nas políticas públicas no Brasil, recupera e discute dados obtidos nos sistemas de informação e outras fontes secundárias. Aponta os dados por região da pesquisa, discutindo os mesmos. Uma grande contribuição desse capítulo é a análise crítica que a autora faz ao modo como esses dados vem sendo coletados pelo sistema de informação oficial do Estado. O dado considerado mais importante para pensar políticas públicas, a mortalidade infantil, apresenta sérios problemas porque existe uma escassez e erros na coleta de dados. Desde já é preciso destacar que esses dados se apresentaram pouco confiáveis pela natureza da sua coleta, conforme veremos nesse artigo e na análise dos dados ao final do relatório. Foi preciso então discutir a confiabilidade deles e questionar a eficácia de políticas e ações coletivas baseadas somente em dados “oficiais”.

Por outro lado, as pesquisas nas comunidades dos três municípios do Amazonas vão fornecer dados de base e apontar questões importantes sobre as dinâmicas locais. Os três relatórios da Pesquisa de Base nos darão informações para construirmos a linha de base sobre os cuidados das crianças nos três municípios pesquisados. Os três capítulos que seguem apresentam os dados obtidos na pesquisa de base. O quarto capítulo do relatório, e primeiro dessa série das pesquisas, é o que apresenta a pesquisa em Santa Isabel do Rio Negro, escrito por Rosilene Fonseca Pereira. A autora apresenta dados etnográficos e quantitativos coletados na pesquisa em diversas comunidades do município. O quinto capítulo apresenta a pesquisa feita pela equipe formada por Willas Dias Costa, Thereza Cristina Cardoso Menezes e Rancejânio Silva Guimarães em Lábrea. O sexto capítulo apresenta a pesquisa feita em Atalaia do Norte, coordenado e escrito por Inara Nascimento Tavares.

Segue a essa série o capítulo Análise dos Dados, onde oferecemos um cruzamento entre os dados obtidos nas áreas pesquisadas. Estes servirão de linha de base para a região. No capítulo 8, destacaremos os filmes feitos dentro do projeto e o que eles nos ensinaram sobre o campo.

O nono capítulo, Redemoinhos de Poder, escrito por Kurt Shaw, diretor executivo de Shine a Light, faz uma reflexão sobre hierarquia e poder no Amazonas, propondo uma teoria sobre o funcionamento das comunidades na relação com



saúde pública. Mostra como a filosofia política amazônica e o repasse de recursos pelo pacto federalista tem facilitado e até promovido a corrupção e a ineficiência no sistema e saúde nos municípios.

Em seguida faremos uma lista detalhada de Propostas de Ação que achamos serem viáveis e fundamentais para o aproveitamento das dinâmicas e das categorias locais para o incremento dos cuidados que as famílias ribeirinhas já prestam a suas crianças e da saúde pública ofertada a essas.

Como apontado anteriormente, focamos ao longo desse trabalho, o cuidado dispensado a crianças pequenas na faixa de 0 a 4 anos de idade. A escolha da faixa etária de 0 a 4 anos teve dois motivos: necessidade da Fundação Van Leer em obter informações sobre crianças pequenas; o fato que para fazermos um comparativo com os dados oficiais tivemos que optar por uma faixa etária que correspondesse ao já coletado pelo estado. O Datasus e Censo do IBGE têm dados para essa faixa etária específica. Achamos que assim teríamos um eixo comparativo. Mas lembramos aqui que para essa compreensão do tema é preciso entender que os cuidados perpassam toda a sociedade e estão conectados com as diversas faixas de idade dentro dos grupos em questão. Eles não são restritivos a uma faixa etária em particular, mas a práticas que envolvem toda a comunidade, e portanto, melhorias que se promovam a uns, atingirão a todos.





A PRODUÇÃO DE PESSOAS E OS SISTEMAS DE SAÚDE NO AMAZONAS

Capítulo 1

RITA DE CÁCIA OENNING DA SILVA

Dados obtidos em pesquisa de campo bem como na literatura antropológica sobre povos amazônicos [Garnelo, 2003; Langdon, 2004; Viveiros de Castro, 1986; Pelegrini, 2004; Athias, 2003, 2004; Erikson, 2003; Cesarino, 2011, 2008; Pereira, 2013; Bonilla, 2005, Gil, 2006] mostram que entre as populações pesquisadas, compartilham-se algumas noções e categorias que precisam ser tomadas em conta quando se fala em cuidado de crianças na Amazônia.

Não é possível falar de cuidados na infância em contextos da região Amazônica sem referir a conceitos como noção de pessoa, cosmovisão (visão de mundo), sistemas de cura, já que tais conceitos ajudam a entender práticas de cuidados e noções de doença e de saúde naquele contexto. Não vou explorar detalhadamente esse tema para cada grupo pesquisado, pois isso seria inviável numa pesquisa de poucos meses como esta que o relatório apresenta. Isso exigiria anos de trabalho. O que vou apontar nesse artigo são exemplos de estudos etnográficos feitos sobre povos e grupos na região pesquisada, chamando atenção para dados encontrados em campo pelos pesquisadores no projeto Linha de Base em questão.

A noção de pessoa tem sido explorada pelos antropólogos desde os clássicos. Marcel Mauss ([1938] 2003) inaugurou o tema quando se preocupou em fazer uma genealogia da noção de pessoa. Através dessa genealogia mostra como a noção de pessoa foi uma categoria historicamente construída em diferentes sociedades. Diz que “a idéia de pessoa, a idéia do Eu trata de uma das categorias do espírito humano. Todos a consideram natural, bem definida no fundo da consciência, perfeitamente equipada no fundo da moral que dela se deduz” (2003:369 [1938]), mas o autor quer mostrar como essa é construída num processo histórico. Assim como os direitos humanos, uma construção recente da humanidade, a noção de pessoa seria um produto das relações e da imaginação humana. Louis Dumont (1985[1983]), seguindo Mauss, tentou decifrar o sentido do



indivíduo e de sociedade entre as castas na Índia e fez uma comparação com a sociedade moderna, propondo uma genealogia do individualismo. Ele afirma que o “individualismo” é o valor fundamental da sociedade moderna e propõe que o “holismo”, em oposição, seria um valor dominante nas sociedades tradicionais. Bronislaw Malinowski por sua vez, descreveu detalhadamente como os Trobriandeses da Melanésia investiam nos cuidados de crianças na cotidianidade da tribo. A procriação foi tema vasto nos escritos do autor, onde ele enfatiza as percepções sobre fertilidade, vida sexual e ritos entre os trobriandeses (1922, 1929, entre outros). Malinowski também estudou o mundo reprodutivo quando esteve nas ilhas Mailu, em 1914, que apresenta no ensaio "crença e costume sobre procriação e gravidez" (1914:1948). Já Margaret Mead, estudando crianças em Bali, mostra a partir da observação etnográfica a produção do corpo entre os balineses.

Espelhando-se em Mauss, Dumont e em etnografias dos povos da América do Sul, o artigo “A construção da pessoa nas sociedades indígenas” de Anthony Seeger, Roberto da Matta e Eduardo Viveiros de Castro (1979) mostra como a noção da pessoa e de corporalidade são bases para entender as dinâmicas sociais e a organização social dos povos indígenas nas Terras Baixas da América do Sul. O tema é um marco importante para a antropologia brasileira; aponta para a preocupação dos povos aqui residentes privilegiarem uma reflexão sobre a corporalidade na elaboração de suas cosmologias. “Este privilégio da corporalidade se encontra dentro de uma preocupação mais ampla: a definição e produção da pessoa pela sociedade” (1979:03).

A produção física de indivíduos se insere num contexto voltado a produção social de pessoas, isto é, membros de uma sociedade específica. O corpo, tal como nós ocidentais o definimos, não é o único objeto (e instrumento) de incidência da sociedade sobre os indivíduos: os complexos de nomeação, os grupos e identidades cerimoniais, as teorias sobre a alma, associam-se na construção do ser humano tal como entendido pelos diferentes grupos tribais. Ele, o corpo afirmado ou negado, pintado e perfurado, resguardado ou devorado, tende sempre a ocupar uma posição central na visão que as sociedades indígenas têm da natureza do ser humano. (Seeger, Da Matta, Viveiros de Castro, 1979:03, 04).

Diversos autores antes deste texto inaugural, e depois dele, trazem à tona a particularidade dos povos brasileiros na construção do corpo no Brasil, e

consequentemente da pessoa, com rituais específicos, técnicas xamanísticas (benzimentos, recuperação da alma do doente, chupar a doença), técnicas corporais (pinturas corporais, máscaras e perfurações no corpo, segregação em momentos de passagem), cantos e narrativas míticas, entre outros. A pessoa neste contexto é um ser eminentemente relacional e não um indivíduo, em contraste com o que descreve Dumont falando do individualismo moderno – ele existe porque existe seu outro, e porque existe o grupo que o constrói.

As etnografias da Amazônia mostram como as práticas corporais são fundamentais e são diversas para construir uma pessoa – são os cuidados que se deve ter para produzir e criar gente, na relação com os demais membros de uma sociedade. Tais práticas corporais envolvem teorias de concepção, teoria de doenças, papel dos fluidos corporais no simbolismo geral da sociedade, proibições alimentares, ornamentação corporal, entre outras. Para os autores deste texto inaugural (Seeger, Da Matta e Viveiros de Castro, 1979:03) a fabricação, decoração, transformação e destruição dos corpos são temas em torno dos quais giram as mitologias, a vida cerimonial e a organização social. “Uma fisiologia dos fluidos corporais – sangue, sêmen – e dos processos de comunicação do corpo com o mundo (alimentação, sexualidade, fala e demais sentidos) parece subjazer às variações consideráveis que existem entre as sociedades sul-americanas, sob outros aspectos”. (1979:11). Os autores citam pesquisas etnográficas sobre essa população

para dar conta de tal observação. Entre esses está o caso dos tukanos do Rio Negro, que “oferecem um claro exemplo do simbolismo corpóreo-sexual para pensar a sociedade e o cosmos”. Estudos

Refiro-me a etnografias citadas por Anthony Seeger, Roberto Da Matta, Eduardo Viveiros de Castro como a de Reichel-Dolmatoff sobre os Desana do noroeste amazônico, Crocker sobre os Bororo, a de Overing Kaplan sobre os Piaroa da Venezuela, entre outras. (ver Seeger, Da Matta e Viveiros de Castro, 1979, p. 3) e à vasta produção etnográfica que aborda atualmente temas como agência, self, pessoa, corporalidade, alteridade, identidade, xamanismo nas terras baixas da América do Sul, especialmente no Brasil. Para citar alguns autores: Anthony Seeger, Elsje Maria Lagrou, Jean-Pierre Chaumeil, Robin Wright, Philippe Erikson, Marco Antônio Gonçalves, Eduardo Viveiros de Castro, Renato Athias, Sonia Maluf, Rafael Menezes de Bastos, Jean Langdon, Laura Perez Gil, Pedro Cesarino, Luiza Garnelo, entre muitos outros.



recentes vêm apontando a importância de pensar a interconexão entre diferentes códigos perceptivos (sonoros, visuais, olfativos, gustativos) buscando uma artisticidade (traduzida também como o cuidado de si), que envolve todas as esferas da vida social, especialmente aquelas referentes à formação de identidades, fabricação do corpo e da pessoa (Lagrou, 2007; Montardo e Wilde, 2011; Cesarino, 2011; Menezes de Bastos, 2007, 2006 ; Silva, 2013). Assim, aspectos considerados pela sociedade ocidental como arte ou artesanato, estariam voltados não somente à expressão, mas à constituição dos sujeitos. Ou ainda aspectos voltados para a produção biológica como a alimentação, estariam ligados também à produção de redes sociais, como a comensalidade.

Parece haver nesses grupos uma percepção de que o corpo é fluido: há um constante fluxo de substâncias, seres e forças, que entram e saem do mesmo e afetam de modo radical o estado de uma pessoa. Temas como bruxaria, feitiço, contato com olhares, rompimento de regras sociais podem afetar de modo radical a saúde de uma pessoa, levando-a a morte. Assim, saúde e doença são estados que envolvem não somente o corpo de uma pessoa; implicam num constante controle pessoal e social. A percepção do corpo, no entanto, não é a mesma que perpassa a maioria dos profissionais do sistema de saúde da biomedicina. A construção da pessoa é relacional como vimos acima - envolve a relação com uma multiplicidade de seres naturais e sobrenaturais, fazendo com que as técnicas para manter a saúde sejam bastante ligadas a harmonizar as relações e os humores entre esses diversos seres, coisas e substâncias que compõem a cosmologia.

Embora seja preciso entender ainda os diversos significados e noções de

infância, como propõe uma antropologia da e sobre crianças (Nunes, 1999; Silva, 2008; Silva Macedo e Nunes, 2002; Tassinari, 2007), em grande parte dessas populações pesquisadas (ver Pereira, 2013; Souza, Deslandes e Garnelo, 2011) a criança é tida como um iniciante que precisa (assim como qualquer membro do grupo que se inicia em algo) de um controle ainda maior e um investimento constante para se situar e se educar para esse mundo prático e sobrenatural. O termo “fechar o corpo”, um dado que aparece em todos os três municípios como uma das principais práticas no cuidado das crianças quando doentes ou para a prevenção da doença, mostra como essas devem ser, desde o nascimento, alvo de técnicas preventivas e de cura. Viveiros de Castro lembra que entre os araweté, quando uma criança nasce ela está aberta às ações e substâncias paternas,

especialmente as da mãe penetram em seu corpo. "Ainda bem pequenas (de "cabelo novo", como dizem), as crianças são frequentemente submetidas a uma operação xamanística, a pedido dos pais: o "fechamento do corpo" ou "tapagem". Seu objetivo é permitir que os pais retomem paulatinamente suas atividades, e evitar que a criança tenha "dor na carne". A simbólica e evidente: “a criança está aberta, as ações e substâncias paternas penetram em seu corpo.”(1986:447).

A dissertação "Criando Gente no Alto Rio Negro: um olhar Waikhana" de Rosilene Fonseca Pereira (2013), recentemente defendida no PPGAS da UFAM, trata de modo particular do tema entre seus familiares residentes no Rio Negro. A autora, uma antropóloga descendente do grupo que aborda na sua dissertação e pesquisadora desta linha de base, mostra como entre seus familiares um bebê é cuidado da



FOTO: RITA DE CÁCIA OENNING DA SILVA

Santa Isabel do Rio Negro



gestação ao nascimento. Diz a autora que o nascimento "é entendido como a passagem de um mundo bom para um mundo sujo e cheio de doenças. Por isso prepara-se o local com o bharceyé (conjunto de benzimentos, narrativas sagradas) para protegê-las. Durante todo o ciclo da gestação vão sendo compartilhados conhecimentos tanto do pai quanto da mãe e dos avós". (Pereira, 2013: 49).

O bhaeeyé é considerado uma ação de proteção extremamente importante, que acompanha os waikhana desde a criação (narrativas de criação dos waikhana), o nascimento, o processo de formação de nirbinonrriré (pessoa desde o nascimento até 14 anos) para adulto, alianças matrimoniais, deslocamento na mata, nos novos rios, igarapés e para outros lugares distantes de nossos contextos, abertura de novos sítios, construção de moradia, meios de transporte, confecção de utensílios domésticos (...). (Pereira, 2013:49)

A ausência desses cuidados pode gerar a perda da criança, já que "Se não houver bharceyé logo que o bebê nasce, os hiorkiê-marsawirirê ficam bravos, fazem barulho, a terra treme, e os whaimarsãwiriré, os seres da água aparecem e querem levar o bebê". (Pereira, 2013:55).

Na pesquisa de campo, os investigadores apontam que diarreia, vômitos, febre são tidos como doenças que em muitos casos são causados por um "mal olhado". Esse mal olhado pode ter sido por inveja, fome e muitas vezes é acionado sem que o agente causador saiba ou possa controlar. Por isso a importância de "fechar o corpo" entre os grupos pesquisados— para que os males (objetos, espíritos, substâncias estranhas) não invadam esse corpo e roubem/contaminem a alma. Os chupadores, uma especialidade dos curandeiros da região da Amazônia, são justamente aqueles que chupam do corpo das pessoas esses males. É um mediador entre esses mundos, capaz de ver o que afeta a pessoa e ajudá-la na cura.

Outras pesquisas recentes feitas nas áreas onde foi realizado esse projeto oferecem dados etnográficos bem contundentes para entender a complexidade que pode envolver a noção de pessoa para os grupos lá residentes, e onde podemos ver como essa percepção está conectada com o tema dos cuidados com a saúde (Pereira, 2013; Cesarino, 2011; Bonilla, 2004; Saéz, Gil e Naviera, 2003). Entre os Marubo da região do Vale do Javari, um grupo pesquisado por Inara Nascimento nesse projeto em Atalaia do Norte, Pedro Cesarino diz que a noção é de uma

"pessoa múltipla", que está totalmente conectada com duplos, e deve saber cuidar e manter saudável essa relação e a relação com todas as coisas do universo, para não trazer doença para toda a comunidade. O autor diz que o cosmos marubo se caracteriza pela multiplicidade e multiposicionalidade (várias posições), "uma sene infinita de replicações personificadas, uma miríade infinita personificada" (Cesarino, 2011:33) Há ao menos quatro variantes dessas pessoas que habitam o cosmos Marubo: "Pessoas humanas (os Marubo, chamados pelo autor de viventes), hiper-humanas (os espíritos yove), infra-humanas (os espectros yochi) e extra-humanas (as pessoas-animais). As pessoas extra-humanas (os animais, as plantas), por exemplo, muitas vezes são consideradas como espíritos yove ou como espectros yochi. (Cesarino, 2011) Uma pessoa pode ser compreendida como um ente ou uma singularidade, mas não como um indivíduo(...). Estudando os processos xamânicos dos Marubo, Cesarino (2008, 2011) aponta a importância da poética e da performance na fala para dar conta dos desagradados do duplo da pessoa doente. Oniska, título do livro, é uma palavra que se refere justamente ao estado da pessoa que fica triste estando longe da sua rede social, e por isso adocece.

Entre os Paumari, grupo da região do Rio Purus presentes em Lábrea, quando nasce uma criança, essa tem de ser submetida a uma série de rituais chamados *ihinika*,

que consiste na apresentação da alma da criança aos espíritos dos alimentos. Após o parto, mãe e filho não podem consumir nenhum alimento antes que seja realizado seu ihinika, sob pena de adoecerem muito rapidamente, pois considera-se que os alimentos passam pelo leite materno. De fato, quando essa proibição não é respeitada, a alma da criança é imediatamente capturada pelo espírito alimentar. Assim a criança paumari, no mundo visível, adocece e pode vir a falecer. (Schoeder e Bonilla, 2013)

Além de serem constantemente alvos de diversas técnicas, precisam elas mesmas aprender a controlarem-se e a controlar esse mundo natural "sobrenatural. Precisam "incorporar" técnicas de cuidados de si que facilitem sua vida social e biológica. Segundo a médica Luiza Garnello, falando sobre os Baniwas do Rio Negro "A socialização dos novos membros do grupo enfatiza o exercício do autocontrole e boa parte das estratégias de prevenção de doenças e rituais de cura se ordenam através do desenvolvimento das disciplinas corporais e espirituais, do



reforma do ascetismo, do cultivo da sobriedade e da contenção dos impulsos pelos indivíduos”. (Souza, Deslandes e Garnelo, 2011:131). Ainda falando das técnicas educativas, entre os Yaminawa, moradores vizinhos do Purus (Saéz, Gil e Naviera, 2004) são como os Kaxinawá: “uma pessoa sábia é a que conhece com todo seu corpo, correspondendo diversos saberes a suas diversas partes. O conhecimento estaria assim no coração, no fígado, nas mãos. De fato, aprende-se só quando o corpo ingere as substâncias adequadas e exclui outras: as dietas e os ordálios a que o corpo é submetido o fazem assimilar poderes (por meio das ferroadas de vespas e formigas), e o fazem mais leve, limpando-o (usando eméticos como as fezes da jiboia ou determinado tipo de mel). Em última instância, a iniciação xamânica visa à transformação corporal do aprendiz através de dietas alimentares e sexuais rigorosas, ingestão de diversas substâncias xamânicas, vigílias continuadas, dor e sofrimento, que tornam o corpo forte, resistente, leve, amargo, sábio e poderoso (Saéz, Gil e Naviera, 2004). Para os Baniwas do Rio Negro, o conhecimento é gravado no coração e para aprender, é necessário dormir adequadamente e seguir fazendo diariamente atividades práticas como acordar cedo, ir à roça, tomar banho na hora adequada. Também deve aprender a tocar instrumento, dançar, participar dos rituais de oferendas constantes que existem entre eles. Assim, uma pessoa educada para ser um baniwa deve, antes de qualquer coisa, cotidianamente gravar no coração sua cultura. Essas informações foram dadas pelo pajé de uma comunidade de Itacoatiara Mirim, em São Gabriel da Cachoeira/ Rio Negro e estão registradas no filme “Gente Grava pelo Coração”.

Os Matis, vizinhos dos Marubo no Vale do Javari, dos quais alguns foram entrevistados pelo grupo de Atalaia do Norte, são visitados em alguns dos seus rituais pelos espíritos *Marivin* que disciplinam as crianças. A ação desses contrasta com o modo paciente e compreensível com que os pais e outros adultos matis tratam as crianças matis na vida cotidiana (Erikson,1987 apud Mellati, 1992).

Rostos cobertos com máscaras de cerâmica, corpos untados com lama e guarnecidos com folhas de samambaias rasteiras, os Marivin irrompem na maloca, caminhando agachados e trazendo feixes de varas de palmeira. Eles não falam, apenas emitem um grito grave e prolongado e se comunicam com os moradores através de grunhidos e gestos. Com as varas golpeiam as crianças cujas idades estejam na faixa entre dois anos e a adolescência. Aquelas que não se oferecem espontaneamente aos golpes, sobretudo as menores, que correm aterrorizadas e se escondem, são levadas à força, geralmente pelos adolescentes, de modo que os Marivin as alcancem. Cada vara serve apenas para um só golpe; quando os feixes se acabam, os Marivin vão-se embora, caminhando de costas e agachados (Erikson 1987: 102-103).

Acreditam os matis que as varadas combatem a preguiça. Quanto às crianças com menos de dois anos de idade, os Marivin se limitam a incitá-las a andar, tocando-lhes os pés com bastões curtos envolvidos em folhas. O rito, por conseguinte, se realizaria em favor do desenvolvimento e bem-estar das crianças (Erikson 1987: 103). Os Marivin também batem nas mulheres grávidas, o que, tal como os golpes simulados pela "madrinha" no recém-nascido, ou aplicados pelo tio materno na mulher que entra na menopausa, se relaciona com o crescimento e a fertilidade (Erikson 1987: 107 e 109, apud Melatti,1992).



Os ensinamentos que se dirigem às crianças e que se espera que elas aprendam para a vida no cuidado de si, envolvem rituais, mas também, e mais que tudo, práticas corriqueiras como

banhos nos rios, jogos para fortalecer o corpo e divertir, dança, pesca, andar nas matas, técnicas de plantio, de colheita. As crianças estão nos afazeres domésticos acompanhando os pais desde muito cedo, convivendo com seus pares (crianças da mesma idade) aprendendo entre si, experimentando a vida, estão cuidando uns dos outros, e isso garante o aprendizado de um conhecimento que não está escrito no papel, mas inscrito na prática cotidiana da vida. Estão também vivendo os conflitos, os encontros e desencontros, os momentos de festa, os momentos difíceis do

grupo. A busca das crianças por alimentos nos matos, o auxílio no plantio são sempre facilitados conforme a idade, e elas não trabalham do mesmo modo que os pais, embora auxiliem na produção familiar, o que é um dos aspectos fundamentais na sua sobrevivência no futuro. A pesca funciona do mesmo jeito, assim como fazer farinha, alimento importante na dieta de muitas famílias. Elas estão ainda brincando de inúmeros jogos que aprendem entre si, dos familiares, dos mais velhos e especialmente inventando novos jeitos de interação comunitária. Todas essas práticas (e muitas outras que não citei aqui) envolvem um saber fazer diário que marca todo o corpo, fortalece e o faz crescer, e se espera sempre que isso seja de modo saudável e feliz. É nesse sentido que se diz que devem ser “incorporados”. Esse é afinal um dado muito importante observado nos três municípios pesquisados: a felicidade diária das crianças. É ainda um sinal de que elas estão saudáveis e sintonizadas com o mundo onde vivem. Se não o estão, é preciso agir para mudar a situação.

Diferentes diagnósticos de uma mesma doença aumentam consideravelmente quando os participantes no processo representam diferentes conhecimentos, experiências e interesse no caso em pauta. Entre os membros de um grupo, nem todos possuem o mesmo conhecimento, devido a vários fatores: idade, sexo, papel social (i.e. pessoa comum, especialista em cura, pajé) e também redes sociais e alianças com outros. Numa situação de pluralidade de grupos étnicos e sistemas médicos, como no caso da saúde do índio, esta situação se complica ainda mais. Por isto, cada passo do episódio é caracterizado por visões diferentes dos participantes e suas negociações para chegar a uma interpretação que indicaria o tratamento necessário, cada um exercendo seus diferentes conhecimentos, experiências e poderes. (Langdon, 1995:10)

Esse aspecto é bastante evidente quando os cuidadores com os quais conversamos em campo apontam os diversos caminhos que percorrem para observar seus filhos, fazer diagnóstico preliminar que algo não vai bem e procurar alguém que os cure, quando acham necessário. Se uma criança não brinca, está triste, quietinha, ela precisa de maior atenção – algo não vai bem. Daí é preciso analisar os eventos que aconteceram durante um determinado período para descobrir qual doença a criança pode ter contraído – qual o mal que lhe afeta. A busca de cura se dá primeiro por métodos já conhecidos pelos pais (banhos, uso de ervas, unguentos, etc) conforme conselhos e diálogo com familiares, vizinhos, que vão também indicar os cuidados; quando nem os pais nem os parentes mais próximos ajudam se procura normalmente benzedores. Por último as famílias recorrem a um médico ou enfermeiro, se isso for viável. O itinerário terapêutico é um caminho percorrido para desvendar o evento que causou a doença e logo, achar alguém que auxilie na cura.

Assim como a construção da pessoa, a doença tem sido apontada por estudiosos da antropologia da saúde como um processo construído socioculturalmente, um conjunto de experiências associadas a redes de significados (Pellegrini, 2004; Langdon, 1995; Good, 1994). Um exemplo interessante é dado por Luiza Garnelo e Dominique Buchillet (2006) quando dizem que entre os baniwas do Rio Negro “A lógica da taxonomia de doença é congruente não só com os eventos e contextos míticos que explicam sua origem, mas também com os modos como se dá sua reprodução atual. Nesse contexto, a classificação de doenças entre os Baniwa se relaciona a um conjunto de conflitos travados entre os diversos segmentos das



DOENÇA COMO EXPERIÊNCIA E COMO EVENTO

Assim como existem diferentes modos de entender os cuidados de crianças e sua formação como pessoa, há diferentes modos de entender a doença em si e os modos de cura. A subjetividade é parte do processo de adoecer e de curar. Jean Langdon, trabalhando com os Siona (grupo indígena da Colômbia), aponta a doença como uma experiência, partilhada dentro de um determinado sistema cultural. Segundo Jean Langdon, a doença não é uma categoria estática, mas um processo de construção sociocultural. É um “processo que envolve negociações entre os vários atores envolvidos, a escolha de terapia, a avaliação sobre sua eficácia – enfim, um ciclo que repete até que a doença seja percebida como curada” (1995). Segundo a autora,



sociedades humanas e não-humanas” (2006: 236).

Discutindo o significado de enfermidade, Good e Good (1982) a destacam como uma “rede semântica”, que serviria para interligar significados de palavras, nos quais o significado não é produto de uma relação fechada entre significante e coisa (no sentido de uma realidade objetiva no universo físico), mas de uma rede de símbolos que se constrói na ação interpretativa (Good e Good, 1982:147).

Situar determinados sintomas que causam distúrbios a uma pessoa dentro de uma rede semântica auxilia o corpo médico, o xamã, a comunidade em si e especialmente o paciente a entender e situar sua experiência. Ela pode ser partilhada, e sendo compreendida, pode ser mais facilmente curada ou ao menos amenizados seus distúrbios – passa a ser uma situação que cabe em uma narrativa.

Para Good (1994), as redes semânticas são estruturas profundas que ligam enfermidade a valores culturais fundamentais de uma cultura, permanecendo, ao mesmo tempo fora do conhecimento cultural explícito e da consciência dos membros que compõem a sociedade, apresentando-se como naturais. Os autores argumentam que a rede semântica “são modelos culturais que não somente refletem e se referem para domínios específicos da vida social, mas são também modelos generativos. Por exemplo, o tamanho do corpo vem sendo associado com o “auto-controle” na cultura popular americana e na cultura médica de modo duradoura. (Good, 1994:172).

O sentido dado por Good e Good (1982, 1980, 1994) ao conceito de "rede semântica"(Good e Good, 1982:147) quando discute o significado de enfermidade, seria a de uma experiência dotada de sentido para cada sujeito particular, em que é importante considerar a relação existente entre os sentidos individuais e a rede de significados inerentes a cada contexto cultural mais amplo ao qual pertencem os indivíduos. Good e Good (1982), apontam a doença como uma realidade construída através do processo de interpretação/significação, a qual se fundamenta na rede de significados que estrutura a própria cultura e suas subculturas. Para o autor a noção de rede semântica para indicar que o significado da doença não é unívoco, mas sim um produto de interconexões, e avaliam doença como uma rede de perspectivas, que condensam múltiplos e frequentes conflitos sociais e domínios semânticos para produzir o seu “significado”(Good, 1994:172).

O autor está apontando a biomedicina como mais um entre os muitos modos de entender e significar doença e cura. Esse conjunto de elementos é condensado nos símbolos essenciais do léxico médico, o que implica que tal diversidade pode ser sintetizada e objetivada culturalmente. Good (1994), assim como Langdon (1995) tratam a enfermidade como uma narrativa oral e corporal, marcada por uma rede de perspectivas em que o texto resultante de um processo concreto de doença é parcialmente indeterminado e provoca uma resposta que não é dada nem por ele mesmo, nem pela vida mental de um leitor ou de uma comunidade de leitores. São lugares de densa rede semiótica, onde a experiência dos diversos atores está em questão.

Os autores enfatizam a heteroglossia e a subjetividade presentes na construção dessa narrativa. Desse modo, podemos dizer que a biomedicina não é, nem deveria ser considerada o único sistema de saúde; haveria vários sistemas que se interconectam conforme relações possíveis entre os sujeitos que o experimentam, as narrativas possíveis sobre cada doença e o entendimento que se dá a elas em cada contexto distinto.

Saúde Infantil SAÚDE INFANTIL E DESENCONTROS COM OS POVOS DA REGIÃO PESQUISADA

A saúde infantil é uma questão que vem sendo enfrentada pelo poder público no Brasil com grandes avanços. O país tem atualmente um índice de mortalidade infantil muito menor nos últimos anos do que se tinha nos anos 90. O atendimento a crianças nos primeiros anos de vida em postos de saúde e hospitais, ofertando acompanhamento, exames, vacinas e orientação aos pais, tem sido exemplar em muitos municípios. No entanto, ainda há muito a se fazer quando se consideram os diversos contextos locais e regionais. Muitas crianças de favelas e do meio rural brasileiro ainda nascem e morrem sem nenhum acesso a esses serviços, quando necessário. Essa situação se dá pelo escasso ou fraco atendimento oferecido em várias regiões do país e a alguns setores sociais em especial. A desigualdade de



acesso ainda é um dos problemas e o atendimento biomédico nem sempre chega a elas quando precisam dele.

Por outro lado, esse acesso também é limitado pelo desencontro que existe entre os modos tradicionais e os biomédicos de entender esses cuidados à saúde infantil, muito embora povos indígenas e ribeirinhos, por exemplo, estejam inseridos nos programas de assistência de saúde diferenciada garantida na constituição desde 1988. Como vimos anteriormente, existem diversos sistemas de saúde e de cura que operam concomitantemente. Ao longo dessa pesquisa vamos ver que o itinerário terapêutico das famílias envolvidas na pesquisa dessa Linha de Base abarcam diversas alternativas, não eliminando inclusive a biomedicina. Afinal sabem que o importante é a cura, e se necessário fazem sacrifícios para que isso ocorra. No entanto, parece que o sistema de saúde da biomedicina tem ainda resistência em acreditar que outros processos de cura, como os processos xamânicos e outras práticas culturais sejam viáveis no tratamento de uma criança doente.

Embora seja importante evitar, como alerta Marcos Pellegrini “a busca dos conflitos entre sistemas médicos ou a fidelidade etiológica (às causas naturais X sobrenaturais ou doença de índio X doença de branco), como nos estudos iniciais orientados pela etnomedicina” (Pellegrini, 2004: 237), o caso que vou citar a seguir pode nos mostrar a complexidade que a busca e o encontro da cura pode representar para uma família ribeirinha quando entra em contato com profissionais da saúde do estado que não tem compreensão nem abertura para práticas diversas de cura, e muito menos preparadas para um diálogo com o grupo que busca neles algum auxílio. A questão do poder que um sistema pode exercer sobre outro é



Filhas dos pesquisadores tomam banho em Juruá

FOTO: RITA DE CÁCIA OENNING DA SILVA

apontado por Langdon (2011) como uma das questões problemáticas nesses casos.

Um dos impasses se dá quando esses grupos têm acesso a sistemas de doenças e não ao sistema de atendimento biomédico, como é o caso de muitos grupos que estão mais distantes geográfica ou culturalmente do locus da saúde pública. Outro problema é quando esses sistemas se ignoram reciprocamente, ou talvez, o pior é quando eles são contrários e se discriminam, e essa discriminação gera ainda mais desigualdade e menos diálogo.

No caso dos municípios estudados, como em quase todos os municípios do interior do estado de Amazonas, podemos dizer que essa falta de recursos e a falta de diálogo têm gerado desastres irreparáveis tanto para a população local quanto para o sistema de saúde, que parece não ter grandes avanços no combate a doenças que estão bem controladas em outros meios. Surtos de malária, hepatites de todos os tipos (inclusive casos raros como a Hepatite Delta), casos de HIV, tuberculose têm tornado o vale do Juruá um contexto sócio-sanitário complexo em termos epidemiológicos. Lábrea também é conhecida pela febre negra de Lábrea (Hepatite Delta). Claro que um dos fatores que levam à situação é a falta de recursos e investimentos naquela região, ou a falta de profissionais que se engajem na atuação na área. Fala-se da distância geográfica e da baixa densidade dos grupos naquelas regiões para explicar esse descontrole. Mas também existe o problema do desencontro entre diferentes práticas e diferentes saberes – penso que o pior mal dessas regiões vem sendo o encontro de diferentes grupos e a falta de diálogo para formular novas redes semânticas possíveis na região, que venham auxiliar na ação coletiva dos grupos locais e dos diversos agentes de saúde, inclusive do corpo biomédico.

Problemas Graves

PROBLEMAS GRAVES DE E DA SAÚDE

Um caso muito importante para entender esses possíveis desencontros entre sistemas diferenciados de saúde é o que aconteceu a uma fammatis do Vale do Javari.

No início de 2013, quando planejávamos essa pesquisa, surgiu uma polêmica acusação por parte de profissionais da saúde do Instituto da Criança do Amazonas (Icam/Manaus) contra Tekpam Kana Matis, do povo Matis do Vale do Javari. A mãe foi acusada de estar agravando o estado de saúde do seu filho de alguns meses de idade, internado para tratamento de pneumonia naquela instituição. A criança foi internada pelos pais e estava em tratamento já há 5 meses e no ICAM, quando a criança indígena apareceu ferida dentro de UTI em circunstâncias misteriosas, segundo a reportagem feita pelo Jornal A Crítica, de Manaus em 05 de Março de 2013 por Elaíze Farias e Síntia Maciel . A reportagem indicou acusação de tentativa de infanticídio por parte da mãe da criança.

O caso teve uma repercussão nacional e foi especialmente veiculado nas mídias alternativas, com apelos de membros da etnia de que a suspeita se tratava de preconceito dos profissionais da saúde contra os matis. Falou-se então da possibilidade de negligência por parte dos atendentes da UTI e auto-defesa, acusando a mãe da criança.

Outra reportagem publicada em 20 de março de 2013 pela mesma repórter Elaíze Farias, revela a posição da família da criança doente, Benin (a mãe Tumi Machopa Matis e o pai Tekpan Kana Matis) e as condições em que essa pegou gripe e depois pneumonia. A reportagem “Pais indígenas do Vale do Javari (AM) negam infanticídio” agora revela o problema sob uma outra perspectiva. Tumi Machopa Matis, a mãe, e Tekpam Kana Matis, o pai, que foram considerados suspeitos de terem provocado lesões no filho, se defendem de acusações contra filho pequeno.

A história de Benin começou há cinco meses, quando o bebê nasceu durante a viagem dos pais de canoão até Atalaia do Norte. O casal tinha ido à sede do

município de Atalaia do Norte para vacinar o filho de cinco anos. Alojados na Casai o casal viu seu filho recém-nascido pegar gripe e depois pneumonia. Sem falar português e sem um tradutor que os ajudasse na comunicação, eles foram enviados para Manaus pelo Distrito Sanitário Especial (Dsei) do Vale do Javari para acompanhar o tratamento do filho.

Diz a mãe da criança na reportagem que “Com 15 dias que a gente estava na Casai de Atalaia meu filho ficou doente. Ele pegou gripe aqui. Nos mandaram para Manaus e ficamos na Zona Oeste (Pronto-Socorro da Zona Oeste). Depois fomos para o Icam. O médico dizia que o menino estava cansado. Os enfermeiros falavam que não era para a gente mexer na criança, só eles. Depois ele ficou dois meses na UTI. Parou o coração. Depois o médico disse que o menino ficaria sem acompanhante e não vimos mais ele”.

O caso é emblemático dessa relação complexa da sociedade nacional e internacional e os povos ribeirinhos e suas práticas. Os Matis têm como principal modo de tratamento a injeção de VENENO DE SAPO no corpo do doente, uma substância estranha que faz o corpo do doente reagir. O princípio é bem conhecido

por usuários da homeopatia.

Segundo várias pessoas que emitiram

comentários sobre o caso, inclusive da pesquisadora desse projeto que

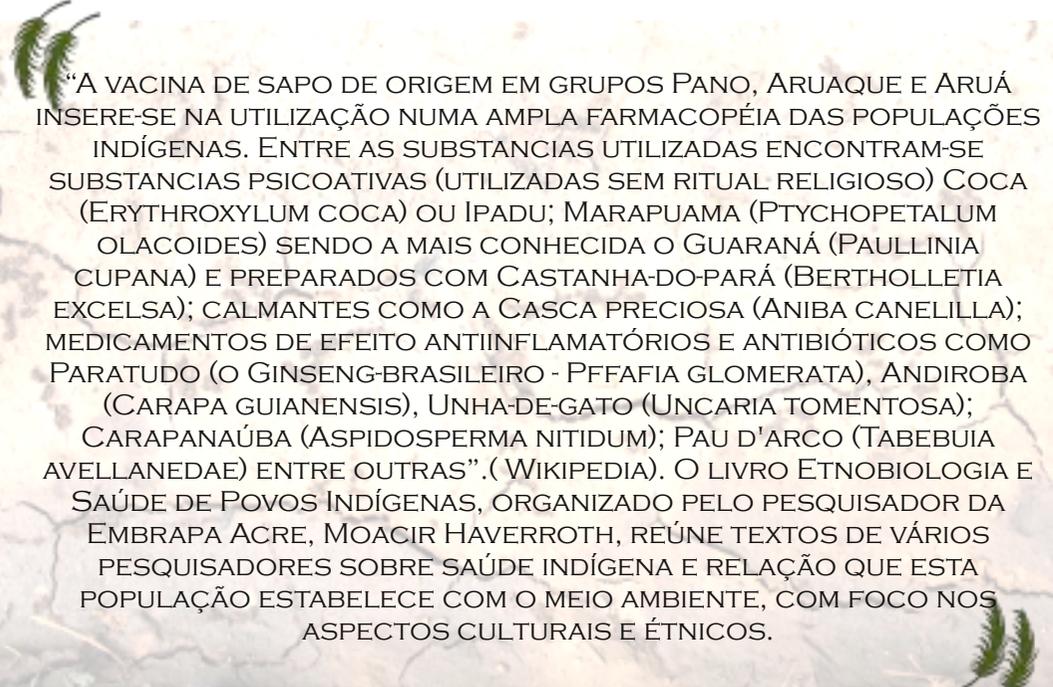
conheceu o caso e conhece bem os matis,

provavelmente a mãe tentou auxiliar

na cura do filho injetando-lhe o remédio dos matis, o que foi entendido como uma tentativa de infanticídio para o mundo biomédico. A medicina ocidental tem como

A VACINA DO SAPO é o nome popular para a aplicação das secreções produzidas pela "rã" Kambô (*Phyllomedusa bicolor*) em pequenos ferimentos produzidos artificialmente nos braços ou nas pernas de uma pessoa, para que as substâncias presentes na pele do animal penetrem na circulação sanguínea. Embora proibida no Brasil, a "vacina de sapo" vem sendo exportada para a Europa e aos EUA. "Está relacionada ao circuito da ayahuasca e das terapias alternativas, mas são basicamente iniciativas individuais, não institucionalizadas", diz a antropóloga Beatriz Labate, professora visitante do Programa de Política de Drogas do Centro de Pesquisa e Ensino Econômico - Cide, em Aguascalientes, no México". (Minuano 2013)





“A VACINA DE SAPO DE ORIGEM EM GRUPOS PANO, ARUAQUE E ARUÁ INSERE-SE NA UTILIZAÇÃO NUMA AMPLA FARMACOPÉIA DAS POPULAÇÕES INDÍGENAS. ENTRE AS SUBSTÂNCIAS UTILIZADAS ENCONTRAM-SE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS (UTILIZADAS SEM RITUAL RELIGIOSO) COCA (ERYTHROXYLUM COCA) OU IPADU; MARAPUAMA (PTYCHOPETALUM OLACOIDES) SENDO A MAIS CONHECIDA O GUARANÁ (PAULLINIA CUPANA) E PREPARADOS COM CASTANHA-DO-PARÁ (BERTHOLLETIA EXCELSA); CALMANTES COMO A CASCA PRECIOSA (ANIBA CANELILLA); MEDICAMENTOS DE EFEITO ANTIINFLAMATÓRIOS E ANTIBIÓTICOS COMO PARATUDO (O GINSENG-BRASILEIRO - PFFAFIA GLOMERATA), ANDIROBA (CARAPA GUIANENSIS), UNHA-DE-GATO (UNCARIA TOMENTOSA); CARAPANAÚBA (ASPIDOSPERMA NITIDUM); PAU D'ARCO (TABEBUIA AVELLANEDAE) ENTRE OUTRAS”. (WIKIPEDIA). O LIVRO ETNOBIOLOGIA E SAÚDE DE POVOS INDÍGENAS, ORGANIZADO PELO PESQUISADOR DA EMBRAPA ACRE, MOACIR HAVERROTH, REÚNE TEXTOS DE VÁRIOS PESQUISADORES SOBRE SAÚDE INDÍGENA E RELAÇÃO QUE ESTA POPULAÇÃO ESTABELECE COM O MEIO AMBIENTE, COM FOCO NOS ASPECTOS CULTURAIS E ÉTNICOS.

um dos seus princípios básicos proteger o corpo doente para que ele se recupere; ao contrário, os matis provocam a pessoa, para essa reagir e se fortalecer. Essa é uma técnica do cuidado de si importante para aquele grupo.

Além do mais, para um Matis, ter um filho hospitalizado por tanto tempo numa região distante da casa, longe da família e dos médicos locais aos quais os matis, assim como grande parte das famílias do Vale do Javari, delegam o poder de cura, é complexo. Segundo Pedro Cesarino, para os Marubo, um grupo vizinho dos Matis no Vale do Javari, o problema com a “medicina ocidental está, a rigor, na distância: sabem muito bem que seus parentes, ao se deslocarem para tratamentos nas cidades, serão submetidos ao calamitoso sistema de saúde brasileiro e, sem contato, acabarão por ficar tristes/nostálgicos (oniska). Correm o risco de ter sua pessoa cindida, pois a nostalgia faz com que os duplos se distanciem do corpo, além de não serem acompanhados pelos Kechitxo ao mesmo tempo em que recebem o tratamento hospitalar (Cesarino, 2011: 260).

A permanência da mãe do menino matis no hospital acompanhando o filho doente, se bem compreendido pelos profissionais da saúde, poderia ser visto como

um tremendo esforço da família. Mas o universo médico mostrou seu despreparo e seu desrespeito levando a um complexo embate que disseminou a ideia de que os matis não cuidam de suas crianças – pior ainda, as matam. Esse desencontro entre diferentes modos de cura levaram a essa situação de denúncia.

Um depoimento de uma pessoa Matis numa Cartilha, feito em uma oficina promovida pela Unesco revela como pensam esses em relação a doenças e curas:

Antigamente, bem antigamente, adoecíamos da nossa doença. Quando alguém tinha dor de cabeça, tirava remédio do mato e botava na cabeça, aí melhorava. Quando alguém tinha muito sangramento, usava remédio do mato e melhorava. Os antigos sabiam os remédios do mato para tratar as doenças. Quando alguém tinha dor no fígado, fazia injeção de sapo. Quando alguém tinha dor de cabeça, o pajé chupava. Era assim o pajé. Quando a pessoa estava doente das nossas doenças, os pajés tratavam e víamos os doentes melhorar com o nosso tratamento. Os velhos dizem que era assim que nós vivíamos. Ouvimos a fala dos velhos. Hoje em dia, as nossas doenças e as doenças do branco se misturaram. Vocês ouviram o pajé falando que quer curar, mas não cura. Aqueles que querem melhorar, melhoram; outros que pegam doença de Nava não melhoram. Foi o que eu vi. Antigamente, quando adoecíamos de nossas doenças, nós tomávamos nossos remédios do mato, os pajés chupavam a cabeça, as velhas faziam injeção de sapo (Kampuk) e a dor melhorava. Hoje é assim: quando adoecemos de doença de Nava, não melhoramos –, é o que eu vejo. A gente tenta curar, mas não melhora, é assim. (Matis, 2012: 27,28)

Esse caso da criança matis pode servir para espelhar a importância de tomar o diálogo como uma premissa e um meio para implementar mudanças no acesso ao sistema de saúde pública. E esse diálogo, por sua vez, deve tomar como premissa que existem dois ou mais sistemas, (já polifônicos, multivocais) conversando, buscando achar um novo significado para sua existência. Estão assim se formando novas redes semânticas para dar sentido a suas experiências de contato e das doenças provenientes desse. Citando Jean Langdon, o médico e antropólogo Marcos Pellegrini lembra que a “doença como um evento deve ser percebida no seu caráter individual, e não sob o caráter de um universal, como assume a visão biomédica de enfermidade. Sua construção se dá por meio da negociação de múltiplos significados dos sinais observados, em um mundo de sistemas médicos plurais e forças políticas desiguais (Langdon, 1994a apud Pellegrini, 2004: 237).

Valeria ao menos uma tentativa de abertura à negociação por parte do corpo médico do Estado, já que as pessoas estão abertas a essa negociação quando levam



seus filhos doentes para o sistema de saúde pública, mesmo sabendo da precariedade desse e dos problemas que isso pode acarretar para o seu próprio sistema. Crianças vêm para a cidade, longe dos parentes e familiares, que lhes ofertam suporte para serem tratadas, desestabilizando a vida de todos os familiares. Por outro lado, deparam-se, já em terras distantes, com um sistema de atendimento médico hospitalar que vê seus próprios métodos como criminosos. Deparando-se com esse corpo médico despreparado para receber essa diversidade (Pellegrini, 2004:237; Langdon, 2004), é duas vezes dificultada sua possibilidade de cura.

Trabalhando com saúde entre povos de atenção diferenciada desde sua formação na medicina, Marcos Pellegrini, contando sua história como médico, sugere a interação dos profissionais de saúde com o conhecimento local como uma possível e eficaz sensibilização desses para uma atuação mais eficiente. Diz que a busca pelos conhecimentos antropológicos o auxiliou nesse processo, já que atuando como médico via essa necessidade. Aponta assim esse diálogo entre a antropologia e áreas como a medicina e a enfermagem, e mais especificamente entre os profissionais de saúde e os saberes da população onde esses atuam como uma premissa para um atendimento mais humano e eficaz. Diz que a antropologia pode facilitar uma “abordagem com enfoque na percepção e utilização de serviços profissionais de assistência à saúde, permitindo aos profissionais entenderem que sua prática não é o único recurso em casos de doença, mas sua eficácia é social e culturalmente delimitada, assim como refletirem sobre seu papel, ao encarar a doença como um evento que acontece à vida e não só ao corpo das crianças.” (Pellegrini, 2004:237)

Diversas mudanças e tentativas têm sido feitas pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e reivindicadas pelos próprios grupos organizados. O atendimento diferenciado, presente na constituição é um desejo dessas reivindicações. Como resultado desta política foi que em 1999 se implantou os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), que visam a levar a assistência diferenciada a essas populações. (Langdon e Garnelo, 2004). O termo intermedicalidade, discutido por Maj-Lis Follér no livro “Saúde dos Povos indígenas” (organizado por Langdon e Garnello, 2004), se refere ao processo de conversa e negociações entre esses diferentes setores, em vista a construir uma

alternativa viável a esses cuidados na saúde de populações que ainda guardam conhecimentos diferenciados sobre si e sobre o mundo. A diversidade e o diálogo entre esses diferentes sistemas médicos visam a construir um outro saber.

Por outro lado, para que esse diálogo seja viável, parece fundamental que os médicos e outros agentes da saúde pública que venham a trabalhar com essas populações tenham na sua formação um contato com essas diferentes medicinas, deixando de lado a visão evolucionista da medicina, que vê nos demais sistemas uma pré-medicina, atrasados e ineficientes. Esse contato e essa abertura parecem fundamentais para um profissional qualquer, que vai trabalhar com pessoas – e pessoas são diferentes, pertencem a agrupamentos diversos.

Para um profissional formado se inserir nessa diversidade depois de ser injetado um conhecimento tão certo e empoderado, fica muito difícil desconstruir esses saberes e os poderes que eles representam. É preciso tato e sensibilidade para reconhecer que o outro é outro, tem outros valores e que seu saber também vale, quando eles mesmos aprendem que devem deixar sua própria subjetividade em prol de algo tido como maior: a biomedicina.

Esse projeto propõe esse diálogo. No final desse relatório, apontamos algumas alternativas que pensamos, poderiam modificar muito a situação das famílias e empoderar os cuidados que essas já prestam a seus filhos.

A diversidade e a riqueza cultural do Estado do Amazonas traz à tona o modo como o ser humano é capaz de criar e reinventar sua própria existência. Esta riqueza, evidente assim que se adentra o Estado rios adentro, pode ser foco de grandes desencontros quando se fala de cuidados e saúde de crianças. Se por um lado os cuidados das crianças e da formação delas dentro das comunidades envolve a complexidade de mundos naturais e sobrenaturais, essa complexidade se faz ainda maior quando esses cuidados se esbarram em instituições nacionais a que esses grupos têm direito a acessar, como a escola e a saúde pública, que têm tomado historicamente como premissa a uniformização das práticas. Se os cuidados das crianças nas comunidades pesquisadas parecem precários para um sistema de saúde com recursos modernos, aparelhos de cirurgia avançados, é preciso lembrar que o que institui a miséria alheia quase sempre é o olhar daquele que vê a falta. Se por um lado não ter aparelhos avançados pode parecer a falta deles, a nossa é justamente a



incapacidade de admitir que a cura que esse nosso “outro” faz, o faz com o mais avançado dos métodos: o da eficácia simbólica.

Criminalizar ou tirar dessas populações as práticas de cuidado das crianças para a construção de pessoas saudáveis, instituindo entre eles novas técnicas, que lhes chegam de modo precário e escasso, é como dar um tiro no próprio pé. É preciso aproveitar dos recursos que já existem entre eles, se queremos que crianças pequenas tenham acesso à saúde. Conhecer e valorizar os saberes e as práticas locais, estimular o diálogo entre os modos distintos de entender cuidados, pode ser um ponto forte de uma biomedicina que pretende, antes de tudo, prevenir.

A pesquisa feita nos três municípios do Estado do Amazonas (Lábrea, Santa Isabel do Rio Negro e Atalaia do Norte) nos permite afirmar que esses grupos carregam avançadas técnicas e práticas de proteção e cuidados para gerarem, criarem suas crianças e as tornarem pessoas. Também podemos ver com a pesquisa que o contato com a sociedade nacional trouxe situações de extrema debilidade para a vida dessas pessoas. O diálogo aqui proposto pressupõe deixar de lado o medo do outro, o que nem sempre é fácil. Mas esse medo normalmente se esvai quando nos permitimos ver e ouvir esse outro. É nesse diálogo que o enunciado do outro vai se expondo. Como nos ensinou Bakhtin, qualquer enunciado é um vínculo numa complexa cadeia organizada de outros enunciados.

Assim, Bakhtin ressalta ainda a importância de situar esse diálogo no discurso. O estudo fecundo do diálogo pressupõe, entretanto, uma investigação mais profunda das formas usadas na citação do discurso uma vez que essas formas refletem tendências básicas e constantes da recepção ativa do discurso de outrem, e é essa recepção, afinal, que é fundamental também para o diálogo. (1986:147)

Voltando ainda, finalmente, à noção de pessoa proposta em 1979 por Seeger, Da Matta e Viveiros de Castro, onde esses apontam o corpo e os processos a ele relacionados como centrais para os ameríndios. Naquele período o artigo era um manifesto contra as várias abordagens da antropologia mundial sobre os ditos “povos de palha”. Os ameríndios das terras baixas da América do Sul eram conhecidos por ausências: ausência de clãs, linhagens e grupos corporados, categorias tomadas de modelos analíticos importados de outras regiões etnográficas, como a Ásia, a África e Melanésia. Essa perspectiva, cujo texto de 1979 se opõe, apontava negativamente a fluidez e a falta de princípios integradores nessas sociedades. Inspirados nesse manifesto, devemos ver as práticas dos ribeirinhos para criar e cuidar de suas crianças (o modo como constroem-se como pessoas) como válidas: um ponto para começarmos esse diálogo no campo da saúde. Não tomemos a falta como eixo analítico, nem aqui nesse trabalho nem no trato com pessoas que vivem nos mais recôncavos ambientes desse Estado Amazonense - e vivem bem, apesar das dificuldades de manterem-se em suas terras e em verem respeitadas suas práticas. Ouçamos suas falas e o que dizem seus corpos: esse é um dos princípios do diálogo.



A SAÚDE NAS ÁREAS RURAIS DE AMAZONAS:

CONTRIBUIÇÕES DA ANTROPOLOGIA

DEISE LUCY OLIVEIRA MONTARDO

Quando se fala de saúde, nos vêm à mente, num primeiro momento, os problemas de saúde, ou seja, as doenças. Isto se deve, em parte, ao sistema de atendimento à saúde vigente durante bastante tempo no Brasil, que enfocava o tratamento das doenças e não a sua prevenção, relação que vem se alterando nas últimas décadas, com a reforma sanitária.

Neste texto se fará um panorama das contribuições de pesquisas antropológicas feitas na área da saúde, na região Norte do país. A maioria dos trabalhos realizados nesta região do Brasil, foi feita com grupos indígenas, mas há também trabalhos realizados em populações ribeirinhas. Devemos destacar que apesar de existir uma grande diversidade histórica e étnica, e uma diversidade de realidades ambientais e sanitárias, existem certos aspectos em comum que podem ser utilizados para compreensão da saúde nas áreas rurais amazonenses.

Um aspecto salientado por todos os pesquisadores que atuam na amazônia é a importância central da medicina tradicional e a necessidade do reconhecimento desta em qualquer plano de trabalho pensado para a região. Citamos, por exemplo, os Hupdë-Maku, do Rio Negro, os quais, segundo Athias (2003) têm no mito de origem as explicações para os estados mórbidos e que os pajés e homens iniciados reconhecem e sabem “soprar” ou benzer e portanto, curar. As patologias decorrentes do contato, por sua vez, não possuem uma terapêutica tradicional. Athias enfatiza que é “necessário que este contexto, dificilmente visível, no qual ocorre a coexistência das práticas tradicionais indígenas e das práticas de saúde derivadas da sociedade envolvente, seja levado em consideração na execução de trabalhos de saúde junto a esses povos.” (2003: 9)

Garantido pela constituição de 1988, o direito à atenção diferenciada contribuiu para um incremento na participação dos antropólogos em projetos relacionados à saúde indígena, em organizações não governamentais e governamentais, nessas em menor número. A par disto, Langdon convida-nos a lembrar que “o próprio campo da antropologia da saúde começou a se



desenvolver no Brasil na mesma década da reforma sanitária. Refletindo avanços teóricos do campo nos Estados Unidos e na Europa, os antropólogos brasileiros começaram a conceituar os sistemas médicos (tradicionalmente rotulados como medicina indígena e medicina popular) como sistemas culturais dinâmicos e não como vestígios de um passado folclórico (...). A autora ressalta ainda que, neste processo, houve uma relativização da biomedicina, passando esta a ser vista “também como resultado de processos históricos, culturais e políticos” (2004: 34-35).

A reforma sanitária brasileira tem como um dos produtos o SUS (Sistema Único de Saúde), “o qual é norteado por dois princípios independentes de grupos ou classes particulares: a garantia de acesso universal e igualitário às ações e serviços para a prevenção e manutenção da saúde e a participação da comunidade em um processo conhecido como ‘controle social’” (Langdon, 2004: 36-37). A aliança do reconhecimento do caráter pluricultural do Estado pela Constituição Brasileira de 1988 e a política de saúde guiada pelos Princípios sobre a Tolerância aprovados pela UNESCO em 1995, traz como consequência a organização por parte do Estado brasileiro, de um subsistema de atenção básica nas áreas indígenas. É importante destacar que “a atual política de saúde indígena também declara que a atenção básica oferecida pelas unidades de saúde deve ser vista como complemento, e não como substituição das práticas tradicionais, ou seja, há, na legislação brasileira, uma preocupação explícita com a necessidade de articular as práticas sanitárias oficiais às diversas formas indígenas de auto-atenção, tal como definidas por Menéndez (2003)” (Langdon 2004: 37).

Como um dos principais resultados desta política podemos citar a proposição, na II Conferência de Saúde Indígena, em 1992, da criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), implantados em 1999. Citamos aqui um parágrafo do texto de Langdon por percebermos que a situação descrita para os anos anteriores a virada para o século XXI, continua a mesma, agora que já estamos em meados da sua segunda década.

“Durante os anos de implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) como base organizacional dos serviços, a política de saúde indígena ocupou pouco espaço no cenário nacional: os recursos financeiros dedicados à saúde indígena são insuficientes; a situação sanitária continuou e continua sendo precária; não há o desenvolvimento de um sistema de dados para entender o perfil epidemiológico; vários surtos de doenças acontecem sem socorros adequados; poucas comissões locais ou regionais são organizadas para lidar com a questão do controle social; ...”(2004:39)

A autora destaca o Programa Nacional de DST/AIDS, como um novo ator que entra no cenário, em 1995, com maior autonomia e recursos provindos de empréstimos internacionais. Várias universidades e ONGs se engajaram em projetos preventivos ligados a este programa, que, em 1999, ampliou seu escopo para a questão do alcoolismo entre os índios. No computo geral, no entanto, a saúde indígena continua caótica. Entre outros fatores, para isto, Langdon comenta que, mesmo em locais onde houve projetos exitosos, estes sofrem solução de continuidade por mudanças



FOTO: RITA DE CÁCIA OENNING DA SILVA

de pessoas e dos partidos políticos (2004:40).

As avaliações realizadas apontam para um déficit na questão da atenção diferenciada, causada pela falta de capacitação dos profissionais do serviço de saúde, que carecem de uma preparação antropológica. Langdon cita várias pesquisas para concluir que a via a ser buscada é a complementaridade entre os sistemas biomédicos e as medicinas tradicionais, pois, o resultado do contato interétnico tem demonstrado “que de fato os índios re-interpretam e se apropriam de aspectos da medicina ocidental”. “Os limites entre a biomedicina e as medicinas tradicionais são bastante permeáveis, tornando o itinerário terapêutico muito mais complexo e resultante de diversos fatores, e não só da percepção de eficácia” (2004: 45).

A autora conclui seu texto realçando o conceito de intermedialidade como mais adequado para pensar estes contextos.

“Como discutido por Foller, intermedialidade se refere aos discursos e apropriações de conhecimentos, aos processos de hegemonia locais e globais, às negociações interculturais e à produção de medicinas híbridas De acordo com sua reflexão, concordamos que a intervenção antropológica se constrói no espaço da intermedialidade e, por isso, consiste em constante negociação e construção.” (2004:48)

Buchillet, em outro capítulo da mesma coletânea, levanta vários motivos pelos quais as investigações sobre saúde indígena tem que, necessariamente, ser qualitativas. Um deles é a ausência de correspondência entre as nosologias biomédicas e indígenas. Outro motivo diz respeito à constatação de que as formas clínicas de uma doença identificada pela medicina ocidental podem ser consideradas doenças distintas pelos índios. A autora cita vários exemplos, dos quais vou pinçar aqui o caso específico da diarreia em crianças, por dizer respeito, diretamente, aos dados obtidos nas pesquisas deste projeto. “Os índios Desana e Tariana de Iauareté diferenciam igualmente categorias de diarreia, que remetem a etiologias diversas e, eventualmente, a fases distintas do ciclo de vida: caso, por exemplo, da diarreia que acomete a criança desmamada em razão de nova gravidez da mãe. Percebida como a tradução da inveja da criança em relação à outra na barriga, essa diarreia não é considerada um evento patológico. Por fim, a diarreia pode ser percebida como um dos sintomas de certas doenças tradicionais (por exemplo, certas formas de malária)

e não como uma doença em si.”(2004:61)

A autora identifica também a ocorrência de divergências sobre o significado do surgimento de sintomas durante a evolução da doença, e esclarece que ocorre uma fluidez nos diagnósticos indígenas que tem a ver com fatores clínicos, mas também com “fatores extra-médicos (sonhos recorrentes do doente, eclosão de conflitos na comunidade do doente, aproximação ou simples visão de uma mulher grávida ou menstruada pelo doente, reminiscências de cura do xamã, queda de um trovão próximo ao domicílio do paciente etc.)”. (2004: 61-62)

Outra das características apontadas por Buchillet e que diz respeito aos resultados encontrados no nosso trabalho, são as concepções divergentes a respeito do papel do médico, comuns, segundo ela, a outros povos da América Latina. Uma das conseqüências apontadas é justamente o recurso a diferentes categorias de especialistas de cura (índigena ou ocidentais), bem como o autodiagnóstico.

Encontramos também nos resultados o que a autora elenca sobre certos termos médicos se referirem, “para o médico, ao sintoma de uma doença enquanto correspondem, para o paciente, a uma doença específica: caso, por exemplo, do termo “tosse”, que, de acordo com o médico, reporta-se a um simples sintoma, enquanto para o paciente designa tuberculose.”(2004:63)

A autora indica a necessidade “de conhecer as dimensões semânticas embutidas nas terminologias médicas ocidentais ou nativas, ou seja, saber o que elas evocam para as populações locais, quais sentimentos e/ou interpretações estão ligados ao uso de um termo específico...”. Após citar vários exemplos de casos específicos, onde um diagnóstico provoca reações prejudiciais ao convívio social

É IMPORTANTE CONHECER AS NOSOLOGIAS INDÍGENAS, SABER COMO OS ÍNDIOS NOMEIAM, CATEGORIZAM OS SINTOMAS E OS AGRUPAM EM ENTIDADES PATOLÓGICAS, E NÃO SE LIMITAR ÀS DEFINIÇÕES OCIDENTAIS DAS PATOLOGIAS. SEM UM TRABALHO DE ESCLARECIMENTO DESSE TIPO, MEDIDAS DE PREVENÇÃO OU DE CONTROLE PRECONIZADAS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA UMA DOENÇA ESPECÍFICA PODEM, POR EXEMPLO, NÃO SE APLICAR OU SE ADEQUAR A TODAS AS “FORMAS” DESSA DOENÇA RECONHECIDAS PELAS POPULAÇÕES LOCAIS.”(BUCHILLET, 2004:63-4)



pelos povos nativos, Buchillet conclui que

“em termos de diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças, é importante conhecer as nosologias indígenas, saber como os índios nomeiam, categorizam os sintomas e os agrupam em entidades patológicas, e não se limitar às definições ocidentais das patologias. Sem um trabalho de esclarecimento desse tipo, medidas de prevenção ou de controle preconizadas pelos profissionais de saúde para uma doença específica podem, por exemplo, não se aplicar ou se adequar a todas as “formas” dessa doença reconhecidas pelas populações locais.”(2004:63-4)

Tratamos até aqui de reflexões feitas no âmbito da antropologia e saúde indígenas. Esta pesquisa, no entanto, é mais ampla, abrangendo também, povos ribeirinhos ou povos indígenas que não estão em área indígena demarcada, ou ainda, os que vivem na cidade.

Na etnografia realizada junto aos ribeirinhos do baixo rio Tapajós, no vizinho Estado do Pará, Wawzyniak (2008) teve por objetivo compreender a lógica pela qual os ribeirinhos concebem as doenças e os tratamentos frente a programas de saúde pública. Segundo ele, estes procuram orientar essas concepções de acordo com uma lógica própria, e respondem aos programas estatais segundo seu sistema cosmológico. O autor conta que seu interesse pelo tema surgiu dos vários relatos que ouviu e registrou sobre casos da existência e do poder de encantamento de alguns seres que têm a capacidade de mudar de aparência e de afetar o

comportamento individual e a vida social. “Foram recorrentes as referências à transformação dos seres, expressa na categoria ‘engerar’, e à ‘olhada de bicho’ como causa de uma perturbação denominada ‘mau-olhado de bicho’, conseqüência, em princípio, do desrespeito a determinadas restrições quanto à apropriação e ao uso dos espaços e dos recursos naturais neles existentes.”(Wawzyniak 2008:14) O autor justifica seu interesse com a constatação de que, percorrendo a bibliografia compilada, havia uma escassez de etnografias realizadas entre grupos sociais ribeirinhos e, sobretudo, a inexistência de estudos antropológicos tematizando corpo, saúde,

doença, pessoa e políticas públicas em saúde direcionadas a essa população e para a Amazônia de uma forma geral.

Irei destacar, a seguir, algumas contribuições da rica etnografia produzida por Wawzyniak, as quais, considero, podem ajudar na leituras dos dados desta pesquisa. O autor nos mostra como, para “ribeirinhos do baixo rio Tapajós, a pessoa, em determinadas circunstâncias, pode ser afetada por uma doença provocada pelo olhar de seres capazes de transformar-se em outros — e tal capacidade de transformação



Gruta Isabel do Rio Negro



é compreendida, entre eles, pela categoria ‘engerar’.” A hipótese de Wawzyniak é a de que essa categoria pode fornecer a chave para compreender as representações que os ribeirinhos têm de pessoa, saúde, corpo e meio ambiente, e das práticas relacionadas a essas dimensões. O autor nos lembra que “o seu significado encontra-se no interior de um sistema cosmológico que postula a permutabilidade dos seres entre si — homens, animais, demiurgos e objetos — e a mudança permanente da aparência.” A etnografia em questão descreve e analisa o ‘mau-olhado de bicho’, suas causas, tratamento e implicações sobre aquele que foi ‘assombrado de bicho’ e aborda a dimensão cosmológica do ambiente da floresta, onde diferentes encantados fazem a sua ‘morada’.(2008: 28)

O pesquisador foi atraído para este tema quando participava de oficinas de saúde reprodutiva na região, e percebeu que havia um desconhecimento e um preconceito por parte dos profissionais de saúde em relação as “doenças causadas pelos encantados”, quando, por sua vez, os participantes informavam, durante os intervalos da oficina, terem sido “atacados por bicho” em algum momento da vida e terem, durante o tratamento, descoberto o “dom de trabalhar com saúde”.

Nas palavras do autor, a “doença causada pelo ‘assombro de um bicho’ está intimamente relacionada à capacidade de permutação (‘engeração’) do corpo. A força presente no olhar de um ser demiúrgico produz uma ‘desarrumação’ capaz de desencadear um processo de afecções corporais e alteração da pessoa ‘invocada’ ou ‘atacada’ por um ‘bicho’.” (2008: 29).

Para analisar o “mau-olhado de bicho”, o pesquisador utiliza, além do conceito de perspectivismo², a categoria “perturbação físico-moral”, “utilizada por Duarte (1986) para designar aquelas doenças que afetam simultaneamente os planos interpessoal e intrapessoal, resultando numa construção diferencial da pessoa. A designação, primeiramente aplicada aos ‘distúrbios nervosos’ entre a classe trabalhadora urbana, passou a ser empregada mais generalizadamente, sobretudo por determinar o caráter relacional da doença. Não obstante Duarte (1998) restringir o sentido da categorização físico-moral ao interior de uma concepção dualista do ser humano, essa categoria possibilita, de acordo com o próprio autor, reconstituir a mediação de fenômenos como “transe” e “possessão” entre a corporalidade e outras dimensões, inclusive a espiritual.” (Duarte apud Wawzyniak

2008: 31)

Continua, citando Maués (1997), comentando que “mau-olhado de bicho” é considerado, pela população ribeirinha do baixo Tapajós, uma “malinação”: uma força intrínseca do comportamento de encantados, pessoas, animais, objetos, e de estados emocionais e fisiológicos, uma capacidade de perturbar a ordem corporal que constitui uma categoria central da cultura ribeirinha, intimamente vinculada à noção amazônica de doença. (apud 2008: 32).

Nas palavras de Wawzyniak, os

“distúrbios físicos que caracterizam o ‘mau-olhado de bicho’ apresentam alguns sintomas que nem sempre são imediatamente identificados como causados por um ser sobrenatural, uma vez que podem se manifestar posteriormente ao encontro com ele: dor de cabeça intensa, dor de estômago, dor de ouvido, palidez, emagrecimento, dor de dente, perda paulatina da consciência e da orientação, enjojo, fezes esverdeadas e vômito. Mas a dor de cabeça intensa é o principal sintoma” (2008:32).

O autor, ao investigar sobre como é feito o diagnóstico do “mau-olhado de bicho” recebe a resposta de que para saber se é este o problema, avalia-se o resultado do uso dos remédios. (2008:38)

Outra contribuição do trabalho deste autor para pensarmos os dados desta pesquisa, diz respeito a como as variações climáticas sazonais afetam diferentemente os ribeirinhos, que consideram

“os períodos de passagem de uma estação para outra como os mais ‘doentios’, e o inverno, desde o seu início, o mais ‘sujo e doentio’. Os principais agravos relacionados à saúde são as infecções nos olhos e as diarreias, especialmente entre as crianças. (...) No inverno, quando a ‘água está grande’, os peixes se dispersam, obrigando os homens a passarem muitas horas pescando ‘fora’ — isto é, no meio do rio, que, em alguns trechos, atinge, nesse período, a distância de 15 km entre uma margem e outra. Nessa estação há mais fartura de frutas, que atraem a caça, mas as fortes chuvas atrapalham o deslocamento, a espera e a visualização dos animais. No verão, quando a ‘água é menor’, há fartura de peixe no rio e nos lagos, sendo que, nestes últimos, os peixes ficam retidos. Nesse caso, o trabalho consiste em estender a malhadeira ou jogar a tarrafa algumas vezes, ‘pegar o almoço’ ou o ‘jantar’ e voltar para casa. Além do peixe, o verão propicia o acesso aos quelônios (pitiú, tracajá e tartaruga) e aos seus ovos, que são bastante apreciados.” (2008:57)

No que diz respeito a como é vista a saúde das crianças, na pesquisa citada, é evidenciado que os cuidados corporais com as mesmas têm



“início durante a gestação, com massagens que a própria mãe ou a parteira fazem no ventre (a ‘massagem de gravidez’), para saber como a criança está. De acordo com a concepção local, na gestação ‘a criança se cria de cabeça pra cima e pé pra baixo’, e, com massagens, a parteira verifica se a ‘criança está formada’ ou se ‘está na forma que deve se criar pra nascer’. Na ‘formação’ da nova pessoa interfere o consumo dos alimentos prescritos ou restritos, o esforço físico realizado pela mulher durante a gravidez e os cuidados que ela tem com o seu corpo: ‘Tudo isso influencia o bebê que está no ventre da mãe’”. (2008:112)

Continuando, sobre o tema da saúde da criança, o autor informa que até “os dois meses de idade a criança é considerada um ‘bicho’ ou ‘uma coisa’; um ser vivo, porém ainda não-humano. Trata-se, portanto, de um ser em ‘engeração’, que vai se formando em transformações contínuas. Depois do nascimento é preciso submetê-la a um processo de humanização, o que é feito através de um conjunto de técnicas corporais. Assim, “o corpo precisa ser submetido a processos intencionais, periódicos, de fabricação” — fabricação aqui entendida como “conjunto sistemático de intervenções sobre as substâncias que comunicam o corpo e o mundo” (Viveiros de Castro 1987: 31) de modo a adequá-lo aos usos sociais (...). A abstenção de determinados alimentos e um período de reclusão possibilitam o fortalecimento do corpo, e evita-se o risco de contaminação por substâncias potencialmente causadoras de doenças (...)— cuidados a serem seguidos desde a condição de nascituro até a morte. Enquanto o bebê ainda é de colo, uma fase liminar que requer precauções devido a sua fragilidade, é preciso evitar ‘quebranto’, ‘mau-olhado’, ‘desmintidura’ (deslocamento de juntas ou nervos) e ‘vento caído’ (uma ‘espécie de susto’).” (2008:112)

A tese de Wawzyniak nos ajuda a perceber vários pontos fundamentais para que possamos interpretar os dados da nossa pesquisa. Um deles refere-se aos cuidados que a mulher deve ter com seu próprio corpo antes, durante e depois de uma gestação. Estes cuidados são responsáveis pela saúde da criança. Muitas vezes os sintomas que aparecem na criança não serão interpretados a partir da observação

do estado da criança, mas sim, em parte, da observação do comportamento pregresso da mãe e/ou do pai da mesma. Isto pode explicar em parte, o porquê de, nos dados não aparecerem menções a doenças das crianças, propriamente.

Por exemplo, alguns alimentos podem causar mal à criança, embora esta não os coma, pois as propriedades maléficas passam para ela pelo leite da mãe, há uma consubstancialidade entre mãe e filho. (Wawzyniak 2008:113)

Cito aqui um trecho que é similar aos dados obtidos na pesquisa. Refere-se aos cuidados com as crianças até dois anos. Wawzyniak aponta que “embora os profissionais de saúde insistam em dizer que a criança ribeirinha não recebe atenção adequada”, ela acompanha a mãe em todas as atividades que esta realiza, sobretudo enquanto ainda é amamentada; “a mãe só deixa a criança quando esta está dormindo na rede, e, mesmo assim, é sempre observada por alguém mais velho (a

avó, irmã ou irmão mais velho ou uma tia).”

Outra semelhança que destaco é que, segundo ele, depois que “a criança começa a andar, deixam-na mais à vontade, mas sempre sob os cuidados de um irmão ou irmã mais velhos e sem que saia da proximidade da mãe ou da avó. Quando se dirigem ao ‘porto’ para tomar banho, lavar louça ou roupa, as

mães ou as avós vão acompanhadas de seus filhos ou netos pequenos. Lembro que as avós estavam sempre presentes na vida das crianças, algumas das quais são adotadas como filhas ou filhos de ‘criação’, o que lhes permite o contato com a tradição desde os primeiros anos de vida. Durante o período em campo, nunca vi crianças com menos de sete ou oito anos, independente do sexo, brincando

“AOS DOIS MESES DE IDADE A CRIANÇA É CONSIDERADA UM ‘BICHO’ OU ‘UMA COISA’; UM SER VIVO PORÉM AINDA NÃO-HUMANO. TRATA-SE, PORTANTO, DE UM SER EM ‘ENGERAÇÃO’, QUE VAI SE FORMANDO EM TRANSFORMAÇÕES CONTÍNUAS. DEPOIS DO NASCIMENTO É PRECISO SUBMETÊ-LA A UM PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO, O QUE É FEITO ATRAVÉS DE UM CONJUNTO DE TÉCNICAS CORPORAIS. ASSIM, “O CORPO PRECISA SER SUBMETIDO A PROCESSOS INTENCIONAIS, PERIÓDICOS, DE FABRICAÇÃO” — FABRICAÇÃO AQUI ENTENDIDA COMO “CONJUNTO SISTEMÁTICO DE INTERVENÇÕES SOBRE AS SUBSTÂNCIAS QUE COMUNICAM O CORPO E O MUNDO”. (WAWZYNIAC 2008: 113)

sozinhas na praia ou banhando-se sozinhas no rio. Os horários de ida ao rio ou ao igarapé são bem demarcados, de modo a não 'irritar os donos do lugar' e correr o risco de ser atacado por eles."

Destaco ainda o trecho em que o autor narra que o "corpo das crianças é diariamente submetido a uma série de afagos, seja quando está no colo, seja nos banhos, no cuidadoso ato de catar piolhos, no embalado da rede e nas massagens. Muitas vezes, vi avós sentadas debruçarem os netos sobre suas pernas para afagarem e massagearem demoradamente suas costas enquanto conversavam sob a sombra de uma árvore. Massagens são freqüentes durante toda a vida do indivíduo, constituindo-se numa importante técnica de modelação corporal (...)." (2008: 114)

Uma recorrência no material apresentado por Wawzyniak e no que encontramos nesta pesquisa é a existência de doenças para as quais se recorre aos médicos e outras para as quais se procuram os curadores, benzedores e pajés. Com base no material etnográfico que coletou, o autor descreve as doenças que mais afetam a vida cotidiana dos ribeirinhos do Tapajós. Para eles, a "doença se apodera da pessoa", afetando-a de tal modo que altera sua capacidade de perceber o mundo, e retira-lhe a 'animação' (disposição) para a vida: trabalho, sexo, caça, pesca, estudo, namoro, diversão. Ao falar da doença, falam também sobre como concebem o corpo e a vida, pois, ao narrar o histórico da doença, remetem a outras dimensões e a outros episódios do seu cotidiano, presente ou passado, inclusive indicando, segundo sua

interpretação, a possibilidade de as dores resultarem do 'ataque de um bicho'. Há as doenças que pertencem ao médico e as que pertencem aos curadores, não sendo a procura destes vista de forma dicotômica. Há medidas profiláticas a serem tomadas.

Pinçamos aqui, do grande elenco das doenças listadas pelo autor, a que se refere à criança.

"Numa criança, a doença pode ter sua causa imediatamente identificada quando a dor e a impossibilidade de movimentação sucedem uma queda, um escorregão ou um 'baque'." (2008: 127).

"De uma maneira generalizada, as crianças pequenas são suscetíveis de pegar 'quebranto' — um dos tipos de 'mau-olhado de gente'. Segundo dona Gracinha, as mães têm muito cuidado com isso. Inclusive, quebranto é uma coisa que a gente vê muito as mães falarem nisso; que muitas das vezes, quando a pessoa chega cansada em casa, que não almoça, já chega três horas, quatro horas da tarde muito cansado, as mães não deixam que a gente veja a criança pequeninha porque vai trazer quebrante pra ela. E as mães têm muito cuidado com isso.

Apreende-se que o cansaço, a fome e a admiração de um adulto são causas do quebrante. É comum a explicação de que uma 'pessoa com fome vai agradar, ataca o quebranto na criança'. Dona Maria das Neves, uma maranhense casada com um 'filho' da Prainha do Tapajós, é benzedeira, e descreveu o quebrante causado pela fome associada à 'força da admiração' como sendo 'muito forte'. Mas nem sempre ele resulta de um ato voluntário ou consciente da pessoa que chega cansada e se admira da criança; é como se o esmorecimento da pessoa cansada fosse transmitido para a criança. Ele também pode ser causado por uma pessoa conhecida como possuidora de 'olbo doído' ou 'olbo ruim'. Quem possui o 'olbo' com esse poder 'não pode olhar pra uma coisa, que mata', afeta a qualidade dos alimentos ou tira a força dos seres, animados ou inanimados. Esse



FOTO: INARA NASCIMENTO TAVARES

Atalaia do Norte



tipo de quebrante, que, 'às vezes, até mata a criança', para ser tratado precisa de três rezadores: 'tem que ser três rezador pra matar aquele quebranto forte'. As mães procuram os benzedores quando a criança fica aborrecida, esmorecida e chora, 'fica amarelinha', 'provoca' (vomita), 'dá febre' e diarreia, e suas fezes ficam esverdeadas. Como no diagnóstico de outras doenças, o benzedor reza antes, para se certificar se é quebrante ou não.

'Vento caído' é outra doença corriqueira entre as crianças. Suspêndê-las acima da cabeça com rapidez, assustando-as, é considerada a principal causa dessa enfermidade infantil. Elas sentem dor no umbigo: 'tuja o umbigo'. Como o quebrante, o 'vento caído' provoca dores e diarreia na criança. A 'descoberta' dessa doença também se dá através da 'oração' proferida pelo benzedor. Rezando, ele suspende a criança de cabeça para baixo, e 'vem rezando até o umbigo'; depois, torna a colocar a criança em pé, simulando suspendê-la pelos cabelos puxando-os três vezes."(2008: 132-133)



Wawzyniak dedica um capítulo de seu trabalho para os especialistas de cura que, na região, são os primeiros a serem procurados a um primeiro mal estar, ou 'entrada' da doença, desencadeando o itinerário terapêutico. "A qualquer sintoma, dor ou febre as pessoas recorrem, para os primeiros cuidados, aos 'mais antigos' da esfera familiar. Persistindo a dor, a febre ou o "incômodo", há um deslocamento em direção a alguém cujos poderes e habilidades de cura sejam reconhecidamente maiores, primeiramente na própria comunidade."(2008:138).

Mais adiante explica que 'ter dom' é a capacidade que

"os especialistas locais de cura possuem de curar, o que implica obrigatoriedade de 'trabalhar com saúde'. O 'dom', para os ribeirinhos, explica (muito mais que o aprendizado formal) a familiaridade, a habilidade, o capricho que algumas pessoas têm naquilo que fazem. (...) Curadores, benzedores, puxadores ou parteiras possuem 'dom' quando 'é de nascença, é do corpo. Já traz aquilo para aquele fim. Não aprende com ninguém'". (2008:139)

O aprendizado da cura não passa por aprendizado de maneira formal, é feito continuamente, é "um ato cognitivo permanente, envolvendo prática, observação e

experimentação; os especialistas de cura 'pegam experiência' sobre técnicas de 'puxação', defumação, formulação de 'remédios' com 'plantas do mato', 'massagem de gravidez' e como 'puxar' ou 'pegar' criança no parto. (2008:141-142)

Em sua tese, Wawzyniak dedica um capítulo também aos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), explicitando o contexto de surgimento destes sujeitos e seu papel de articuladores entre as medicinas biomédica e tradicional, utilizando variada bibliografia para elencar os conflitos de sua atuação. Em uma das passagens o autor comenta que "cumprir o conjunto de atribuições que lhe é conferido pelo poder

municipal e pelo PSA exige dos ACSs um esforço pessoal e familiar muito grande, pois tem que dar conta das suas atividades como trabalhadores da saúde, atender a própria família, cuidar das suas roças, participar das reuniões comunitárias, dos cursos de capacitação e dos encontros mensais com o coordenador do Pacs no município. Recorrentemente, eles comentavam que cuidavam da saúde dos outros, mas não tinham tempo para cuidar da própria e a da família. 'Para trabalhar com saúde é preciso ter saúde', diziam. Eles vivem o dilema de serem comunitários, usuários do sistema e atuarem na área da saúde. Essa situação implica vulnerabilidade a sofrimento e a riscos decorrentes do cotidiano de trabalho."(2008: 166)

Este foi o contexto encontrado na pesquisa de campo nos três municípios abordados neste projeto no que diz respeito aos agentes de saúde. Uma carga e uma responsabilidade grande, a não continuidade na política de capacitação e valorização deste profissional, além dos problemas de estrutura para o atendimento, gerando situações estressantes e difíceis de lidar.

Encerro este capítulo enfatizando a necessidade um número maior de



pesquisas qualitativas, tanto no tocante aos cuidados com a criança e pesquisas sobre as medicinas tradicionais, como trabalhos que abordem os itinerários terapêuticos e a política de atendimento. Há uma diversidade grande nas concepções do que é saúde e doença e, na ausência de um entendimento mais aprofundado destas, as possibilidades de que políticas universalistas não tenham o resultado esperado, são imensas. Cito como exemplo, uma idéia que pode ser válida para contextos de urbanização em cidades industriais, como a do incentivo a existência de creches e que neste que analisamos não se aplica. Uma criança de 0 a 3 anos pode estar em muito bem cuidada sob a guarda dos avós, tios ou, até mesmo, com as crianças mais velhas que ela.

Um melhor entendimento das categorias nativas relacionadas ao universo da saúde das crianças no mundo amazônico é necessário também para informar a coleta dos dados que formam a base das estatísticas da saúde na região. Como veremos no capítulo que segue, Georgia Silva evidencia que poucas conclusões podemos tirar de quadros que são feitos baseados em parâmetros estranhos aos locais e/ou baseados em pesquisas feitas em outras regiões.

A adaptação de políticas públicas de saúde para crianças, em regiões e povos com particularidades distintas depende do maior conhecimento dos modos como estes povos lidam com o ambiente e com os seus entendimentos do que é ser saudável ou do que é doença e porque se adocece e conseqüentemente, também de uma melhor formação dos agentes que atuam nestas áreas, nos mais variados postos, tanto no que se refere à atenção quanto a coleta de dados.





OS DADOS E OS DESVIOS:

PESQUISA EM SISTEMAS DE INFORMAÇÃO E OUTRAS FONTES SECUNDÁRIAS

GEORGIA SILVA

*M*argaret Chan, diretora geral da WHO (World Health Organization), em seu artigo “Linking child survival and child development for health, equity, and sustainable development”, publicado em maio de 2013 na Lancet afirma que os índices de mortalidade infantil no mundo têm diminuído gradualmente nos últimos vinte anos, de 12 milhões em 1990 para 6,9 milhões em 2011.

Paes et alli (2013), também na Lancet, falam sobre os efeitos articulados do Programa Bolsa Família (PBF) e da Estratégia Saúde da Família (ESF) na diminuição das inequidades sociais e na redução da mortalidade infantil e morbidades associadas à situação de pobreza (diarreias, infecções respiratórias e sarampo) entre menores de cinco anos nos municípios brasileiros.

A vista dessas positivas constatações, o que poderemos falar sobre a realidade dos menores de cinco anos no interior do estado do Amazonas? Teriam as crianças amazônicas (indígenas, ribeirinhas, quilombolas) condições favoráveis para um crescimento pleno, de acordo com suas perspectivas locais? Teriam elas chances iguais para realização de seus projetos futuros, desenvolvimento de seus potenciais humanos e oportunidades para uma experiência de justiça social como pergunta Chan?

Essa pesquisa pretende construir um quadro panorâmico sobre as condições de vida das populações rurais no Estado do Amazonas, lançando inflexões sobre os indicadores e taxas de saúde e saneamento utilizados pelas políticas públicas. Esse quadro informará inevitavelmente, a situação das crianças menores de cinco anos no Amazonas.



SAÚDE DA CRIANÇA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Nas últimas quatro décadas o Brasil tem avançado na elaboração de programas e ações estratégicas para atenção à saúde infantil. Na década de 1980 foi elaborado o Programa Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), cujo modelo epidemiológico de atenção à saúde tinha como objetivo responder aos agravos mais contundentes e a mortalidade entre menores de cinco anos, através de cinco ações norteadoras: promoção do aleitamento materno e orientação alimentar no primeiro ano de vida, controle da diarreia, controle das doenças respiratórias na infância, imunização e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento como metodologia para organização da assistência nessa faixa etária (Mello e Figueiredo, 2007).

Na década de 1990, após a reforma sanitária e com o advento do Sistema Único de Saúde em 1988, é criado em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF), cuja estratégia de atuação é focalizada em territórios de atuação, com visitas domiciliares, com ações de prevenção, recuperação, reabilitação e manutenção da saúde.

Em 1996 foi iniciada a implementação da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), que tem como bases a capacitação de recursos humanos para a atenção primária, a reorganização dos serviços de saúde e a educação em saúde, na

família e na comunidade, para que todos participem na identificação, condução e resolução dos problemas de saúde da família, especialmente entre os menores de 05 anos de idade (BRASIL, 2002). Essa estratégia busca a redução da mortalidade de crianças menores de 05 anos, a diminuição da incidência e/ou gravidade dos casos de doenças infecciosas, como pneumonia, diarreia, parasitoses intestinais, meningites, tuberculoses, malária, sarampo e, também distúrbios nutricionais. A estratégia também prevê a garantia de adequada qualidade da atenção à saúde dos menores de 05 anos, o fortalecimento da promoção à saúde e ações preventivas na infância.

Em 2004, devido aos altos índices de mortalidade infantil estabeleceu-se a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, que por meio de ações intersetoriais, preconizava a vigilância à saúde pela equipe de atenção básica; vigilância à saúde materna e infantil; educação continuada das equipes de atenção à criança e organização de linhas de cuidado (BRASIL, 2004), valorizando-se as ações intersetoriais, educativas e de atenção primária.

Os resultados da última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) de 2006 apontaram que entre as principais causas de mortalidade em menores de 05 anos estão as afecções perinatais, infecções respiratórias, doenças diarreicas e desnutrição, além do enorme número de óbitos notificados como oriundos de causas mal definidas. Devido a intensificação de ações de promoção à saúde como maior acompanhamento pré-natal,

estímulo ao aleitamento materno, aumento da cobertura vacinal e educação em saúde nas famílias, os índices de mortalidade infantil no Brasil têm apresentado



decrécimo ano a ano (BRASIL, 2008).

Em 2011 o Ministério da Saúde (MS) lançou a estratégia Rede Cegonha, que intensifica ações para assistência de mães e filhos, cujos objetivos são a implantação de um novo modelo de atenção ao parto, nascimento e à saúde da criança, uma rede de atenção que garanta acesso, acolhimento e resolutividade e a redução da mortalidade materna e neonatal. No Plano Plurianual (PPA) 2012-2015 do MS a “promoção da atenção integral a saúde da mulher e da criança e implementação da “Rede Cegonha” com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade” é uma de suas diretrizes. O MS informa que a Rede Cegonha já conta com uma adesão de 4.983 municípios e prevê um investimento de R\$ 9,4 bilhões até 2014, sendo que do total R\$ 3,6 bilhões já foram repassados aos entes federados.

O Programa Estadual Saúde da Criança (PESC) no Estado do Amazonas é recente e está em estado de implementação na maioria dos municípios. O PESC e suas ações conjugadas, como a Rede Cegonha, são fundamentais para a promoção do bem viver na primeira infância, na transformação de indicadores, como o coeficiente de mortalidade infantil e para melhoria à atenção as gestantes e parturientes. O PESC, em âmbito estadual, não possui nem recursos humanos com capacidade para monitorar e acompanhar os municípios, nem recursos financeiros para efetivar um programa robusto, com ações estruturadas. Segundo Katherine Benevides, coordenadora do PESC estadual, há esforços sendo realizados para a construção de uma Política Estadual em Saúde para Primeira Infância, nos moldes da Política Nacional da Saúde da Criança, a ser publicada em 2013. De acordo com o relatório Situação Mundial da Infância 2013 do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), o Brasil hoje ocupa 107º lugar no ranking da mortalidade infantil, -- a primeira posição é ocupada pela pior taxa de mortalidade -- subindo quatro posições desde 2010. A redução dos óbitos infantis apresentada no documento é de 39% entre 2000-2010, caindo de 26,6 óbitos infantis por mil nascimentos em 2000 para 16,2 óbitos por mil nascimentos em 2010.

O quadro evolutivo de políticas públicas e ações para a primeira infância no Brasil demonstra a mobilização dos entes federados para superação dos indicadores e taxas alarmantes que assolam a população infantil. O desenvolvimento de ações programáticas, o acréscimo de investimentos e a transformação do modelo de

atenção à saúde, com a Estratégia Saúde da Família, que prevê a aproximação das equipes de saúde dos profissionais, com visitas domiciliares, fundamentalmente colaboraram para a redução ora apontada pela Unicef.

Todavia, as pesquisas de abrangência nacional desenvolvidas nas últimas três décadas, que fornecem um panorama epidemiológico e informam quanti e qualitativamente sobre os determinantes em saúde, não contemplaram as áreas rurais da região Norte de modo sistemático ou mesmo com uma amostra razoável entre os estados.

Argumentando sobre a dificuldade no acesso, os custos operacionais e a baixa densidade demográfica, as pesquisas deixam de ser realizadas nessa região. Assim, a realidade das áreas rurais permanece uma nebulosa, salvo em pesquisas específicas em comunidades com público-alvo, do tipo das que pretendem pensar sobre padrões nutricionais de uma categoria específica, como os estudantes da educação básica de uma comunidade de 130 pessoas no rio Solimões, por exemplo.

Tomando como exemplo a PNDS (2006), vemos que a pesquisa indica uma situação de insegurança alimentar mais grave nas regiões Norte e Nordeste em relação aos outros estados brasileiros, mas não nos informa detidamente sobre a realidade em áreas rurais na região Norte, pois usa uma amostra ínfima do território, apenas 629 domicílios em áreas urbanas ou periurbanas. Considerando que a densidade demográfica é maior em âmbito urbano na região Norte e em todo o Brasil a pesquisa faz sentido, todavia, estão nos erroneamente denominados “vazios demográficos” da região Norte as populações com menor acesso as políticas de saúde e educação formais e saneamento. Em linhas gerais, não temos uma informação clara sobre segurança alimentar e nutricional nas áreas rurais da região Norte a partir dessa pesquisa.

O critério de baixa densidade demográfica ou ainda a noção de “população residual” -- tão cruel quanto a de “vazio demográfico” -- sobre o total nacional acaba por invisibilizar as carências, ausências e necessidades daqueles que habitam e manejam os interiores da floresta, além de suas identidades. Confalonieri (2005) sintetiza aspectos sociodemográficos que caracterizam a região amazônica. Para cada característica do autor faremos uma rápida análise ou sobre sua incidência ou sobre a argumentação do ponto de vista de políticas estatais.



- a) Baixa densidade demográfica. Esta característica é propulsora de políticas estatais de desenvolvimento e migração há mais de 04 décadas e tem gerado conflitos sociais pelo acesso a terra e recursos ambientais;
- b) Alto índice da migração rural-urbano intrarregional. Assim como em outras regiões do país, de acordo com os dados do censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, a maior faixa etária migrante está entre os 15 a 29 anos, configurando-se como uma população jovem.
- c) Alta concentração populacional nas capitais dos estados. As capitais amazônicas são os maiores centros urbanos da região e concentram a maior parte senão a maioria dos serviços e equipamentos públicos aos quais as populações necessitam.
- d) Grande população tida pelas políticas públicas como tradicionais (ribeirinhos, extrativistas, indígenas, quilombolas, seringueiros). Esses povos que vivem nos interiores da floresta, nas beiras dos rios e igarapés vivem em locais que necessitam de infraestrutura adequada as suas realidades ambientais, não sendo viável, nem economicamente, nem ecologicamente, a transposição de tecnologias urbanas para suas paisagens. Associam-se também os conhecimentos próprios e relações com o espaço que são ontologicamente distintos dos conhecimentos tidos como ocidentais, sendo necessária a articulação de tecnologias sociais que dialoguem com suas concepções.

Se considerarmos que os fatores demográficos influenciam sobre a elaboração de políticas públicas e o investimento nas regiões, a manutenção de um discurso que afirma o vazio demográfico ou o índice residual tende a imobilizar recursos, financeiros e humanos, para assistir uma zona que não influenciaria sobre os indicadores nacionais.

Saúde na primeira infância SAÚDE NA PRIMEIRA INFÂNCIA NO AMAZONAS

Propiciar uma Linha de Base que apresente como apoio análises de pesquisas anteriores sobre as condições de saúde, demográficas e epidemiológicas nas áreas rurais do Estado do Amazonas é tarefa árdua. As informações em saúde produzidas pelos equipamentos públicos não são confiáveis devido à baixa cobertura na coleta de dados, ausência de profissionais capacitados para coleta de informações, baixa cobertura na assistência à saúde, falta de profissionais em saúde, ausência de infraestrutura para comunicações, criando um quadro conhecido de subnotificação de nascidos vivos e mortalidade.

“ EMBORA NÃO HÁ ESTUDOS CLAROS SOBRE NUTRIÇÃO INFANTIL NA REGIÃO PESQUISADA, UM ESTUDO CUIDADOS NACIONAL SOBRE NUTRIÇÃO INDÍGENA DÁ UMA IDÉIA DE O QUE PODEMOS ESPERAR NAS COMUNIDADES RURAIS: ESSES [SOBRE NUTRIÇÃO INDÍGENA INFANTIL] TRABALHOS TÊM REVELADO ELEVADAS PREVALÊNCIAS DE DESNUTRIÇÃO CRÔNICA NAS CRIANÇAS, FREQUENTEMENTE MUITO SUPERIORES ÀQUELAS REGISTRADAS NAS CAMADAS MAIS POBRES DA POPULAÇÃO BRASILEIRA NÃO-INDÍGENA (LEITE ET AL., 2007; SANTOS, 1993; SANTOS & COIMBRA, 2003). NÃO RARO, OS RELATOS SOBRE DÉFICITS DE ESTATURA PARA IDADE ENTRE CRIANÇAS INDÍGENAS MENORES DE CINCO ANOS DE IDADE PODEM ULTRAPASSAR 30-50% DA POPULAÇÃO INFANTIL (CARDOSO, 2009, 32)

O sub-registro de eventos vitais (nascidos vivos, nascidos mortos, óbitos) é uma realidade no Brasil (Romero, 2002; Schmid, 2009) e, a subnotificação, dificulta a construção de indicadores fundamentais como coeficiente geral de mortalidade e coeficiente de mortalidade infantil, impossibilitando um

conhecimento “real” sobre o estado de saúde de uma população (Schmid, 2009).

Cardoso et alli (2005:1606) indexam uma melhoria nas coberturas do SIM (Sistema de Informações de Mortalidade) e SINASC (Sistema Nacional de Nascidos Vivos) nos últimos anos, contudo, reconhecem que o subregistro de óbitos ainda possui taxas elevadas, mantendo “patamar de 20,0% para a média nacional e em torno de 40,0% para as regiões Norte e Nordeste, sendo mais significativo em menores de um ano e em idosos”. O estudo de Cardoso et alli (2005) levantou informações do SIM e SINASC no período de 1999 a 2002.

Em relação aos nascidos vivos, o registro cartorial no Brasil é gratuito desde 1997, todavia, o subregistro de nascimentos apresenta diferentes formas conforme a região. Schmid (2009) afirma que no ano de 2006, conforme as estimativas do IBGE, as regiões Norte e Nordeste apresentavam a menor cobertura de registros de nascidos vivos, mesmo com o incremento de ações como a Campanha Nacional do Registro Civil. A autora revela que dimensões culturais, socioeconômicas, geográficas e político-institucionais incidem sobre o registro dos nascidos vivos (Schmid, 2009:39); do ponto de vista cultural, a paternidade não reconhecida e o desconhecimento sobre direitos cidadãos como indicadores; da perspectiva socioeconômica a falta de escolarização formal e rendimento familiar; já do ponto de vista geográfico, as grandes distâncias para chegar a uma unidade cartorial, e aqui, eu somaria, os altos custos que envolvem se deslocar no interior amazônico. Sobre os entraves político-institucionais, a autora contempla três quesitos: a falta de fiscalização sobre a aplicabilidade da lei que obriga o registro de nascimento, a inexistência de redes de proteção à criança e a infância e a ausência de Cartórios de Registro Civil.

Para ilustrar os problemas político-institucionais que refletem sobre o subregistro de nascimentos adiciono a falta de preparo de profissionais para o trato intercultural quando de campanhas de documentação e registros realizadas entre os povos indígenas. Em São Gabriel da Cachoeira, região do Alto rio Negro, anualmente é realizada campanha de documentação, que conta também com registro de nascimento, que envolve a Secretaria de Assistência Social do Estado do Amazonas e outras instituições. Um barco, denominado Barco Pai, aporta na cidade e realiza registros, entrada em aposentadorias e benefícios sociais, como salário-

maternidade. Não raro, nessas ações os nomes são registrados errados, não há tradutores para o português, a mesma pessoa possui nomes diferentes em diferentes documentos, pois a escrita não está compatível, enfim, uma série de arbitrariedades que complexificam a quantificação populacional.

Entretanto a esse contexto, informações são produzidas e utilizadas para configurar perfis e realidades. Estas são mobilizadas pelas políticas públicas para justificar determinadas ações, assim, não nos furtaremos em utilizá-los, mas os colocaremos em análise sob uma perspectiva crítica, não os tratando como dados objetivos ou reflexos das situações e condições. Por vezes, a experiência prévia da pesquisadora em antropologia da saúde no interior do Amazonas, contextualizará as informações trazidas nesse documento.

Os Dados por Região OS DADOS POR REGIÃO DE SAÚDE NO AMAZONAS

Os dados do IBGE (2010) sobre o Amazonas apontam uma população total de 3.483.985 habitantes, sendo 728.429 residentes em áreas rurais. Dos 1.753.179 homens residentes no Amazonas, 37.222 têm menos de 01 ano e 151.286 têm idade entre 01 a 04 anos. Em relação às mulheres, da população feminina total de 1.730.806, 36.156 têm menos de 01 ano e 146.651 têm idade entre 01 a 04 anos. Não estão disponíveis em síntese, os dados referentes aos homens e mulheres

Quadro 1: Informações sociodemográficas por município.

Município	População Total (Censo IBGE, 2010)	População Total Rural (Censo IBGE, 2010)	População rural total 0-04 anos (Censo IBGE, 2010)	População indígena total (Censo, IBGE, 2010)	População indígena total (Siasi, março de 2013)	População indígena em área rural (Censo IBGE, 2010)
Atalaia do Norte	15.153	8.260	1.250	6.274	5.330	5.840
Lábrea	37.701	13.494	1.829	3.330	4.573	-
Santa Isabel do Rio Negro	18.146	11.290	2.069	10.749	8.346	8.584

residentes em áreas rurais que estão na faixa entre 0-04 anos, sendo necessário selecionar as variáveis dentro da base de dados do IBGE para conseguir a informação.

Quando acessamos os dados por município encontramos a informação desagregada. Nos municípios de interesse da Linha de Base encontramos os seguintes dados:

Quando analisamos os dados do Censo realizado em 2010 e os dados do Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena (Siasi) de março de 2013,

percebemos importantes informações, como a característica étnica da população rural dos municípios de Santa Isabel do Rio Negro e Atalaia do Norte. Verificamos que a maior população rural dos municípios é indígena, a qual possui políticas diferenciadas

Município	Número de Famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família (MDS/janeiro de 2013)	Valor médio acessado pelo Programa Bolsa Família em R\$ (MDS/janeiro 2013)
Atalaia do Norte	1.945	242,13
Lábrea	5.662	187,28
Santa Isabel do Rio Negro	2.027	198,67

para atenção à saúde. O modelo do Subsistema de Atenção à Saúde pressupõe uma estrutura distritalizada, com atendimento nas comunidades por meio de Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (enfermeiro, odontólogo, técnico de enfermagem, médico e agente indígena de saúde).

Uma das questões relevantes a ser pensadas é sobre o diálogo entre os sistemas de informação da saúde indígena e os sistemas de informação da atenção básica do Ministério da Saúde (MS). Se olharmos para o total de população indígena do Censo 2010 em Lábrea, comparativamente aos dados do Siasi, percebemos um descompasso: há mais indígenas no Siasi do que no Censo. O Siasi, em termos, detém informações somente sobre os povos indígenas “aldeados”, sem somar os indígenas residentes em meio urbano. Todavia, o Censo, que contempla os indígenas na cidade e nas Terras Indígenas aponta uma menor quantidade de indígenas. Mesmo com uma diferença de coleta de 03 anos e considerando as taxas de fecundidade das populações indígenas, a diferença em mais de 1.000 pessoas é impensável.

Cardoso et alli (2005) falam sobre a complexidade da categoria cor/raça

como variável de definição nos sistemas de informação e se tratando de informações vitais, como nascimentos e óbitos, mais difíceis de determinação pela impossibilidade da aplicação da autoidentificação. As variáveis de cor/raça/etnia foram incorporadas há 15 anos nos sistemas de informações do MS e tem sido implementadas de forma gradual, possibilitando uma leitura sobre as características da população.

Quando olhamos os dados e conhecemos a realidade vivenciada torna-se difícil crer nas informações, especialmente nas estatísticas vitais. Por exemplo, no

Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) aparecem 10 óbitos infantis em Atalaia do Norte no ano de 2011, sendo nove de crianças indígenas. As comunidades indígenas na região do Vale do Javari, onde se insere apenas o município de Atalaia do

Norte, apresentam um deficiente crônico de assistência à saúde e baixa cobertura na captação de nascidos vivos e óbitos. No ano de 2010 o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Vale do Javari teve que trabalhar em situação de emergência com um surto de diarreias e desnutrição das crianças indígenas, levando o Ministério da Saúde a realizar missão de emergência em dezembro do mesmo ano. O Siasi, em março de 2013, indica que 652 crianças indígenas, entre 0-05 anos, são assistidas no território do DSEI Vale do Javari.

O Estado do Amazonas, por meio da Comissão Intergestora Bipartite (CIB), em Resolução n.059 de 20 de junho de 2011, dispôs sobre a revisão do Desenho Regional para a saúde, para melhor operacionalização com nove regiões e 18 microrregiões, as quais são as regionais: Alto Solimões, Entorno Manaus, Rio Negro e Solimões, Madeira, Juruá, Purus, Triangulo, Médio Amazonas e Baixo Amazonas.

São de interesse desta pesquisa as regionais do Alto Solimões (Atalaia do Norte), Entorno de Manaus (Santa Isabel do Rio Negro) e Purus (Lábrea). A primeira análise que merece ser feita é o próprio desenho das regionais de saúde, visível no quadro da página que segue:



A distribuição por regiões e microrregiões facilita o trabalho em saúde do ponto de vista operacional e organizacional e até mesmo sobre os indicadores, todavia, da maneira como é apresentado pelo Estado do Amazonas nas duas situações analisadas, o Seminário de Acolhimento dos Gestores em Saúde de 2013 e o diagnóstico realizado para implementação da Rede Qualisus também em 2013, podem desvelar mais inconsistências do que informações, já que os dados estão agregados por grandes regiões. Por exemplo, a região Entorno de Manaus contempla desde os municípios



próximos à capital, em que as populações podem ter acesso a insumos e uma rede de atenção à saúde implementada, até os povos indígenas residentes em São Gabriel da Cachoeira e Santa Isabel do Rio Negro, o primeiro município distante mais de 800 km da capital com características demográficas, ecológicas e epidemiológicas distintas dos municípios ao redor da capital. Para achar dados sobre cada município, é preciso culcular umas mudanças.

De todo modo, vamos às informações por regiões, constantes nos documentos citados acima. Primeiro apresentamos a regional do Alto Solimões, a qual conta com o diagnóstico realizado para implementação da Rede Qualisus. O diagnóstico, mesmo que possua dados agregados, também sinaliza informações importantes sobre as condições de saneamento e abastecimento de água, as quais consideramos semelhantes a outras duas regionais de interesse desse trabalho, a regional Purus e a regional Entorno de Manaus.

A Regional de Saúde do Alto Solimões possui uma população de 224.094 habitantes, com 130.122 residindo em área urbana (58,06%) e 93.972 residentes na área rural (41,94%) (IBGE, 2011). Ela abrange os seguintes municípios: Amaturá,

O MOTIVO PELO QUAL OS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DO ALTO RIO NEGRO (SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA, SANTA ISABEL DO RIO NEGRO E BARCELOS) FICARAM LIGADOS ADMINISTRATIVAMENTE AO ENTORNO DE MANAUS NÃO FOI POR CRITÉRIOS DE PROXIMIDADE GEOGRÁFICA. O QUE MOTIVOU ESTE AJUNTAMENTO HETERODOXO FOI O ENTENDIMENTO POR PARTE DOS GESTORES QUE NENHUM DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO NÃO TEM A MÍNIMA CAPACIDADE INSTALADA NA ÁREA DA SAÚDE PARA SER REFERENCIA PARA O ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES INTERNAMENTE A REGIÃO. É FATO QUE SGC POSSUI UM HOSPITAL MILITAR QUE OPERA EM PARCERIA COM A SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. POR OUTRO LADO, PARA CHEGAR A ESTE MUNICÍPIO VINDO DE SANTA ISABEL DO RIO NEGRO E BARCELOS É NECESSÁRIO UMA MUITO LONGA VIAGEM DE BARCO (OS MUNICÍPIOS DESTA REUNIÃO ESTÃO ENTRE OS MAIORES EM ÁREA DO BRASIL) QUE SE DÁ NO SENTIDO CONTRÁRIO A CORRENTEZA DO RIO, QUE TORNA PRATICAMENTE IMPRATICÁVEL NO MOMENTO O ESTABELECIMENTO DE UM FLUXO DE ATENDIMENTO ENTRE OS MUNICÍPIOS. OU SEJA, EXISTEM MOTIVOS PARA QUE ESTES MUNICÍPIOS FICASSEM LIGADOS AO ENTORNO DE MANAUS, E ESTES MOTIVOS EXPRESSAM A CARÊNCIA LOCAL DE INFRA-ESTRUTURA E AS GRANDES DIFICULDADES LOGÍSTICAS DO CONTEXTO AMAZÔNICO. (SOUZA 2013, 7)

Atalaia do Norte, Benjamim Constant, Fonte Boa, Juruá, Santo Antônio do Itá, São Paulo de Olivença, Tabatinga, Tonantins. Subdividida ainda em microrregiões, Atalaia do Norte participa da microrregional de Tabatinga, juntamente com Benjamim Constant e São Paulo de Olivença. Na regional Alto Solimões estão dispostos três DSEI: DSEI Médio Solimões, DSEI Alto Solimões e DSEI Vale do Javari.

Com uma estrutura deficitária em saneamento básico -- baixa cobertura no abastecimento de água, 46,6% (Censo, 2010), pequena rede de esgotos com apenas 2,6% da população urbana (Censo, 2010) dispondo de ligação do domicílio à rede coletora ou fossa séptica e sem destinação adequada dos resíduos sólidos, em totalidade na área rural -- a propensão de agravos de veiculação hídrica é potencializada, atingindo principalmente os menores de cinco anos com infecções intestinais, hepatite A e parasitoses intestinais de um modo geral.

Os municípios de destaque desse estudo não possuem rede de esgotamento sanitário adequado, sendo os dejetos despejados nos rios e igarapés próximos as moradias, assim como não possuem rede de tratamento de água. Em Atalaia do Norte, na amostra do Censo do IBGE em 2010, de 2.885 domicílios permanentes da área considerada urbana apenas 0,7% dos domicílios apresentaram o tipo de saneamento adequado, enquanto 62,0% possuem rede de saneamento inadequado. Dos 1.636 municípios considerados de área rural 95,5% possuem rede de saneamento inadequado.

Em Lábrea não houve incidência de um sistema adequado de saneamento entre os 2.849 domicílios permanentes nas áreas rurais, sendo 95,1% considerados inadequados (IBGE, 2011).

Podemos considerar de antemão que mesmo que algumas populações não colem água para consumo no mesmo local em que defecam ou tomam banho, invariavelmente a água pode estar contaminada. Nos períodos de cheia dos rios é quando ocorrem as enfermidades mais comuns entre as crianças menores de cinco anos, como as diarreias, que invariavelmente podem agravar-se, chegando a estados de baixo peso quando não tratadas em tempo. Profissionais em saúde do Alto Rio Negro estimam que a maioria das populações dessas regiões

contraíram hepatite A ainda durante a infância.

Quando olhamos para os índices levantados pelo IBGE (2011) em relação a saneamento e educação básica reforçamos nosso argumento sobre a ausência de estruturas de saneamento adequadas que possibilitem a não infecção por doenças de veiculação hídrica entre as crianças. Em Lábrea, 82,58% das escolas da educação básica têm abastecimento de água por meio do rio. Em Atalaia do Norte o percentual é de 69,30% e em Santa Isabel do Rio Negro o índice é de 74,7%. Apresentaremos mais dados adiante, quando retrataremos os municípios em destaque dessa Linha de Base.

No que tange a regional de Entorno de Manaus, é composta pelos municípios de Manaus, Presidente Figueiredo, Rio Preto da Eva, Iranduba, Careiro da Várzea, Careiro Castanho, Manaquiri, Autazes, Nova Olinda do Norte, São Gabriel da Cachoeira, Santa Isabel do Rio Negro e Barcelos. Com características demográficas muito distintas entre os municípios do entorno de Manaus, que possui predominância ribeirinha enquanto as da região do Alto e Médio Rio Negro têm prevalência de populações indígenas. Já afirmamos anteriormente o quanto esses

municípios são diferentes do ponto de vista ecológico, demográfico e principalmente de acesso a políticas públicas e redes de atenção à saúde. No que tange a regional do Purus, ela é formada pelos municípios de Lábrea, Pauini, Canutama, Tapauá e

1. Nascidos vivos (2007-2011. Números absolutos)	2007	2008	2009	2010	2011
Atalaia do Norte	213	238	313	260	345
Lábrea	711	743	753	702	671
Santa Isabel do Rio Negro	314	287	317	310	279
Amazonas	73.469	75.030	75.729	74.188	76.202

(Souza 2013, 7)

Boca do Acre.

Em 2012 ocorreram eleições municipais no Brasil e em 2013 os novos gestores municipais assumiram seus cargos. Transformações na gestão municipal implicam na mudança quase que completa dos responsáveis pelas políticas públicas, como educação, saúde, planejamento, finanças e outros departamentos da gestão municipal. Dessa maneira, um seminário de acolhimento gestores em saúde



pretende informar sobre o perfil epidemiológico das regiões, dotar de embasamento os articuladores e responsáveis pela implementação de políticas de saúde sobre a situação de saúde de seus municípios para que sejam efetivadas ações, programas e estratégias que revertam ou melhorem os quadros críticos assim como mantenham ou aperfeiçoem as condições favoráveis.

Nas três cidades, vemos variações no número de nascimentos, mas em grande parte dentro do estatisticamente esperado. A única exceção é Atalaia do Norte, onde percebe-se um alto em 2009 e 2011. Esta variação pode ser mais resultado de informes que de mudanças reais, já que no Alto Solimões, devido à alta incidência de Hepatites Hepatite B, C e Delta, os partos domiciliares estão sendo preteridos aos partos hospitalares, principalmente no território do Vale do Javari. Inclusive, os partos hospitalares são altamente recomendados pelos profissionais de saúde que assistem os povos indígenas do DSEI Vale do Javari, para redução da transmissão vertical de hepatites e sífilis congênita.

Em 2011, através da Associação Saúde Sem Limites (SSL), a pesquisadora realizou diagnóstico em saúde sobre os serviços de saúde e os Kanamary residentes no rio Itaquaí, Terra Indígena Vale do Javari. Os Kanamary são o terceiro povo com mais Hepatite B e C entre os povos do Vale do Javari e apresenta como principais DSTs a gonorréia e a sífilis. No polo-base Massapê foram notificados 21 casos de sífilis em 2010, segundo a coordenadora da Divisão de Atenção à Saúde, sendo 09 homens e 12 mulheres. Ao total foram notificados 78 casos de sífilis pelo DSEI Vale do Javari.

Como poderemos observar no quadro abaixo, há um queda brusca em partos hospitalares e, Atalaia em 2009 e 2011, os mesmos anos que tem um aumento no número absolutos de nascimentos. Embora não conhecemos bem a situação, os

2. Nascidos vivos em parto hospitalar (2007-2011)	2007	2008	2009	2010	2011
Atalaia do Norte	84,5	85,3	64,5	71,9	63,2
Lábrea	96,5	97,6	98,8	98,0	99,1
Santa Isabel do Rio Negro	56,7	54,4	56,5	57,4	62,4
Amazonas	91,2	91,6	92,2	92,9	92,8

(Souza 2013, 7)

números abrem possibilidade de uma hipótese de que nesses anos, a presença de profissionais no interior do município deu chance de contar nascimentos não-hospitalares com mais segurança e nitidez.

Entre os anos de 2008-2012 a proporção de partos realizados em ambiente hospitalar aumentou em 3,1% na regiões de saúde. Em todas as regiões percebemos um aumento das proporções dos partos, embora sem a qualificação do tipo de parto (vaginal ou cesárea). Em Santa Isabel, vemos que muitas mulheres ainda não dão à luz em hospitais; culturalmente, as mulheres do rio Negro não se deslocam para cidade para os partos, eles acontecem nas casas com auxílio das mulheres da família extensa.

O ano de 2008 é emblemático para análise da assistência em saúde no Alto Rio Negro, pois foi o ano em que segundo as lideranças locais, o DSEI passou a não ter entradas regulares nas comunidades, ter problemas infraestruturais como falta de medicamentos, profissionais e insumos logísticos, como combustível.

Nascidos vivos pela faixa etária da mãe (2011)	10 a 19 anos	20 a 34 anos	35 anos ou +
Atalaia do Norte	32,2	57,4	10,4
Lábrea	39,3	54,4	6,3
Santa Isabel do Rio Negro	20,8	62,7	16,5
Amazonas	26,8	65,2	8,0

(Souza 2013, 8)

No período de 2010 e 2011 o DSEI Alto Rio Negro, que assiste as populações indígenas de Santa Isabel do Rio Negro, São Gabriel da Cachoeira e Barcelos, utilizou apenas polos estratégicos para atenção à saúde. De 19 polos-base territorializados no município de São Gabriel da Cachoeira, apenas 05 foram utilizados pelas equipes de saúde, essas trabalhando em regime de equipes volantes, literalmente passando pelas comunidades, realizando imunização e tratamentos emergenciais. Nesse período de quase desassistência, a pesquisadora conheceu comunidades do médio rio Tiquié que estavam há mais de um ano sem visita



médica e com apenas uma incursão semestral de equipe de enfermagem, com duração de um dia. Com a ausência de equipes o número de resgates (referenciação para a sede municipal para tratamento) aumentou vertiginosamente.

Ainda sobre as questões parturiais, a Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas (SUSAM) apresenta preocupações em relação aos partos entre adolescentes na faixa etária dos 10 aos 19 anos. Na região amazônica os altos índices de partos entre jovens e adolescentes refletem as práticas matrimoniais correntes. Usualmente as mulheres casam entre os 15 e 18 anos e antes dos 20 anos já tiveram sua primeira gestação.

A gravidez precoce é problema importante no Amazonas, quando se observa que em 2011, cerca de 27% de nascimentos no Estado foram de mães com menos de 20 anos, destacando-se, em algumas regiões percentuais que ultrapassam 30% como a região do Purus, Juruá, Madeira, Triângulo e Negro/Solimões. A adolescência precoce na faixa de 10 a 14 anos responde por cerca de 7% dos partos em menores de 20 anos, destacando-se os municípios de Japurá (R. Triângulo) com 20%, Nhamundá (R. Baixo Amazonas) com 16%, Tapauá (R. Purus) e Anamá (R. Rio Negro e Solimões) ambos com 14% e Atalaia do Norte (R. Alto Solimões) com 13% [grifo meu]. (SUSAM, 2012:08)

Interessante para uma melhor visualização seria a apresentação dos dados com faixas etárias de cinco em cinco anos, como entre 10 a 14 anos e 15 a 19 anos, assim poderíamos realmente observar se não há uma consonância com os padrões sociais reprodutivos da região..

A proporção de partos na adolescência cresceu em todas as Regionais no período, com maior aumento na região do Purus em 2012. É relevante considerar a preocupação da SUSAM com a gravidez na adolescência, visto que são reconhecidas

Nascidos vivos de maes adolescentes (2007-2011)	2007	2008	2009	2010	2011
Atalaia do Norte	31,5	35,3	38,0	30,4	32,2
Lábrea	32,9	37,8	37,1	37,5	39,3
Santa Isabel do Rio Negro	28,0	23,7	26,2	26,1	20,8
Amazonas	26,8	26,4	26,7	25,9	26,8

(Souza 2013, 8)

as potencialidades de uma gestação nessa faixa etária: acompanhamento tardio ao pré-natal e a maior incidência de prematuros. Todavia, ao verificar os dados apresentados, a SUSAM não desagrega as informações de prematuridade por faixa etária, assim como o faz na demonstração dos partos na adolescência, não fornecendo uma base sólida para sua correlação entre prematuridade e gestação por faixa etária. Em relação à prematuridade calculamos os seguintes dados:

Os percentuais no Estado quase dobram entre 2010 e 2011, apontando que algumas ações como acompanhamento pré e pós-

natal possam estar ocorrendo com maior regularidade. Também se pode ter em mente a subnotificação dos dados dos anos anteriores e um aumento da cobertura

no ano posterior, com aproximação dos números da realidade. Em poucas linhas, os altos índices já eram realidade. Em Atalaia e Lábrea, a mudança estatística é ainda mais radical, sugerindo uma transformação na maneira de coletar os dados.

Outra ação que podemos dotar a melhoria na cobertura é a obrigatoriedade do

acompanhamento infantil para acesso ao Programa Bolsa Família, podendo assim gerar informações sobre a vida dos menores de um ano para as estatísticas oficiais. Cada regional em saúde tem características socioambientais, demográficas e político-econômicas, e.g, seus determinantes sociais em saúde, que incidem diretamente sobre os índices e indicadores de saúde. Pela natureza do trabalho não será possível correlacionar variáveis de impacto ou incidências, mas pode-se prospectar sobre potenciais influências para os indicadores regionais, como o temos feito até o momento.

5. Nascidos vivos prematuros (2007-2011)	2007	2008	2009	2010	2011
Atalaia do Norte	1,9	0,4	2,9	0,8	13,0
Lábrea	0,6	0,5	0,9	2,3	15,6
Santa Isabel do Rio Negro	4,1	12,2	7,3	9,4	13,6
Amazonas	5,0	5,1	5,7	5,6	12,9



Mortalidade Infantil

MORTALIDADE INFANTIL NO AMAZONAS

Em julho de 2009 o então governador do Amazonas Eduardo Braga e os prefeitos dos municípios de Manaus, Boca do Acre, Borba, Coari, Itacoatiara, Manacapuru, Maués, Parintins, São Gabriel da Cachoeira, Tabatinga, Tapauá e Tefé assinaram o acordo pelo Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil. Os 12 municípios apresentaram as maiores taxas de mortalidade infantil do Estado e foram considerados os municípios prioritários para receber ações e investimentos do governo federal para redução das taxas. Além do estado do Amazonas, oito estados do Nordeste e oito estados da região Norte foram contemplados com recursos financeiros, humanos e tecnologias sociais para cumprir as metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

As regiões Nordeste e Norte, entre os anos de 2000 a 2007, somaram quase 50% do número total de mortes entre menores de um ano, sendo que a maior parte dos óbitos entre recém-nascidos são atribuídas a causas evitáveis, como acompanhamento pré e pós-parturial, ao acesso aos serviços de saúde e a oferta de água para consumo e saneamento adequado. Como vimos anteriormente, os municípios do Amazonas possuem uma rede baixíssima de esgotamento sanitário e tratamento de água para consumo humano, pequena rede de atenção à saúde, com melhoras na assistência via Estratégia Saúde da Família e índices ainda altos de gravidez na adolescência, que conforme cita a SUSAM, incide sobre o acompanhamento tardio ao pré-natal.

Os números a ser apresentados devem ser lidos como parâmetros, mas não totalmente fidelizados, pois é corrente a subnotificação nas áreas rurais, conforme alertamos. Frisa-se novamente que as regiões de estudo

possuem alta densidade populacional indígena, que por sua vez, também tem seus índices subnotificados.

A Taxa de Mortalidade Infantil no Amazonas em 2011 se mantém em níveis acima da média nacional, de 13,9%, e ainda considerando as limitações na coleta de dados nas áreas rurais, os números são muito mais altos nos municípios pesquisados.

Em todos os municípios, a variação é muito grande, algo mais fácil de atribuir a problemas de registro de dados que de mudança verdadeira (veja capítulo 7). A região do Alto Solimões, especialmente nas Terras e territórios indígenas, é alvo de ações constantes para contenção dos números de óbitos entre crianças. O DSEI

Vale do Javari passou por ação emergencial no serviço para contenção do alto índice de mortalidade infantil. A ação foi uma resposta à reivindicação dos indígenas que

ocuparam a Casai entre novembro e dezembro de 2010. Os Kanamary do rio Itaquai em 2010 tinham os piores índices de desnutrição. Segundo o presidente da AKAVAJA (Associação Kanamary do Vale do Javari), Kora, de abril a dezembro de 2010 foram 17 mortes nas aldeias Kanamary do rio Itaquai, sendo 12 crianças.

Como adendo, a região

6. Mortalidade infantil (2007-2011 (por 1000))	2007	2008	2009	2010	2011
Atalaia do Norte	9,4	16,8	16,0	53,8	29,0
Lábrea	22,5	29,6	33,2	15,7	28,3
Santa Isabel do Rio Negro	47,8	48,8	66,2	19,4	25,1
Amazonas	17,0	16,8	16,8	15,9	15,4

(Souza 2013, 8)

Quadro 8: Taxa de mortalidade infantil, Amazonas / 2008- 2012

Região de Saúde	2008	2009	2010	2011	2012
Alto Solimões	14,8	18,1	21,8	18,0	22,7
Baixo Amazonas	23,7	16,2	14,5	17,4	14,7
Entorno Manaus	16,2	15,9	14,5	14,1	14,1
Médio Amazonas	12,3	18,0	12,2	14,9	15,8
Juruá	20,0	26,8	28,6	27,3	32,0
Purus	18,9	21,0	14,8	18,1	20,7
Rio Madeira	17,7	15,1	14,6	11,8	15,7
Rio Negro e Solimões	16,3	15,5	16,6	16,5	12,5
Triângulo	17,0	16,7	20,8	18,0	22,4
TOTAL	16,7	16,7	15,7	15,3	16,0

Fonte: FVS/SUSAM, 2013



também conta com parcerias entre Ministério da Saúde, Organização Internacional do Trabalho (OIT) e Unicef para redução da mortalidade infantil, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST's), hepatites virais e HIV . A Amazonaids , grupo gestor formado por organizações dos governos federal, estadual do Amazonas, municipais e sociedade civil, incluindo parceiros como Unicef, Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/ Aids (Unaid), Fundação Alfredo da Mata, Secretaria Extraordinária dos Povos Indígenas e Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV, apresentou em estudo uma taxa de prevalência de sífilis de 2,3% e de HIV de 0,13% nas comunidades do Alto Solimões e do Vale do Javari, a partir de exames realizados em 20 mil indígenas da região.

Apesar do quadro evolutivo que se apresenta, entre os óbitos ocorridos em menores de um ano, no ano de 2010, dentro do Estado, há uma variação de 0% a 68,8% categorizados como causas mal definidas, apresentando um percentual de 9,3% para o Estado. Todavia, 14,5% dos municípios apresentam valores acima de 50%. A justificativa se alicerça na falta de assistência médica, com baixo corpo profissional e dificuldade de acesso, principalmente nas áreas rurais. Os três municípios em destaque dessa Linha de Base, Atalaia do Norte, Lábrea e Santa Isabel do Rio Negro apresentam

percentuais de causas mal definidas para óbitos em menores de um ano estáveis, com 0%, 18,2% e 20,0%, respectivamente.

Na região do rio Madeira, a taxa de mortalidade infantil que apresentava um nível estável entre os anos de 2009 e 2010 eleva-se nos seguintes anos. Algumas possibilidades podem ser elencadas: impactos da construção da Usina Hidrelétrica de Jirau e Santo Antônio, como: transformações socioambientais, desmatamento, qualidade da água, migração e outros.

RAPIDAMENTE PARA EXEMPLIFICAR UMA SITUAÇÃO SOBRE DST-AIDS NA REGIÃO RELEMBRO O CASO DOS KANAMARY. OS KANAMARY APRESENTAM UMA ALTA MOBILIDADE ENTRE OS RIOS ITAQUAÍ, JURUÁ E JAVARI E POSSUEM UMA REDE DE RECIPROCIDADE MANTIDA E REAFIRMADA POR VISITAS CONSTANTES, CASAMENTOS, PRESTAÇÕES DE TRABALHOS TEMPORÁRIOS E OUTRAS CONFIGURAÇÕES PARA ALIANÇA. O TEMPO DE PERMANÊNCIA NO JURUÁ, ITAQUAÍ OU JAVARI É BEM VARIÁVEL E PODE CHEGAR A SEIS MESES. ESSA CIRCULAÇÃO ENTRE RIOS TAMBÉM PODE SER OBSERVADA NUMA ESCALA MENOR NA CIRCULAÇÃO DENTRO DO MESMO RIO. ESSA CARACTERÍSTICA DE ALTA MOBILIDADE FOI APONTADA PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, NO DIAGNÓSTICO REALIZADO EM 2011, COMO FATOR IMPORTANTE, SENÃO PREPONDERANTE, NA DIFICULDADE DE EXECUÇÃO DE ALGUMAS AÇÕES EM SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA, COMO ACOMPANHAMENTO DOS TRATAMENTOS EM DST, CADASTRO DE FAMÍLIAS E IMUNIZAÇÃO. ESSA PROBLEMÁTICA FOI ENCONTRADA DURANTE O TRABALHO DE CAMPO, COM UMA JOVEM DE 15 ANOS, QUE ACABARA DE CHEGAR DO RIO JURUÁ, ONDE TINHA PASSADO TRÊS MESES. ELA RETORNOU A SUA ALDEIA GRÁVIDA E FOI DIAGNOSTICADA PELOS PESQUISADORES COM GONORREIA, APÓS REALIZAÇÃO DE EXAME. RECONHECE-SE, ENTÃO, QUE O GRAU DE MOBILIDADE DOS POVOS INDÍGENAS É UM IMPORTANTE ELEMENTO A SER CONSIDERADO, CONTUDO, NÃO PODE SER ENCARADO COMO ENTRAVE À ASSISTÊNCIA, MAS DEMANDA NOVAS ESTRATÉGIAS EM PLANEJAMENTO E ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO EM SAÚDE, TENDO QUE SER PENSADAS INCLUSIVE NOVAS ABORDAGENS E PACTUAÇÕES.

Quando lemos os dados da regional Entorno de Manaus há uma redução gradativa da taxa de mortalidade infantil. Considerando a região do Alto Rio Negro, da qual a pesquisadora tem maior conhecimento e que é um lócus predominantemente indígena, é notável a ausência de ações continuadas na saúde indígena desde o ano de 2010, o que gera impreterivelmente subnotificação sobre os casos de óbitos em menores de um ano e entre menores de cinco anos. Descrevemos anteriormente como foram executadas as ações em saúde indígena no Alto Rio Negro, que podem ser caracterizadas no período

2010-2011 como: descontínuas, irregulares e de baixa efetividade e eficácia.

Numa situação em que as equipes de saúde não estão presentes nas comunidades, salvo o Agente Indígena de Saúde (AIS), os óbitos de menores de um ano e de menores de cinco anos só chegam ao conhecimento efetivo das equipes de saúde quando as crianças foram removidas para a sede municipal e morreram nos hospitais ou durante o traslado para a cidade. Dessa maneira, aqueles notificados são os que morreram na cidade e não aqueles que morreram em suas casas. Existem regiões no Alto Rio Negro e, possivelmente em outras regiões amazônicas, em que o deslocamento pode chegar a 10 dias de voadeira, ou cinco dias a pé, como em áreas Yanomami em Roraima, uma viagem exaustiva para qualquer pessoa. Nesses locais, o apoio/pactuação do/com Exército brasileiro, única instituição dotada de helicópteros e aviões, seria fundamental para acesso a serviços de saúde regulares.

O mesmo fato tende a ocorrer nos territórios ribeirinhos, quilombolas, extrativistas, que por sinal, estão em condições mais precárias que os indígenas, no que tange ao acesso à saúde, por não contarem com um Subsistema de Atenção à Saúde. As equipes de saúde, ao mesmo tempo, não possuem um treinamento específico para captação das informações in loco, de modo a construir um panorama epidemiológico e ter noção concreta da realidade de seus territórios de atuação. Ao acompanhar as equipes de saúde indígena do DSEI Alto Rio Negro, verificou-se um atrelamento das equipes de saúde ao cumprimento dos programas em saúde designados pela gestão, sem hierarquização ou priorização dos programas a ser desenvolvidos conforme o perfil epidemiológico do território. Por exemplo, entre os Hupd'äh, do médio rio Tiquié, em menores de cinco anos, os principais problemas são dermatoses e infecções parasitárias e intestinais, contudo, já presenciei equipe de saúde realizar apenas tentativas de coleta de PCCU (Programa de Câncer de Colo de Útero) por ter que cumprir metas e não realizar atendimento de enfermagem básico entre os

menores, mesmo tendo um surto de diarreia na comunidade.

Enfim, temos como crítica pontual que a agregação regional de dados pode anular os dados mais gritantes das microrregiões e municípios, que somente serão desveladas através de inquéritos epidemiológicos e nutricionais e informações desagregadas a partir um melhor nível de cobertura na captação.

Como informação adicional e descrita adiante, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) pretende informar os profissionais de saúde e o público em geral para trabalhar pela adoção de leis que protejam o trabalho da mulher que está amamentando; apoiar rotinas de serviços que promovam o aleitamento materno; combater a livre propaganda de leites artificiais para bebês, bem como bicos, chupetas e mamadeiras e está aliada ao Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) do Ministério da Saúde. A IHAC é considerada um dos parceiros do Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil e só foi credenciada em hospitais na cidade de Manaus, não sendo encontrada nos hospitais dos outros municípios prioritários. Assim, os dados das taxas de mortalidade infantil da região do Entorno de Manaus podem encontrar suporte para sua afirmação.

A título comparativo, cabe apresentar nesse momento os dados nacionais referentes ao mesmo período, disponíveis no site de monitoramento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas (outubro/2012). O ano de 2008 é emblemático visto que é o primeiro ano de implementação da Estratégia Rede Cegonha/MS e em 2009 assina-se o Pacto.

De acordo com o Relatório de Gestão da Secretaria Estadual de Saúde de 2011, o Estado do Amazonas tem apresentado uma redução na proporção de óbitos em menores de um ano, associado a um aumento da expectativa de vida. Os últimos

anos têm apresentado uma mudança no perfil demográfico, em relação tanto ao decréscimo de fecundidade nos grandes centros urbanos quanto a redução da mortalidade infantil.

Quadro 9: Taxas de mortalidade infantil e em menores de cinco anos no Brasil (2008-2011)

Indicadores	2008	2009	2010	2011
Mortalidade Infantil (% por 1000)	17,5	16,2	15	13,9
Mortalidade em menores de cinco anos (% 1000)	19,6	18,1	16,8	15,6

Fonte: ONU, 2013.



Numa tentativa de abarcar as realidades vivenciadas pelos profissionais de saúde do Estado do Amazonas, foram encaminhados questionários aos coordenadores do Programa Saúde da Criança no Amazonas. Contudo, apenas os municípios de Tefé, Itamarati, São Gabriel da Cachoeira, Boa Vista do Ramos, São Paulo de Olivença e Caapiranga retornaram com respostas. As informações prestadas nos trazem um pouco dos problemas e questões que atingem as populações consideradas rurais no Estado do Amazonas.

Para 100% dos municípios, o acesso, transporte e deslocamento de equipes de profissionais para as comunidades sediadas fora do perímetro urbano são a principal dificuldade para organizar o serviço em áreas rurais. Apenas três municípios têm equipes Saúde da Família em áreas rurais, nos quais as ações são realizadas de modo volante. Em Caapiranga, por exemplo, as duas equipes ESF trabalham de modo itinerante, com viagens a cada dois meses, prestando atendimento médico e de enfermagem, além de vacinação e atividades de prevenção e promoção à saúde. Não havia detalhamento sobre como o tempo é organizado nas comunidades, nem os tipos de atividades preventivas realizadas.

Todos os municípios possuem Agentes Comunitários de Saúde que assistem as populações rurais, via programa PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde), o que não implica num acompanhamento em saúde realizado por profissionais de nível superior na atenção primária, com visitas domiciliares.

Todos os municípios apontam que a redução da mortalidade infantil é uma meta municipal e colocam como principais morbidades em crianças menores de cinco anos as infecções respiratórias, desnutrição e gastroenterites agudas e crônicas. Essa informação já conhecida pelos epidemiólogos no Brasil só nos faz ressaltar que potencialmente uma melhoria nas condições sanitárias (água para consumo humano e despejo adequado de dejetos) pode influir positivamente nos indicadores de morbidades nas áreas rurais do Amazonas. As enfermidades citadas também são facilmente preveníveis e tratáveis, necessitando de acompanhamento e monitoramento domiciliar constante.

Sobre os municípios de Lábrea, Atalaia do Norte e Santa Isabel do Rio Negro obtivemos informações sobre oferta de serviços e equipamentos públicos em saúde no Cadastro Nacional de Equipamentos em Saúde (CNES) e sobre mortalidade e morbidades em menores de um ano nos sistemas de informação de mortalidade e nascidos vivos. Considerando que informações mais gerais sobre as condições socioambientais do município, assim como a construção do perfil demográfico e sanitário serão expostos pelos estudos de caso, privilegiam-se as informações relacionadas acima.



O Censo de 2010 apresenta o número de 1.250 menores de cinco anos residentes em áreas rurais do município, representando 15,13% da população rural total. Não foi possível conseguir os números de crianças consideradas indígenas e não indígenas residentes em áreas rurais. Essa informação é mais facilmente obtida junto às Equipes de Saúde, em suas diversas conjugações, por área de abrangência.

Atalaia do Norte possui 15 estabelecimentos públicos de saúde, sendo duas Unidades Básicas de Saúde, um Hospital e a maioria dos equipamentos a serviço do Subsistema de Saúde Indígena. Nem todos os equipamentos prestam assistência à saúde, sendo três de ordem gestora.

O município possui 04 Equipes de Saúde da Família (ESF) que prestam atenção básica domiciliar, segundo o CNES (maio de 2013). Ao verificar as categorias de equipe, encontram-se cadastradas apenas ESF gerais, sem especificidades de equipes para assistência ribeirinha, por exemplo, o que nos informa sobre a ausência de ESF nas consideradas áreas rurais e assistência somente no perímetro urbano do município. Não estão cadastradas as EMSI que tendem ao DSEI Vale do Javari.

Apresentaremos características gerais demográficas e índices sobre saneamento, levantados pelo Censo 2010 a fim de corroborar um panorama de indicadores potenciais para análise e monitoramento em uma Linha de Base.

Como podemos observar, no quadro no centro da página não existem números satisfatórios a respeito de saneamento, tanto nos domicílios quanto nas escolas.

Sobre as informações de morbidades entre menores de 01 ano, os dados obtidos através do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), trazem resultados

interessantes para ser pensados. Ressaltamos novamente a baixa captação e notificação dos óbitos em menores de um ano nas áreas rurais do Estado do Amazonas, muitas vezes sendo arriscado usar os dados para construir uma avaliação certa sobre o perfil epidemiológico da população.

Os números de óbitos infantis que apresentaremos estão organizados por meio dos Capítulos do CID-10 (Classificação Internacional de Doenças) e foram coletados no sistema DATASUS em 10 de junho de 2013. Os capítulos do CID-10 são definidos na seguinte página.

Nas notificações de Atalaia do Norte visualizadas no quadro acima, a principal causa de mortalidade entre menores de um ano são as

Quadro 1: Indicadores básicos municipais de Atalaia do Norte.

Indicador	Quantidade	Fonte
População branca	1.376	Censo, 2010
População preta	126	Censo, 2010
População amarela	57	Censo, 2010
População parda	7.340	Censo, 2010
População indígena	6.274	Censo, 2010
Percentual da população Urbana em Extrema Pobreza	18,90%	Censo, 2010
Percentual da população Rural em Extrema Pobreza	74,46%	Censo, 2010
Percentual de escolas da educação básica com abastecimento de água por meio de rede geral de distribuição (%)	22,58%	MDS, 2011
Percentual de escolas da educação básica com abastecimento de água por meio de poço artesiano (%)	9,68%	MDS, 2011
Percentual de escolas da educação básica com abastecimento de água por meio de cisterna (%)	3,23%	MDS, 2011
Percentual de escolas da educação básica com abastecimento de água por meio de rio (%)	69,35%	MDS, 2011
Domicílios particulares permanentes - total	2.885 domicílios	Censo, 2010
Domicílios particulares permanentes - tipo de saneamento - total - Adequado	0,7%	Censo, 2010
Domicílios particulares permanentes - tipo de saneamento - total - Semi-adequado	37,3%	Censo, 2010
Domicílios particulares permanentes - tipo de saneamento - total - Inadequado	62,0%	Censo, 2010
Domicílios particulares permanentes - Urbano - tipo de saneamento - total	1.249 domicílios	Censo, 2010
Domicílios particulares permanentes -Urbano - tipo de saneamento - Adequado	1,0%	Censo, 2010
Domicílios particulares permanentes - Urbano - tipo de saneamento - Semi-adequado	80,9%	Censo, 2010
Domicílios particulares permanentes - Urbano - tipo de saneamento - Inadequado	18,1%	Censo, 2010
Domicílios particulares permanentes - Rural - tipo de saneamento - total	1.636 domicílios	Censo, 2010
Domicílios particulares permanentes -Rural - tipo de saneamento - Adequado	0,5%	Censo, 2010
Domicílios particulares permanentes - Rural - tipo de saneamento - Semi-adequado	4,0%	Censo, 2010
Domicílios particulares permanentes - Rural - tipo de saneamento - Inadequado	95,5%	Censo, 2010

afecções originadas no período perinatal. O período perinatal compreende o intervalo da gravidez humana entre as 22 semanas completas (154 dias ou 05 meses e meio) e os 07 dias completos após o nascimento. As grandes categorias que englobam as afecções originadas no período perinatal são: feto e recém-nascido afetados por fatores maternos e por complicações da gravidez, do trabalho de parto e do parto, traumatismo de parto, transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal, transtornos hemorrágicos e hematológicos do feto e do recém-nascido, transtornos endócrinos e metabólicos transitórios específicos do feto e do recém-nascido e afecções comprometendo o tegumento e a regulação térmica do feto e do recém-nascido.

Não é possível descrever quais os problemas entre as afecções perinatais que ocorrem com maior frequência, pois elas já estão agrupadas nos sistemas de informação. Para tal informação é necessária a realização de um inquérito ou ainda estudos detidos sobre o período perinatal.

Municípios de destaque

LÁBREA

Lábrea possui uma população total em áreas consideradas rurais de 13.494, com 1.894 pessoas na faixa etária entre 0-04 anos. O CNES apresenta 07 estabelecimentos de saúde cadastrados: Centro de Saúde Lábrea, Centro de Saúde Edval Ventura dos Santos, Centro de Saúde Francisco Fernandes da Silva Chico Breve, Centro de Saúde Raimundo Domingos de Souza, Centro de Saúde Sebastiana Maia de Souza, CEO Rosa Campos Ribeiro e Unidade Hospitalar de Lábrea. Interessante notar que em Lábrea, ao contrário de Atalaia do Norte, as unidades gestoras não estão cadastradas, apenas as de assistência à população. O município conta com 13 ESF, de acordo com o CNES, sem especificidade à população ribeirinha, e um total de 71 agentes de saúde.

Os números de óbitos em menores de 01 ano, de acordo com o CID-10, no intervalo de 2008-2011 são apresentados na tabela abaixo.

Assim como Atalaia do Norte, a principal causa de mortalidade entre menores de um ano em Lábrea são as afecções originadas no período perinatal.

Quadro 2: Número de óbitos infantis por residência por Cap. do CID -10 Atalaia do Norte

Ano	Capítulos CID -10							TOTAL
	I	IV	X	XIV	XVI	XVII	XVIII	
2011	1	1	2	0	3	3	0	10
2010	2	4	2	0	5	1	0	14
2009	0	0	2	1	0	1	1	05
2008	1	0	1	0	1	1	0	4
TOTAL	4	5	7	1	9	6	1	33

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM 2013.

Capítulo	Descrição
I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias
IV	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas
X	Doenças do aparelho respiratório
XIV	Doenças do aparelho geniturinário
XVI	Algumas afecções originadas no período perinatal
XVII	Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas
XVIII	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte

Quadro 3: Número de óbitos infantis por residência por Cap. do CID -10 – Lábrea

Ano	Capítulos CID -10								TOTAL
	I	IV	VI	X	XIV	XVI	XVII	XVIII	
2011	02	01	00	02	0	12	02	0	19
2010	0	01	00	0	0	08	0	02	11
2009	01	00	00	00	00	13	03	08	25
2008	00	01	01	01	00	11	02	06	22
TOTAL	03	03	01	03	00	44	07	16	77



Quadro 4: Indicadores básicos municipais de Lábrea.

Indicador	Número e/ou porcentagem	Fonte
População branca	7.793	Censo, 2010
População preta	1.554	Censo, 2010
População amarela	175	Censo, 2010
População parda	24.849	Censo, 2010
População indígena	3.330	Censo, 2010
Percentual da população Urbana em Extrema Pobreza	29,68%	Censo, 2010
Percentual da população Rural em Extrema Pobreza	55,40%	Censo, 2010
Percentual de escolas da educação básica com abastecimento de água por meio de rede geral dedistribuição (%)	0,65%	MDS, 2011
Percentual de escolas da educação básica com abastecimento de água por meio de poço artesiano (%)	14,84%	MDS, 2011
Percentual de escolas da educação básica com abastecimento de água por meio de cacimba (%)	0,65%	MDS, 2011
Percentual de escolas da educação básica com abastecimento de água por meio de rio (%)	82,58%	MDS, 2011
Domicílios particulares permanentes - total	8.128domicílios	Censo, 2010
Domicílios particulares permanentes - tipo de saneamento - total - adequado	4,4,%	Censo, 2010
Domicílios particulares permanentes - tipo de saneamento - total - semi-adequado	54,3,%	Censo, 2010
Domicílios particulares permanentes - tipo de saneamento - total - inadequado	41,3,%	Censo, 2010
Domicílios particulares permanentes - urbano - tipo de saneamento - total	5279,domicílios	Censo, 2010
Domicílios particulares permanentes - urbano - tipo de saneamento - adequado	6,8%	Censo, 2010
Domicílios particulares permanentes - urbano - tipo de saneamento - semi-adequado	80,9%	Censo, 2010
Domicílios particulares permanentes - urbano - tipo de saneamento - inadequado	12,3%	Censo, 2010
Domicílios particulares permanentes - rural - tipo de saneamento - total	2849 domicílios	Censo, 2010
Domicílios particulares permanentes - rural - tipo de saneamento - adequado	- %	Censo, 2010
Domicílios particulares permanentes - rural - tipo de saneamento - semi-adequado	4,9 %	Censo, 2010
Domicílios particulares permanentes - rural - tipo de saneamento - inadequado	95,1 %	Censo, 2010

Santa Isabel do Rio Negro possui uma população rural, de acordo com o Censo 2010, em 11.290, destes 2.069 tem entre 01 e 04 anos.

Os dados demográficos e em saneamento nas escolas apontam os seguintes indicadores:

Com 08 estabelecimentos de saúde cadastrados até maio de 2013 no CNES, três estão localizados em áreas indígenas. Os equipamentos em saúde são: Laboratório de Próteses, Posto de Saúde Massarabi, Posto de Saúde Municipal Tapuruquara, Posto de Saúde Nazaré do Enuixi, Posto de Saúde Serrinha, Secretaria Municipal de Saúde de Santa Isabel do Rio Negro, Unidade Hospitalar de Santa Isabel do Rio Negro e Vigilância Sanitária de Santa Isabel do Rio Negro.

No que tange aos óbitos em menores de um ano, tem-se os seguintes dados apresentados no quadro ao lado.

Assim como Atalaia do Norte e Lábrea, a principal causa de mortalidade entre menores de um ano em Santa Isabel do Rio Negro são as afecções originadas no período perinatal.

Quadro 5: Número de óbitos infantis por residência por Cap. do CID -10 – Santa Isabel do Rio Negro.

Ano	Capítulos CID -10										TOTAL
	I	III	IV	VI	X	XIV	XVI	XVII	XVIII	XX	
2011	01	00	00	00	00	00	02	00	02	02	07
2010	00	00	00	00	00	00	03	02	01	00	06
2009	02	00	01	00	01	00	11	02	04	00	21
2008	00	01	00	00	01	00	09	00	03	00	14
TOTAL	03	01	01	00	02	00	25	04	10	02	48

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM 2013.

Indicador	Número e/ou porcentagem	Fonte
População branca	812	Censo, 2010
População preta	578	Censo, 2010
População amarela	515	Censo, 2010
População parda	5.492	Censo, 2010
População indígena	10.749	Censo, 2010
Percentual da população Urbana em Extrema Pobreza	24,94%	Censo, 2010
Percentual da população Rural em Extrema Pobreza	84,91%	Censo, 2010
Percentual de escolas da educação básica com abastecimento de água por meio de rede geral de distribuição (%)	11,11%	MDS, 2011
Percentual de escolas da educação básica com abastecimento de água por meio de poço artesiano (%)	11,11%	MDS, 2011
Percentual de escolas da educação básica com abastecimento de água por meio de cacimba (%)	3,07%	MDS, 2011
Percentual de escolas da educação básica com abastecimento de água por meio de rio (%)	74,7%	MDS, 2011
Domicílios particulares permanentes - tipo de saneamento - total - adequado	7,1%	Censo, 2010
Domicílios particulares permanentes - tipo de saneamento - total - semi-adequado	39,3%	Censo, 2010
Domicílios particulares permanentes - tipo de saneamento - total - inadequado	53,6%	Censo, 2010
Domicílios particulares permanentes - urbano - tipo de saneamento - total	1215 domicílios	Censo, 2010
Domicílios particulares permanentes - urbano - tipo de saneamento - adequado	15,2%	Censo, 2010
Domicílios particulares permanentes - urbano - tipo de saneamento - semi-adequado	82,9%	Censo, 2010
Domicílios particulares permanentes - urbano - tipo de saneamento - inadequado	1,9%	Censo, 2010
Domicílios particulares permanentes - rural - tipo de saneamento - total	1391 domicílios	Censo, 2010
Domicílios particulares permanentes - rural - tipo de saneamento - adequado	7,1 %	Censo, 2010
Domicílios particulares permanentes - rural - tipo de saneamento - semi-adequado	39,3 %	Censo, 2010
Domicílios particulares permanentes - rural - tipo de saneamento - inadequado	53,6 %	Censo, 2010

Considerações Finais

As informações coletadas nos diversos sistemas de informação, dados auxiliares e bibliografia nos apresentam informações sobre a organização dos serviços em saúde, seus equipamentos disponíveis e informações que deveriam retratar um perfil epidemiológico. Ao passo que não há condições de aferir com precisão ou ter conclusões definitivas sobre os municípios, ou mesmo sobre as regiões, alguns pontos merecem destaque, na tentativa de buscar construir estratégias para melhoria da primeira infância no Estado do Amazonas, especialmente nas áreas rurais:

- a) Investimentos para melhor captação das estatísticas vitais, assim como alimentação dos sistemas de informação, para compreensão da realidade das populações localizadas no interior do Amazonas;
- b) Realização de inquéritos em saúde e nutricionais para conhecimento das distintas realidades e assim, elaboração de planos de ação para ser aplicados localmente. Os planos devem ser oriundos de pactuações entre gestores e sociedade civil, num processo participativo, interativo e conter metas e projetos de ambos os representantes;



- c) Investimentos para desenho, monitoramento, avaliação e tecnologias sociais para o Programa Estadual Saúde da Criança (PESC) no Estado do Amazonas, com priorização aos municípios com grande extensão de áreas rurais;
- d) Formação e capacitação de médio prazo em epidemiologia para os profissionais de saúde que assistem as populações consideradas rurais do Estado do Amazonas;
- e) Os municípios ainda têm baixo investimento em Estratégia Saúde da Família focada em áreas rurais, sendo assim, torna-se necessário o incremento de recurso disponível para contratação de recursos humanos e infraestrutura.
- f) Investimentos em infraestrutura adequada que suporte as intempéries e condições ecológicas das regiões;

- g) Investimento em saneamento e coleta de água para consumo humano, adequadas à realidade ambiental e pressupostos culturais, para redução das infecções parasitárias e intestinais, incidindo assim sobre os índices de morbidade dos menores de cinco anos. Importa ressaltar que as tecnologias adotadas devem atentar para as condições ambientais e climáticas de cada região, além de estar associada a um projeto futuro junto à comunidade;
- h) A gravidez na adolescência, mesmo que não devidamente retratada pelas informações constantes é uma realidade a ser considerada. Mesmo mantendo um padrão de geração reprodutivo para a região, é necessário elaborar planos e programas voltados para a população jovem, que atentem tanto para as especificidades geracionais quanto as questões relativas à saúde da

mulher.

- i) A notoriedade da incidência de hepatites virais e DST-AIDS na região do Alto Solimões, especialmente no Vale do Javari, indicam a necessidade de investimentos robustos para contenção da infecção, assim como estratégias para redução dos índices. Para tanto, é preciso atentar para as especificidades culturais nos programas e ações em saúde sexual e reprodutiva quando o foco for os povos indígenas. As ações de prevenção devem ser aliadas a ações diagnósticas e de tratamento, tanto para homens -- que buscam o serviço de saúde em menor quantidade do que as mulheres -- quanto para as mulheres em idade reprodutiva;
- j) Necessidade de investimentos em equipamentos de saúde, como Unidades Básicas de Saúde, nas comunidades rurais, assim como infraestrutura de transporte e logística adequados.
- k) Investimento em comunicações, como internet e radiofonia para melhoria do repasse dos dados aos sistemas de informação, comunicação com as unidades e instituições de saúde estaduais e federais e comunicação entre comunidades e unidades de saúde municipais em caso de agravos sérios.
- h) Mesmo com dados confiáveis, a região do Purus é a que apresenta os piores indicadores e números, sendo recomendada atenção especial por parte de gestores e potenciais financiadores de ações.



SANTA ISABEL DO RIO NEGRO

Capítulo 4

ROSILENE FONSECA PEREIRA

O presente documento refere-se à consultoria do Projeto Linha de Base: “A saúde de crianças rurais no estado do Amazonas”, realizada pela Shine a Light, em parceria com a Universidade Federal do Amazonas, através do Programa de Pós-Graduação de Antropologia Social – PPGAS/UFAM. A pesquisa focaliza os cuidados com a saúde da criança nas comunidades rurais, em três municípios do estado: Lábrea, Atalaia do Norte e Santa Isabel do Rio Negro.

O objetivo geral desta pesquisa nas comunidades rurais de Santa Isabel do Rio Negro é apontar os principais modos tradicionais de cuidados de criança abaixo de cinco anos, e permitir a ampliação do acesso dos serviços públicos a saúde das crianças rurais. Este trabalho tem por objetivo específico analisar os modos tradicionais dos cuidados de crianças e seu acesso aos serviços públicos. Para tanto foram realizadas pesquisas de campo entre os meses de abril a junho de 2013 junto às famílias de crianças abaixo de cinco anos nas comunidades rurais de Santa Isabel do Rio Negro, no estado do Amazonas, Brasil. O texto, num primeiro momento, contextualiza o município de Santa Isabel do Rio Negro, as comunidades pesquisadas, a organização política e administrativa e, em seguida, desenvolvimento, os resultados da pesquisa e as considerações finais.

A região pesquisada está localizada no extremo norte do Brasil, faz fronteira com os municípios de São Gabriel da Cachoeira, Barcelos, Maraã e República Federativa da Venezuela. Parte das comunidades pesquisadas fica dentro da Terra Indígena Médio Rio Negro I e II, que estão organizadas na Associação das comunidades Indígenas e Ribeirinhas - ACIR, agregada a Coordenadoria das Associações Indígenas do Baixo Rio Negro - CAIBRN, filiada a Federação das Organizações indígenas do Rio Negro - FOIRN.

O estudo foi realizado em Santa Isabel do Rio Negro, originalmente denominado Tapuruquara, localizada entre os municípios de Barcelos e São Gabriel da Cachoeira; segundo os dados do IBGE (2010) o município conta com uma população



aproximada de 18.146 habitantes, dos quais 90% são de origem indígena, de diversas etnias (Levantamento ISA, 2006). A pesquisa foi realizada, mais precisamente, nas comunidades de: Tabocal do Uneuixi, Matozinho, Areal, Chile, Maricota, Boa Vista, Uábada II, Cartucho, Tayaçu (São João II), Massarabi e bairros São José e São Judas na cidade de Santa Isabel do Rio Negro. As quatro primeiras comunidades estão fora da área indígena e nessas comunidades convivem diversos grupos étnicos, similarmente nas seis comunidades dentro da área indígena, constituindo assim uma população multiétnica.

As famílias das comunidades de Tabocal do Uneuixi, Matozinho, Areal, Ilha do Chile, Ilha do Maricota, Boa Vista, Cartucho, Uábada II, Tayaçu (São João II) e Massarabi identificaram-se como pertencentes a 12 grupos étnicos: Arapaço, Baré, Baniwa, Dessano, Nadëb, Piratapuia, Tariano, Tukano, Tuyuka, Yanomami, Karapanã, Kuiawĩ. A base alimentar é peixe, mandioca e seus derivados, frutos de época (abiú, cucura, abacaxi, ingá, bacaba, açaí etc.) entre outros. As comunidades apresentam um administrador, liderança de referência para diálogo com os visitantes e a comunidade, agente de saúde e professores. O atendimento de saúde nas comunidades pesquisadas é realizado pelo Distrito Sanitário Especial Indígena – DSEI/Rio Negro, através da equipe de Santa Isabel do Rio Negro, que possui uma sede no prédio do antigo hospital dos missionários salesianos.

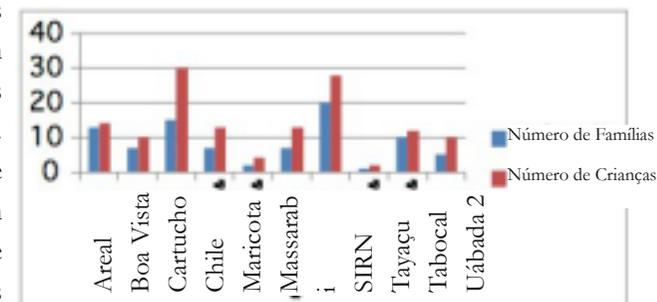
As quatro primeiras comunidades pertencem geograficamente ao polo base de Nazaré e as demais ao polo base de Massarabi.



No total foram entrevistadas 92 famílias e 8 agentes de saúde que atuam diretamente nas comunidades visitadas, sendo que 20 dessas famílias residem em dois bairros urbanos de Santa Isabel do Rio Negro. A pesquisa teve início primeiramente com contato com as lideranças locais, profissionais de saúde que atuam na região e solicitação do termo de anuência junto a secretaria municipal de saúde de Santa Isabel do Rio Negro. Entre os líderes locais de contato estão os representantes da ACIR, CAIBRN e FOIRN. Eles nos apoiaram com um bote de alumínio e um motor 40hp. A primeira parte do trabalho contou com acompanhamento da equipe de coordenação

do projeto de pesquisa, os quais estiveram em campo em abril do corrente para o desenvolvimento de filmagens na comunidade de Boa Vista e Tabocal do Uneuixi.

As entrevistas foram realizadas em comum acordo com as famílias interessadas. Assim, além de entrevistar famílias com crianças de 0 a 4 anos de idade, algumas famílias com filhos acima dessa





faixa etária tiveram interesse em participar, e foram entrevistadas. Para contabilizar na pesquisa, no entanto, tomamos dados apenas das entrevistas com famílias que têm crianças de 0 a 4 anos. No gráfico na página anterior, está considerado apenas famílias com crianças na faixa etária desejada.

Os dados coletados neste trabalho foram baseados em entrevistas fechadas e abertas com pais de crianças, agentes de saúde e líderes locais. O estudo foi realizado no período de abril a maio do corrente ano, tendo sido entrevistadas 92 famílias. Através do trabalho em campo acompanhamos algumas rotinas diárias dos modos e cuidados que as famílias têm com as suas crianças. As crianças menores sempre ficam próximo dos pais ou de irmãos maiores que os pais elegem como

cuidadores. Dificilmente se vê uma criança andando sozinha na comunidade; elas estão sempre em grupo caminhando, brincando ou ajudando seus pais em pequenos afazeres como raspando mandioca, coletando frutos.

Os dados partiram de entrevistas estruturadas e semi-estruturadas junto as famílias das comunidades pesquisadas. Conteí com apoio dos líderes locais das comunidades, os administradores, agente de saúde, liderança indígena da Associação das Comunidades Indígenas Ribeirinhas - ACIR pelo fato das comunidades pertencerem politicamente a associação, sendo as únicas não associadas as comunidades de Tabocal do Uneuixi e Matozinho. Tive apoio de quatro assistentes de campo, Elio F.Pereira-Piratapuia; Ilma Fernandes Nery - Piratapuia, Eliana Saldanha Pedrosa-Arapaço, Elzamar Cordeiro Venâncio -Tukano, que puderam



realizar parte das entrevistas junto às famílias.

Inicialmente, foram estabelecidos contatos junto aos líderes locais e das comunidades, no qual foi feito repasse da informação e objetivo da pesquisa. Após o contato elegi as comunidades de acordo com a disponibilidade do líder local, do agente de saúde e da disposição das famílias. Para análise, foi realizado o estudo qualitativo e quantitativo dos resultados obtidos por meio das entrevistas, conversas informais e das visitas de campo.

Resultados

RESULTADOS E REFLEXÕES

Na sede dos polos bases estão instalados os postos de saúde para atendimento de baixa complexidade; essas estruturas também abrigam os profissionais de saúde temporariamente para atendimento programado junto às comunidades. Os agentes de saúde ficam em tempo integral na comunidade, trata-se de um membro da comunidade capacitado para tal função. Os AIS recebem capacitação para cuidados básicos, entre eles quais casos que devem ser encaminhados ao polo, no entanto nos últimos três anos, segundo os AIS de algumas comunidades como Tabocal do Uneuixi, Ilha do Chile, Boa Vista, Uabada II, Taiaçu, entre outras, as equipes de saúde do DSEI tem dificultado os agentes de saúde” (que preferem não serem nominados, por receio de ações retaliativas) na remoção de pacientes para o polo ou hospital argumentando que os pacientes removidos por eles não configuram casos graves, esta questão deixa confusa a cabeça dos agentes de saúde levando-os a seguinte problematização: O Que é ou Não é Urgente? “quer dizer que temos que levar só quando estão morrendo?” Outro problema frequentemente relatado pelos AIS nos últimos anos, é o não ressarcimento do combustível utilizado na remoção dos doentes levados aos polos ou hospital. Relatam também a falta de hipoclorito para tratamento da água bem como os kit de remédio básicos que deixaram de serem distribuídos.

As equipes de saúde alegam para estas questões ausência de recursos disponíveis. Penso eu que, a questão da classificação dos casos de doentes graves ou não, precisa ser rediscutida entre os diversos envolvidos no problema. Segue abaixo relato de remoção que ilustra a dificuldade em selecionar os pacientes a serem removidos ou não. Uma criança de quatro anos nos ajuda a pensar rapidamente sobre isso.

Diroá estava brincando com bolinha de gude, de repente engole e engasga-se [...] seu pai sai desesperado atrás do agente de saúde, o agente chega, vê o caso como grave e junto com o pai colocam Diroá na canoa rumo ao hospital, Diroá tem medo de médico e durante o trajeto faz de tudo pra demonstrar que está tudo bem. Sempre que o agente de saúde pergunta: Você está bem? Diroá responde está tudo bem, mais o agente observa que o garoto faz um esforço para mostrar que está bem, na terceira vez que o agente pergunta, ele diz que sim e começa a cantarolar, cantarolar, cantarolar... Após minutos a bolinha de gude é expelida, mais já estavam longe da comunidade, e próximo da cidade... Diante disso o agente pensou e agora? Como vou explicar isso? Ninguém vai acreditar, irão pensar que vim passear (C.A.L.S., 2013).

Fatos como este demonstram que há questões que precisam ser discutidas em conjunto com os profissionais da saúde, porque são casos esporádicos, mas que envolvem o trabalho do agente comunitário e o trabalho de educação em saúde indígena e uso de recursos.

Durante o período da pesquisa, a maioria dos entrevistados apontou que as visitas das equipes são ligeiras e para eles uma boa atenção médica significa “conversar com as famílias em casa, às vezes temos vergonha de falar na frente de muita gente no centro comunitário, deviam ficar mais tempo na comunidade” . Percebe-se que, embora a equipe de saúde realize visitas nas comunidades, as famílias não sentem segurança em tratar determinados assuntos relacionados à sua saúde publicamente.

Nesse contexto, percebe-se que os comunitários mencionam e desejam visitas mais frequentes e com maior duração. “ter visita sempre com mais atenção e passar mais tempo na comunidade e não na correria” . A equipe de saúde parece ter uma lógica de trabalho não adequada à dinâmica comunitária, e a comunidade parece não entender como funciona o sistema de saúde, o que gera desencontros. Os comunitários afirmam que as equipes não cumprem a agenda pré-estabelecida,



conforme demonstra o relato abaixo: “a equipe não demora [não fica muito tempo], quando uma família está na roça não é atendida”. “Deveriam conversar com as mães e crianças” recomendou uma mãe. A partir dessas constatações nota-se que a rotina dos profissionais de saúde e a comunitária funcionam com lógicas distintas, e que para que funcione, ambos deveriam conhecer e adequarem-se melhor para que o atendimento funcione. Atividades como serviços da agricultura e pesca são essenciais para manutenção dos filhos, sobretudo da criança, e são diários. Diante disso, a equipe de saúde deve manter um diálogo próximo com os comunitários. Por outro lado parece preciso um diálogo e uma disponibilidade dos comunitários para com os atendentes.

Durante o trabalho de campo notei que as famílias mantêm um cotidiano ativo em seus roçados, nas casas de farinha, tecendo utensílios domésticos, indo para pescaria ou para cidades próximas. São pessoas muito “ocupadas”. Observei ainda que as relações sociais são bastante dinâmicas, por exemplo, casamentos inter-étnicos são comuns; constatei que os Yanomami, grupo que antes não saía de suas aldeias para comunidades indígenas ribeirinhas, hoje estão presentes em duas comunidades, a do Tabocal do Uneuixi e Ilha do Chile. Um dos casos trata-se de um dos comunitários que foi servir o exército no pelotão próximo da aldeia Yanomami e casou com uma Yanomami. Após finalizar o período no exército, ele retornou para a comunidade, trazendo a esposa. A mãe Yanomami tem cinco filhos e está grávida de sete meses. Os quatro maiores são do primeiro casamento e vivem com avó materna na aldeia de origem. A mesma confirmou que vai ganhar o bebê na aldeia de sua mãe e ficará por seis meses, ou seja, a criança entrará na estatística do DSEI -Yanomami e ao mesmo tempo do DSEI - Rio Negro, porque ela reside na comunidade do esposo, o que não é problemático para os próprios indígenas, e sim para os profissionais de saúde. Outro caso relevante é de uma Yanomami de 16 anos, mãe de uma criança de quatro anos que veio passar uma temporada com a tia e resolveu casar-se com um comunitário Nadëb, passando assim a residir na comunidade do esposo e a família do esposo adotou a criança.

Algumas famílias se deslocam repentinamente por diversos motivos. Na minha estada em campo na comunidade de Tabocal do Uneuixi, uma mãe, após tensões familiares com o esposo depois de um festejo comunitário, resolveu

retornar para a comunidade Terra Comprida. Professores estavam preocupados porque a mãe retirou as crianças da escola, e isso implicaria no benefício da bolsa família, que poderia ser cancelada. Tal dinâmica parece passar despercebida pelos profissionais de saúde quando, por exemplo, há caso de duplo atendimento.

Casos como estes ilustram bem as dinâmicas sociais ocorridas há décadas e a deficiência dos profissionais tanto de educação e do subsistema da saúde indígena em noções socioculturais da região de atuação. As crianças dependem inteiramente dos pais e por esse motivo eles a levam para onde se deslocam. Elas também dependem do trabalho dos pais, se o pai não sai para pescar, a família não terá peixe para as crianças, uma vez que o peixe é base de sua alimentação.

Essa questão foi analisada nas comunidades fora da área indígena: “Aqui só falta comida quando pai vai beber”; “Aqui quando pai bebe os filhos, mulher ficam sem comida, aí outros parentes tem que ajudar, agora aqui estão bebendo com frequência, isso prejudica família e crianças”. Ainda nesse contexto há um trecho do relato de uma mãe que diz: “às vezes quando o pai vai beber, o de 11 anos tira açaí, pesca para família”. Embora a referida problemática de comida seja resolvida pelas próprias famílias, vale ressaltar que nas comunidades fora da área indígena a bebida alcoólica é acessada facilmente. Sendo que o fator preocupante é o alto consumo de álcool etílico em uma das comunidades fora da área indígena, produto altamente nocivo a saúde e que precisa ser melhor averiguado.



ALIMENTOS

Foi perguntado se há época em que falta comida. O resultado de 59% mostra que embora no período em que estive em campo notei bastante comida como derivados de mandioca (farinha, tapioca, beiju), frutas de época, no caso do açaí, por exemplo, há épocas em que a comunidade tem escassez de alimento, Diante disso é necessário aprofundar algumas respostas mencionadas por eles tais como:

...falta comida no tempo de buia-açú; falta comida só quando não vão atrás; aqui nunca falta comida, é um local de muita fartura; Na época do rio cheio há escassez de peixe, aí pegam peixe da



noite; Essa época de ano (maio-julho) peixe tem pouca quantidade.

Em alguns meses do ano o pescado diminui, e há opção de outros alimentos. De acordo com os entrevistados, os meses que diminui o pescado são os meses de maio, junho, julho e agosto, aparece também os meses de novembro, dezembro e janeiro. Há variância entre uma comunidade e outra; no período da enchente ofertam outras espécies de peixes como os peixinhos que são assados na folha conhecidos por alguns como “pupeca” e os “curubiça.”. Há frutos de época que complementam o cardápio. Talvez seja por essas ou outras razões que usam a expressão “falta comida quando não vão atrás”. Diante disso, acredito que

a questão falta de comida para estas famílias basicamente se resume a ausência ou diminuição da oferta de peixes de consumo mais rotineiros por estes povos (Aracu, Pacu, Matrinchã etc), fonte alimentar tão importante para essa população. É preciso destacar que a falta de peixe é um fato importante na medida em que é a principal fonte protéica. A eventual substituição por mandioca ou outro vegetal, pode até minorar a sensação de fome, entretanto não afeta a nutrição no que se refere as necessidades protéicas das pessoas, sobretudo das crianças pequenas.

No “*buia-açu*”, de acordo com os comunitários, é um período em que diminui o pescado, envolve a diminuição de isca, e os peixes fogem para os igapós, ou seja, o tempo de pesca fica mais demorado. Analisemos a Figura 3: quando perguntado quando falta comida, 54% disseram que é no tempo de “*buia-açu*” e 6%



disseram que nunca falta; sendo assim, suponho que estes sejam os “marupiaras”. Quando referem-se que falta quando “não vai atrás”, vale ressaltar que é um período que exige mais do responsável pela família, o qual precisa se deslocar para lugares mais distantes da comunidade em buscar peixe, caça, aves, coletar frutos de época e essa exigência requer maior habilidade ou técnica. Os 20% sem informação correspondem aos entrevistados dos bairros da cidade que não opinaram. Esta questão demonstra a importância dos conhecimentos dos comunitários da zona rural.

GESTÃO E PARTO

Percebi que os partos dos filhos com idade superior a faixa etária definidas no estudo, das mulheres entrevistadas, foram realizados na comunidade e tiveram o apoio dos pajés, parteiras, sogras, avós, esposo, parentes próximos, que também são os que cuidam da mulher no pós-parto.

A maior parte das crianças na faixa etária de interesse ao estudo nasceu nos hospitais de Santa Isabel do Rio Negro ou São Gabriel da Cachoeira. Estes, além dos parentes, parteiras e pajés contaram com cuidados de AIS e técnicos de enfermagem. Ao retornarem à suas comunidades tanto a mãe quanto a criança recebem os cuidados e passam por todos os rituais da cultura de cada povo.

Há casos relatados em entrevistas, que acontece de ocorrer partos repentinos em que não há tempo para nenhuma preparação, por exemplo, quando a grávida está indo ou voltando da roça, do rio para banhar se. Também nestes casos mãe e criança são cuidados pelos parentes mais próximos.

Os partos das mulheres que moram na cidade de Santa Isabel são geralmente acompanhados no posto de saúde pela enfermeira e parteiras no hospital. Não foi registrado nenhum caso domiciliar. Na comunidade, as mulheres que alegam terem os filhos sozinhas são consideradas por outras mulheres como as que detêm



conhecimentos de plantas para o referido fim. Ou seja, trata-se de conhecimentos tradicionalmente conhecidos por estas mulheres; de acordo com Diegues (2000), o conhecimento tradicional pode ser definido como o saber e o saber-fazer, a respeito do mundo natural, sobrenatural, gerados no âmbito da sociedade não-urbano/industrial, transmitidos oralmente de geração em geração (DIEGUES, 1:2000). Esses conhecimentos são necessariamente de domínio coletivo familiar no qual mães passam para as filhas, sogras para as noras, da mesma forma que são os avôs maternos ou paternos que cuidam do benzimento dos recém-nascidos que são vistos como importantes para proteção de seus filhos. O benzimento é considerado nas comunidades como um dos primeiros cuidados com o recém-nascido, conforme vemos a seguir..

Quando o bebê nasce se procura gente que sabe rezar com cigarro, breu, e se defuma o bebê e a mãe ; Leva para benzer e soprar o corpo . Depois do nascimento, pai e mãe resguarda, a mãe fica sem banhar uma semana, sem comer coisa remosa (surubim, peixe que tem espora, piranha, mel de abelha etc.). Antigamente, depois do parto, fumaçava com breu até o local onde normalmente a mãe e o bebê irão tomar banho. “Tem que benzer, os brancos tem outros sistemas, por isso nada faz mal para eles” .

A partir da visão que essas famílias apresentam é possível compreender um dos impactos de quando os bebês são tidos nos hospitais, uma vez que no hospital a mãe entra no banho logo pós-parto e que segundo as mulheres isso faz muito mau a sua saúde. Os depoimentos acima nos ajudam a perceber que os cuidados com o bebê envolvem os pais (mãe/pai) e a alimentação da família. Uma das entrevistadas afirma que: “toma cuidado com alimento, a mãe toma caribé benzido por uma semana, também benze para o pai comer, há muito cuidado com o bebê” . Desse modo, os resguardos dos

bebês, das mães e dos pais foram abordados como fundamentais nas nove comunidades pesquisadas. Os resguardos têm uma duração aproximada entre quatro dias para o pai e 40 para a mãe.

Durante os dias de resguardo o pai e a mãe do bebê não podem fazer esforço físico. Trata-se de um momento delicado para o bebê, por isso todo cuidado é necessário. Para eles o benzimento é considerado de suma importância porque ajuda a proteger o bebê e toda a sua família. Os resguardos, se não forem seguidos, põem em risco a vida da família; conforme Dutra, os pais que não observam as normas pós-parto também põe em risco suas próprias vidas e a vida da criança (DUTRA, 2010:138). Por isso “Sempre pede pro pajé benzer, mãe, pai, e bebê ficam de resguardo por sete dias. A mãe começa a fazer as coisas depois de 40 dias” . O resguardo também envolve se abster de determinadas espécies de peixes como os lisos, ficando permitido o peixe miúdo de escama, a comida não deve ter sal. Os pais não podem fazer fogo, carregar peso, depois que o

pai sai de resguardo ele é quem faz a comida para a mulher. Deve-se ter muito cuidado com o umbigo, a mãe não pode pegar sereno. Esses relatos traduzem os cuidados quando os bebês nascem. “O bebê tem que ser benzido, tem que cuidar para o bebê não chorar muito por causa do umbigo.” Devem ficar em casa, resguardando uma a duas semanas.

Entre as entrevistadas nos bairros da cidade não ficou tão evidente o uso dos mesmos cuidados com que as famílias das comunidades tratam suas crianças. Na cidade os cuidados estão voltados para vacina em dias da criança, higiene corporal, repouso da mãe e da criança, cuidado higiênico do umbigo e banho. O ritual do benzimento é ausente; apenas uma pessoa mencionou esta questão, o que quer dizer



[O] BENZIMENTO É CONSIDERADO DE SUMA IMPORTÂNCIA PORQUE AJUDA A PROTEGER O BEBÊ E TODA A SUA FAMÍLIA. OS RESGUARDOS, SE NÃO FOREM SEGUIDOS, PÕEM EM RISCO A VIDA DA FAMÍLIA...

que existe, mas não é o mais evidente como entre as entrevistadas das comunidades afastadas da cidade.

COMIDA DA CRIANÇA

De acordo com o que vimos anteriormente, 54% das famílias disseram que falta comida no tempo de “buia-açú”; em seguida perguntamos sobre quais cuidados eles têm com suas crianças e a maioria respondeu que não deixam faltar alimento e assinalaram os alimentos que dão as suas crianças. Percebe-se ainda que na cidade o cardápio se diferencia das comunidades.

As primeiras comidas ingeridas pelo bebê são benzinhas: frutas, peixe grande (piraiba, surubim) peixes pequenos (escama) e frutas, carne, maniware . As crianças geralmente mamam até seis meses, após seis meses mamam e complementam com caribe. Também a partir dos seis meses começam a comer comida leve, mujeca, chibé, peixe de escama, fruta, aos poucos vinho de açáí , aves silvestres como, tucano, papagaio; “jacu é bom demais para crianças” ; Quando está saindo dente, já come peixe, beiju, farinha, tapioca e frutas, “come peixe liso quando começa a sair o dente” . Quando começam andar, tomam vinho de açáí, bacaba, buriti, mingau de farinha.

Segundo os entrevistado aproximadamente após o período de seis a um ano as crianças “comer tudo” , desde que seja benzido. As restrições com relação a peixes e outros animais aquáticos conforme me foi relatado “o bebê não pode comer peixe liso (surubim, piraiba) a gente diz que estraga criança” ; “quando é bebê , não pode comer o surubim, cabeçudo e jacaré” , essas restrições são recorrentes , independente de grupo étnico, o que ocorre é que há famílias que restringem determinados tipo de comida por mais tempo conta dos cuidados das crianças, como é o caso do depoimento a seguir: Antes de comer o peixe são benzidos, e a partir de 4 anos podem comer de tudo

Algumas frutas, não podem ser comidas como é o caso do ingá, “quando a criança está gripada, não pode comer ingá senão piora.” Percebe-se que há cuidados

Cidade -SIRN	Comunidade (N.T.F)	Comunidade (T.F)
frango	suco	caça
sopa	café	mingau
ovo	mingau	beiju
chibé	chibé	sopa de arroz
feijão	feijão	chibé
bolacha	caribé	mujeca
suco	cubio	fruta
miojo	abacaxi	galinha caipira
leite	cará	peixe mandi
mucilon	batata	quinhampira
bolinho de tapioca	mujeca com beiju e pimenta	caruru
suco com pão	frango com pimenta	peixe da noite
café e suco	maniware	feijão
leite materno	saúba	frango
milito	arroz	

com a saúde de seus filhos. Ressalta-se que toda comida da criança deve ser benzida antes de ser ingerida pela primeira vez , os bebês mamam, gosta de peixe, come frutas.

Percebe que nas comunidades os cuidados são semelhantes, não havendo diferenças entre etnias distintas. Na região urbana observei que indígenas evitam falar sobre seus costumes, mas ainda praticam cuidados familiares tradicionais.

Conforme os relatos acima, observa-se que é recorrente as restrições alimentares e são enfáticos em afirmar que devem ser benzidos, ao contrário do que se observa na cidade, onde não são mencionados esses modos de cuidar das crianças.

Na cidade, a dieta alimentar das crianças em Santa Isabel do Rio Negro tem uma pequena variação; a alimentação das crianças com leite materno nos primeiros meses é em seguida complementada pelo arroz, feijão, macarrão, frango, carne, peixe, mingau de mucilon, maisena, arroz, feijão, caldo de galinha, caldo de



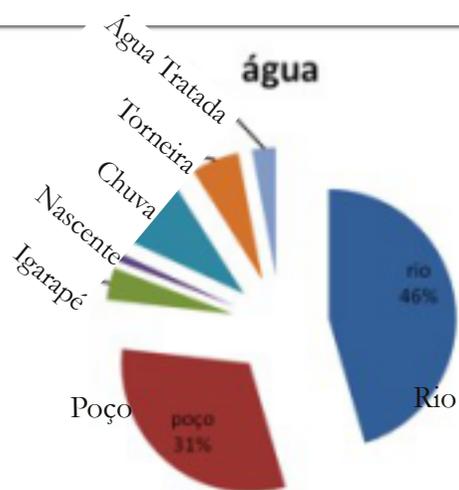
peixe; mingau de banana e de farinha, carne de caça, farinha.

A possibilidade de compreender essa questão é acompanhar a rotina dessas crianças da cidade, que no meu entender apresentam uma rotina um pouco diferente daquela da comunidade onde as crianças estão mais próximas dos pais. Na cidade parte das crianças ficam uma parte do tempo, e outras integralmente, na creche infantil.

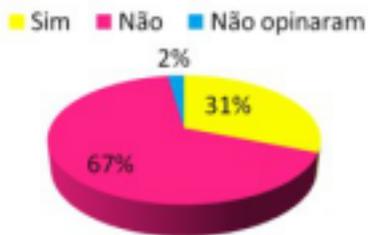


A região pesquisada faz parte da bacia hidrográfica do Rio Negro segundo dados do Instituto Socioambiental – ISA (2008). A bacia do Rio Negro é o maior afluente da margem esquerda do rio Amazonas, nasce na região pré-andina da Colômbia onde é chamado de Guainia, liga-se ao Orinoco pelo canal Cassiquiare, e drena 71.438.267 hectares.

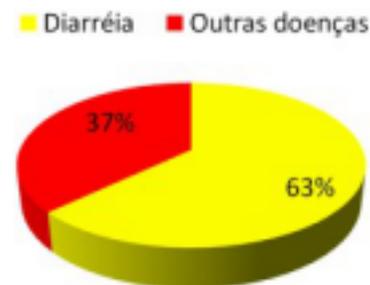
A maioria das famílias das comunidades pesquisadas ingere água diretamente do rio, sem qualquer preparo (fervura ou tratamento químico



Problema de água causaram doença a seu filho ou filha?



Quais doenças?



com cloro). A distribuição do hipoclorito já ocorreu, porém, segundo os entrevistados, não acontece com a frequência necessária. Nesse caso não se pode saber qual essa frequência e se o uso desse é feito de modo adequado, pois se houve falar que o uso da substância se dá também para outros fins, como para lavar roupas.

Apenas duas comunidades possuem poço, a de Areal e Cartucho. O poço da primeira foi construída pelos missionários e da segunda por um grupo de pesquisadores que estiveram na região. Na ocasião da pesquisa somente o Areal estava em funcionamento, visto que no Cartucho a bomba de água encontrava-se queimada.

Grande percentagem dos entrevistados (63%) acreditam que as diarreias (FIG 6,7) entre as crianças na faixa etária de 0 a 4 anos não depende da água ingerida.

Embora de um lado 67% dos entrevistados tenham dito que a água nunca causou problema, 31% diz que sim, causou. Estes alegam justamente que a doença causada pela água a seus filhos é a diarreia (FIG7) seguida de outras doenças.

porém não acontece com a frequência necessária.

Apenas duas comunidades possuem poço, a de Areal e Cartucho. O poço da primeira foi construída pelos missionários e da segunda por um grupo de pesquisadores que estiveram na região. Na ocasião da pesquisa somente o Areal estava em funcionamento, visto que no Cartucho a bomba de água encontrava-se queimada.

Segundo maior parte dos entrevistados, (63%) acreditam que grande parte das diarreias (FIG 6,7) entre as crianças na faixa etária de 0 a 4 anos não esteja ligado à questão da água.

Embora de um lado 67% dos entrevistados tenham dito que a água

nuncan causou problema, do outro 31% diz que sim e o que chama atenção é que estes por sua vez alegam que a doença causada pela água a seus filhos é a diarreia seguida de outras doenças.



As doenças apontadas foram: gripe, diarreia, malária, vômito, dor de olho, febre, dor de dente e doença de pele conforme vemos. A pergunta foi sobre quais doenças que suas crianças tiveram. Os entrevistado mencionaram 18 doenças, conforme vemos no gráfico 10. Porém algumas família disseram que suas crianças nunca ficaram doente.

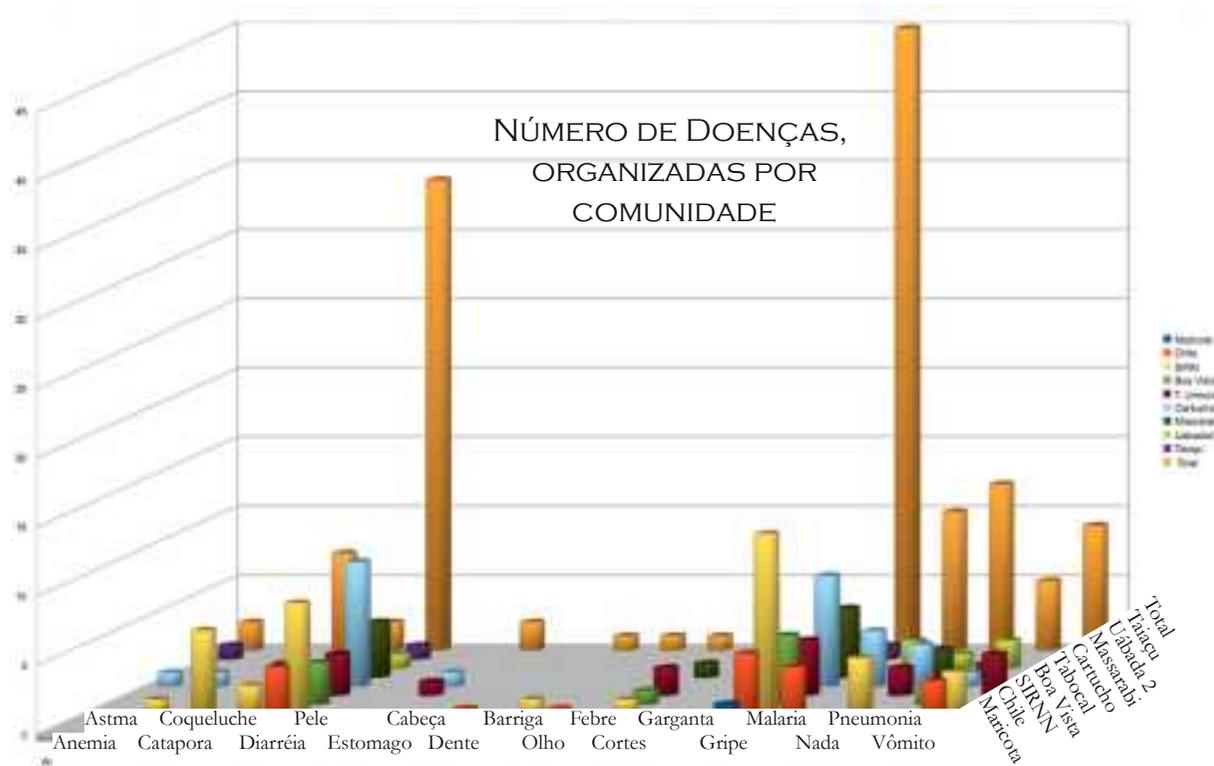
O que parece curioso é que foi narrado que essas doenças ocorreram entre um a dois anos atrás. Ou seja, não haviam crianças doentes no período da pesquisa.

O relato de óbitos de crianças nesta faixa etária foi praticamente inexistente, conforme vemos na tabela 8. No entanto, isso pode não significar a ausência de morte de crianças, mas sim a ausência da fala dessas mortes.

A alimentação das crianças se baseia no cardápio dos velhos, mais há formas especiais de cuidar das crianças. Conforme mencionado anteriormente, as formas de resguardo dos pais quando elas nascem é uma das mais importantes durante todo processo de crescimento e isso é para que elas cresçam saudáveis, conforme podemos observar nos relatos abaixo. “Levo ao benzedor, quando o bebê é novo, quando está com susto” ; “a mãe é benzida e o bebê também, há cuidado na alimentação, fica de resguardo por 15 dias” , manda benzer, fecha o corpo da criança e a mãe resguarda.

Fechar o corpo é proteger o recém-nascido através do bharceyé para se tornar imune de todas as coisas ruins (doenças,

Doença	Maricota	Chile	SRN	Boa Vista	T. Uneuxi	Cartucho	Massarabi	Uabada 1	Taiacu	Total
Anemia	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2
Astma	0	0	1	0	0	1	0	0	0	2
Catapora	0	0	6	0	0	0	1	0	0	7
Coqueluche	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2
Diarreia	1	4	8	3	3	9	4	1	1	34
Pele	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dor barriga	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2
Dor cabeça	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dor dente	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Dor estomago	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Dor olho	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Febre	0	0	1	1	2	0	1	0	0	5
Ferida cabeça	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Inflamação garganta	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Gripe	2	5	13	5	4	8	5	2	1	45
malária	0	4	0	0	0	4	0	2	0	10
Nenhuma/N I	0	0	4	0	2	3	2	1	0	12
Pneumonia	0	0	0	1	0	1	1	2	0	5
Vômito	0	3	3	0	3	0	0	0	0	9



de acidentes com animais peçonhentos etc) do mundo natural e sobrenatural, essa proteção é feita pelo kumu. Trata-se de um processo o qual o kumu põe no bebê uma espécie de invólucro o qual impede que as doenças o peguem.

O resguardo é tão importante, que quando não cumprem são enfáticos em dizer que suas crianças ficam desprotegidas e sem saúde. Há situações atuais que deixam esses saberes em confronto, como é o caso do relato abaixo.

Quando o ultimo nasceu, eu estava estudando, então pedi licença da professora para o resguardo, ela pediu atestado médico, daí fui ao hospital e o médico disse que não podia dá porque a criança não tinha nascido no hospital. Aí não resguardei da última criança.”

O fato narrado revela distanciamento entre uma forma de pensar e outra, a exigência da sociedade não - indígena parece se chocar com a realidade local. Um desses choques está relacionado ao resguardo paterno, que ainda não é muito aceito no sistema de saúde oficial como importante, e se o pai pode pegar licença paternidade, essa licença está se dá para que ele possa auxiliar a mãe nos cuidados com a criança. De acordo com o relato, essa criança que o pai não resguardou fica sempre doente.

Tal distanciamento resulta em parte de uma tendência (generalizada nas sociedades contemporâneas) de supervalorização dos conhecimentos construídos nos sistemas socialmente reconhecidos de instituições acadêmicas; e em parte da dificuldade de se compreender e problematizar de maneira crítica e aberta a sua relação com os valores e decisões tomadas em contextos socioculturais distintos (ROZEMBERG, 98:2007).

Esta perspectiva nos remete a repensar sobre como as formas de cuidados que as famílias rurais mantêm em suas comunidades se confrontam com os modos que as equipes de saúde levam para dentro das comunidades. É nesse contexto que podemos perceber porque as famílias que residem nos centros urbanos não

demonstram os modos de cuidar tradicionalmente das crianças, mas praticam no cotidiano. Contudo é importante ressaltar que as famílias das comunidades, ao contrário da cidade, resistem no modo de cuidados de seus ancestrais. Assim, apesar de alguns confrontos, as formas de cuidar das crianças permanecem em grande parte seguindo a tradição dos mais velhos.



Quando problematizado se suas crianças estão bem, 80 famílias responderam que suas crianças estão bem. E as famílias que disseram que não estavam bem, tratavam-se de casos dos bebês que se apresentavam gripados, com febre ou diarreia. A gripe é tratada pelas próprias famílias. O estar bem para essas famílias está relacionado com a boa alimentação, na relação de entrosamento em brincadeiras e interação com outras crianças da comunidade, a disponibilidade aos banhos diários, exercitar-se pulando, correndo etc. E sua percepção quando as crianças não estão bem está relacionado a não interação nas brincadeiras com colegas, desanimado e triste. Uma das falas interessantes que resume esta questão é que segue abaixo:

“Minha filha está bem, é danada, brinca, corre, é alegre, brinca na lama, está bem feliz [mas a mãe não gosta que brinque na lama]; ela tem bom desempenho, ela brinca com os irmãos, amigos, fácil de fazer amizade, gosta de banho, de se alimentar, se interagem bem com os amigos da comunidade, dia de domingo saem para brincar com outras crianças e gostam” (Boa Vista, maio de 2013).

Esse relato demonstra que atividades como correr, pular, brincando e se



interagindo com outros membros na comunidade significa que estão saudáveis. Os lugares que elas brincam na comunidade são os mais diversos, na beira do rio nadando, remando de canoa, debaixo das fruteiras, subindo nas árvores na margem do rio ou nos quintais, nos roçados quando vão acompanhar os pais no serviço de agricultura. O estar próximos dos pais, irmãos ou parentes são formas de cuidados que as famílias rurais mantêm em suas comunidades. Durante a pesquisa de campo observei que as crianças não ficam sozinhas, há sempre parentes adultos que são responsáveis de cuidá-los.

As brincadeiras que apareceram foram: canoa, bola, casinha, latinha (toco-roco), esconde-esconde, barra bandeira, pincha, panelinha, redinha, futebol, boneca, terra, riscar no chão, macaco, balar passarinho e calango, peteca, amarelinha, pira, andorinha e outras que inventam. Nem todas as crianças ficam livres brincando no pátio, sobretudo os menores, pois ficam mais sob a guarda dos pais ou dos irmãos maiores. Algumas crianças não saem para o pátio, brincam somente em casa.

EM BUSCA DE CURA

Quando os pais veem as crianças tristes, querendo só deitar, sem vontade de brincar, chorando e não come, dizem que é porque estão doentes. E quando estão bem, brincam, engatinham, mamam, estão sempre alegres, estão gordinhos, tomam banho e comem. Esses são os indicadores que dizem que suas crianças estão bem ou não. Quando elas estão doentes primeiramente fazem remédio caseiro. Quando não dá resultado, vão atrás do rezador, por último levam no posto de saúde ; “Quando ele tinha dois anos, ficou com muita febre e quem curou foi o pajé, daí o pajé fechou o corpo e nunca mais ficou doente” .

Para algumas doenças como a gripe as famílias fazem remédios em casa. Agora alguns casos como o da criança de quatro anos que ingeriu veneno de saúva e o garoto que engoliu bolinha são esporádicos, e eles não veem alternativas senão enviar ao hospital. Por outro lado há questões como os dois casos a seguir que

ultrapassam as formas de entendimento de formas convencionais de saúde que se aprendem nos centros de formação.

Um dia os gêmeos quase morrem. Levei para o pajé, eles tinha peixe-boi, o pai que pegou pitú e passou para os gêmeos, isso só o pajé que cura [...].

Minha filha de 10 anos nasceu normal, depois de três meses apareceu uma doença, ficou com febre e quando veio um temporal ela se deixou (desmaiou). A equipe médica veio e disse que tinha que levar para Manaus, mais no hospital ela ficou sem se movimentar e quase morreu. Eu não quis mais ficar no hospital porque ela tava morrendo; eu fui procurar um benzedor ela melhorou, mas não fala, não anda fica só deitada. Mas é minha filha gosto dela do mesmo jeito, mais ela não come, só toma leite

Frente a essas questões, as explicações dadas pelas famílias devem também ser levadas em conta. Os dois casos estão ligado aos cuidados que tem que ter após o nascimento do bebê e se os pais não observam as regras, os filhos sofrerão as



c



onsequências. Os cuidados logo que o bebê nasce são levados muito a sério pelas famílias nas comunidades. Ter uma criança saudável é cuidar de sua alimentação, que deve ser benzida para não pegar doenças; seu corpo deve ser fechado. A maior parte das famílias só levam ao posto quando não conseguem resolver com os remédios em casa, conforme podemos observar no gráfico abaixo.

Conforme pode se observar na figura 10, primeiramente a família nuclear cuida com remédio caseiro, seguido da medicina ocidental. As famílias entrevistadas geralmente levam ao posto de saúde quando o pajé, benzedor não consegue resolver. Essa questão fica evidente em relatos como o que se seguem abaixo:

“Ano passado minha filha de 6 anos ficou com diarreia, vomito, fiz todo tipo de remédio, mais não deu jeito, tive que levar para o hospital, levei junto com o agente de saúde”

“Quando ele tinha 2 anos ficou com muita febre e quem curou foi o pajé, daí o pajé fechou o corpo e nunca mais ele ficou doente”.

Quanto às doenças que suas crianças tiveram nos últimos anos, as mais comuns são a diarreia e gripe conforme vimos na Figura 7, sendo que houve relatos de que há crianças que nunca ficaram doentes. As crianças que os pais disseram que nunca ficaram doentes, pode-se perceber pelas entrevistas que são aquelas que os pais citam terem feito resguardo dos mesmos pós-nascimento e do uso do benzimento antes do bebê ingerir a primeira comida (peixes, frutos...).

Portanto, há uma relação importante entre os modos como cuidam

de suas crianças e a complementação da medicina ocidental.

Para a retirada de documentos de certidão de nascido vivo e de nascimento, os pais não enfrentam tantas dificuldades quanto o enfrentam para o acesso

ao sistema de saúde. A maioria alega que foi bem atendida, mas queixam-se que a espera por longos dias na cidade às vezes se torna incomodo porque ficam sem comida e sem local adequado para repouso. Os problemas mais comuns que ocorrem com relação a documentação são erros de digitação dos nomes e sobrenomes. A maioria das famílias é contemplada no programa Bolsa Família, tanto as que residem na comunidade como na cidade. Com relação ao recebimento deste benefício, as famílias relataram que o comércio onde fica o caixa eletrônico descontam dois reais do benefício e obriga-os a comprar produtos no referido comércio. Essa questão ocorre também com os beneficiários da cidade. Sobre o conselho tutelar as famílias das comunidades desconhecem. Tal situação certamente merece atenção e uma investigação mais criteriosa por parte dos órgãos públicas, inclusive polícia, por se tratar de uma situação que, se verdadeira, revela um ato criminoso.

Cuidados com a saúde

- Família nuclear
- Família extensa
- pajé benzedor
- agente de saúde
- médico
- amigos
- outros

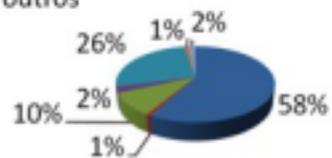


FOTO: ROSILENE FONSECA PEREIRA

Considerações Finais

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho trouxe a tona problemas como a escassez de alimentos em determinados períodos do ano, medicamentos e produtos químicos para tratamento da água em quantidade insuficiente ou ausente, atendimento médico-odontológico ou mesmo de enfermagem pouco frequente dificultam a manutenção da saúde destes povos.

Acredito que a aplicação de políticas públicas que já existem, mas que não são exercidas de maneira eficaz diminuiria em muito os problemas vividos por estas comunidades.

Ações simples como perfuração de poços artesianos para abastecimento de água, educação sanitária com maior frequência nas comunidades, melhorar o treinamento e aumentar o número de agentes de saúde da própria comunidade, melhorar o planejamento do atendimento das equipes de saúde dos distritos sanitários, (por exemplo levantamento da população de cada comunidade) para melhor atender, tratamento de água e aumentar frequência e permanência nas comunidades são ações que podem facilitar a situação da saúde de crianças de 0 a 4 anos no interior do Estado . Tais medidas com certeza trariam enormes benefícios para que os comunitários pudessem por si mesmos, melhorar sua qualidade de vida dentro das comunidades.

Portanto, salvo melhor juízo, o que precisa ser feito para minorar os problemas levantados na presente pesquisa, é uma melhoria e ampliação nas ações existentes, assim como melhor planejamento nas ações.



LÁBREA

Capítulo 5

WILLAS DIAS DA COSTA
THEREZA CRISTINA CARDOSO MENEZES
RANCEJÂNIO SILVA GUIMARÃES

Lábrea está situada nas margens do Rio Purus, no sudoeste do Amazonas. Esta região tem sido cenário das mais variadas experiências de desenvolvimento para a Amazônia. No mosaico histórico do vale do Purus estão combinados a diversificada presença indígena, o grande impacto da empresa seringalista e da construção de rodovias para integrar a Amazônia ao Brasil e as ondas de migração provenientes do Nordeste que permitiram a constituição de novos grupos e categorias sociais como extrativistas e ribeirinhos.

O vale do Purus possui uma longa história de ocupação de variados grupos indígenas. Mesmo após a chegada dos europeus, até o século XIX o Purus era um rio pouco explorado, representado como uma linha no mapa paralela ao Rio Madeira. Durante os séculos XVII e XVIII houve uma onda pouco incisiva de exploração conduzida por comerciante de “drogas do sertão” na região do médio e baixo Purus, realizada mediante exploração de trabalho indígena (Reis, 1997). Até o início do século XIX verificaram-se apenas algumas tentativas frustradas de missões jesuítas e poucas expedições de reconhecimento. A partir de meados do século XIX, este cenário sofre profundas mudanças motivadas pela invenção e industrialização do processo de vulcanização da borracha e, conseqüentemente, a explosão da demanda pelo produto.

A exploração de ricas áreas de seringais como o médio e alto Purus é incentivada pelo governo brasileiro, fator que redundou na dinamização da navegação na região, visto a necessidade de abastecimento de mão de obra e suprimentos para as áreas de seringais e de escoamento da borracha extraída. A migração em massa de trabalhadores nordestinos vitimados pelas grandes secas na década de 1870, seduzidos pela perspectiva de riqueza rápida na floresta amazônica foi a solução adotada para a exploração dos seringais, transformando regiões como Lábrea em uma das maiores produtoras de seringa do Amazonas.

A constituição do sistema de seringal ao longo do Purus resultou em violentos conflitos com indígenas. Como as árvores





de seringa apresentam-se dispersamente conectadas por estradas, os seringais abrangem grandes áreas, obrigando a distribuição de seringueiros floresta adentro. Esta particularidade expunha os seringueiros aos embates com indígenas e o desfecho destes encontros foram em geral, assassinatos ou refugio dos índios em áreas cada vez mais isoladas e distantes dos seringais ou a incorporação do trabalho indígena à empresa seringalista. Entre trabalhadores migrantes e suas famílias, muitos também pereceram com as doenças que ainda hoje assolam a região como a malária ou os embates com indígenas.

Se entre meados do século XIX e a década de 1980, o Rio Purus e seus afluentes estiveram profundamente ligados à empresa seringalista, observou-se entre o fim da década de 1980 e ao longo dos 1990 uma significativa mudança. A partir deste período alteram-se profundamente as regras do jogo entre Estado e atividade seringalista, sendo suspensa pelo Governo Federal a tradicional política de proteção à atividade, que vigorara até então. Sem as facilidades de crédito ou garantias de preço no mercado internacional, grande parte dos patrões não conseguiu dar

continuidade a seus empreendimentos, conduzindo a atividade ao completo colapso.

Com o fim dos seringais, um número expressivo de seus trabalhadores também abandonou estas áreas em direção a cidades como Lábrea, Porto Velho, Manaus ou Rio Branco e alguns se deslocaram para comunidades a margem dos rios em busca de maiores facilidades de comercialização da produção extrativa ou agrícola advinda de seus plantios nas praias surgidas na vazante e estação seca.

Resultados

RESULTADOS E REFLEXÕES

O presente trabalho de pesquisa apresenta dados levantados no município de Lábrea no âmbito do projeto “Saúde da Criança na área Rural do Estado do Amazonas, coordenado pela Shine a Light” em parceria com a Universidade Federal do Amazonas, Programa de Pós Graduação em Antropologia Social. A atividade de coleta de dados foi realizada nos meses de maio e junho e se concentrou no Bairro da Fonte e Comunidade Extrativista São Paulo localizado no rio Purus. A pesquisa foi realizada mediante a aplicação de 88 questionários, envolvendo 151 crianças de 0 a 4 anos de idade, cujas respostas foram dadas pelas pessoas responsáveis pelo cuidado dessas crianças.

A aplicação dos questionários envolveu o trabalho em dupla entre o pesquisador e auxiliar de pesquisa. Optamos pelo convite ao colega do programa de



Pós-Graduação em Antropologia Social Rancejânio Guimarães, que vem desenvolvendo trabalho na região há dois anos e possui conhecimento necessário desta. Essa escolha foi feita tendo em vista a garantia de um contato prévio com a população e a formação do pesquisador. Esse possui pesquisa em nível de mestrado que se encontra em fase de conclusão. Aplicamos um total de 88 questionários. Nessa ação foram entrevistadas pessoas que estavam nas residências e cuidadores de criança no momento da entrevista. No conjunto de casas da “Terra Solidária” encontramos famílias com até seis e sete filhos.

A pesquisa foi informada e obteve anuência e parceria da Focimp (Federação das Organizações Indígenas do Médio Purus), Cimi (Conselho Indigenista Missionário), OMIMP (Organização das Mulheres Indígenas do Médio Purus), Prelazia de Lábrea através da Pastoral da Criança, indígenas das etnias Paumari e Apurinã, Secretaria de Saúde do município de Lábrea e prefeitura do município, moradores do Bairro da Fonte/Terra Solidária e Comunidade São Paulo.

A escolha dos locais pesquisados considerou a grande presença de crianças na faixa etária entre 0 a 4 anos e buscou uma amostra que permitisse visualizar e comparar a diversidade de situações em ambientes periféricos urbanos com presença indígena e não indígena e em comunidades rurais, buscando assim uma radiografia aproximada das situações sociais mais recorrentes na região pesquisada. O Bairro da Fonte está localizado na zona urbana de Lábrea, mas situa-se nas fronteiras de uma Terra Indígena (TI Catitu), sendo publicamente rotulado como um bairro indígena, ainda que atualmente vivam lá famílias ribeirinhas e extrativistas que migraram de áreas afastadas da região do médio rio Purus. Os religiosos católicos que residem no local relataram durante as entrevistas uma explosão recente na demanda de habitação na cidade, devido ao aumento de migrações para a sede municipal de Lábrea na última década. É neste contexto que a igreja cria o projeto “Terra Solidária,” um programa habitacional coordenado pelos agostinianos recoletos, que construíram casas feitas de madeira com recursos provenientes de doadores da Espanha. Essas casas são cedidas a famílias necessitadas através de um contrato renovado anualmente, mediante a obediência de determinadas normas de bom comportamento.



ALIMENTO

Nesta pesquisa de campo observou-se que as famílias se alimentam basicamente de peixe e farinha. O rio Purus, de acordo com pescadores de Manaus, fornece cerca de 60% do peixe que chega a capital do Estado. A base alimentar no período de cheia dos rios, quando o peixe torna-se escasso nos rios e está disponível apenas nos lagos, é o enlatado. A pesca predatória tem sido recorrentemente mencionada como razão da redução do tamanho e quantidades de algumas espécies de peixes, ocasionando períodos de fome nos dias atuais entre as famílias pesquisadas. Durante a atividade de campo encontramos relatos de moradores de comunidades de que barcos pesqueiros oriundos de outros Estados e até de outros países se deslocam pelo Purus na compra e retirada de peixes, ocasionando a

diminuição da demanda deste item alimentício para as pessoas que moram em comunidades ribeirinhas.

Entre os entrevistados 71 responderem que leite materno é alimento principal das crianças, mas entendemos que essas pessoas não possuem uma instrução formal sobre o benefício do leite materno no desenvolvimento das crianças nessas idades. Em resposta à seguinte pergunta, percebemos que após a criança desmamar, essa passa a receber uma dieta como a dos adultos. A maioria das famílias entrevistadas possui como única fonte de renda a pesca, e isso representa o principal alimento das famílias. O termo utilizado “não se aplica” refere-se ao fato que algumas pessoas optaram não responder à pergunta feita. A opção em não responder todo o questionário ou algumas das questões estava sempre presente na metodologia usada pelo grupo de pesquisadores.

Em nosso trabalho de campo, as entrevistas geralmente ocorriam no período da manhã a partir das 8:30 horas até as 11:30 e a tarde das 14:30hs as 18:00hs. Com estes horários, os pesquisadores podiam observar os diferentes momentos dos lugares entrevistados. A observação do horário da manhã permitia analisar a preparação do almoço, e assim podíamos confirmar os relatos das mães sobre o alimento dos seus filhos. Tanto as entrevistas quanto a observação conformam que a base da alimentação da criança após o período de aleitamento materno é comida baseada no peixe e na farinha, apesar da possibilidade de comprar arroz, feijão, macarrão e frutas com recursos advindos dos benefícios do governo.

Em algumas casas encontramos crianças comendo produtos industrializados, mas isto era raro. Observamos que as crianças comiam, em vários dos casos, apenas peixe. Na maioria dos casos falamos com apenas a mãe cuidando dos filhos, enquanto o pai estava no rio pescando para garantir o almoço e o jantar. No período de vazante, um bom dia de pesca rende peixes para refeições de dois dias. Assim, havia pescadores comercializando a sobra da sua pescaria nas ruas de Lábrea.

Quando se perguntou se em alguma época falta comida, muitos entrevistados informaram que no período de enchente do rio falta peixe. Outras pessoas mencionaram que ao final do mês falta comida, e nesse caso, ao término do recurso da Bolsa Família, só resta o peixe na dieta alimentícia. Quando perguntamos se

existem cuidados especiais para crianças nessa época, grande parte dos entrevistados não conseguiu responder a pergunta ou respondiam “não”. Pelas conversas com os familiares pareceu que poucas famílias planejam estratégias para uma boa alimentação dos filhos, embora sabendo que a falta de alimento é periódico.

Voluntárias do Pastoral da Criança pesam e medem as crianças para diagnosticar desnutrição; em entrevistas com elas, ouvimos relatos diferentes sobre este assunto. Algumas voluntárias falaram que quase todas as crianças que elas medem ficam dentro da média de peso e altura, enquanto outras indicaram que têm muitas crianças desnutridas. A hipótese é que há pouca capacitação para as voluntárias neste assunto: aprendem a medir, mas não avaliar os dados que coletam. Segundo dados oficiais, desde 2004 menos que 2% das crianças de Lábrea estão desnutridos (Portal ODM Lábrea, 2011), mas mesmo as voluntárias menos otimistas não deram uma estimativa de desnutrição tão baixa assim.

BENEFÍCIOS E DIREITOS

Poucas pessoas em Terra Solidária ou São Paulo recebem salário mensal: quase todas as que têm estão ligadas à prefeitura. Esta oferece emprego de acordo com as demandas da gestão local, e contrata em regime temporário, não oferecendo concursos públicos que permitiriam emprego estável. Tomando em conta a fragilidade em manter e arranjar um emprego com salário fixo, não é surpreendente que 81% das famílias entrevistadas recebem o benefício da Bolsa Família. De modo geral o sistema funciona bem, embora muitas mães reclamem que o dinheiro não basta para comprar alimento suficiente para todo o mês, especialmente na época de cheia dos rios. Muitas pessoas se preocupam ainda com o fato de que em cada começo do mês um grande número de famílias rurais chegam à cidade para retirar os seus benefícios no banco, complicando a sua vida e a convivência com os moradores urbanos.

No acesso aos documentos, os entrevistados informam que o trâmite legal se mostrou ágil; ao realizar uma visita ao cartório local constatamos que o atendimento



realizado ocorre de forma rápida. O problema da retirada dos documentos ocorre com as famílias de crianças que nascem nas comunidades distantes da sede do município. Em muitos casos essas pessoas demoram meses para vir à cidade e a falta de documentos que comprovam o nascimento da criança dificulta o acesso ao certificado de nascimento ou outros documentos.

Embora só 11 famílias não tenham pegado o Certificado de Nascido Vivo (12% do total), quase todas eram famílias que moravam em áreas rurais, onde a parteira não era permitida (ou não sabia) emitir um Certificado de Nascido Vivo. Sem este Certificado, é muito difícil receber o Certificado de Nascimento no Cartório; e sem Certificado de Nascimento, não se pode receber Bolsa Família. Em muitos casos, porém, as famílias usam o cartão de vacina como prova para retirar o documento; em alguns casos, um certificado de batismo também conta. Graças a estas ferramentas, só 3 famílias não podiam conseguir Certidão de Nascimento para seus filhos.

Percebemos no diálogo com os entrevistados que muitas famílias mudaram suas dinâmicas de vida só para facilitar a documentação. Muitas grávidas transitam grandes distâncias só para dar a luz no hospital do município, porque deste jeito o seu acesso aos documentos será mais fácil. Antes da Bolsa Família, quando os documentos não eram tão importantes, famílias deixavam anos para ir à cidade e retiraram documentos de vários filhos de uma vez, mas agora isto não é mais factível.

As famílias indígenas informaram que também possuem Rani (Registro de Nascimento Indígena) e que este documento foi obtido pela FUNAI de forma simples e rápida, sem transtorno.

GRAVIDEZE E PARTO

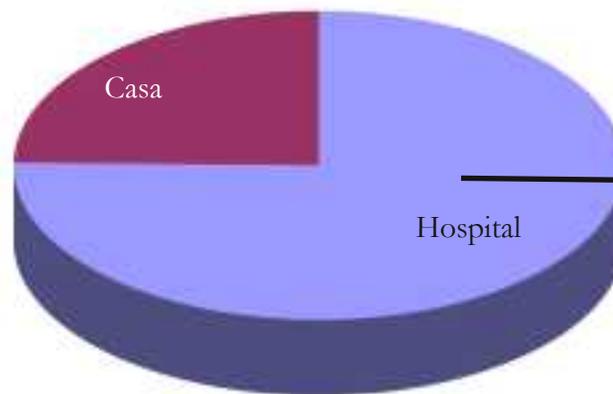
Várias perguntas nas entrevistas têm a ver com os cuidados da mãe antes e depois do parto. Descobrimos que 69% das mães não tiveram atenção pós-parto. Além deste número preocupante, a falta de um médico ou de uma equipe que possa oferecer atendimento emergencial ou preventivo à população ficou evidente nas entrevistas. Também houve reclamações das mulheres que são atendidas nos hospitais.

De acordo com as respostas dos entrevistados, a idade da mãe parecia influenciar no tratamento dispensado às mulheres no hospital: as jovens recebem menos atenção no tratamento e sofrem mais preconceito. Algumas adolescentes contaram que a enfermeira subiu na barriga delas para forçar a saída da criança. Outras falaram que as enfermeiras as insultaram e abusaram com frases como “Não pensou nessa dor antes de transar, não é?” ou “Agora vai ganhar o que você merece.” Estes modos de atendimento desrespeito

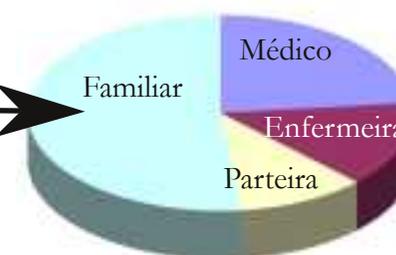
ALGUÉM CUIDOU DE VOCÊ NA GRAVIDEZ?



ONDE NASCEU A CRIANÇA?



APOIADO POR QUEM NO HOSPITAL?



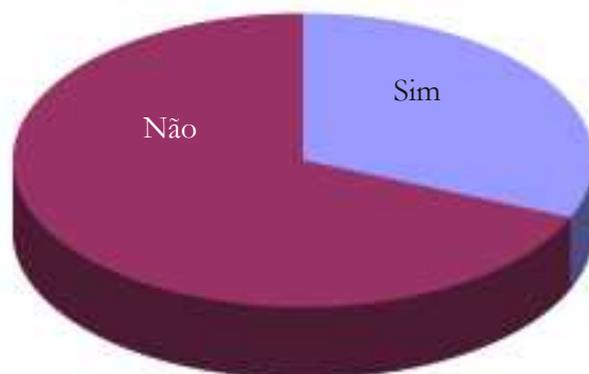
teriam acontecido não somente com mães jovens e solteiras mas também com adolescentes casadas, ou com indígenas, cuja cultura permite ou até valoriza a maternidade com uma idade relativamente baixa.

De outro lado, as mulheres com mais de 20 anos falam de um tratamento respeitoso e atencioso por parte das enfermeiras. Também dizem que quando reclamam de maus-tratos, suas queixas são escutadas e o tratamento melhora. Quando perguntamos como o tratamento dessas mulheres poderia ser melhor, sete entrevistados informaram que os médicos devem dispensar mais atenção no atendimento das pacientes. Outras seis pessoas responderam que as enfermeiras precisam melhorar o atendimento ao público e apenas um entrevistado indicou ser necessário mais presença médica nesse atendimento. É importante notar aqui que muitas pessoas não queriam ou não podiam responder às perguntas para avaliar ou criticar a atenção médica. Este fato indica que muitas pessoas não possuem o hábito de reclamar do tratamento nos órgãos públicos que prestam serviço à população.

Quando questionadas sobre o que seria boa atenção médica nesta comunidade e família, a maioria novamente não tinha uma resposta clara. Os entrevistados que responderam pediram melhor atenção do médico, visita domiciliar, melhores médicos, maior número de médicos, mais atenção dos médicos, atendimento dos postos de saúde no período noturno e diagnóstico médico correto relacionado às doenças. Embora muitas pessoas não quisessem reclamar do serviço, estas respostas – o tom geral de muitas entrevistas – deu a impressão que quase todas as pessoas estão insatisfeitas com a atenção médica nos postos e no hospital.

As enfermeiras aparecem como principais profissionais presentes nos cuidados pré-natais, cuidando de 36% das mães grávidas, mas ainda mais pessoas

ATENÇÃO MÉDICA PÓS NATAL



(45%) dependeram principalmente da sua família. Parteiras cuidaram de 14% das mulheres grávidas, realizando um trabalho de orientação e acompanhamento e promovendo cuidados essenciais às mães nos momentos que antecedem o parto. Na cidade, as parteiras cuidam de poucas mulheres, mas entre as mulheres entrevistadas no campo, era o apoio mais importante.

É interessante que embora 75% das mulheres entrevistadas deram à luz no hospital, só 28% listaram o médico ou a enfermeira como a pessoa mais importante que a acompanhou e ajudou durante o parto. Sabemos que médicos e enfermeiros estão presentes no hospital; então este dado confunde nossas expectativas. Achamos que pode ter duas explicações: ou os profissionais simplesmente não aparecem, ou a sua presença não merece ser chamada de “ajuda” ou “apoio.” O que é certo é que esta estatística é uma crítica contundente do atendimento médico hospitalar.

32 mulheres – 37% das entrevistadas que aceitaram responder à pergunta – perderam um filho antes de nascer. Destas, sete sofreram dois abortos, e quatro sofreram três ou mais. Muitas destas mulheres – especialmente as que tiveram vários abortos – encontraram-se nas comunidades distantes da sede do município, apontando as dificuldades quanto ao acesso aos cuidados básicos na gravidez. Aqui é importante pensar como o incentivo a procurar um sistema oficial médico para o parto, vem desarticulando os sistemas locais de cuidados da grávida.

Quando perguntamos “Quais são os primeiros cuidados que se deve ter depois do nascimento do bebê?”, muitas mulheres não souberam como responder à pergunta. Porém, quando explicamos melhor, as mães falaram de muitos cuidados com o recém-nascido: amamentação, vacina, banho, cuidados com o umbigo, não falar alto, cuidados com doenças, cuidado hospitalar, higiene, alimentação, cuidados ao pegar a criança, evitar contatos com pessoas doentes, cuidados ao dormir, evitar peito pra cima, cuidados com vento e sol, não sair com a crianças nos primeiros meses, cuidado para não engasgar e o uso de chá para evitar doenças.

Ao observar as respostas acima, percebemos uma variedade de respostas envolvendo conhecimentos tradicionais, enquanto cuidados envolvendo a questão da medicina convencional aparecem menos vezes na fala dos entrevistados. Nos diálogos com as mulheres, identificamos que os conhecimentos passados pelas mães das entrevistadas representam uma fonte de reprodução de saberes que ajudam no



cotidiano de cuidados das crianças recém-nascidas. Já que muitas das mães entrevistadas tiveram o seu primeiro filho na adolescência, a avó é uma fonte de conhecimento fundamental para cuidar da criança.

Embora algumas mães adultas informaram que foram bem tratadas no hospital, pelo geral mulheres grávidas recebem atenção médica péssima na cidade de Lábrea. Em contraste, no campo, a mulheres falam muito bem das parteiras que as ajudaram a dar à luz.

MEDICINA E CRIANÇAS

Se a atenção médica as mulheres grávidas é fraca em Lábrea, não podemos dizer muito mais para a atenção médica oferecida para as crianças. Podemos ver, por exemplo, que quando levam seus filhos ao hospital ou ao posto de saúde, menos que 30% das famílias foram atendidas por um médico de formação universitária. Quando olhamos para esta estatística com mais cuidado, resulta ser ainda pior do que imaginávamos, porque grande número destes atendimentos profissionais eram para as famílias indígenas, as que são servidas por um sistema diferenciado. Por exemplo, 15 famílias informam que receberam uma visita de um médico em casa, e 15 mais receberam uma enfermeira, mas quase todas destas são famílias Paumeris ou Apurinãs. Das famílias não indígenas – tanto no bairro de Terra Solidária como na comunidade de São Paulo – quase nenhuma recebeu uma visita de um médico ou enfermeira, e poucos foram atendidos por médicos quando foram ao hospital ou ao posto.

Em conjunto com a informação sobre o parto – especialmente o dado de que as muitas parturientes estavam no hospital com atendimento só da família – percebemos um retrato de um sistema médico sem profissionais médicos.

No caso dos dentes, os dados são ainda piores. Quando perguntadas se tinham levado os filhos ao odontólogo uma vez, menos que 20% das mães reponderam que sim; fazendo seguimento da pergunta, descobrimos que na realidade, seis destas mães tinham levado o filho ao odontólogo para uma consulta das mães; assim, somente 12% das crianças tiveram alguma atenção dentária.

Em contraste, o programa de vacinas funciona muito bem. 95% das crianças tinham o seu cartão de vacina em dia, e todas as que não tinham todas as vacinas moravam longe da sede do município.

Por que o sistema de vacinação funciona tão bem, quando o resto do sistema médico é um desastre? Oferecemos quatro hipóteses a esta pergunta essencial:

1. As duas comunidades pesquisadas tem agentes de saúde com muita experiência e dedicação. Para eles, a vacinação é uma meta central do seu trabalho, e ficam acima das famílias – e dos postos – para sempre atualizar as vacinas das crianças. Também é importante notar que tanto em Terra Solidária como em São Paulo, a Pastoral da Criança tem uma presença forte, e vacina também é uma prioridade deste grupo.
2. O Governo Federal realiza o programa de vacinação, enquanto a atenção médica nos Postos é responsabilidade do município de Lábrea. Por isso, o programa de vacinação presta atenção na fiscalização, prestação de contas, e accountability, todos aspectos bastante ausentes na administração municipal.
3. É um dos programas mais antigos do sistema de saúde
4. A vacinação feito (e pode ser feito) de modo campanhista, diferentemente do que é feito nos programas relacionados aos cuidados de crianças que exigem um contato mais constante com a criança e sua família.



Embora seja claro que o sistema médico não funciona para a maioria das famílias, a maior parte deles ainda dizem que é o médico que procuram quando o seu filho fica



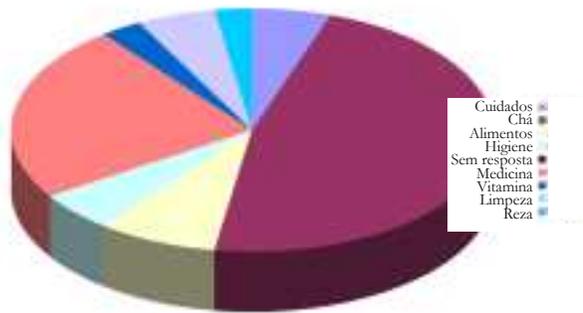
FOTO: WILLAS DIAS DA COSTA



doente.

O contraste entre este dado é o número de crianças que realmente receberam atenção médica é notável: mais que duas vezes, pessoas dizem que buscam ajuda do médico, dos que realmente receberam esta atenção. Por isso, acreditamos que esta

O QUE FAZ PARA QUE SEU FILHO FIQUE SAUDÁVEL?



resposta representa um tipo de desejo ou ideal: caso o sistema médico público realmente funcionasse, seria a eles que procurariam.

O itinerário terapêutico que as famílias realmente trilham é diferente, como vemos

quando olhamos para as respostas com mais atenção. Com poucas exceções, a mãe começa o processo observando a doença do seu filho ou filha – em cinco casos, as famílias comentaram que é a avó que faz o primeiro diagnóstico. Dizem que sabem quando seu filho está doente porque “está triste e fica quieto,” ou “não quer brincar.” Outras mães indicaram que a falta de apetite também é causa de preocupação para elas. Nenhuma família entrevistada disse verificar a febre da criança.

Ao perguntarmos o que as mães fazem para que seus filhos sejam saudáveis, 49 pessoas não conseguiram responder, apesar da tentativa de explicar o sentido da pergunta. O que isso representa não sabemos ao certo. Pode tratar-se de um problema de comunicação entre os pesquisadores e os entrevistados, dificultando a resposta, já que não entenderam a questão. Pode ser ainda que expressa o fato que essas pessoas não realizavam alguma ação para evitar doenças, o que não nos parece a alternativa mais correta. As mães que fazem trabalho de prevenção de doença listaram algumas ações que fazem, a esquerda.

Observamos nas casas que as famílias realmente fazem muita coisa para manter a boa saúde dos seus filhos, desde o cultivo de pequenas hortas com ervas medicinais, até o cuidado com higiene ao redor da casa. Os agentes de saúde e a Pastoral da Criança fazem questão de ensinar estas técnicas para as famílias com crianças pequenas. Porém, parece que as mães ainda não ligam esta prática à questão



de prevenção de doenças.

As famílias falam de uma grande diversidade de doenças das que sofrem seus filhos, mas a grande parte delas cabe dentro de categorias de gripe e diarreia.

Embora disenteria/diarreia aparece como uma das repostas mais comuns, os entrevistados não acusaram a água como responsável pela doença. A malária aparece como terceira doença que mais afeta as crianças, e é perfeitamente possível que muitas pessoas que responderam “gripe” ou “febre” realmente estão diagnosticando malária

nos seus filhos: no diálogo com os pais identificamos que apesar desses morarem na sede do município, o trabalho deles é na zona rural, onde a doença é endêmica. Das famílias entrevistadas na zona rural, quase todas falaram ou de malária ou de sintomas parecidas com a mesma. Alguns pais falaram que quando as crianças acompanham os seus pais ao trabalho, acabam sendo contaminados pela doença. Em muitas áreas na periferia da cidade – incluindo Terra Solidária – as pessoas falam muito da presença do mosquito da malária. Doenças respiratórias (pneumonia e asma) não ocupam um lugar muito grande no quadro de doenças, mas os 15 casos são notáveis quando comparamos com as outras cidades neste estudo, onde não há nenhum informe de problemas de pulmão. Vale a pena pesquisar por que isto acontece só em Lábrea.

SANEAMENTO BÁSICO

Embora água e esgoto sejam assuntos muito problemáticos no município de Lábrea, vemos um esforço para enfrentar os problemas, algo que não é tão claro quando examinamos a pesquisa em, por exemplo, Atalaia do Norte. Quando a Prelazia de Lábrea fundou a comunidade Terra Solidária, furou um poço artesiano.



O poço funciona em sistema de alternância, dando água em cada horário para as duas ruas, mas não há aplicação de cloro na água distribuída para as residências.

Embora esta solução não seja perfeita, é melhor que em muitos outros bairros da cidade, onde as pessoas ainda dependem da água do rio ou esforço próprio: não há uma empresa que é responsável pelo cuidados da água no município. As comunidades localizadas na zona rural, não possuem poço artesiano; segundo os moradores dessas comunidades a prefeitura já tentou perfurar poços mas os estudos para a realização da obra indicaram uma baixa profundidade para perfurar os poços, por ser localidades de várzea. As famílias das comunidades rurais coletam água do rio Purus, de igarapés próximos, ou da chuva.

Grande parte das famílias informam que tratam a água antes de beber, uma porcentagem muito maior que vemos nos outros municípios pesquisados.

Os agentes de saúde em Terra Solidária e São Paulo fazem muita questão não só de distribuir hipoclorito para purificar a água, mas também de educar bem como e por que usar esta substância. Como se vê no filme “O Agente de Saúde,” parte audio-visual deste projeto, educar sobre água exige atenção e formação constante, além de uma relação de amizade e confiança entre o agente e as famílias. Muitas pessoas não gostam do sabor do hipoclorito, mas agora a maioria o usa.

Um dado estranho que surge da pesquisa é que, embora a maioria das pessoas use o hipoclorito, poucas pessoas entendem a conexão entre água e diarreia: só uma minoria pequena afirmaram que “Água pode causar doenças no seu filho.” Desta minoria, grande parte são de São Paulo, onde o agente de saúde é muito competente e tem trabalhado na região há muito tempo. Com o cruzamento destes dados, parece que as famílias botam hipoclorito na água em grande parte porque simplesmente obedecem à figura de autoridade, ou talvez porque confiam nela. Também é possível que muitas pessoas digam que botam hipoclorito porque sabem que deveriam – que era a resposta “certa” a nossa pergunta – mas que na realidade, não fazem o que dizem.

Porque Terra Solidária é um conjunto habitacional construído nos últimos anos pela igreja, o seu sistema de fossa não representa bem o comum em Lábrea.



Na construção das casas, a igreja e seus apoiadores espanhóis fizeram questão de botar uma patente e uma fossa atrás de quase todas as casas. Nas áreas rurais, o rio é o banheiro, embora muitas famílias falassem que fazem questão de buscar água em um lugar separado.

O DIA-A-DIA DA CRIANÇA

Enquanto falamos com as famílias em Terra Solidária e São Paulo entramos em contato com crianças que suas mães relataram que as mesmas havia sido diagnósticas com doenças sérias: diarreia, malária, verminose, febre, alergia, gripe, malária e ainda anemia e epilepsia; apesar de 90% dos entrevistados dissessem que seu filho encontrava-se “bem”. É um contraste contundente, e merece um pouco de reflexão.

Primeiro, é claro que as mães e os pais em Lábrea entendem que a doença é parte normal da infância. Crianças adoecem, mas quase sempre ficam melhor dentro de pouco tempo: as doenças que as crianças vivenciam são entendidas como um momento passageiro e logo irão recuperar sua saúde. Quando perguntamos como seu filho está, comparando a outras crianças – na comunidade ou fora dela – grande maioria dos pais responderam que seus filhos estavam “melhores” que outras crianças. Existe uma expectativa diferente sobre a saúde das crianças, e por isso, ainda uma criança claramente doente pode ser visto como “bem”. Este estar bem pode se referir ao fato que as crianças não estão naquele momento com um problema grave, que merece registro e intensa preocupação. Talvez se tivesse alguma criança com a saúde visivelmente precária, a resposta poderia ser outra. Por outro lado, a baixa expectativa de saúde serve com desincentivo de exigir boa atenção médica, saneamento básico, ou outros serviços dos quais o município deveria ser responsável. Uma outra questão a ser apontada é o fato que,

embora possa ser verdade que os pais não têm expectativas altas sobre a saúde dos seus filhos, imaginam a infância como um tempo de brincadeira e diversão. Enquanto a criança é capaz de brincar com os outros, rir, e divertir-se com os brinquedos, diz-se que está bem.

De modo geral são as mães que cuidam das crianças no dia a dia. Os pais saem a pescar e as mães ficam em casa, cuidando das crianças, cozinhando, limpando, etc. Em 21% dos casos, as mães saem e deixam os filhos com os avós ou tios, e em 7% dos casos, deixam as crianças pequenas aos cuidados dos irmãos maiores. Em só um caso a criança é cuidada por um vizinho. Podemos dizer que quem fica com as crianças pequenas no dia a dia ainda segue uma lógica tradicional. Porém, algumas mães disseram que gostariam de trabalhar fora de casa – e na realidade, é mais fácil para uma mulher arrumar emprego em Lábrea que para um homem – mas lamentaram não haver uma creche ou outra forma de cuidar dos seus filhos, o que torna essa vontade impossível.



Embora o cuidado das crianças siga um padrão tradicional, as famílias em Terra Solidária diferem do formato familiar histórico pela falta de apoio da família extensa. Em grande parte as famílias que moram em Terra Solidária são migrantes recentes do campo, ou da Terra Indígena ou da beira do Rio Purus; chegaram à cidade em busca de benefícios como a Bolsa Família, ou porque os seus filhos já chegaram à idade de frequentarem a escola secundária, e só tem a primária no interior. A família extensa – os avôs, tios e outros parentes tão essenciais para a manutenção familiar no interior – não migraram juntos. Essas famílias retornam para esses locais com certa frequência, mantendo esse vínculo. Por outro lado, as mães normalmente não contam com o apoio de uma rede familiar maior na cidade.

Em Terra Solidária, os pais não estão contentes com os espaços onde as crianças possam brincar:

92% pediram melhores espaços. Na atualidade, a casa é principal lugar de brincadeira para as crianças pequenas, e tanto os pais quanto as crianças reclamaram do tamanho pequeno do espaço e da falta de alternativas.

Algumas crianças também brincam na rua, embora os seus pais se preocupem muito com a passagem de carros e motos a alta velocidade, e umas poucas acompanham irmãos maiores ao rio, um lugar comum de brincadeira para meninos maiores.

Os pais informam que as crianças gostam de uma grande diversidade de brincadeiras diferentes, embora a maior parte destacaram o uso dos brinquedos: normalmente bonecas, louça de brinquedo, carros, e bolas. Como grande parte das famílias da Terra Solidária são migrantes recentes, a fartura de brinquedos baratos de plástico é uma novidade interessante. Também percebemos que uma brincadeira local preferida por muitas crianças, tanto meninos como meninas, é simplesmente correr na rua. Marcam uma distância de corrida e competem pra ver quem chega primeiro. Nas casas rurais, os brinquedos são menos comuns, e os pais mencionam



outras atividades como nadar e subir em árvores.

Muitas famílias pediram uma praça ou um parquinho infantil no bairro. A Praça Cornel Labre, a quase meia-hora caminhando desde as casas da Terra Solidária, chama atenção de muitos pais, crianças, e jovens; nas noites do final de semana, a praça está sempre cheia de famílias, casais de jovens namorados, visitantes, um torneio de futebol, e – mais significativo para as crianças – um parque de diversões com brinquedos infláveis para pular ou escorregar. Embora os pais saibam deste lugar, famílias de Terra Solidária poucas vezes o frequentam, em parte porque fica tão longe das suas casas, mas ainda mais porque não conseguem pagar a alta tarifa cobrada para usar os brinquedos.

Entrevistas

AGENTES DE SAÚDE

Uma segunda etapa da pesquisa consistia na entrevista com dois agentes de saúde. Igualmente a quase todos os profissionais de saúde com os quais falamos no transcurso da pesquisa, os agentes expressaram medo de que suas críticas ao sistema pudessem ameaçar o seu emprego; por isso, mantemos aqui seu anonimato.

DA ZONA RURAL

O agente de saúde que trabalha com as comunidades rurais mora em Lábrea, exigindo desse um deslocamento até a comunidade onde realiza o atendimento de 12 a 16 horas em barco com rabeta. Ele sobe o rio todos os meses e lá permanece entre três dias a uma semana, atendendo as pessoas que moram na beira do rio. O agente relatou que tem quase vinte anos de experiência como agente de saúde. Informou que gosta do que faz e acha importante o que desenvolve. Ao falar do seu trabalho descreveu as visitas realizadas nas casas onde entrega cloro, educa as

famílias, e atende pequenos problemas médicos.

Quando questionado sobre as mudanças necessárias para o melhor desenvolvimento do trabalho, o agente de saúde destacou as dificuldades encontradas para o financiamento do combustível para seu deslocamento até as comunidades. Revelou que em administrações passadas houve longos períodos sem repasse de combustível ou mesmo do motor. Quando isso acontecia, o agente tinha que usar seus próprios recursos para realizar as visitas nas residências. Agradeceu que a atual administração municipal tem oferecido gasolina para o transporte até a comunidade sob sua responsabilidade.

A Água é um tema central para este agente de saúde: ele afirma que pode ser a parte mais importante do seu trabalho. Afirma que as comunidades onde trabalha não possuem poço artesiano por situarem-se em área de várzea, o que impossibilita furar um poço. Por isso, a única alternativa de tratamento da água apresentada pela prefeitura é o uso de cloro, mas o agente acha que a distribuição de um filtro para purificar a água seria muito melhor. Nas comunidades de zona rural não há rede de esgoto: as pessoas usam o rio como banheiro e queimam o lixo para tratar resíduos. Não há fossas nas casas.

O agente de saúde informou que o consumo de peixe e farinha é a base alimentar da população. Nos últimos anos foram introduzidos outros alimentos como arroz e macarrão, vendidos por comerciantes que passam pelo rio em barco, mas a dificuldade de obter recursos financeiros torna-se uma barreira para ter uma alimentação mais variada no ano inteiro. Porém, na

época de seca, tem grande fartura de alimento na região, graças ao conhecimento agrícola local. Quando o rio baixa, deixa imensas praias de terra rica, adubada pela água que desce dos Andes. Os moradores não tem que cortar nenhuma árvore e não precisam de pesticida ou fertilizante: só plantam, cuidam, e fazem uma safra farta de abóbora, abobrinha, tomate, feijão, ervilha, mandioca e muitos outros produtos. As famílias não comercializam sua safra; usam só para a subsistência. Normalmente, esta fartura dura pouco tempo, e o resto do ano as pessoas sobrevivem da farinha que fizerem na época, junto com peixe e caça, mas na época de seca, as pessoas comem muito bem. O agente informou que por isso, na comunidade onde atua, não há presença de pessoas desnutridas.

No que tange às mulheres grávidas o agente de saúde informou que em seu trabalho busca aconselhá-las a realizarem o pré-natal. Porém, para tal elas devem se deslocar até a sede do município para realizar a consulta com a enfermeira que realiza o trabalho de orientação e acompanhamento das grávidas. Segundo o

entrevistado, após suas orientações algumas mulheres no primeiro mês de gravidez já procuram o serviço de pré-natal; outras apenas procuram o serviço no sexto mês de gravidez. O entrevistado informou que ele acompanha as grávidas ao posto de saúde para realizar o pré-natal. É comum que quando essas se encontram próximas do parto, vêm morar nas casas de parentes na sede do município e aguardam o momento do parto próximo ao hospital. Não tem parteira na comunidade, mas ao outro



A Oca que meu avô casou

lado do rio, na Terra Indígena, mora uma mulher que sabe muito de ervas e de parto, e muitas mulheres pedem ajuda desta indígena durante a gravidez, para problemas de saúde feminina, e para se informarem sobre problemas enfrentados por crianças pequenas. O parto na comunidade vem se tornando uma prática cada vez mais rara, vigorando a prática do deslocamento para a sede do município e o parto no hospital da cidade. Em parte esta mudança depende da orientação médica, e em parte pela facilidade de documentar a criança e assim receber a Bolsa Família.

Só uma criança da comunidade morreu nos últimos anos. Ficou doente e a mãe a levou para a sede do município para tratamento, mas não recuperou. O agente acredita que a falta de experiência da mãe em diagnosticar o problema pode ter agravado a doença. Assim, agora o agente faz muita questão de educar as mães e de acompanhar os recém-nascidos. Não há registro de mortes de parturiente desde a chegada do agente para trabalhar na comunidade.

NA SEDE MUNICIPAL

Este agente comunitário de saúde trabalha na zona urbana há quatro anos e informou que na gestão municipal anterior as visitas eram semanais, mas nessa nova administração, estas passaram a ser diárias. A prefeitura pediu esta mudança para melhorar a entrega de medicamentos de pacientes encaminhados pelo hospital. Isso viabilizou uma dinamização na marcação de consulta com os médicos e o relato ao médico dos casos a serem atendidos.

O agente de saúde lamentou a falta de ambulância para o deslocamento de pacientes, particularmente de mulheres em trabalho de parto. Outro problema é o serviço telefônico, o que poucas vezes funciona nos postos ou no hospital. Ele comentou que o sistema de saúde também é pouco preparado para atender crianças com malária, algo que acontece em muitos casos depois delas acompanharem seus pais em campo.

O agente de saúde informou que a água consumida pela população no bairro que ele atende vem de poço. Não há sistema de esgoto, nem mesmo fossa para o despejo dos dejetos das casas.

O agente, com o apoio da Pastoral da Criança, fornece “farelo” para complementar a alimentação infantil, visto que muitas crianças encontram-se com peso abaixo das medidas adequadas segundo parâmetros do Ministério da Saúde. O agente informou que as pessoas não obedecem às orientações que ele dá sobre saúde pública. Poucas vezes ele vê realizados os cuidados com a água, alimentação e medicamento que ele ensina. Uma barreira é a resistência da população rural em colocar o cloro na água para evitar doenças. Segundo o agente de saúde as pessoas alegam que o cloro deixa a água com um sabor ruim e assim preferem não usá-lo.

Em relação às grávidas o agente informou orientá-las da necessidade de realizar o pré-natal e de tomar as devidas vacinas. Diariamente o agente passa nas casas lembrando as grávidas de irem até o posto para ser atendidas pela enfermeira. Quanto ao pós-parto, este informou que orienta as mulheres a realizar nas crianças os exames necessários e atualmente realizados no hospital: teste do pezinho e cuidados com o umbigo da criança. Sem pesquisa na comunidade servida pelo agente, não sabemos se este esforço tem melhores resultados que em Terra Solidária, onde poucas mulheres recebem atenção pré ou pós- parto. Segundo o agente, em sua área de atuação não houve relatos de morte de crianças ou da mãe no momento do parto, mas destacou que há dez anos o sistema era ainda mais precário e deficiente e havia um índice elevado de mortalidade infantil.

Conclusões

CONCLUSÕES

Lábrea é uma zona de conflitos: entre brancos e indígenas, entre moradores tradicionais e os novos agricultores que colonizam a cidade do sul e nas beiras da transamazônica, entre os moradores mais acomodados na cidade e os novos migrantes que vêm do campo em busca de educação e serviços públicos. Os líderes da reserva extrativista nos falaram que estão sob ameaça de morte pelos fazendeiros que querem colonizar a sua terra, e é só pela presença da Força Nacional – policiais e militares de outros estados que trabalham em áreas de conflito para proteger os ameaçados – que seguem vivos. As relações do trabalho parecem uma história da época da escravidão: grande número das pessoas que entrevistamos vão ao mato



por 3-6 meses na época de chuva para buscar castanha ou outros produtos da floresta. Financiam sua viagem com um empréstimo de um “patrão” local, que depois exige o devolução com altos juros e paga uma quantia paupérrima pelos produtos trazidos. Cada ano, estas pessoas entram mais e mais em dívida. Segundo o IBGE, os 20% mais ricos da cidade recebem mais que 60% da renda da cidade, e os 20% mais pobres recebem menos que 1% deste PIB local; esta estatística é 200% pior que em 1991.

Neste contexto, não é surpreendente que os serviços de saúde são péssimos em Lábrea. O município vive um conflito agudo sobre quem controla os recursos, tanto os naturais – a terra, o peixe, os minerais – como os recursos do Estado que chegam ao município. A elite tradicional que sempre controlou a política na cidade ainda não tem motivo de repassar este dinheiro para servir à saúde dos moradores da periferia ou das áreas rurais.

Em alguns campos, nossa pesquisa não representa bem a vida normal em Lábrea: devido à conjuntura única que levou à construção das casas de Terra Solidária, os cuidados sobre saneamento básico e saúde pública são melhores neste bairro periférico que em muitas outras comunidades em Lábrea. Em São Paulo, na área rural, um agente de saúde muito competente e dedicado trabalha com a população há muitos anos, também dando um apoio pouco comum no município. Se tivéssemos feito esta pesquisa em outra região do município, poderíamos ter coletado dados ainda mais preocupantes que os incluídos aqui.

Nossa pesquisa em Lábrea mostra que o trabalho de um bom agente de saúde pode ter um impacto grande na saúde das crianças. Mas também mostra como o sistema de saúde formal, sucateado como é pela incompetência, corrupção, e conflito, pode falhar ao povo.



ATALAIA DO NORTE

Capítulo 6

INARA NASCIMENTO TAVARES

*E*ste trabalho objetiva apresentar os dados da pesquisa “Linha de Base: A saúde de crianças rurais no estado de Amazonas” realizado por SHINE A LIGHT em parceria com a Universidade Federal do Amazonas (PPGAS-UFAM), no município de Atalaia do Norte, Amazonas.

Realizada no período de abril e maio de 2013, abrangeu o total de 150 famílias, totalizando 415 crianças. Na faixa etária de abrangência da pesquisa (0-4 anos), foram contempladas 219 crianças.

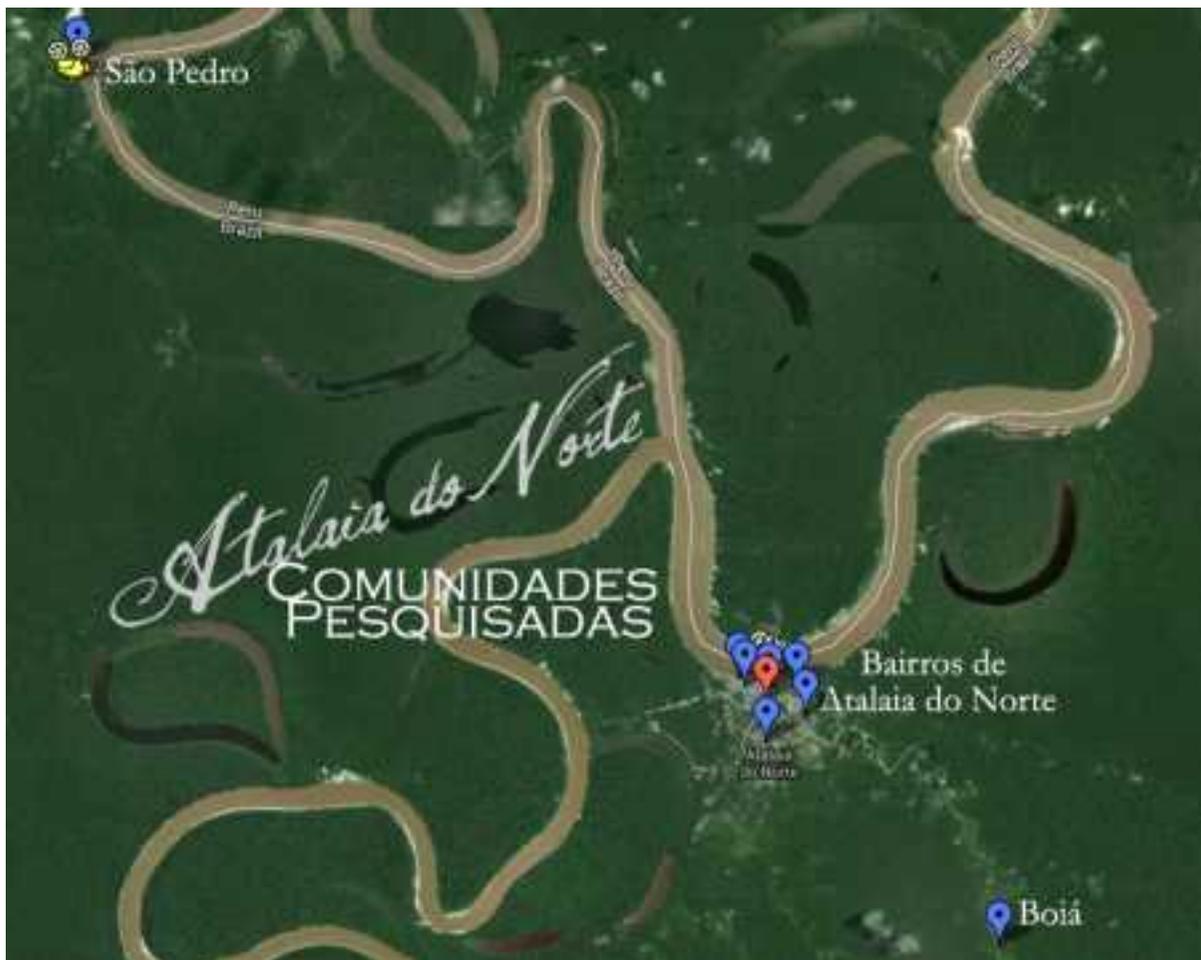
Além das famílias residentes na área urbana de Atalaia do Norte, estendeu-se também a duas comunidades localizadas na área rural (Assentamento do Boiá e São Pedro do Norte), além das famílias indígenas das etnias Matis, Kanamari e Mayoruna, em trânsito na cidade no período de execução da pesquisa.

Para realização da pesquisa, formou-se uma equipe composta pela pesquisadora responsável, Chapu Matis – indígena Matis, estudante do ensino médio, Charles Siqueira – graduado em Antropologia pela Universidade Federal do Amazonas, Polo Benjamin Constant e Gildete Félix – estudante de Pedagogia e merendeira em escola municipal.

Com esta equipe, foi discutida a metodologia da pesquisa. Além da aplicação dos questionários dirigidos aos pais e responsáveis das crianças, com ênfase nas narrativas e dados qualitativos, levou-se em consideração a abordagem para aplicação dos questionários.

Portanto, os questionários foram orientadores das conversas sobre crianças, que geraram os dados aqui apresentados. Após as conversas, diariamente os pesquisadores encontravam-se para a produção de notas de campo, registrada em anexo aos questionários aplicados. Semanalmente, realizaram-se avaliações sobre o andamento da pesquisa, que se adequou conforme as necessidades apontadas.





Com as famílias indígenas e comunidades rurais, a abordagem foi realizada por meio de grupos focais, onde se estabeleciam as conversas sobre crianças. Com as famílias indígenas, foram realizadas conversas na Casa de Apoio Matis, com 3 famílias e aproximadamente 30 pessoas (entre mulheres, homens, idosos e crianças) e na família de Chapu Matis .

Também foram realizadas conversas na casa de apoio Mayoruna, com 3

OS PESQUISADORES DE ATALAIA DO NORTE CONHECIAM MUITAS PESSOAS, COMO EM TODA CIDADE PEQUENA. FIZEMOS UM EXERCÍCIO DE APLICAR O QUESTIONÁRIO ENTRE OS PARENTES E PESSOAS PRÓXIMAS, PARA REALIZAR UM TESTE DE ENTENDIMENTO DO QUESTIONÁRIO E UM EXERCÍCIO DE ABORDAGEM AO ASSUNTO. ALGUMAS PALAVRAS DO QUESTIONÁRIO CAUSARAM ESTRANHAMENTO COMO “ODONTÓLOGO”, “DIETA”, OU QUESTÕES REFLEXIVAS – PARA REALIZAR COMPARAÇÕES, OU QUESTÕES DE OPINIÃO. QUANTO A ABORDAGEM, DECIDIU-SE QUE A APRESENTAÇÃO DA PESQUISA SERIA UMA CONVERSA SOBRE CRIANÇAS, PORQUE AS PESSOAS FICAVAM INTIMIDADAS AO RESPONDER “PERGUNTAS OU QUESTIONÁRIO”. OPTOU-SE TAMBÉM EM PRESERVAR A IDENTIDADE DAS PESSOAS QUE NÃO QUISESSEM SE IDENTIFICAR.

famílias e aproximadamente 30 pessoas (entre mulheres, homens, idosos e crianças) e com os Kanamari, em um encontro que reuniu 3 famílias (aproximadamente 25 pessoas) na sede do órgão indigenista FUNAI.

Na comunidade São Pedro do Norte, foram realizadas conversas com famílias e com um grupo de membros da comunidade, e produziram-se registros audiovisuais. A comunidade se auto identifica pela etnia Kokama, e tal identificação é motivo de lutas frente aos órgãos indigenistas e órgãos municipais, que não reconhecem sua identidade étnica.

No assentamento do Boiá foram realizadas conversas com famílias extensas, nas roças. No assentamento, as famílias mantêm sítios, ocupados geralmente nos períodos de roça e colheita. Nos intervalos, as famílias se estabelecem na cidade.

Na área urbana, foram selecionados os bairros considerados de

O MUNICÍPIO DE ATALAIA DO NORTE ESTÁ EM TRANSIÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL. OS SECRETÁRIOS ESTÃO EM PROCESSO PARA ASSUMIR OS ÓRGÃOS MUNICIPAIS. O SECRETÁRIO DE SAÚDE AINDA NÃO TINHA ASSUMIDO O CARGO ATÉ A FINALIZAÇÃO DESSA PESQUISA. A SAÚDE MUNICIPAL ESTÁ SOB RESPONSABILIDADE DO VICE-PREFEITO, ROBISSON MOSS, QUE ALÉM DO CARGO PÚBLICO, É MÉDICO E ASSUME A GESTÃO DO HOSPITAL DO MUNICÍPIO. O CONSELHO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO ARTICULOU-SE JUSTAMENTE PARA FISCALIZAR O MOMENTO DE TRANSIÇÃO E GARANTIR QUE OS SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE CONTINUEM FUNCIONANDO. PELA LEGITIMIDADE DESTA AÇÃO, OPTOU-SE EM DIALOGAR COM O CONSELHO.

vulnerabilidade social. São bairros no entorno do centro da cidade. Os bairros Portelinha, Olaria e parte baixa do Centro são regiões afetadas pelo regime das águas (cheia e vazante) e parte baixa do Centro, onde se localizam as pontes são áreas alagadas praticamente o ano todo, por estarem à beira do rio Javari, fizeram parte da pesquisa.

Resultados

RESULTADOS E REFLEXÕES

ESTÁ BEM?

1. Como está seu filho (a)? O vê saudável e feliz? Como compara com outras crianças na comunidade e (se pode comparar) fora dela?

As respostas para esse primeiro conjunto de questões variam conforme a abordagem aos entrevistados. São questões iniciais, respondidas muitas vezes de

modo genérico, e que no decorrer do questionário ganham outros elementos mais significativos para compreensão. O questionário apresenta as opções “bem, mal”, “sim, não”, “melhor, pior” para as respectivas perguntas.

Uma observação é que a maior parte dos pais não respondem as assertivas negativas (mal, não, pior). Contudo, ao optarem pelas assertivas positivas (bem, sim, melhor) qualificam essa informação com elementos como:

Daiane, 2 anos “Sim, ela está bem e alegre, apesar de tá com catapora”.

Jânio, 2 anos “Jânio está gripado, mais demora a pegar doença... Ele tem boa saúde sim!”.

Ana, 4 anos e Carlos, 5 anos “Eles são saudáveis, porque eles não tem nenhuma doença grave”.

Gabriele, 4 anos “Gabriele é saudável, bem difícil adoecer... a doença é febre e gripe! Agora ela tem gripe!”.

Kimberli, 4 anos/ Laila, 3 anos e Lavinia, 4 meses “Porque elas não estão doentes, não nasceram com nenhuma anormalidade”

Informações como catapora e gripe, seguidas após afirmações de boa saúde, à primeira vista podem parecer contraditórias. Porém, essas afirmações revelam a percepção dos sujeitos, que compreendem “saudável” como ausência de doenças graves e/ou congênitas, ainda que apresentem sintomas de enfermidades. Assim, considerar-se saudável é uma questão subjetiva, que pode revelar os modos de significação da doença e elucidar os processos de cura.

Também foram registradas afirmações sobre a ausência de saúde na criança:

Luciana, 4 anos “Não muito saudável porque sempre aparece uma dor de barriga”

Michelle, 1 ano e 3 meses “Michelle tá doente, sempre tem gripe!”

Hellen, 4 meses “Hellen fica sempre gripada, não tem remédio na farmácia pública nem inalação”

Bruno, 2 anos e Raina, 1 ano “Mal, estão com diarreia”

José Carlos, 2 anos “A criança tem problemas e toma remédios controlados, mas no momento o remédio está em falta”

Thalison, 1 ano “Não muito bem, o Thalison está com malária”

Nataly, mãe de Michelle, 1 ano e 3 meses

- Professora, gripe não é doença de médico, de hospital. Fica gripado, fica doente... Uma hora passa. Eu sei que remédios o posto de saúde dá, então dou eu mesmo!

Inara: Mas e se gripe virar outra doença?



- Ah, quando virar eu me preocupo! Mas é assim mesmo... Já tem tanta gripe mal curada que sempre tá assim, com gripe.

Sobre a questão “Como compara com outras crianças na comunidade e (se pode comparar) fora dela?”

Vitória, 1 ano e 10 meses “Alegre, brinca, é inteligente, cuidada, diferente de muitas crianças que não recebem atenção dos pais”

João, 5 anos e Laura, 2 anos e 7 meses “Alegre, brinca e corre, é inteligente. Fica mais em casa, diferente de outras, brincam com águas de valas de esgoto ”

Daiane, 2 anos “É brigona, quando vai para a casas das vizinhas é a mais esperta”

Maria Eduarda, 4 anos “É diferente das crianças da ponte, porque não gosta de brincar com outras crianças”

Naiara, 2 anos e 2 meses “Inteligente, fala muito, diferente das outras da vizinhança que é mais calada”

Marlon, 4 meses “Ele é alegre, só vive rindo, já outros bebês choram e são calados”

Cristiane, 4 anos e Thalia, 1 ano e 3 meses “Não são comportados, os do vizinho são!”

Ralf, 1 ano e 7 meses “É magrinho, faço de tudo para ver se engorda, que nem outras crianças”

Brumo, 3 anos “Inteligente demais para a idade dele e de outras crianças”

Samuel, 1 ano e 10 meses “Brigão porque não pode chegar perto de outra criança da idade dele que belisca, morde... O do vizinho não faz isso”

Talita, 4 anos e Julio 4 anos “Em algumas coisas meus filhos são melhores, porque eles têm comida, têm roupa limpa, têm sapato e tem criança que nem isso tem!”

Antônio, 2 anos e Antonieta, 10 meses “Meus filhos igual aos dos vizinhos, não sei comparar”

Manoel Carlos, 3 anos “igual a todas as crianças”

Jorge, 4 anos “São iguais, porque todas as crianças são iguais”

Natanael, 3 anos “Igual as crianças, porque ninguém é diferente”

Adrian, 2 anos “É igual as outras crianças”

Sebastião, 3 anos “Igual, porque não tem ninguém melhor que outro”

“ser igual às outras crianças” nos intrigou e nos levou a realizar uma atividade, executada no último dia da pesquisa em Atalaia do Norte. Neste dia , realizamos uma festa, quando distribuimos 150 cestas básicas às famílias que participaram da pesquisa. Fizemos um momento com as famílias (mulheres e crianças e somente um pai), onde colocamos a seguinte questão: Temos uma história de vida, que nos faz especial, diferente e único. O que você e seus filhos têm de especial? Com cartolinas e lápis de cor, as mães e crianças registraram com desenhos e palavras suas respostas. Seguem alguns registros.



FOTO: INARA NASCIMENTO TAVARES

Festa das Famílias

Após afirmações tão distintas e subjetivas,



2. Quem cuida dos seus filhos (as) durante o dia a dia? (fins de semana, noite, em momentos difíceis). Quem está presente nos lugares de brincar? Essas pessoas ganham algo em troca pelo cuidado das crianças?

Para esta questão, foram colocadas as opções “família nuclear, família extensa, amigos e profissionais”. Constata-se que os cuidados das crianças são centralizados na família extensa (avós, tios, cunhados) e na família nuclear (pai, mãe, irmãos). Os cuidados das crianças na maioria recaem sobre as mulheres, mãe e avós, contudo os cuidadores se revezam nos fins de semana e à noite.

Os cuidados nos fins de semana e à noite são revezados pelos pais que têm horários livres. Muitas mães estudam à noite e o cuidado das crianças fica com os pais e família extensa. Os irmãos mais velhos cuidam dos irmãos menores em momentos de ausência dos pais. Quando questionados se os irmãos mais velhos ficam acompanhados por pessoas adultas, a resposta é sempre positiva.

Alguns pais alegaram a “intromissão” do Conselho Tutelar nesse assunto. Deixar crianças sozinhas em casa pode ser apontado como abandono, situação que causa indisposição entre a família, vizinhos e funcionários do Conselho Tutelar:

Mirian e Antonio, pais de Antonio (4 anos) e Antonieta (2 anos e 10 meses) “Acho chato, porque não pode bater nos filhos que eles vêm e intervêm na criação. Acho um erro, devido vários adolescentes perdidos

no mundo das drogas”

Raimunda, mãe de José, 1 ano e quatro meses “Não gosto, porque o conselheiro impede a educação dos filhos, porque hoje o pai não pode colocar mais os filhos para trabalharem, com isto, acho um erro, porque se pai não ensina o filho a trabalhar na agricultura, a criança e o adolescente cresce sem saber trabalhar e acaba ficando sem saber de nada.”

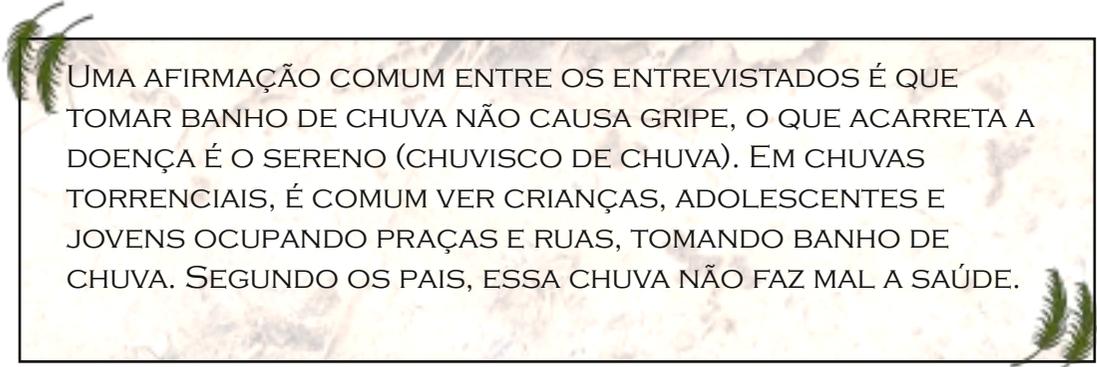
Quando os cuidados das crianças se estendem aos “profissionais”, encaixam-se nessa categoria as pessoas que recebem uma remuneração financeira. Foram registrados na pesquisa muitos profissionais que possuem relações de parentesco com a criança (tia, avó), e amigos da família (filha da vizinha). Os valores da remuneração variam de R\$ 50,00 à R\$ 300,00 mensais.



3. Onde a criança brinca? Os espaços de brincadeiras, como poderiam ser melhores? Quais são as brincadeiras que mais gosta? Com quem brinca?

Os espaços de brincadeiras das crianças são em casa, no terreiro (quintal), varanda e espaços no entorno da casa. Mesmo nesses espaços, as





UMA AFIRMAÇÃO COMUM ENTRE OS ENTREVISTADOS É QUE TOMAR BANHO DE CHUVA NÃO CAUSA GRIPE, O QUE ACARRETA A DOENÇA É O SERENO (CHUVISCO DE CHUVA). EM CHUVAS TORRENCIAIS, É COMUM VER CRIANÇAS, ADOLESCENTES E JOVENS OCUPANDO PRAÇAS E RUAS, TOMANDO BANHO DE CHUVA. SEGUNDO OS PAIS, ESSA CHUVA NÃO FAZ MAL A SAÚDE.

crianças brincam sem supervisão direta de adultos, apesar de, nas conversas, os pais sempre afirmarem que têm adultos reparando as crianças quando brincam. Ao chegar às casas para as conversas sobre crianças, sempre éramos recebidos por crianças que depois continuavam suas brincadeiras, enquanto conversávamos com os pais.

As afirmações sobre o perigo das ruas, das pontes e de mortes de crianças por afogamento (em especial, as famílias que moram em regiões de alagação), o medo de acidentes por motos (atropelamento) e o roubo de crianças foram assunto de muitas conversas. É consenso que a rua é um lugar sujo, de doenças, de acidentes. Entretanto, isso não impede as crianças de ocuparem esse espaço nos fins de tarde.

O roubo de crianças é um assunto tratado com desconfiança e medo. Na região do Alto Solimões, especialmente nos municípios de Atalaia do Norte, Tabatinga e Benjamin Constant já foram relatados alguns casos, e o mais lembrado entre as pessoas é o caso de um bebê que foi raptado e seu corpo foi “preenchido” de drogas, para o tráfico.

As crianças brincam com seus irmãos e vizinhos, e suas brincadeiras são variadas. Todos os pais alegam que ter um espaço maior na casa, varanda, terreiros e quintais cercados, tornariam os lugares mais apropriados para brincar.

Vitória, 1 ano e 10 meses “Na frente de casa com o primo José de 2 anos, corre, grita, gosta de boneca. Seria bom um parque de diversão”

Antônio, 4 anos e Antonieta, 2 anos e 10 meses “Brincam em casa. Seria melhor se a casa fosse maior e cercada por motivo de alagação”

Izabele, 4 anos “A Izabele não gosta de brincar muito, a não ser de pipa, diferente das outras meninas que gostam de brincar com bonecas”

José, 1 ano e 10 meses “Brinca dentro de casa, na bacia d’água”

Maria Eduarda, 4 anos “Dentro de casa, com boneca ,com o cachorro dela chamado fofinho que é bebê ainda. Se tivesse uma varanda na casa, e com um bom espaço, também não gosta de brincar sozinha.”

Ralf, 4 anos “Dentro de casa. Se tivesse um quintal grande, cercado para brincar seria melhor”

Bruno, 4 anos “Deveria ter um quintal, um espaço livre, porque a casa não tem quintal”

Isabele, 5 anos e Jânio 2 anos “ Brincam no pátio e quintal, na rua tem muita sujeira. É bom brincar num lugar limpo. No quintal, brincam de bola”

Jorge Daniel, 3 anos e Hellen, 4 meses “ A casa é alta, as crianças brincam debaixo do assoalho, em tábuas e chão. Não são bons lugares de brincar, seria bom espaços sem cachorros e gatos que transmitem doenças. Eles gostam de brincar de correr, com paus”

Gabriele, 4 anos “Dentro de casa e na parte da frente. Medo de cair na água no alagado. A casa fica na ponte. Ela gosta de correr e de boneca”

Rafael, 14 anos, Ana Flávia, 8 anos, Ana Carla, 3 anos, Natalina, 1 ano e Bruna, 1 mês “Brincam em casa, na ponte. Não é adequado, no alagado dá medo de cair na água e de alguém pegar as crianças. As crianças brincam com o Rafael”

Mateus, 4 anos e Marcos, 3 anos “Dentro de casa, eu não deixa brincar fora. Seria melhor se o quintal fosse grande e fosse cercado. Eles gostam de assistir patati-patata, ouvir música com os irmãos”

Igo, 3 anos “Brinca dentro de casa. Se tivesse um parque de diversão em Atalaia, seria bom”

Alguns pais reivindicam a criação de um parque de diversões. Isso se deve ao parque de diversões privado, instalado nos fins de semana na praça central de Atalaia do Norte. São brinquedos de plástico, piscina de bolinhas, escorregadores e pula-pula. Para brincar, o valor pago é entre R\$ 3,00 a R\$ 5,00 reais, pelo tempo de 10 minutos.

Há poucos espaços livres e praças públicas na cidade, três quadras públicas que ficam sob responsabilidade das escolas municipais e são utilizada pelos jovens e adultos para prática de esportes.

“Para quem tem 8 filhos, são R\$ 40,00! Ainda tem que comprar um lanche, porque senão não foi no parquinho! Faço isso só de vez em quando, e olhe lá! É muito difícil pra uma mãe ver seu filho querendo as coisas e não poder dar... Nem vou lá na praça, pra não ver cara de criança pidona (criança que pede de modo excessivo e com birras, coisas aos pais)” Ruth, mãe de 8 filhos.



4. Quando seu filho está doente, o quem você procura? E se isso não resolve?

Os itinerários terapêuticos percorrido pelos pais em Atalaia do Norte passam pelos rezadores, família e médicos (profissionais da saúde: agentes de saúde, enfermeiros).

Os rezadores são as peças - chaves do percurso realizado pelos pais e familiares para o tratamento de doenças de criança. Essas doenças, conhecidas como quebrante, se categorizam em vários modos:

Quebrante de fome

“Pega através do olhar da pessoa com fome que vem agradecer a criança”
Eliane e Francisco, pais de Francisco, 1 ano.

Quebrante de susto/ espanto

“Quebrante de susto, que é dado através de barulho, queda” Juanilde e Adicley, pais de Cassia, 3 meses.

“Pessoas que assustam a criança fazendo zuada” Cláudia e Lorismar, pais de Thairany, 4 anos e Thalison, 1 ano.

Quebrante de vento caído

“Vento caído é transmitido quando alguém pega a criança e vira de cabeça para baixo, ou carrega acima da cabeça” Maria José e José, pais de Sebastião, 3 anos.

Quebrante de mal olhado

“Quebrante de mal olhado é dado através de pessoas que olham com o olhar de mal para as crianças” Leidiana e Amisterdan, pais de Danley, 11 meses.

Nos diálogos com os pais, os sintomas do quebrante são febre, vômito, diarreia, fraqueza. Tais sintomas podem ser diagnosticados como outras enfermidades. Contudo, é o rezador que define se é doença de reza, ou seja, curada através da reza, ou se é doença de médico.

“Depende da doença. Quando é caso de médico procura o médico, quando é caso de reza, procura a rezadeira” Charles e Danicélia, pais de Charles Luan, 1 ano e 7 meses.

“Leva pra avó levar no rezador, senão resolve, vai pro médico” Janayra e Dangelo, pais de Nataly, 1 ano e 5 meses.

“Levo pro médico. Quando não resolve procuro rezador para rezar nas crianças,” Eliza e Raimundo, pais de Greice, 7 anos, Francisco, 5 anos, Raimundo, 3 anos e Augusto, 4 meses.



FOTO: INARA NASCIMENTO TAVARES

“Médico rezador, ele define que doença é, se é doença de reza, olbo fundo, quebrante, faz remédio caseiro” Maria José e João, pais de Cristiele, 4 anos e Maria Eduarda, 8 meses.

“Primeiro o rezador, depois os médicos e por último um chá caseiro” Nariane e Fábio, pais de Wilson, 2 anos e 8 meses

“Meu pai (avô da criança), depois médico. Quando não resolve procura rezador para saber se a criança precisa de reza ou não” Célia e Edcharles, pais de Natally, 3 anos e 5 meses

“Primeiro faz chá e leva ao rezador... e se não der jeito, leva ao médico” Carmem e Ilton, pais de Ricardo, 10 anos, Luan, 8 anos e Iego, 4 anos.

“Vai pro rezador, faz chá. Não levo ao médico” Socorro e Charle, pais de Francisco, 3 anos.



A maior parte das famílias que procuram os rezadores seguem as recomendações por eles indicadas. Remédios e chás caseiros, orações em horários do dia, amuletos e pulseiras de proteção são as receitas mais indicadas.

Foi realizado um mapeamento parcial dos rezadores na cidade de Atalaia do Norte. Baseados em dados secundários, conversamos com 5 rezadores, que indicaram uns aos outros, totalizando 20 pessoas, senhores e senhoras na faixa etária de 50 – 90 anos. Alguns deles transitam entre a cidade e suas comunidades. Fizemos uma tentativa de reuni-los, porém só foi possível conversar pessoalmente com alguns deles.

Com os rezadores que conversamos, é consenso a afirmação de que o conhecimento das rezas e curas é um dom, colocado a serviço gratuitamente. As receitas sobre chás e remédios caseiros são conhecimentos compartilhados entre eles,

contudo há tratamentos que são exclusivos, por se tratarem de receitas de família, passadas pelas gerações.

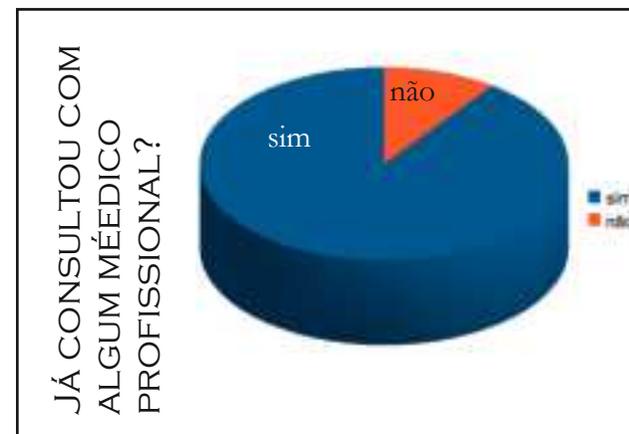
Por se tratar de um dom, ao ser questionado sobre a possibilidade de repassar esses conhecimentos a pessoas que se dedicariam ao serviço de rezas e curas, os rezadores se mantiveram em consenso: é impossível repassar esses conhecimentos. Os conhecimentos possíveis de repassar são sobre os remédios e chás, e somente algumas receitas.

A procura por um médico ou outro profissional de saúde, para muitos pais, ocorre pela indicação do rezador. Apesar das reclamações e descontentamentos com o sistema de saúde municipal, quase todos os entrevistados já receberam uma visita médica em sua residência e/ou já foram atendidos por um médico, quando estavam doentes. Grande parte dos entrevistados alega que a menor frequência de visitas médicas em casa está associada a não contratação de médicos pelo sistema de saúde municipal.

Ainda sobre o tratamento de doenças por rezas, algumas famílias professam religiões que não permitem essa prática (religiões protestantes e suas variantes por igrejas, seitas

messiânicas). Contudo, os pais afirmam que essas igrejas e grupos religiosos dispõem de serviços de reza e cura, e que levam seus filhos para fazê-los, conforme os preceitos religiosos.

“Somos evangélicos, quando é caso de doença de reza, resolvemos em casa” Rosalina e Alessandro, pais de Izabele, 4 anos; Estefany, 3 anos; Rebeca, 2 anos e Thaeme, 3 meses.



“Não acredito em rezador, e sim na bíblia. Rezo com a bíblia” Maria Cristina e Eurismir, pais de Helida, 8 anos e Marlon, 4 meses.

“Procuro médico, se não resolver procuro a igreja para orar, tento resolver em casa com remédio caseiro. Somos evangélicos e não acreditamos em reza de rezador” Antonia e Berlamino, pais de Ana Sabrina, 1 ano e 4 meses.

“Só o médico mesmo! Somos israelitas, fazemos algumas orações quando estão doente,” Izaias e Anita, pais de Bruno, 3 anos e Ester, 1 ano.

Há também a procura de tratamentos em hospitais da região, nas cidades de Benjamin Constant, Tabatinga, na cidade colombiana de Letícia e na cidade peruana Islândia. Em Benjamin Constant e Tabatinga é necessário o trâmite e encaminhamentos das instituições de saúde municipais (hospital, unidade básica de saúde). Tal situação é desgastante para o doente e sua família, tornando o processo de tratamento comprometido.

Na cidade peruana de Islândia, o serviço de saúde procurado é de odontólogo (dentista) e a compra de remédios. Tal fato se deve ao acesso aos serviços por preço mais baratos. A procedência dos remédios e qualidade dos serviços não é questionada.

A CIDADE PERUANA DE ISLÂNDIA É UMA “CIDADE FLUTUANTE” A MARGEM ESQUERDA DO RIO SOLIMÕES, E FAZ FRONTEIRA COM BENJAMIN CONSTANT. O PERCURSO PARA ISLÂNDIA, SAINDO DE ATALAIA DO NORTE DURA APROXIMADAMENTE 1 HORA: ATALAIA DO NORTE À BENJAMIN CONSTANT POR ESTRADA, UTILIZANDO MOTO OU TRANSPORTE LOTAÇÃO (CARRO), DE BENJAMIN CONSTANT À ISLÂNDIA UTILIZANDO VOADEIRAS (CHAMADAS DE PEQUE – PEQUE). UM PERCURSO IDA E VOLTA, UTILIZANDO OS MEIOS DE TRANSPORTE MAIS BARATOS CUSTA R\$ 40,00; PODENDO CHEGAR A R\$ 50,00 POR PESSOA.

A CIDADE COLOMBIANA DE LETÍCIA FAZ FRONTEIRA COM TABATINGA. O PERCURSO PERCORRIDO PARA CHEGAR ATÉ LETÍCIA SAINDO DE ATALAIA DO NORTE DURA APROXIMADAMENTE 2 HORAS: ATALAIA DO NORTE À BENJAMIN CONSTANT POR ESTRADA, UTILIZANDO MOTO OU TRANSPORTE LOTAÇÃO (CARRO), DE BENJAMIN CONSTANT À TABATINGA DE BALIEIRA (LANCHA RÁPIDA), DE TABATINGA À LETÍCIA, UTILIZANDO MOTO OU TRANSPORTE LOTAÇÃO. UM PERCURSO IDA E VOLTA, UTILIZANDO OS MEIOS DE TRANSPORTE MAIS BARATOS CUSTA R\$ 66,00; PODENDO CHEGAR A R\$ 120,00 POR PESSOA.

5. Como é que vê se a criança está bem? Quem é que diz se está bem ou não? O que você faz para que seu filho (a) seja saudável?

As percepções sobre o bem estar da criança são variadas: estar alegre, brincando, conversando, comendo bem e sem choro são sinais de que a criança está bem. Os pais reconhecem esses sinais nas crianças, porém recorrem aos avôs e avós

quando se percebe algo diferente, a exemplo, reconhecer o quebrante nas crianças é função dos mais velhos, avôs e avós.

“Limpo ele pra que não fique doente, não deixar pegar coisas sujas do chão e por na boca” Mariluz e Mauro, pais de Maiara, 4 anos e Willian, 1 ano.

“Dou banho, alimento, não deixo ficar sujo” Ariane e Josirley, pais de Anderson, 3 meses.

“Limpeza da casa, alimentação: limpar bem a comida, a verdura, ter cuidado com os ratos, porque aqui é sem saneamento” Nilo e Orfita, pais de Cristal, 5 anos e Sara, 2 anos.

“Mantenho ele limpinho, escovo os dentinhos diretos” Carmem e Ilton, pais de Iego, 4 anos.

“Cuido da alimentação, deixo as crianças sempre calçadas e limpas” Oziane e Júlio, pais de Ana, 4 anos e Julia, 3 anos.



Em relação aos cuidados com a alimentação, mencionam os alimentos que as crianças comem, e aqueles que não podem comer, porque não é saudável (besteira) ou são comidas gordurosas.

“Uma boa alimentação, a comida dele tem que ter um preparo diferente da nossa, como o macarrão antes do tempero, tiramos o que vai ser dado a ele para depois por o tempero; Ele toma vitamina C todos os dias após o banho da manhã, e uma vez ao mês para a pesagem no posto de saúde” Charles e Danicélia, pais de Charles Luan, 1 ano e 7 meses.



“Dou uma boa comida com bastante legumes, tenho uma horta com cheiro verde, cebola de palha, tomate e outros, coloco na comida” Glória e Rafael, pais de Raquel, 4 anos.

“Cuido da alimentação, não deixo passar do horário de comer” Maria e Francisco, pais de Rosiane, 3 anos.

“Dou bastante água mineral, suco de maracujá, sempre em casa, na rua é perigoso e gente não sabe como faz” Vânia e Jonas, pais de Jonas, 10 meses.

“Nem comer besteiras, como bombom, chitos... Dou uma boa alimentação para os filhos” Maria Aparecida e Raimundo, pais de Ana, 4 anos e Carlos, 5 anos.

“Não comer muita besteira, muito bombom não é bom” Kena e Jacil, pais de Gabriele, 4 anos.

“Tem certas comidas que não dou para eles, como comidas gordurosas e remosas” Francisca e Antonio, pais de Catarina, 3 anos; Maria, 1 ano e Gabriel, 2 meses.

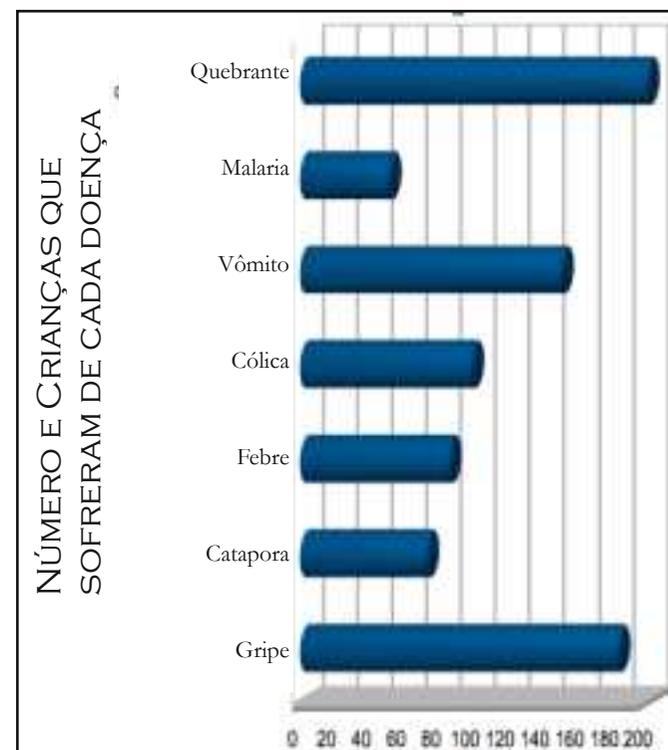
“Come peixe, não come carne. Peixe é saudável. Toma leite também” Ivone e Jânio, pais de Jânio, 2 anos.

6. Quais as doenças que seu filho (a) já teve? Quando?

As doenças mais relatadas são gripe, catapora, doenças de reza (quebrante). A maior parte das famílias relata que suas crianças só tiveram doenças de reza.

Relatos de febre, cólica, vômito, diarreia são considerados doença pelas famílias. Esses sintomas podem ser provenientes de várias enfermidades, mas muitos pais consideram como doenças de criança.

Foram registrados relatos de doenças como malária – com casos em crianças de menos de 1 ano que já tiveram a doença 2(duas) vezes, e de crianças que em um período de 1 ano já tiveram a doença 4 (quatro) vezes – e pneumonia. Não foram relatados casos de hepatite em crianças, contudo nas famílias entrevistadas foram encontrados casos de pessoas doentes ou em recuperação de hepatite.



SANEAMENTO

7. De onde pega a água para beber? Qual o preparo da água antes de beber? O agente de saúde distribui algo para purificar a água? Problemas de água já causaram doença no seu filho (a)?

A distribuição de água tratada, rede de encanamento e saneamento são problemas graves nos municípios de Atalaia do Norte, Benjamin Constant e Tabatinga. Há uma ação civil pública do Ministério Público, em relação à água potável no Vale do Javari, e um projeto do governo do Estado, para implantação de estações de tratamento de água (ETA) na mesorregião do Alto Solimões. A ação civil pública está sem resposta dos órgãos competentes e as obras da estação de tratamento de água estão concluídas, em ampliação da instalação de encanamentos e treinamento dos profissionais da estação.

“Pego água da torneira e da chuva, quando chove. A da torneira já vem tratada para beber” Zilanda e Junior, pais de Bruno, 3 anos.

“Pego da cosama, apenas coar a água porque já vem tratada” Audilene e Carlos, pais de Mebi, 3 anos.

“Só da chuva. É coar a água e colocar hipoclorito de sódio” Elizângela e Jonas, pais de Vitória, 1 ano e 10 meses.

A água utilizada como “potável” é da torneira ou da chuva. Algumas famílias

fazem o tratamento da água com hipoclorito de sódio, contudo grande parte das famílias utiliza a água distribuída pelo sistema de tratamento como adequada para consumo.

Além do uso do hipoclorito de sódio, distribuído pelos agentes de saúde, algumas famílias

realizam o tratamento da água com as pedras, distribuídas pela estação de tratamento de água. Trata-se do sulfato de alumínio, usado para decantação de partículas mais densas e ajuste do pH da água. Em termos menos técnicos, o sulfato de alumínio muda a coloração da água, tornando-a clara (no caso da água barrenta do Solimões), dando a impressão de limpeza das impurezas.

Ao buscar mais informações sobre as pedras na estação de tratamento, fui informada que o sulfato de alumínio é distribuído gratuitamente às pessoas que vão buscar na estação e a quantidade dada por pessoa é de 1,5 kg (um quilo e meio). A orientação dada é que se use 1 (uma) pedra a cada 40 (quarenta) litros de água. Conforme os cálculos dos responsáveis da estação de tratamento, usando o sulfato de alumínio com esta orientação, a quantidade de 1,5 kg (um quilo e meio) pode perdurar por um ano.

“Cosama. Coloco as pedras, porque a água já vem tratada” Rosenildo, pai de Julio, 4 anos.

“Torneira, coloco o hipoclorito de sódio na água dentro de um balde e depois tampo bem” Silvana e



Raimundo, pais de Luis, 9 anos; Maria Saldanha, 4 anos; Ainara, 2 anos e Juliana, 11 meses.

“Pego água da torneira, coloco pedras e hipoclorito de sódio” Nataly e Hescar, pais de Michele, 1 ano e 3 meses.

“Quando chove, pego água da chuva. Coloco pedras brancas da Cosama, para limpar a água e hipoclorito de sódio” Abigail e Elisen, pais de Jorge Daniel, 3 anos e Hellen, 4 meses.

No entanto, isso não ocorre. O tratamento da água com uso indiscriminado de hipoclorito de sódio e sulfato de alumínio torna a água com um sabor desagradável ao paladar. O resultado disto é que muitas famílias depois de um tempo optam por não realizar nenhum tratamento para água, por intolerância ao gosto da água.

Na compreensão de algumas famílias entrevistadas, a implantação da estação de tratamento da água, com instalações de encanamento, segue a lógica de que a água encanada é apropriada para consumo.

“Torneira, a água já vem tratada, pronta pra por no balde e no freezer” Lusmarina e Sebastião, pais de Alice, 7 anos e Maria Izabel, 3 meses.

“Pego da torneira, coloco no balde, coloco a pedra, depois pro litro e geladeira” Adais e Josué, pais de Alex, 1 ano e 1 mês

“Bebo do jeito que vem da torneira, por causa que já vem tratada” Taisa e Ailson, pais de Alice, 9 meses.

Contudo, todos os entrevistados afirmam que o agente de saúde distribui o

hipoclorito de sódio, recomendado para o tratamento da água potável. O uso do hipoclorito de sódio não é regular para toda água de consumo. Alguns optam por utilizá-lo na água de beber, outros utilizam somente na água para cozinhar e lavar alimentos.

“Sim, já pegaram diarreia” Marilza e Nazareno, pais de Ana Clarisse, 6 anos, Cristiane, 4 anos e Thalía, 1 ano e 3 meses.

“Sim, diarreia, só pegou o Raimundo de 3 anos” Elizta e Raimundo, pais de Greice, 7 anos, Francisco, 5 anos, Raimundo, 3 anos e Augusto, 4 meses.

A COMPANHIA DE SANEAMENTO DO AMAZONAS – COSAMA, É UMA EMPRESA DE ECONOMIA MISTA, RESPONSÁVEL PELA DISTRIBUIÇÃO DE ÁGUA, TRATAMENTO E SANEAMENTO NO ESTADO DO AMAZONAS. DESDE 2012, É A EMPRESA DIVIDE A ATUAÇÃO (PRIVATIZAÇÃO) COM A AGÊNCIA PRIVADA MANAUS AMBIENTAL. O ALCANCE DA COSAMA É DE SOMENTE EM 12 MUNICÍPIOS EM TODO O ESTADO, E CURIOSAMENTE NÃO INCLUI ATALAIA DO NORTE, APESAR DAS PESSOAS MENCIONAREM O NOME DA AGÊNCIA COMO REFERÊNCIA NO SERVIÇO PÚBLICO. O SERVIÇO DE DISTRIBUIÇÃO DE ÁGUA, TRATAMENTO E SANEAMENTO NO MUNICÍPIO É UM PROJETO DO GOVERNO DO ESTADO, VIA PRODERAM.

O PROJETO DE DESENVOLVIMENTO REGIONAL DO ESTADO DO AMAZONAS – PRODERAM, IMPLEMENTADO PELA COMPANHIA DE DESENVOLVIMENTO DO ESTADO DO AMAZONAS – CIAMA EM PARCERIA COM O BANCO MUNDIAL (BIRD). É UM PROJETO PAUTADO EM DIVERSOS EIXOS, UM DELES RELACIONA-SE DIRETAMENTE A PROMOVER O ACESSO AOS SERVIÇOS BÁSICOS DE SANEAMENTO, POR MEIO DA IMPLANTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ESGOTAMENTO SANITÁRIO E SISTEMAS DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA. “NO MUNICÍPIO DE ATALAIA DO NORTE (A 1.138 QUILOMETROS DE MANAUS), AS OBRAS DO NOVO SISTEMA DE ÁGUAS ESTÃO 100% CONCLUÍDAS. O MUNICÍPIO SALTOU DE 4.700 PARA 21.400 MIL METROS DE REDE. A CIDADE, QUE DISPUNHA DE RESERVATÓRIO COM CAPACIDADE PARA 200 MIL LITROS, PASSOU A CONTAR COM 800 MIL LITROS.” (GOVERNO DE AMAZONAS, 2013)

“A água da torneira vinha suja, daí todo mundo adoeceu de diarreia” Ruth e Charlei, pais de Rafael, 14 anos, Jéssica, 10 anos, Charlene, 8 anos, Ana Flávia, 7 anos, Ana Carla, 3 anos, Natalina, 1 ano e Bruna, 1 mês.

“Sim, infecção intestinal” Leizomar e João, pais de Ana Gabriela, 9 meses.

“Sim, diarreia. O médico falou que era porque não colocava hipoclorito na água” Arlete e Raimundo, pais de Victor, 4 anos e Vitoria, 2 anos.

“Quando eu dava água da cosama, minha filha pegou uma diarreia e o médico disse que era da



“água, aí resolvi juntar água da chuva para beber” Maria e Francisco, pais de Rosiane, 3 anos.

8. Onde é o banheiro?

Foram entrevistadas 150 famílias. Dessas famílias, somente 35 (trinta e cinco) famílias têm banheiro dentro de sua residência, com fossa. Essa questão causava estranhamento aos entrevistados, toda vez que perguntávamos onde era o banheiro, a resposta era óbvia: atrás de casa.

“Atrás da casa, banho e outras necessidades, feito tudo de madeira, sem fossa” Maria José e Dyooyr, pais de Daiane, 2 anos.

“Não tem banheiro, a gente procura ir no sanitários dos vizinhos” Mariluz e Mauro, pais de Maiara, 4 anos e Willian, 1 ano.

“O banheiro que possui é só para o banho, de necessidade procura o vizinho do lado” Silvana e Raimundo, pais de Luis, 9 anos, Maria, 4 anos, Ainara, 2 anos, Juliana, 11 meses.

“No mato para as atividades particulares; de banhar fica atrás da casa” Eliça e Raimundo pais de Raimundo, 4 anos e Augusto, 3 meses.

Atrás das casas tem uma área, geralmente de madeira, onde ficam torneiras, tanques e baldes para armazenar água. Neste espaço, um jirau para lavar roupas e louças, e no mesmo espaço é a “casa de banho”. Em dias quentes, crianças ficam o dia todo nesse espaço, imersas em baldes de água. É uma área de uso comum para



FOTO: INARA NASCIMENTO TAVARES



várias atividades, e às vezes, extensão da cozinha. À noite, as necessidades fisiológicas são feitas nessa área, e de dia, limpam a área, novamente. Para limpeza, usa-se creolina, considerado um matador de micróbios e vermes.

Mesmo em casas de alvenaria, este espaço aos fundos da casa, com múltiplas utilidades é um cômodo que compõe as residências. Em muitas casas de alvenaria separam-se os cômodos, e o banheiro é sempre o último a ser construído, ou ainda, é construído no espaço externo da casa.

Preocupante é a situação das casas que ficam à beira do rio. As necessidades fisiológicas são feitas no mesmo local onde se recolhe água para consumo. Mesmo esclarecidos do quanto isso pode ser maléfico, muitos alegam não ter escolha, e persistem em utilizar a água contaminada.

9. Pode descrever o que a criança come até quatro anos de idade? Como varia a dieta da criança de 0-4 anos? Tem alguma época que falta comida? Existem cuidados especiais para as crianças nessa época?

“Parou de mamar com 2 anos, com seis meses comia papinha. Come sopinha, caldinho de peixe, feijão, mas sem a semente, eu tiro e dou só o caldo do feijão” Francisca e Paulo, pais de Natanael, 3 anos.

“Come o que der, mas eu tento dar muitas frutas, como banana, pupunha, as frutas da região. Depois de 6 meses que ela começou a comer; fazia papinha de banana e dava para ela. as vezes não tem as frutas que a criança gosta” Maria Aparecida e Raimundo, pais de Ana, 4 anos.

“Ele tomava leite, não mamou. Come o que der, porque não tem dinheiro pra comprar. Não tem comida, mas não deixo faltar o caldo de peixe” Socorro e Charles, pais de Francisco, 3 anos.



“Mama ainda, começaram a comer com 6 meses, caldo de feijão, batata amassada, frango, arroz, macarrão” Adais e Josué, pais de Alex, 1 ano e um mês.

Afirmações como “come o que tiver”, “come de tudo”, “não tem frescura pra comer” são constantes ao falar sobre o que as crianças comem. A palavra dieta, associada a uma alimentação balanceada, sempre foi questionada. “A dieta é comer o que tiver” (Socorro, mãe de Francisco).

Não foram colocadas questões sobre a sazonalidade de alimentos. Os alimentos (frutas, verduras, peixe) faltam em determinada época do ano e a substituição por outros alimentos ocorre naturalmente. No período da pesquisa, era época de açaí. O que ocorre é a substituição e opção de consumo por um único alimento, o alimento da época. Encontramos famílias que nos relataram o consumo excessivo de açaí pelas crianças, que tomam açaí o dia todo e não comem outra coisa! (Cláudia, mãe de Thavysson, 4 anos).

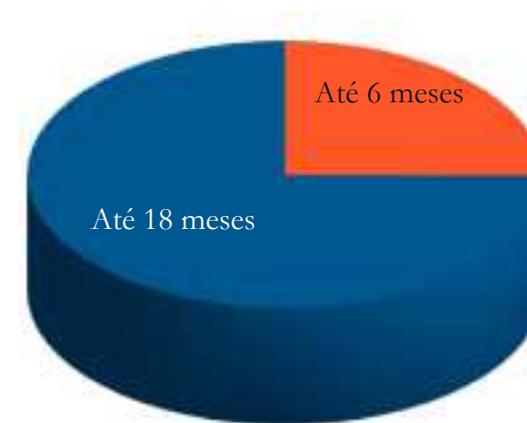
A questão sobre falta de comida também foi colocada em termos de “falta de dinheiro”. Algumas mães, especialmente, falaram sobre utilizar uma reserva do benefício social (bolsa família) para esta época do mês. Quando não tem nenhum dinheiro, fazem dívidas em pequenos mercados para pagar no final do mês.

As compras nos mercados são de enlatados, comidas rápidas, carnes e verduras em conserva. As mães dizem que as crianças gostam mais quando a comida é miojo (macarrão instantâneo).

“Toma mingau e come miojo. É as comidas que eles comem” Izaias e Anita, pais de Buno, 3 anos e Ester, 1 ano.

“Ainda mama, depois de seis meses começaram a comer mingau de banana e miojo. Hoje come o que der, come muito miojo, tento dar outra comida e não quer” Natavidade e Shubert, pais de Luíza, 2

AMAMENTAÇÃO



anos e 2 meses

“Até 1 ano e seis meses começou a comer mingau. Se faltar comida, substituo por um miojo” Dácia e Antoniel, pais de Darieli, 2 anos e 2 meses

“Sim, se faltar comida eu dou miojo” Maria e João, pais de Victor, 3 anos; Vinícius, 2 anos e Vanessa, 1 ano.

Alguns mercados exigem como garantia de pagamento da dívida o cartão do benefício social bolsa família. Em posse dos cartões, os donos de mercados exigem, além do pagamento da dívida, um acréscimo pela venda “a prazo”. Com isso, compras no valor de R\$50,00 podem se tornar dívidas de R\$80,00 à R\$100,00. Denúncias em relação a essa prática já foram realizadas, porém ainda ocorrem “às escondidas”, e os indígenas, a exemplo, são os que mais se submetem a essa prática.



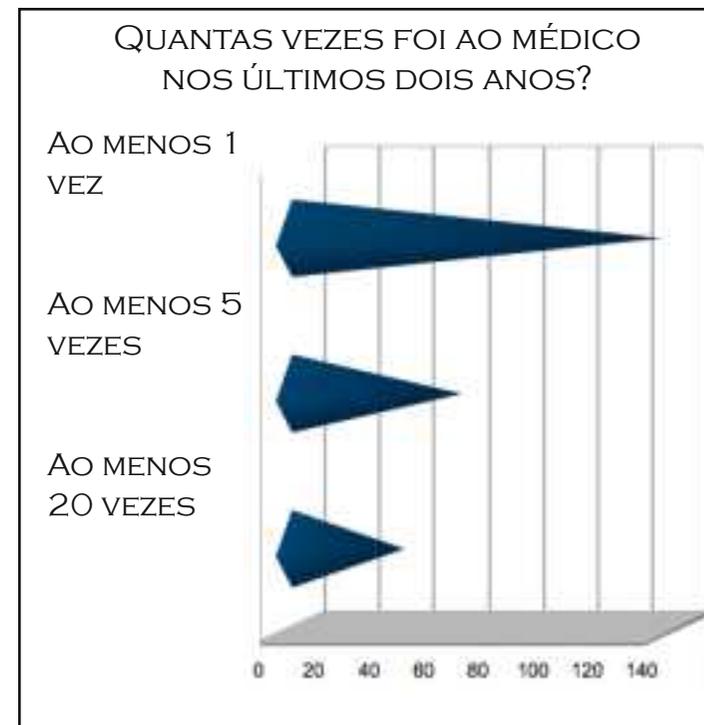
10. Seu filho já visitou o médico? Qual profissional de saúde? Quantas vezes nos últimos dois anos? Algum médico já veio a sua casa? Você já foi ao odontólogo? As visitas médicas estavam relacionadas aos seus filhos?

Nas conversas com as famílias entrevistadas, apenas 15 (quinze) famílias nunca receberam a visita de um médico em sua residência. A visita do médico sempre ocorreu em momentos de doenças graves, com necessidade de remoção para o hospital. Muitas visitas médicas não estavam diretamente relacionadas às crianças.

Apesar dessas tensões, os agentes de saúde juntamente com os técnicos da Vigilância Sanitária têm aplicado testes rápidos de malária, o que tem facilitado no diagnóstico e tratamento rápido da doença. No caso de testes de malária e entrega de hipoclorito de sódio, os agentes de saúde são recebidos em todas as residências.

A frequência de idas ao hospital e unidade de saúde é alta. Nos últimos dois

anos, algumas famílias registram no mínimo 5 (cinco) até 20(vinte) idas ao serviço de saúde. Considerando que não há prática de ir ao médico regularmente e nem uma ação preventiva em relação à saúde, pode-se constatar que esses números revelam a quantidade de vezes que doenças graves – sem resolução na família e nos rezadores – ocasionaram idas ao sistema de saúde.



Quanto à ida ao odontólogo, tanto os familiares quanto as crianças só utilizaram o serviço deste profissional em casos de urgência, e ainda, muitos se direcionaram a Islândia (cidade peruana) para tratamentos odontológicos. Alguns pais relataram que nas escolas já houve atividades como “Semana da Saúde Bucal”, e hoje não ocorrem.



11. Alguém cuidou de você na gravidez? Perdeu alguma criança antes de nascer? Como foi o parto? Quais são os primeiros cuidados que se deve ter com o bebê ao nascer? Depois do parto você teve algum acompanhamento médico?

Os relatos sobre partos e perda de crianças sempre eram assuntos que geravam horas de conversa. A memória da gravidez, os enjoos, os desejos, as recordações de detalhes como roupas, adornos para crianças (pulseiras, brincos), as histórias jocosas sobre o pai na hora do parto rendiam uma intimidade e confiança que, em muitas famílias, só acontecia nesse momento do questionário.

Perder uma criança, em todas as conversas, foi um assunto tabu. A concepção de perda estava associada ao descuido da mãe ou ao não desejo da mãe em ter a criança. Não desejar ter a criança, em muitas conversas, era considerado um pecado e o descuido, era considerado uma justificativa plausível para o pecado de não desejar conceber.

No total de entrevistadas, 40 (quarenta) mulheres afirmaram ter perdido criança nos primeiros períodos de gestação. Algumas delas sentiam culpa, outras afirmavam ter sido um acontecimento bom – apesar dos julgamentos externos. Conheci 5 (cinco) mulheres que ainda reverenciavam as crianças perdidas no dia de finados, chamando-as de anjinhos, e colocando flores em seus túmulos.

Em todas as oportunidades que tive de estabelecer essas conversas com as mães, fui questionada por não ter filhos. “Na sua idade, tem

muitas mulheres que já tem duas, três crianças?” (Adila, 23 anos. Mãe de Lucas, 4 anos e Luan, 3 anos). Ao partilhar com elas o meu desejo de ter crianças somente aos 30/40 anos, com estabilidade profissional e financeira, e que para isso não ocorrer fora dos meus planos eu utilizava de métodos contraceptivos, invertiam-se as questões: elas me questionavam sobre os métodos contraceptivos e me revelavam quais já usaram e/ou o motivo de não usar.

Coincidentemente, um dos poucos profissionais da saúde que disponibilizou informações para a pesquisa é o enfermeiro responsável pelo planejamento familiar no UBS São Francisco. Ao colocar essas questões para ele, ele informou que muitas mulheres procuram o posto de saúde a fim de utilizar métodos contraceptivos, porém só podem fazê-lo se for escondido de seus parceiros.

Conforme o enfermeiro responsável, o UBS não disponibiliza de todos os métodos contraceptivos necessários para indicar as mulheres qual melhor possibilidade de se prevenir. Os únicos métodos disponíveis são preservativos e pílulas anticoncepcionais. O preservativo é rejeitado pelas mulheres, que não querem se indispor com seus parceiros; a pílula ainda é envolta de vários tabus, e impedem que a mulher possa fazer a prevenção sem que o seu parceiro desconfie.

Ainda sobre o planejamento familiar, o enfermeiro nos informou que muitas mulheres que iniciam o pré-natal e perdem os filhos no decorrer da gestação não retornam às consultas na UBS. “Somos informados de que a mulher perdeu a criança por fofocas, ou às vezes ela conta ao agente



de saúde e ele nos informa... Mas nunca vi uma mulher que veio ao posto depois de ter perdido uma criança” T. enfermeiro, há 3(três) anos na UBS São Francisco.

Uma observação importante sobre os partos é que 35 (trinta e cinco) das mulheres entrevistadas tiveram parto cesariano. Predomina o parto normal, sem complicações e no hospital. Contudo, algumas nos relataram que no momento de seus partos, não havia médico no hospital e o parto foi realizado por enfermeiros. Esse é temor das mulheres grávidas: a ausência de médicos na hora do parto.

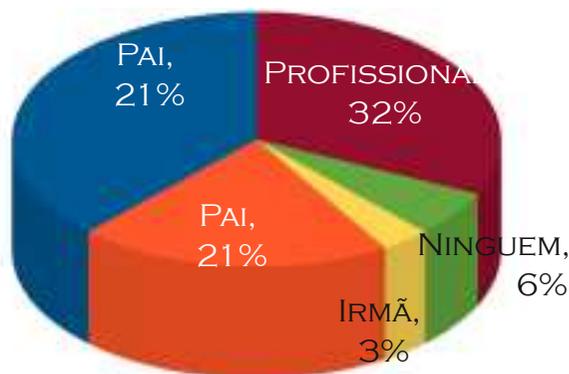
Algumas mulheres nos relataram que no período da gestação, além do pré-natal, fizeram acompanhamento com rezadores, por considerar que o quebrante podem passar para barriga e para o bebê.

Em relação aos primeiros cuidados com o recém-nascido, são muitos os relatos sobre cuidados com o umbigo. O umbigo rendeu várias receitas de cuidados para não inflamar, como guardar o umbigo do bebê depois que cai, remédios que podem ser feitos com o umbigo. Cuida-se do corpo da criança a partir do umbigo, e se o umbigo não estiver bem, é sinal de que há algo de errado com a criança.

Outro cuidado é em relação ao olhar para criança nos primeiros dias de vida. O olhar de familiares e estranhos pode adoecer a criança com quebrante. A recomendação é que a criança não pode ser vista por pessoas antes do 7º dia de vida. Após esse período, com banhos de folhas e rezas, a criança pode começar a socializar com familiares e outras pessoas.

O acompanhamento médico pós - parto tanto da mãe quanto da criança, é seguido somente em casos de complicações no parto ou de alguma doença para criança ou a mãe. As mães levam seus filhos para as primeiras consultas, mas não vão para as suas consultas pós-parto e nem seguem prescrições médicas de remédios e vitamínicos.

ATENDIMENTO PRÉ NATAL

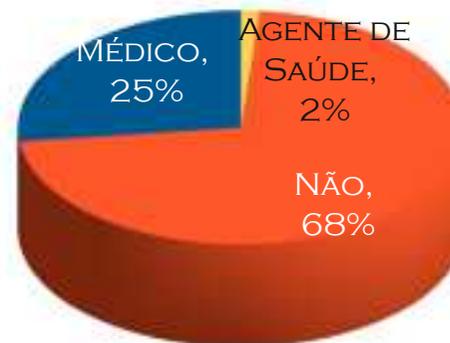


12. Seu filho tomou todas as vacinas? Certificado de nascido vivo e certidão de nascimento? Tem outras formas de registro no estado?

A declaração de nascido vivo é obtida sem complicações no hospital. Os pais são orientados a ir ao cartório realizar o registro de nascimento, munidos da declaração. Ocorre que nem sempre o cartório tem o papel oficial para emitir a certidão de nascimento, ocasionando atrasos na emissão do documento. Estes atrasos duram até 2 (dois meses), resultando em períodos de mutirão para emissão de certidões de nascimento.

Aos indígenas, há o Registro Administrativo de Nascimento e Óbito de Indígenas- RANI, emitido pela Fundação Nacional do Índio - FUNAI. Este documento é utilizado para dar entrada à certidão de nascimento, para os nascidos nas aldeias e comunidades. Alguns indígenas só dão entrada na certidão de nascimento civil no momento de acessar benefícios sociais, como bolsa família.

ATENDIMENTO PÓS NATAL



13. Você e seus filhos tiveram boa atenção médica? O que seria uma boa atenção médica nessa comunidade?

“A mãe e a criança não foram bem atendidas porque quase a criança nasceu no corredor, porque os enfermeiros não estavam dando atenção a ela” Maria e Manuel, pais de Julia, 4 anos.

“Se não faltasse médico no hospital, e se tivesse médicos para a saúde da mulher e pediatra” Francisca e Alex, pais de Alex, 3 anos e Alexandre, 2 anos.

“Se a ambulância fosse assim que o paciente chama, porque passa pra mais de duas horas para a ambulância chegar” Anzjira e Raimundo, pais de Rniam, 2 anos.

“Se todos fossem tratados iguais, sem distinção de raça, em cor. Se não faltasse médicos, nem remédios” Elizete e Márcio, pais de Marcinho, 4 anos.

“Não, porque o médico não estava, só tava os enfermeiros e foram super ignorantes. Se o médico estivesse sempre presente, os enfermeiros iam ser mais educados e tratariam as pessoas com mais respeito” Luzia e Manoel, pais de Priscila, 4 anos.

As experiências que as pessoas vivenciam no atendimento de saúde apontam uma questão bastante objetiva: ser atendido rápido e ter solucionado a doença significam eficiência do sistema e bom atendimento. Não há discordância que esses dois quesitos são fundamentais. Porém, há de se considerar o modo como o usuário do sistema de saúde realiza sua parte na busca por tratamento de saúde.

A saúde preventiva não é uma prática entre as pessoas. Recorre-se ao sistema de saúde quando todas as soluções já foram tentadas e descartadas, e o último a ser feito é ir ao hospital. Muitos chegam ao hospital apresentando um quadro de saúde bastante debilitado, e por conta disso, o hospital – sem infraestrutura adequada e profissionais especialistas – transfere o paciente para Benjamin Constant, Tabatinga ou até mesmo Manaus. Essas transferências, na maior parte das vezes, acontecem contra a vontade das famílias, que partilham de experiências negativas “se for pra Benjamin ou Tabatinga, ainda volta. Se for pra Manaus, não volta mais...”. (Francisleia, mãe de Ariel, 2 meses)

Uma questão em relação ao tratamento é a utilização do soro. Algumas pessoas afirmam que o soro, utilizado no hospital, é mortal. Há muitas experiências negativas partilhadas entre as pessoas no qual o soro foi o causador da morte. Os rezadores propagam a crença no soro como mortal, e muitas pessoas, ao chegar ao hospital e se depararem com o soro, recusam imediatamente essa parte do tratamento.

Uma hipótese sobre essa questão é a seguinte: as pessoas buscam o hospital quando estão bastante debilitadas, ou num estágio avançado de doença. O hospital oferece o tratamento possível, conforme as condições, e nem sempre o tratamento é eficaz, dependendo da doença. O soro é utilizado como componente para aplicação de remédios. Se o remédio não gera o efeito esperado, consequentemente, o soro também não. Contudo, continua-se aplicando soro, algumas vezes, sem remédio, e a doença não se soluciona. Logo, associar o soro a um remédio que não cura, e por

isso, pode vir a matar, é aceitável.

Em relação ao tratamento recebido pelos profissionais de saúde, a afeição por determinados médicos e enfermeiros em detrimento de outros é bastante comum. Há situações em que se espera o médico ou enfermeiro preferido assumir os plantões no hospital ou estar no posto de saúde para recorrer ao atendimento.

Há uma questão de hierarquia e disputa entre os profissionais da saúde. Muitos afirmam que na presença de médicos, os enfermeiros ficam menos arrogantes e mais atentos. A hierarquia se estende na relação entre os enfermeiros e agentes de saúde, e reflete também no modo como os usuários de saúde recorrem aos profissionais: a predileção por determinados profissionais em detrimento dos outros, por considerá-los melhores “Eu prefiro ser atendida pelo que manda, não pelo que é mandado!”(Ana Paula, mãe de Jean, 3 meses).



14. Quais benefícios sociais você acessa?

As famílias entrevistadas acessam os benefícios sociais: bolsa família, jovem cidadão (bolsa para adolescentes e jovens de escolas estaduais) e aposentadoria. No total, 130 (cento e trinta) famílias acessam o benefício bolsa família. Grande parte das famílias recebe o valor máximo (R\$306,00 reais) do benefício.

Em algumas residências moram 3 (três) e/ou 4 (quatro) mães de família. A renda da bolsa família é colocada em comum, resultando até em R\$ 1.000, 00 (mil reais) por residência, configurando-se como a única fonte de renda das famílias. Na teoria, não é possível que uma residência possua vários beneficiários, contudo a configuração familiar (avós, filhas, cunhadas, tias) burla o sistema, permitindo que ocorram esses casos.

Por ser única fonte de renda, esse valor é empenhado em aluguel, despesas de energia elétrica e água, compra de eletrodomésticos a prazo (algumas lojas na cidade aceitam o benefício como comprovante de renda para vendas) e outras despesas mensais (compras de alimentos e bens materiais).

Uma prática ilícita, contudo comum em Atalaia do Norte, é a utilização do



benefício como penhor para compras futuras. Alguns comércios ficam sob posse dos cartões do benefício, e no período de recebimento, o comerciante libera o cartão para retirada do benefício e cobra para si um valor além da compra, em forma de juros ao atraso do pagamento de dívidas.

Ao questionar essa prática, muitas famílias responderam que se sentem prejudicadas, entretanto não reclamam ou denunciam essa ação, pois é o único modo de garantir a compra de bens de consumo como televisão, geladeira e/ou eletrodomésticos e eletroeletrônicos.

Entrevistas ENTREVISTAS COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Não foi possível realizar a pesquisa com agentes de saúde e/ou outros profissionais da saúde, devido à ausência de gestores (diretor do hospital, chefe da unidade básica de saúde) nos órgãos de saúde. Contudo, alguns profissionais de saúde cederam entrevistas e informações, segundo suas competências nos órgãos de saúde; são eles o enfermeiro responsável pelo planejamento familiar da Unidade Básica de Saúde São Francisco e o enfermeiro responsável pelo programa Saúde na Família – PSF.

O enfermeiro responsável pelo planejamento familiar trabalha no cargo há 3 (três) anos. Acompanha diretamente o pré-natal e as mulheres que utilizam métodos contraceptivos. Considera que seu trabalho poderia ser melhor se houvesse melhores condições de trabalho e recursos para o planejamento familiar.

Nos meses de abril/maio, o enfermeiro acompanhou 85 (oitenta e cinco) mulheres gestantes nas consultas de pré-natal. Conforme ele, somente 73 (setenta e três) mulheres estão cadastradas no sistema federal, pois 12 (doze) são mulheres peruanas e sem documentação. As mulheres peruanas recebem assistência médica e cuidados, contudo não constam no cadastro do planejamento familiar.

Incluindo as mulheres que recebem a assistência médica sem constar no cadastro do planejamento familiar, 58 (cinquenta e oito) mulheres são menores de 25 anos, e 27 (vinte e sete) menores de 20 anos. As mulheres menores de 20 anos nunca utilizaram nenhum método contraceptivo. As mulheres maiores de 25 anos

NO CADASTRAMENTO POR FAMÍLIA, A CONFIGURAÇÃO ESCOLHIDA É MÃE E FILHOS. NESTE CASO, UMA AVÓ COM FILHOS MENORES EM IDADE ESCOLAR, SUA FILHA COM CRIANÇAS E UMA CUNHADA OU IRMÃ COM CRIANÇAS, CONFIGURAM UMA FAMÍLIA EXTENSA DE BENEFICIÁRIOS. QUANTO AO CADASTRO POR ENDEREÇO, RECORRE-SE A ALTERNATIVA DE CONSIDERAR CADA FAMÍLIA COM O MESMO ENDEREÇO, ACRESCIDO A EXEMPLO “RUA CASTELO BRANCO, CASA 40 A; RUA CASTELO BRANCO, CASA 40 B”.

estão em sua segunda ou terceira gravidez.

Além desses dados, ele informou que o município é dividido em 20 (vinte) micro áreas, atendidas por 20 (vinte) agentes de saúde. Com a mudança de gestão municipal, todos os agentes de saúde foram substituídos e os novos agentes ainda não

conhecem o bastante sobre sua função, tampouco conhecem as famílias das micro áreas. As famílias precisam conhecer o novo agente de saúde para iniciar uma relação de aceitação e confiança. Devido à ausência de gestor na Unidade Básica de Saúde, este encontro entre agentes de saúde e famílias ainda não foi promovido.

Há também os agentes de saúde das comunidades. São 14(quatorze) agentes distribuídos nas comunidades pelo rio Javari. Estes agentes não foram substituídos pela pressão das comunidades ao órgão municipal de saúde.

Contudo, as condições de trabalho dos agentes de saúde das comunidades são precárias: não há barcos e nem gasolina disponíveis para deslocamento à cidade sempre que necessário, não há medicamentos suficientes para levar às comunidades, as comunidades não possuem infraestrutura para atendimento, ficando a cargo do agente de saúde atender, distribuir e armazenar remédios em sua residência. Nesse sentido, o agente de saúde tem a função de médico/enfermeiro das comunidades.

O enfermeiro responsável pelo Programa Saúde na Família relatou que a Unidade Básica de Saúde precisa urgentemente de reformas. A estrutura conta com 4 (quatro) salas de atendimento, uma copa, um banheiro e um espaço para recepção. Este espaço não comporta a demanda, e os profissionais da saúde revezam as salas de atendimento. Há também uma demanda de contratação de profissionais da saúde para a equipe do PSF. Essas contratações estão em atraso, pois são de responsabilidade da gestão municipal.

O encontro com os Kanamari foi uma demanda apresentada em reunião com o Conselho Municipal de Saúde. Os representantes da FUNAI e usuários indígenas sugeriram que o projeto pudesse abordar as questões de saúde de crianças entre os Kanamari, devido a uma recente ação civil do MP, exigindo “oficiar à FUNAI e ao Chefe do DSEI Vale do Javari sobre a notícia de desnutrição em diversas crianças da etnia Kanamari, solicitando que apresente estudo sobre essa situação, apontando eventuais causas e medidas que estão sendo tomadas em relação à comunidade, acompanhada de documentação comprobatória”.

Em resposta a esta demanda, optou-se que seria realizado um diálogo com os Kanamari sobre saúde de crianças, conforme os moldes já estabelecidos pela pesquisa e que os resultados seriam apresentados aos Kanamari, e socializados com as instituições interessadas mediante a aprovação dos Kanamari. Todos de acordo, os representantes indígenas do Conselho (são dois representantes da etnia Marubo), articularam com as lideranças Kanamari um encontro, realizado no final do mês de maio. A data escolhida se deve ao grande fluxo de indígenas na cidade para o recebimento dos benefícios sociais.

O encontro reuniu 3 (três) famílias, com aproximadamente 25 (vinte e cinco) pessoas na sede do órgão indigenista FUNAI. Participam representantes das aldeias Massapê, Bananeira, Remansinho e Estirão do Cumaru, todas localizadas no rio Itaquai. Há pouquíssimos falantes de língua portuguesa entre os Kanamari. A reunião foi mediada por dois tradutores: José Ninha Kanamari, Chefe de Posto da FUNAI no rio Itaquai e Valdeir Kanamari, estudante de Ensino Médio em uma escola de Atalaia do Norte.

Sob minha coordenação, participaram deste encontro os professores da UFAM Tattyana Pantoja (bióloga), Gabriel Zanatta (engenheiro florestal) e Thelma Freitas (agrônoma). A hipótese ao reunir essa equipe é de que os casos de desnutrição Kanamari estivessem associados à alimentação, a caça e produção de roças.

Iniciamos o diálogo dividindo-nos em dois grupos, com tradutores. As questões sobre alimentação nos períodos de seca e cheia nos surpreenderam: há uma fartura de plantação, coleta de frutos do mato, roças e caça. Os Kanamari dividem o tempo por verão e inverno, e o período do inverno (período de chuva) é mais difícil para caça. Contudo, no verão, há fartura e os Kanamari consomem muitos frutos e macaxeira.

Entre os Kanamari, todas as doenças são vômito e diarreia. Não se identificam as doenças pelos nomes como gripe, malária, pneumonia. As doenças são diagnosticadas por eles como vômito e diarreia. Muitos depoimentos de crianças que morreram de diarreia e vômito, com afirmações que o vômito e diarreia pegam como doença contagiosa.

“Se é vômito ou diarreia de Kanamari, Kanamari sabe curar com tratamento do mato, se é de nawa (branco), Kanamari precisa de remédio nawa” (Valdeir Kanamari) A afirmação de Valdeir está em todas as explicações de doenças entre os Kanamari. As doenças de branco, remédios de branco; as doenças Kanamari, remédio de Kanamari. O que acontece é que toda doença de agora é doença nawa. No tempo antigamente as doenças tinham cura, hoje não têm (Valdeir Kanamari).

As mulheres grávidas têm prescrições em relação à alimentação, para não prejudicar a criança. Grávidas não comem bodó, tracajá, jacaré, tamoata (variedades de carnes de caça e peixe), pois todos são considerados abortivos e maléficos às crianças. Os Kanamari creem que as doenças kanamari vêm dos animais, por isso as restrições na alimentação e carne de animais.

Conforme as mães, quando as crianças estão no tempo do peito (idade de lactente) até o período que começa a andar, elas estão mais vulneráveis a adoecer e morrer. Quando a criança começa a andar e ter dentes, é mais difícil de adoecer.

Quando estão doentes, a primeira tentativa de cura é com plantas e remédios do mato. Se não resolve, leva-se ao curandeiro. O curandeiro bebe um chá que faz ver a doença. As doenças Kanamari são de animais, e o curandeiro vê os animais e o que eles precisam para deixar de adoecer a pessoa. Se o curandeiro não enxergar nenhum animal, significa que é doença nawa e precisa de remédios.

O diálogo, apesar de comprometido pela tradução, rendeu elementos interessantes para pensar. Uma hipótese levantada é que, historicamente, os Kanamari são um povo de alta mobilidade pelo território. O processo de fixação em algumas partes do território, a reprodução dos hábitos da vida nas aldeias na cidade (os Kanamari frequentemente estão na cidade) e as questões de água e saneamento estão deixando os Kanamari mais vulneráveis a doenças, especialmente as crianças. Os resultados do diálogo ainda não foram compilados, e assim que finalizados, serão entregues aos Kanamari para apreciação e discussão.



Considerações Finais

A pesquisa resultou em dados minuciosos e descritivos sobre o cuidado com a saúde de crianças. Em uma versão mais apurada deste relatório, podem-se aprofundar várias discussões. Trago como insights da pesquisa três pontos: a questão da água, os rezadores e a saúde indígena.

A qualidade de água consumida pela população necessita de tratamentos adequados para melhor condição de uso; não somente em relação à água potável, mas também a água distribuída pela estação de tratamento. A quantidade de sulfato de alumínio utilizado na estação de água e no tratamento doméstico sem dúvida podem acarretar problemas de saúde. Sintomas como diarreia, febre, vômito são considerados doenças, porém não são associados à veiculação hídrica.

O uso incorreto de sulfato de alumínio e hipoclorito de sódio em dosagens elevadas já causa uma rejeição à população, e muitos preferem consumir a água “tratada” da estação para uso potável, sem a utilização de hipoclorito de sódio.

Uma proposição nesta questão seria a conscientização do tratamento para água potável e a suspensão da distribuição de sulfato de alumínio para a população. Somente com o hipoclorito de sódio é possível o tratamento para tornar a água potável. Outra intervenção possível é construção de filtros biológicos nas

residências. Estas iniciativas poderiam partir dos órgãos municipais de saúde, consorciados com a estação de tratamento da água.

Sobre os rezadores, é relevante considerá-los potenciais propagadores de práticas de saúde. Ao recorrer a eles antes de buscar o sistema de saúde formal, a população legitima a prática do rezador como eficaz e importante para os processos de cura. Desse modo, o rezador pode ser um aliado na difusão de cuidados com a saúde de crianças, sem conflitar com o sistema de saúde formal. A propósito, o que se observou muitas vezes é que recorrer ao rezador é um modo de resolução de conflitos, não só no âmbito familiar, mas em relação às ausências do sistema de saúde (falta de remédios, médicos, mau atendimento).

Uma intervenção nesse sentido seria um mapeamento de rezadores por micro áreas (utilizando a lógica do sistema de saúde), efetivando-os como interlocutores dos agentes de saúde da região. Com isso, o rezador poderá auxiliar na resolução dos problemas de saúde da comunidade, intermediar conflitos entre agentes de saúde e famílias e propagar boas práticas de saúde entre a população.

Um terceiro ponto é em relação à saúde indígena. Apesar dos tratamentos de saúde contemplarem as práticas tradicionais indígenas, pouquíssimo é realizado neste sentido. Os profissionais da saúde não estão socializados com essas práticas, rejeitando os modos de tratamento e processos de cura, ocasionando situações de violência simbólica e descaso aos doentes. Com isso, aumentam os índices de doenças graves entre os indígenas e propaga-se (reforçando) entre os profissionais de saúde um *modus operandi* e que não considera práticas medicinais tradicionais. O descaso dos profissionais da saúde indígena é relatado continuamente pelos indígenas.



Uma proposição possível seria a sensibilização antropológica dos profissionais de saúde em relação aos povos indígenas. Muito do descaso ocorre pelo desconhecimento, pela barreira linguística e pelas condições de trabalho desses profissionais. Quanto às condições de trabalho, é papel do DSEI, SESAI e órgãos governamentais garantir melhores condições. Contudo, a sensibilização antropológica pode ser um trabalho engendrado pela universidade (a universidade federal em Benjamin Constant tem um curso de antropologia), em parcerias com FUNAI e instituições de pesquisa em saúde.



ANÁLISE DOS DADOS

Capítulo 7

RITA DE CÁCIA OENNING DA SILVA E KURT SHAW

A pesquisa que forma a base deste livro tinha dois objetivos gerais: 1) a de entender as dinâmicas de cuidado das crianças no Estado de Amazonas, 2) a de constituir uma linha de base para futuras avaliações de políticas públicas no Estado. Com este capítulo, pretendemos sintetizar os dados dos três campos -- Atalaia do Norte, Lábrea, e Santa Isabel do Rio Negro -- relacionando-os com a informação e análise desenvolvida na pesquisa em arquivos, para poder estabelecer a linha de base.

Antes de começar a pesquisa, tanto os investigadores quanto a entidade financiadora da pesquisa imaginávamos que mortalidade e morbidade infantil seriam as duas chaves para esta linha de base. Porém, descobrimos que esta estatística, tão importante na construção e refinamento de políticas públicas, apresenta muitos erros, confusões, e até mentiras no interior de Amazonas. A primeira parte deste capítulo argumenta, surpreendentemente, que a mortalidade infantil não pode formar o fundamento de uma linha de base nas áreas rurais de Amazonas.

Depois de analisar os problemas dos dados estatísticos sobre a mortalidade, a segunda parte deste texto aponta outras estatísticas -- tanto de arquivos públicos quanto do trabalho de base desta pesquisa -- para desenvolver uma linha de base quantitativa. Os resultados oferecem uma nova trilha para avaliar ações e políticas no interior de Amazonas.



Mortalidade Infantil

OS PROBLEMAS COM OS DADOS SOBRE MORTALIDADE INFANTIL

Mortalidade infantil é um dos principais dados que acadêmicos e organizações de cooperação internacional usam para avaliar progressos e desenvolvimento para a primeira infância. Por isso, ficamos surpresos ao descobriremos os inúmeros problemas com este dado básico no Estado de Amazonas. Embora tivéssemos lido o artigo “Mortalidade infantil segundo raça/cor no Brasil: o que dizem os sistemas nacionais de informação?” escrito pelos especialistas na área de epidemiologia Andrey Moreira Cardoso, Ricardo Ventura Santos, Carlos E. A. Coimbra Jr, e esses terem já alertado para a escassez de dados

coletados pelos sistemas nacionais na área, achamos que seria possível em uma pesquisa de campo captar dados de modo seguro.

Durante conversas com vários agentes de saúde de Atalaia do Norte – os quais pediram anonimato para preservar seus empregos ou talvez suas vidas -- Inara



Nascimento constatou que servidores públicos naquele município puniram agentes de saúde por lhes informar sobre óbitos na cidade. Informar óbito de criança era punido de modo especial. Responsáveis ligados ao prefeito em cada eleição,

recolhiam e destruíam os cadernos com informações sobre mortalidade e morbidade, e em alguns casos demitiram os agentes por entregar informação sobre mortes. Os agentes dizem ainda que em muitos casos, quando reportavam a esses casos, formando dados para o município, esses eram falsificados antes de serem repassados ao sistema ou eram simplesmente ignorados.

Podemos ver as conseqüências destas práticas nos dados oficiais. Segundo os dados que a cidade fornece ao SUS, a mortalidade infantil subiu de 25,6 em 2009 para 84,6 em 2010, um acréscimo de 330%. (Portal Atalaia, 4), grande problema entre os Kanamari esse ano, é muito mais provável que a presença de muitas missões médicas propiciou uma contagem mais honesta esse ano. Esses são os dados que depois são usados para incluir nos informes para os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio da ONU. O mesmo aconteceu em 2002, quando a taxa de mortalidade infantil aumentou com a implementação dos DSEI, o resultado contrário ao esperado. (Menegola, 10) Sem a presença de médicos, não é possível registrar um óbito com causa de morte, é muito mais fácil ignorar os papéis que precisariam ser preenchidos. Os médicos nas missões, porém, não temem tanto as represálias dos burocratas locais, indicação que fazendo anos como 2010 e 2002, são mais representativos do problema real na área.

Até o número de nascimentos -- essencial para calcular mortalidade infantil -- é duvidoso em Atalaia do Norte. Segundo a DataSUS, a taxa de natalidade variou entre 15 e 31 entre 2000 e 2005, (DataSUS Atalaia) uma variação bem fora do estatisticamente provável. A médica sanitária Ivone Menegola, gerente do Distrito Sanitário Yanomami, reflete sobre este problema na sua "Nota sobre mortalidade de crianças indígenas":

"A variação na diminuição geral de nascimentos observada nos últimos dois anos não deve ter apenas uma explicação, porém é



muito improvável que uma população relativamente estável como as indígenas, aldeadas, tenham queda de fertilidade tão significativa em um ano. Mesmo que a mortalidade tenha sido elevada, é mais provável que períodos de desassistência, devido a troca de instituições conveniadas, demissão/troca de equipes de saúde, tenham interferido nesta queda. Equipes pouco capacitadas, sem vínculo com as comunidades, não falantes da língua indígena local terão mais dificuldades de encontrar/registrar nascimentos e óbitos de crianças, mesmo em terras indígenas com maior contato com a sociedade." (CONSÓRCIO 2009. Anexo 3, 5)

Os agentes de saúde em Atalaia do Norte também reclamaram que os seus chefes roubaram seus cadernos onde registraram o peso e tamanho das crianças. Podemos ver nos dados dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio da ONU que a taxa de desnutrição -- causativa de terça parte das mortes na infância, segundo o OMS e UNICEF (UNICEF 2007; 2010) caiu de 11.1 para 0.4 em Atalaia no transcurso de três anos, e depois ficou a um nível de quase 0. A literatura acadêmica conhece muito bem os altos níveis de desnutrição registrados entre os Kanamari e outros grupos indígenas na região (em grande parte por vermes e parasitas, não por falta de comida), pois é mais fácil interpretar esses dados como invenção política que como uma mudança verdadeira.

Em Santa Isabel, escutamos histórias parecidas: falsificação de dados, punição de agentes por relatar mortes ou desnutrição, e simples perda de dados. Embora ninguém desse seu nome para denunciar o problema, parece que quando o novo prefeito tomou posse em 2013, uma das primeiras coisas que fez foi borrar todos os arquivos estatísticos dos computadores do hospital. Se olharmos nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, em Santa Isabel vemos uma queda em desnutrição quase em paralela a o que aconteceu em Atalaia do Norte, e mudanças ainda mais radicais em mortalidade infantil anual: uma subida de 516% entre 2005 e 2006. (Portal Santa Isabel 2013)

Além dos problemas políticos -- o que parece ser um esforço consciente de modificar os dados para parecer bonito dentro da reportagem dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio -- há problemas de distância e formação. Quando uma criança morre no interior, é pouco provável que tenha médico. Não é preciso um óbito para enterrar a criança, nem é praxe nas comunidades tradicionais. Um agente de saúde pode registrar a morte, mas isto não acontece sempre, especialmente em anos de mudança de prefeito, quando grande número de agentes

de saúde perdem seu emprego.

O problema é ainda mais grave com a questão de morbidade. Se contarmos todos os óbitos infantis calculados no Sistema de Informação sobre Mortalidade nos municípios pesquisados, de 2008-2011, morreram 158 crianças. Dessas mortes, 107 (68%) caem dentro das categorias mais vagas: "*Algumas afecções originadas no período perinatal*" (categoria XIV) e "*Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte*" (categoria XVIII) [grifo nosso]. Os dados mostram uma coisa importante -- mortes perinatais acontecem nos primeiros sete dias de vida, o que ensina algo importante sobre os cuidados que devem que ser implementados -- mas não categorizam a causa da morte da criança.

À consequência destes dados, podemos perceber erros graves no desenvolvimento das políticas públicas: por exemplo, Atalaia do Norte, talvez o lugar no Brasil com a pior situação sanitária para crianças, não foi incluída no Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil do Estado do Amazonas. O Ministério da Saúde também dá prioridade a municípios com problemas de desnutrição, mas nem Atalaia nem Santa Isabel estavam na lista de cidade para receber projetos especiais.

Conhecendo um pouco destes problemas com os dados oficiais, a nossa equipe de pesquisa esperou achar dados mais confiáveis no transcurso da nossa pesquisa de base, mas encontramos outros desafios. Os pesquisadores no campo quase não receberam notícias de morte de crianças, e especialmente não nos últimos anos. Embora muitos entrevistados tenham falado da morte de crianças, sempre referiram às crianças de outras pessoas: um surto de mortos de crianças por diarreia no Rio Uneuixi em 2010, as crianças Kanamary em 2010 e 2011, o filho da vizinha que agora mora em outra comunidade...

Observou-se um fenômeno forte em Lábrea, algo que tem paralelos em outros municípios. Há uns anos, uma equipe da Nova Cartografia do Amazonas -- organizada por Dra. Thereza Menezes, uma assessora desta Linha de Base -- estava numa reunião à beira do Rio Purus quando uma família veio com a triste notícia que seu filho tinha morrido enquanto viajaram para o evento. Por duas horas, não se podia falar de outra coisa... mas repentinamente, fechou a conversa. Depois, falar



da criança morta era um tabu total, proibido pela pressão social.

Vergonha e culpa também têm papéis importantes na decisão de não informar os pesquisadores sobre a morte de crianças. Escolhemos usar a frase "Perdeu alguma criança?" para não usar a palavra "morte" e assim causar constrangimento. A palavra morte vinha depois de iniciada a conversa sobre a temática. Também colocamos a pergunta quase ao final da entrevista para abordar o tema depois de ter desenvolvido alguma confiança entre pesquisador e o membro da família que conversava com esse. Os pesquisadores acham que as mães negaram responder à pergunta não por tristeza, mas por vergonha. Perder uma criança parece ser a responsabilidade ou culpa da mãe, algo que não gostaria de compartilhar com um estranho dentro de casa.

Apareceu um segundo assunto difícil quando perguntamos sobre a mortalidade infantil: o infanticídio. No passado, vários grupos que participaram neste estudo -- tanto indígenas como ribeirinhos -- ficaram conhecidos por terem praticado infanticídio em algum momento da sua história, e de vez em quando surge um escândalo no Brasil sobre o tema. No ano de 2012, as redes sociais prestaram muita atenção a casos de infanticídio entre os Maku (moradores de Santa Isabel e São Gabriel) e os Zuruahã (moradores de Lábrea). Nossa pesquisa não tocou na questão, mas quando um pesquisador começa a perguntar sobre a morte de crianças, muitas mães indígenas e tradicionais certamente ficarão desconfiadas que vão chegar ao tema se apontarem casos de morte de crianças na família. Somente uma pesquisa mais duradoura, com um pesquisador em campo, poderia desvendar o porque desse silêncio e apontar dados mais corretos sobre morte de crianças.

Finalmente, especialmente entre muitos grupos indígenas Pano (habitantes de Atalaia e Lábrea) e Tupi-Guarani (em quase todas as regiões do Brasil) -- mas também entre outras comunidades tradicionais -- falar da morte não é coisa simples ou objetiva. Falar o nome do morto pode inspirar a volta do seu duplo, espírito, ou fantasma. Também pode ser considerado um ofensa à memória do morto, um ato que não o permite passar para outro mundo. Para cada grupo étnico, estas crenças são diferentes, mas podemos dizer com confiança que causou um problema para nossa tentativa de estabelecer uma linha de base para a mortalidade infantil.

Graças a alguns estudos epidemiológicos presentes na literatura [Santos

2003, Consórcio 2009] temos bons dados sobre a mortalidade infantil em alguns poucos momentos em poucos lugares. Estas pesquisas indicam que os dados dos piores anos (98,8 em Santa Isabel em 2006, 84,6 em Atalaia do Norte em 2010) se aproximam mais à média verdadeira. Porém, o número anual varia entre estes números altos e o inverosímil 13 ou 19 em Santa Isabel em 1999 e 2005. Com esta variação nos dados oficiais, e a nossa incapacidade de estabelecer números claros, podemos dizer que a mortalidade e morbidade infantil não são estatísticas confiáveis para avaliar futuras ações ou políticas públicas.

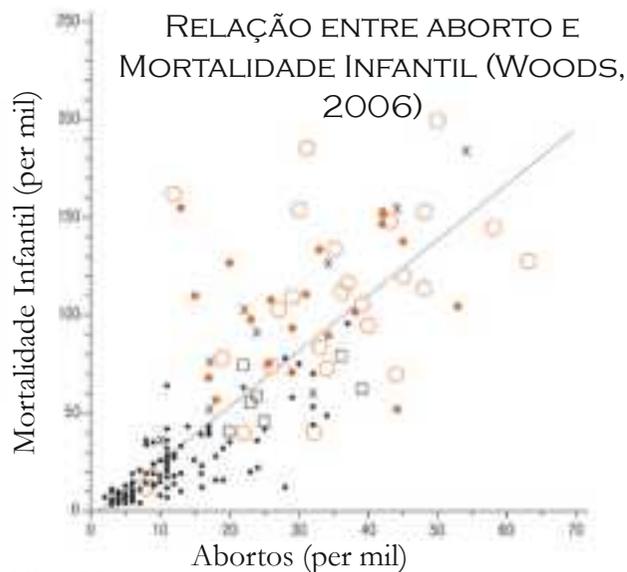
A Linha de Base CONSTRUINDO UMA LINHA DE BASE

Sem dados sobre a mortalidade infantil para uma análise confiável-- e com os sistemas de coleta de dados bem comprometidos por problemas políticos e tabus culturais, problemas que não serão resolvidos facilmente -- é essencial achar outros métricos que poderiam ser úteis para avaliar o impacto de iniciativas e políticas públicas a favor da primeira infância. Aqui propomos quatro categorias de análise, áreas temáticas onde esta pesquisa ou os dados oficiais fornecem boas e confiáveis estatísticas: Gravidez e parto, Água e esgoto, Trajetória de cura, e Tabela de doenças.

GRAVIDEZ E PARTO

Embora não possamos confiar nos dados sobre a morte de crianças pequenas, temos números firmes e adequados sobre três assuntos nitidamente correlacionados com o assunto de mortalidade infantil: abortos naturais, morte perinatal, e porcentagem de mães que tiveram atenção pré e pós- parto. Esta pesquisa também traz muitos bons dados subjetivos sobre as percepções das mães





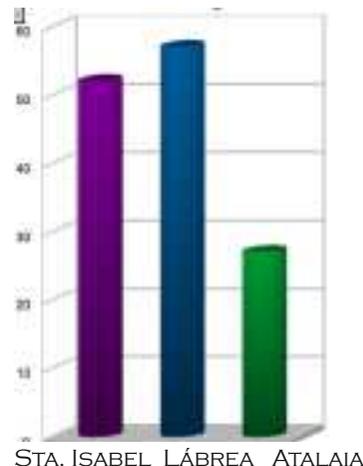
sobre o seu atendimento de parto, os que podem servir como linha de base para futuras avaliações. Vamos olhar cada uma dessas categorias individualmente.

Existe uma correlação forte entre aborto natural e mortalidade infantil (Woods, 2006), especialmente quando o aborto acontece no

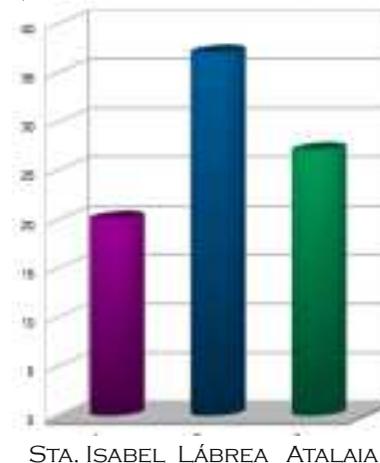
último trimestre da gravidez. A relação não é causativa, mas os dois problemas podem ser vistos como resultados de saúde fraca da mãe, desnutrição, e a falta de atenção pré-natal. As pesquisas de área documentaram bem a questão de aborto nas três comunidades, com resultados bastante parecidos: 20% das mães entrevistadas em Santa Isabel sofreram um aborto, 37% em Lábrea, e 27% em Atalaia do Norte. No gráfico apresentado pela OMS, estas estatísticas cabem bem dentro do abanico esperado.

Há alguns problemas com os dados sobre aborto que recompilamos nesta pesquisa. Existem diferenças nas definições culturais de aborto e mulheres de diferentes culturas têm diferentes níveis de conforto para conversar sobre o tema; acreditamos que é por isso que a estatística para abortos é a metade em Santa Isabel que em Lábrea.

PORCENTAGEM DE MORTES INFANTILS NO PERÍODO PERINATAL



PORCENTAGEM DE MÃES QUE SOFRERAM ABORTO

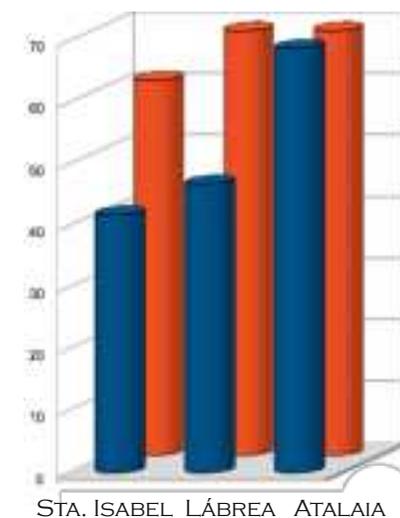


Em Atalaia do Norte, é claro que muitas entrevistadas confundiram aborto com mortalidade infantil ou com aborto induzido (ilegal no Brasil). Porém, acreditamos que a taxa de aborto no terceiro trimestre é um dado importante, quando analisado em conjunto com outras métricas sobre o atendimento no parto. trimestre é um dado importante, quando analisado em conjunto com outras métricas sobre o atendimento no parto.

Um segundo dado válido para a construção de uma linha de base é a porcentagem de mortes perinatais. Como já comentamos, este dado oficial não é muito útil

para identificar morbidade, já que não categoriza só causa de morte, só a data; porém, a estatística sim, indica que grande parte da mortalidade infantil acontece nos primeiros sete dias da vida. Em Lábrea e Santa Isabel, mais que a metade de óbitos de crianças abaixo um ano de idade acontece nos primeiros sete dias da vida (57% em Lábrea e 52% em Santa Isabel; Em Atalaia, onde temos mais causa de duvidar dos dados, a estatística é de 27%). É um número muito grande, pior que nas áreas do Sul da Ásia onde morte perinatal tem chegado a ser tema de preocupação internacional (Lawn 2005, Jehan, 2009), e a resolução do problema faria muito para reduzir as taxas de mortalidade infantil. Sabemos de estudos epidemiológicos mundiais que "Globally, the main direct causes of neonatal death are estimated to

PORCENTAGEM DE MÃES SEM ATENÇÃO PRÉ E PÓS NATAL



be preterm birth (28%), severe infections (26%), and asphyxia (23%)."
(Lawn, 2005), todos problemas que podem ser enfrentados com boa atenção pré-natal e na maternidade. Sabemos que este dado é limitado e não considera a maioria de mortes perinatais nas áreas rurais; porém, uma redução de número e porcentagem de mortes perinatais só pode ser um bom indicador.

Neste contexto, é importante notar os paupérrimos serviços pré e pós-natais nas comunidades pesquisadas: em Santa Isabel, 42% de mulheres não tiveram atendimento pré-natal e 61% não tiveram pós-natal; em Lábrea as estatísticas são ainda piores: 47% e 69% não tiveram atenção pré e pós-natal. Em Atalaia do Norte, 69% das mães não tiveram atenção nem pré ou pós-natal. Esta falta de atendimento certamente é uma das causas de altos níveis de aborto e mortalidade perinatal.

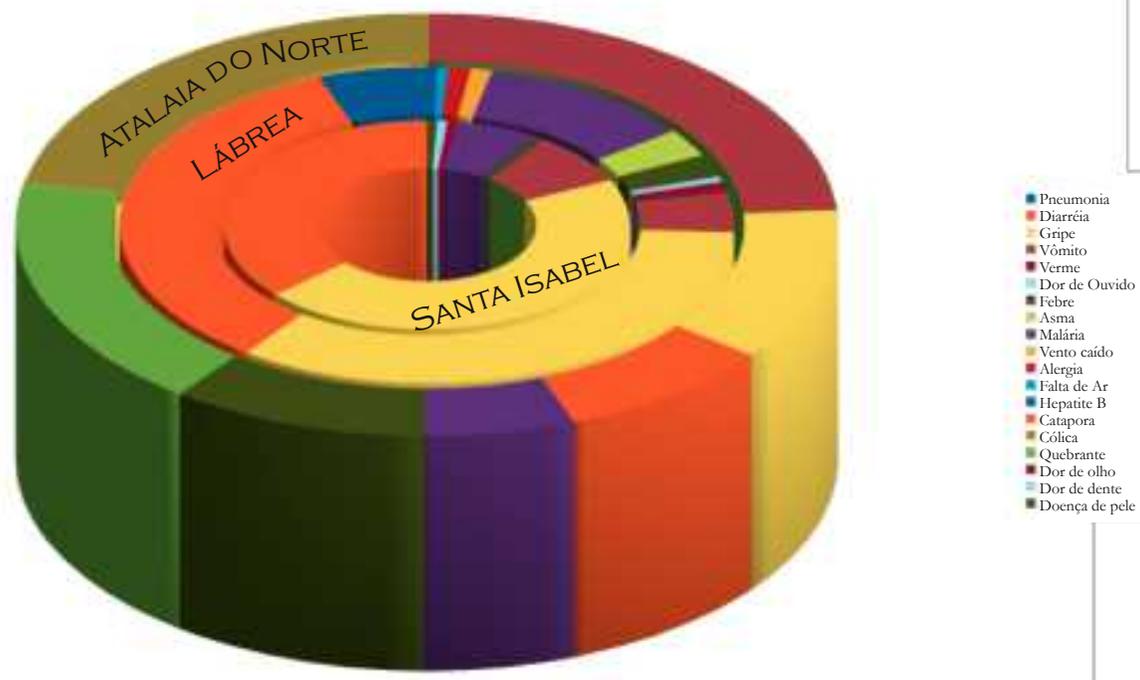
Este conjunto de dados, tanto da presente pesquisa como dos dados oficiais do estado, oferece uma boa linha de base para questões de saúde da mãe no parto e do bebê nos primeiros dias de vida. Nenhum dado seria suficiente em si, mas em conjunto oferece um bom retrato quantitativo da situação de saúde infantil.

Outro conjunto de dados importantes é a tabela de doenças registrada pelos

QUADRO DE DOENÇAS

pesquisadores de base; porém, temos que usar esta informação com muito cuidado quando falamos de uma linha de base. Modificações nas porcentagens de doenças podem significar muitas coisas diferentes: embora uma redução na quantidade e severidade de doenças sempre seja boa, temos que lembrar que este dado não mede a doença, mas a percepção de doença. Por isso, esta estatística pode ser útil para medir mudanças em prevenção de doença, mas também sobre o conhecimento popular das doenças.

PORCENTAGEM DE DOENÇAS REGISTRADAS EM CADA COMUNIDADE



O quadro de doenças descritas pelas mães e pelos pais das crianças de 0 a 4 anos de idade serve como bom exemplo da complexidade de estatísticas sobre saúde no Amazonas. Se olharmos para os dados de Lábrea e Santa Isabel, por exemplo, achamos um número grande de casos de diarreia, como esperado em comunidades onde quase ninguém tem acesso à água tratada. Em Atalaia do Norte, em contraste, onde as condições de saneamento básico são ainda piores, nenhuma pessoa entrevistado fala de diarreia. Quando uma criança sofre de excremento líquido, as mães em Atalaia falam de "quebrante" e não de diarreia, e não é só uma diferença de terminologia: quando a criança tem quebrante, as mães diagnosticam outras causas da doença (mal olhado, contato com adulto faminto, etc) e buscam outros apoios médicos (o rezador em vez de um médico ou farmacêutico).

Igualmente, em Atalaia do Norte, o quadro de doenças aponta muito mais para "vômito" e "febre" como problema. Para a medicina européia, vômito e febre

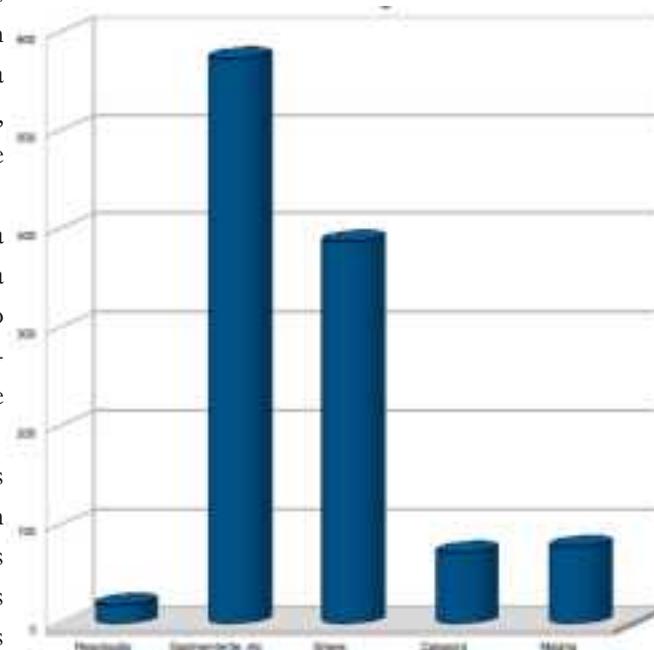
são sintomas de outras doenças, mas nas comunidades de Atalaia, fortemente influenciadas pelo pensamento indígena Pano, é doença em si. Catapora ocupa um papel importante na lista de doenças em Atalaia, enquanto hepatite e malária -- doenças muito mais preocupantes e presentes na área-- são pouco representadas nas descrições das mães. Por quê? Médicos que trabalham no interior de Amazonas sabem que hepatite e malária são problemas comuns, mas num grande número de casos, as famílias não identificam as doenças nesses termos -- o que é sintoma para a biomedicina é visto como doença por eles. Catapora, contrastado com malária ou hepatite, é fácil de diagnosticar por causa das lesões de pele típicas na pele.

Por isso, é essencial entender o sistema de doença de cada comunidade, como explicitamos na parte teórica desta introdução. Depois, é preciso traduzir o complexo de sintomas e problemas -- a sua taxinomia de saúde -- que uma cultura define como doença, para os termos que a medicina universitária possa entender.

Depois desta tradução, podemos ver que os problemas mais sérios para as crianças pequenas em Amazonas são bastante claros -- e em alguns casos, fáceis de evitar. Mais que a metade dos problemas mencionados pelas mães são doenças digestivas, quase sempre causadas por água contaminada. Gripe ocupa o segundo lugar (34%), mas é importante entender que uma parte -- talvez uma grande parte -- deste número deveria ser incluído nas estatísticas sobre malária (agora só 7% do total) ou mesmo se poderia criar uma categoria de hepatite. Doenças respiratórias formam uma parte pequena do quadro de doenças (2%), mas é importante falar delas por dois motivos: primeiro, porque o Estado de Amazonas identifica pneumonia e doenças respiratórias como a segunda maior causa de mortalidade infantil no Estado (Portal Amazônia, 2007). Uma dos grandes desencontros entre a medicina matis e o sistema de saúde pública no Vale do Javari apontado no capítulo 2, foi

causado pela pneumonia de um recém nascido em Atalaia. Segundo porque os dados mostram que as doenças respiratórias acontecem com frequência em Lábrea, indicando a necessidade de cuidados especiais naquele município.

PORCENTAGEM DE DOENÇAS,
CATEGORIZADAS EM TERMOS OCIDENTAIS



Nas pequenas áreas urbanas do interior de Amazonas é possível imaginar um sistema de saúde onde médicos estão sempre presentes, mas nas áreas rurais a atenção cotidiana sempre dependerá das pessoas que moram lá. Tratamento de gripe, diarreia, cólica, e muitas outras doenças comuns da infância, sempre estará a cargo de mães, pais, e avós. Os médicos terão que ser um suplemento nos momentos de crise, emergência, ou desconhecimento da doença.

Por isso, um dos dados mais preocupantes deste estudo é a falta de conhecimento básico sobre algumas doenças endêmicas na região. Por exemplo, como temos analisado em muitos lugares deste livro, poucas pessoas entendem a ligação íntima entre água e diarreia. Em Atalaia do Norte, diarreia nem consta na lista de doenças de que as mães falam; cabe dentro da categoria de sintomas de quebrante, uma doença causada por mal-olhar ou a fome do outro. Embora o tratamento que os rezadores indicam para quebrante -- limpeza ritual, líquidos, e rezos -- pode funcionar como tratamento para diarreia, esta etiologia local da doença impede um bom trabalho de prevenção.

Também é interessante quantas mães falam da gripe como uma das doenças mais graves que seus filhos enfrentam. Em parte, este dado é normal: todos os pais e mães conhecem o medo de ver o filho com a febre e as dores de influenza. Porém, médicos que trabalham nas regiões rurais de Amazônia notam que gripe não é sempre a causa verdadeira deste complexo de sintomas. Pode ser a malária que está causando febre e mal-estar, mas malária ainda é uma doença nova em muitas partes de Amazônia (especialmente entre grupos indígenas mais afastados), e ainda



não tem sido assimilada culturalmente. Em muitos casos, a "gripe" de que as mães reclamam pode ser, realmente, malária ou hepatite.

Por este motivo, uma análise de mudanças na tabela de doenças pode ser interessante, mas tem que ser feita com muita cautela. Uma redução no número ou porcentagem de gripes e um aumento no número de casos de malária poderiam ser vistos como um problema -- falta de controle de mosquitos, um novo tipo da doença -- ou como evidência de melhor educação sobre as doenças atuais na região. Se uma família consegue distinguir malária de gripe -- e assim pode buscar ou providenciar o tratamento adequado -- é um avanço, e não um problema.

Igualmente, são poucos os entrevistados que falam de doenças de vermes, mas não é porque não têm um problema. Médicos que trabalham na região informaram que quase todas as crianças têm parasitas intestinais, uma infestação que causa desnutrição, fraqueza, anemia, e diarreia. Pode ser que esse dado seja assimilado e resolvido de tal modo pela medicina local com chás e alimentos que auxiliem no tratamento que nem se identifique o mesmo como um problema. Esse é um dado que precisaríamos investigar com mais cautela. Os ribeirinhos tem tradicionalmente desenvolvido uma fitoterapia bastante avançada. Mas em várias situações, as pessoas só vão tratar o problema quando diagnosticado por um médico ou enfermeiro profissional. Por isso, um incremento no número de mães e pais que falam de vermes como uma doença comum seria um bom sinal: indica melhor educação sobre causas e curas de doenças comuns.

A tabela de doenças é uma boa fonte para a linha de base, mas só quando pensada em conjunto com uma boa pesquisa quantitativa, vendo como as pessoas percebem, entendem, e diagnosticam as doenças nos seus filhos.

ITINERÁRIO TERAPÊUTICO

Um terceiro dado essencial que surge da pesquisa é o itinerário terapêutico trilhado pela maioria de famílias pesquisadas. Quando um filho de uma família urbana de classe média adoece, normalmente os pais conversam entre si, talvez usem a internet para fazer um diagnóstico preliminar, e depois, dependendo da gravidade e da avaliação a que chegam, levam a criança para o médico. Se a doença é considerada séria, quase sempre será o médico que terá a última palavra sobre o tratamento. No interior de Amazonas, o itinerário é diferente. Nos três municípios pesquisados, vemos caminhos parecidos: quando a criança adoece, os pais primeiro consultam os avôs da criança. Se não conseguem resolver o problema com os conselhos da família, os pais buscarão o apoio de um médico tradicional: em diferentes comunidades terá nomes diferentes -- xamã, curandeiro, rezador, parteira -- mas a função é parecida. Esta pessoa usará do conhecimento médico tradicional -- ervas, rezos, limpeza e práticas rituais -- para diagnosticar e talvez curar a doença. O rezador também exerce a função de encaminhar a pessoa doente a um especialista: em alguns casos, um médico de formação européia, mas em outros casos, a um rezador especializado.

Os agentes de saúde -- profissão paga pelo Estado e parte do sistema formal de saúde, mas com muita proximidade ao povo e suas tradições -- têm um papel complexo na maioria dos locais onde se fez a pesquisa. Quando o agente consegue articular bem na sua comunidade, valoriza o conhecimento local em funcionamento; busca apoio com mulheres que entendem de ervas e com rezadores e xamãs que ajudam com doenças menos sérias e doenças culturais. Este agente, porém, também encaminha -- e em muitos casos acompanha -- as pessoas no seu encontro com um mundo estranho de médicos, hospitais e burocracias.

Também é importante notar que em muitos casos, quando uma criança doente chega ao posto de saúde ou hospital, não é sempre um médico que atende; mais comum é uma enfermeira ou um agente de saúde. Vemos que a maioria das famílias (76%) já levou os seus filhos a um profissional de saúde, mas em Lábrea, 75% de atendimento profissional foi feito por um médico, enquanto em Santa

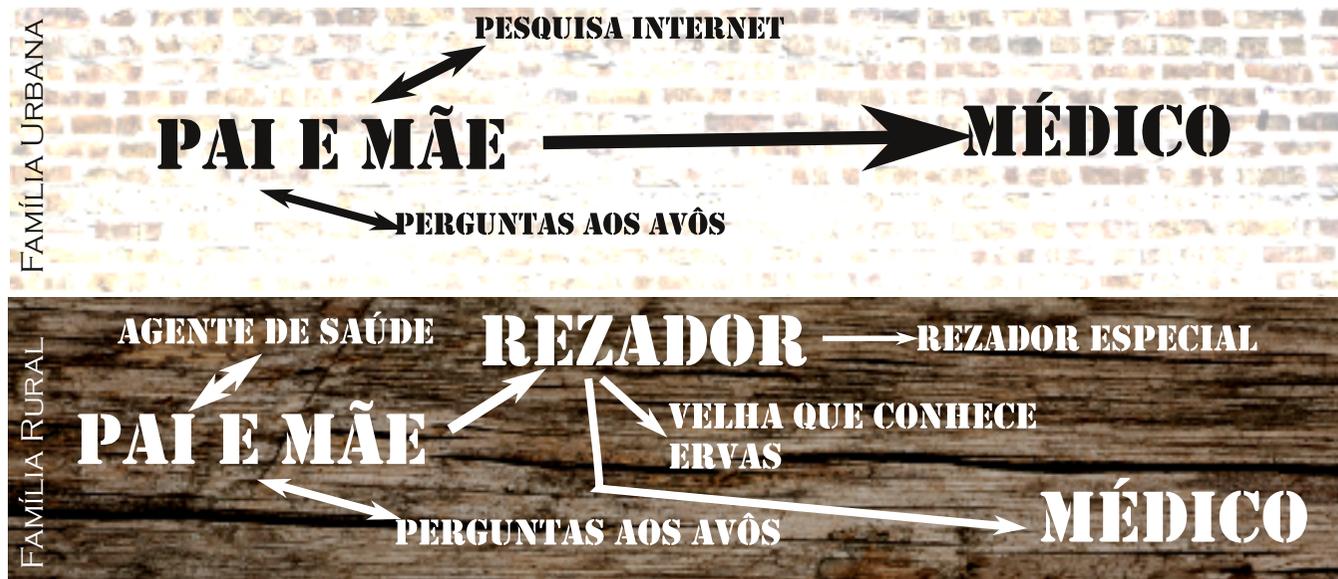


Isabel -- onde a população pesquisada era quase exclusivamente rural -- só 43% do atendimento foi realizada por um médico.

Por isso, em futuras avaliações, achamos que é importante medir a porcentagem de crianças e mães que tem acesso a médicos ocidentais profissionais. Porém, também é importante ver a capacitação e competência

de outras pessoas que formam parte do itinerário, algo que não é sempre fácil de avaliar quantitativamente. Por exemplo, ficamos muito impressionados com a boa relação entre o agente de saúde em São Paulo (Lábrea) e os rezadores e a parteira da comunidade. Tinha um respeito mútuo e souberam encaminhar as questões de saúde à pessoa que melhor sabia lidar com elas. João Silva, o agente, falou claramente que muitas mães reclamam de problemas de susto ou vento caído, e se levam as crianças ao médico ou enfermeiro, provavelmente serão considerados ignorantes. Os rezadores sabem bem como lidar com o problema, e a criança quase sempre melhora. Igualmente, a parteira da comunidade sabia muito bem quando uma complicação da gravidez exigia atenção médica ocidental, e falava sempre com o Agente de Saúde para encaminhar as mulheres grávidas ao hospital, quando achava necessário.

Neste caso, o acompanhamento do agente de saúde dentro do sistema médico formal também aparece como essencial. Ajudava as pessoas rurais a pegar a carteira do SUS, as apresentava aos médicos, e as apoiava no processo de preencher papéis e lidar com a burocracia de saúde. As mulheres na cidade de Lábrea reclamaram muito da atenção médica quando deram à luz, mas não escutamos estas



queixas das mães da área rural, talvez porque Seu João estava presente, e mais provavelmente porque elas foram atendidas por uma equipe local especializada -- parteira, familiares, agente de saúde preparados.

Para avaliar futuros projetos, achamos que é importante medir o conhecimento das pessoas: Como identifica os sintomas de doenças

comuns, para saber quando é melhor procurar o agente de endemias, o rezador, a parteira, ou médico profissional? Quais as doenças que curam com sem o atendimento médico local. Essa é uma pesquisa que precisa de dados qualitativos, para entender como funcionam as dinâmicas locais, e como recorrem a biomedicina. Depois de pesquisar nestas três comunidades, percebemos que as mães sabem lidar bem com doenças como vento caído, mal olhar, quebrante e gripe. Até com o problema sério da diarreia, parece que as mães sabem trilhar um itinerário terapêutico que funciona: considerando o número imenso de crianças que sofrem de diarreia e a péssima qualidade da água, é de se esperar que muitas crianças tenham graves problemas de diarreia. Podemos dizer que isso indica que a atenção dos rezadores e o soro distribuído pelos agentes está funcionando, ou ainda apontar novamente para a ausência de falas de morte infantil na pesquisa.

Porém, ficamos mais preocupados com a sua capacidade de encaminhar os seus filhos ao médico certo quando adoecem de doenças que chegaram com a nova colonização da região: malária, hepatite, tuberculose, pneumonia, doenças sexualmente transmitidas, que embora não seja um problema infantil, pode ser repassada pela mãe no parto. A cultura local parece ainda não saber lidar muito bem

com estas doenças -- relativamente novas -- nas suas práticas quotidianas. O cuidado para com essas doenças e a evitação da contaminação muitas vezes são complexas por sua transmissão ser facilitada por práticas locais (como o hábito de comer no mesmo prato ou o problema da água potável que se enfrenta em muitos desses locais, práticas sexuais diferenciadas, etc). Mas também, e talvez mais importante, que embora saibam onde ir, não confiam no atendimento, ou nos recursos que tais atendimentos oferecem. Tem ainda o problema do próprio acesso a esses sistemas. Limitadores como o do transporte, a língua, ou mesmo o acesso simbólico e de confiança delegado a tais serviços são fatores muito presentes nas respostas que ouvimos e que podemos dar nessa pesquisa.

ÁGUA E ESGOTO

Esta pesquisa oferece dados importantes na questão d'água. É comum no Brasil falar de Amazônia como a maior bacia de água doce no mundo. Sendo a Amazônia um dos maiores berços de água do mundo, parece impossível que a água potável (adequada ao consumo humano) seja um problema naquela região. É uma lástima ver que se constitui um dos maiores problemas em todos os três municípios pesquisados. Banhadas por água doce, as regiões, no entanto, não têm o hábito de tratar a água antes de consumir. Isso não é somente um problema das famílias ribeirinhas. Trata-se de um problema que afeta grande parte das famílias inclusive em áreas urbanas como Manaus, São Gabriel, Santa Isabel, etc. e é quase uma calamidade pública que num local onde a água é abundante, se tenha que ou consumir água contaminada ou aquela vinda em garrafas plásticas das cidades grandes, em barco, caríssima.

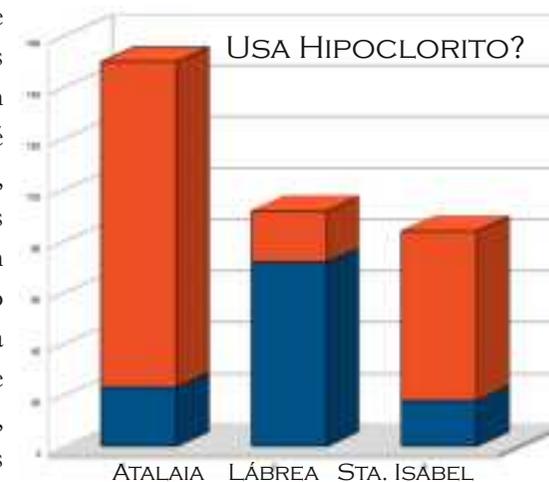
Os governos locais parecem ter uma baixa (ou talvez nenhuma)

preocupação com esse tema, e inclusive, há casos em que sistemas de tratamento de água feitos por prefeitos anteriores e que funcionam, serem desativados. Desativa-se para diminuir a popularidade do adversário, como aconteceu com o prefeito atual em Santa Isabel do Rio Negro.

Os tratamentos de água mais disseminados em todos os três municípios pesquisados é o de acrescentar hipoclorito de sódio na água. Essa questão faz ou fez parte de um programa de distribuição do produto pelos agentes de saúde ligados ao governo. No entanto, esbarra em vários problemas: infrequência na distribuição, reclamações de mau gosto e infrequência no uso.

De todas as famílias entrevistadas, só três (menos que 1%) disseram que bebem água tratada por um sistema municipal, todas elas na área "urbana" de Santa Isabel do Rio Negro. Em Santa Isabel, 31 famílias dizem beber água de poços mais ou menos salubres, e algumas famílias em todas as cidades usam água da chuva, mas a grande maioria de crianças em todos os municípios pesquisados bebem água suja, contaminada com bactéria, vermes, e viroses. Infelizmente, em Atalaia do Norte -- único lugar de pesquisa com um sistema de água municipal de grande porte -- as 100 famílias que bebem água da torneira acham que é água potável e tratada, quando realmente é água que vem diretamente do rio, sem qualquer forma de filtragem ou tratamento.

Considerando esta situação, não é coincidência que mais que a metade das doenças citadas pelas mães tem a ver com diarreia e vômito. O que é interessante é que em Lábrea, onde os agentes de saúde nas comunidades pesquisadas fazem grande questão de promover o uso de gotas de hipoclorito para tratar a água doméstica (e 78% de famílias usam hipoclorito), diarreia e vômito somam 34% das



doenças mencionadas no quadro de doenças. E contraste, em Atalaia, com uma situação péssima de água e onde só 10% das pessoas usam hipoclorito, 53% de doenças mencionadas tem a ver com problemas digestivos. Quando se ensina sobre água e como tratá-la se observa um impacto na vida e saúde das crianças.

A pesquisa traz dados igualmente preocupantes sobre saneamento básico. O censo do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas) compila boa informação sobre o sistema de esgoto em cada cidade brasileira, com resultados péssimos em Lábrea, Santa Isabel, e Atalaia do Norte. Só 5% de casas em Lábrea têm saneamento adequado, 7% em Santa Isabel e nenhuma casa em Atalaia. O nosso trabalho cotidiano nestas comunidades dá um sentido às palavras formais "adequado" e "semi-adequado".

1. Atalaia do Norte. No bairro da Ponte,

algumas famílias têm um espaço dedicado às necessidades fisiológicas: uma casinha ligada à casa principal por uma pontinha, com um buraco que cai direto na água do rio. As pessoas pegam água para beber do mesmo rio, e as crianças nadam e tomam banho ao lado do local onde defecam e urinam. Como somente algumas famílias construíram patentes, a maioria das famílias pede licença para usar os banheiros das famílias que os têm. Nos bairros onde as casas não estão acima do rio, é mais comum usar como patente, mas esta casinha não tem fossa. A pessoa faz coco no chão, e de vez em quando alguém recolhe todo o excremento e o leva ao rio. Nas áreas rurais pesquisadas, o banheiro é o mato ou o rio, uma situação um pouco melhor do que a urbana, mas certamente não muito salubre.

2. Lábrea. A maior parte da pesquisa em Lábrea foi feita em Terra Solidária, um grande conjunto de casas construídas pela igreja católica, onde uma patente com fossa era parte da construção entregue a cada família. Embora as famílias desta comunidade sejam ainda mais pobres que a média no município, este sistema de saneamento é um dos melhores na região. Nas áreas rurais pesquisadas, o banheiro é o mato ou o rio.

3. Santa Isabel. Segundo o IBGE, Santa Isabel tem a maior porcentagem de saneamento "adequado" entre os municípios aqui pesquisados, e na área urbana podemos confirmar esta informação. Nas áreas rurais, o quadro é mais diverso. Em algumas

comunidades, a situação é igual às áreas rurais de Lábrea ou Atalaia: o banheiro é o mato ou o rio, mas Tabocal e Cartucho têm fossas e outras comunidades estão pensando soluções para o excremento.

Saneamento básico é um problema sério nos três municípios pesquisados, claramente a causa dos altos níveis de diarreia, problemas digestivos, de vermes, e (no caso de Atalaia e Lábrea) os altos níveis de hepatite. A fonte de água consumida parece estar, em todos os casos, bastante próxima do local onde se usa como banheiro. Em vários casos, a mesma fonte onde se consome a água é o local onde se usa para defecar, tomar banho, etc.

As poucas associações nas falas na pesquisa da relação entre o consumo de água não potável e problemas de saúde é preocupante, merecendo uma atenção



adequada. Sintomas como diarreia, febre, vômito são considerados doenças, porém não são associados à veiculação hídrica, é um dado presente em todos os municípios pesquisados.

Pequenos investimentos em mudanças certamente criaria grandes impactos nesse tema. Assim, a presença de fossas adequadas, de fontes de água natural ou tratadas serão pontos fáceis de medir relacionando com a quantidade de casos que surgirem de diarreias e vômitos, ao menos.



CONCLUSÕES

Há grandes problemas na colheita de dados epidemiológicos pelo estado: a falta de profissionais nas áreas rurais, a decisão de definir o interior de Amazonas como um "vazio demográfico" para pesquisas nacionais, a interferência de políticos e burocratas, a falta de capacidade em diagnose e morbidade. Todos estes fatores dificultam o uso de dados oficiais como uma linha de base para futuras avaliações. Porém, propomos quatro áreas temáticas para fundamentar a mesma: saúde e atenção ao redor do parto, educação e tratamento de água, a trajetória terapêutica, e

mudança na tabela de doenças.

Gravidez e Parto: Nos municípios pesquisados, mais que a metade de mortes infantis registradas no sistema de informação do SUS são mortes perinatais. Os dados que nossa equipe coletou sobre atenção pré e pós-natal, e número de abortos espontâneos, corrobora esta informação. Uma análise diacrônica destas métricas em conjunto poderia formar uma boa base para uma avaliação de mudanças na saúde de crianças quando começam a sua vida.

Quadro de doenças: A tabela de doenças desenvolvida no transcurso desta pesquisa oferece uma boa ferramenta para futuras

avaliações. Redução no número e porcentagem de diarreias é uma meta clara, e deveria ser vista em conjunto com reformas no sistema de tratamento da água e saneamento básico. A mudança em outros temas pode ser interessante também, mas deve ser considerada com cuidado: a redução em número de gripes e aumento em número de malária poderia indicar, por exemplo, que as famílias sabem diagnosticar malária melhor. Um aumento no número de casos reportados de vermes também indicaria melhor consciência sobre os problemas sanitários no Estado.

Itinerário Terapêutico: O escasso número de crianças e mães com acesso aos médicos profissionais oferece um bom dado importante; seria positivo se futuras avaliações achassem mais e melhor atendimento. Igualmente importante neste campo é a questão de conhecimento: se as mães sabem onde encaminhar os

seus filhos quando adoecem de diversos males. Percebemos que muitas mães sabem bem lidar com doenças tradicionais, mas ainda não entendem onde ir quando os filhos sofrem de doenças de contato, como hepatite e malária, ou talvez não tenham confiança no sistema de saúde local.

Água: Finalmente, embora Amazônia é a maior bacia de água doce no mundo, não há água potável na região pesquisada. Igualmente preocupante, a população não fala da conexão entre água contaminada e diarreia infantil, e muitas pessoas seguem usando água dos rios e do sistema municipal como se fosse apta para beber. Neste campo, a nossa pesquisa e o IGBE trazem dados excelentes para avaliar mudanças no tratamento de água e no uso que as pessoas fazem dela..

Já que as famílias de Atalaia do Norte, Santa Isabel, e Lábrea não são uma amostra aleatória nem uma representação da situação geral em Amazonas, seria importante voltar ao mesmo campo para fazer a avaliação. Com isto em mente, o monitoramento deste complexo de métricas oferece uma ferramenta eficaz para avaliar mudanças na atenção à saúde nas áreas rurais de Amazonas.





ANÁLISE DOS FILMES

Capítulo 3

RITA DE CÁCIA OENNING DA SILVA E KURT SHAW

*N*a escrita deste livro, temos feito um esforço de falar um idioma de intermedialidade, algo que se norteie entre ideias amazônicas e ideias europeias de saúde e doença. Nos filmes que fizemos durante a pesquisa, este diálogo é mais intenso, porque as pessoas falam por si mesmas, com conceitos de saúde, higiene e cotidiano, que podem parecer estranhos aos ouvidos de estrangeiros. Os filmes trazem uma fonte de diálogos e conhecimentos muito rica, mas não são sempre fáceis de entender. Vamos nos ater, assim, a uma interpretação ou tradução das ideias que eles nos apresentam. Na análise, começaremos contando a história de como o filme foi feito, e depois apontaremos para o que pensamos sobre que o filme pode nos ensinar para pensarmos saúde e infância em Amazonas.



ESCRITO NA AREIA

Quando nós (Rita da Silva, Kurt Shaw, e Helena da Silva Shaw) chegamos em Santa Isabel do Rio Negro, Rosilene Fonseca Pereira estava ainda conversando com algumas lideranças para começar a pesquisa no município. Por isso, fomos juntos a várias comunidades para perguntar se estariam interessadas em participar da pesquisa e da filmagem de alguns vídeos; falamos com líderes em Cartucho, Boa Vista, e Tabocal do Euneuixi, e foi a administradora da última, Marlene, que se mostrou mais entusiasmada.

Num pequeno iPad, mostramos para ela, a outros membros da comunidade e às crianças, filmes que tínhamos feito com crianças indígenas em outros contextos, e fomos convidados a voltar dois dias depois para realizar a filmagem com as crianças e os adultos que quisessem participar.

Depois de um dia cheio de brincadeiras, conversas, e filmagem -- estimulados por Helena, que queria conhecer todas as crianças da comunidade -- ficamos cansados e com calor. Com quase 20 crianças de 1-12 anos de idade, sentamos na sombra de um jamboeiro para descansar, e perguntamos se alguém tinha uma história que queria contar. Leidiana dos Santos Miranda, uma menina de 10 anos, disse, "Eu sei! Posso contar?" A narrativa que ela contou foi

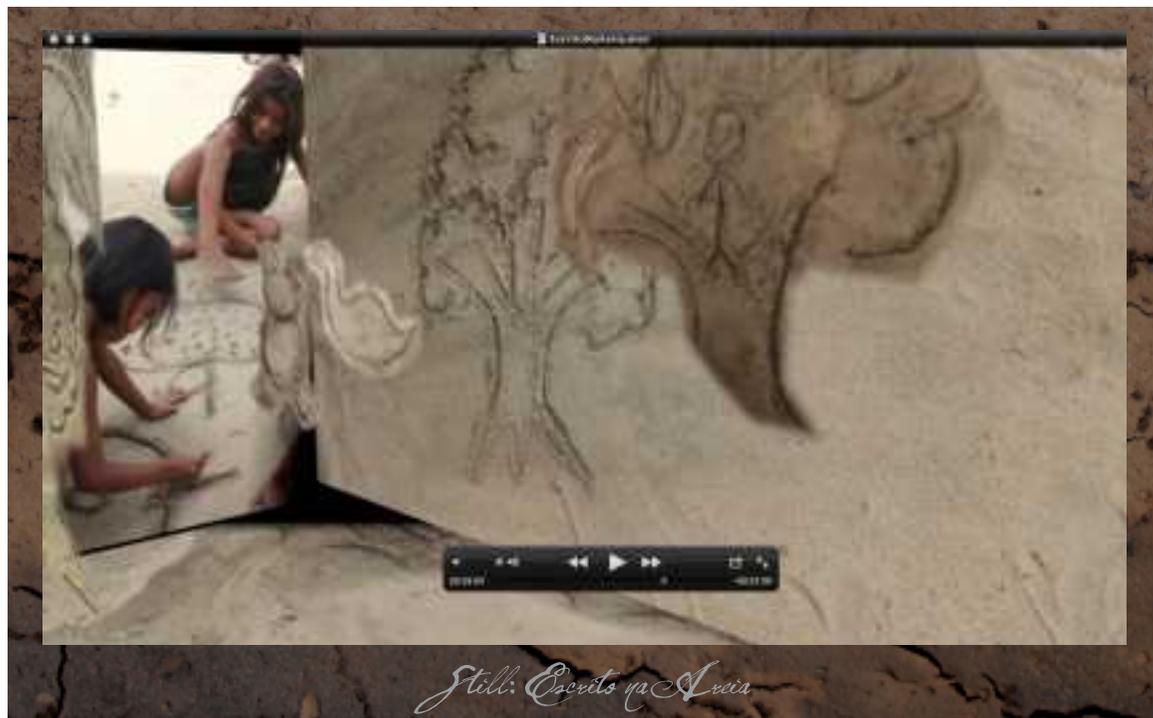
editada e dá o roteiro do filme.

Já temos animado anteriormente desenhos infantis para incluir em filmes, mas em Tabocal não tínhamos, naquele instante, papel ou canetas. O que tínhamos era a areia branca do Rio Negro e um monte de paus que tinham caído da árvore. Duas das crianças nos mostraram essa possibilidade quando fizeram desenhos na areia. Propomos que desenhassem os personagens da história, e depois fotografamos as imagens que elas tinham feito. A partir daí, foi recortar e animar as imagens para criar uma estética bem diferente.

A história narra que um jabuti foi andando na merda, na lama, e veio uma

anta correndo e pisou encima do Jabuti e ele ficou soterrado na lama por muito tempo. Daí ele, quando cresceu, boiou naquela lama. Então ele foi na merda da Anta e Perguntou: ô Merda, cadê teu dono? E a Merda responde: meu dono foi embora. Seguiu rio acima. E o Jabuti agradeceu e foi embora. Ele chegou noutra merda e perguntou: ô merda, cadê teu dono? E ela respondeu: ele foi embora, já faz um ano que ele me deixou. E ele foi embora, passando por um igarapezinho. E viu outra merda e perguntou: ô merda, cadê teu dono? E ela responde: meu dono me deixou já faz duas semanas. Me cagou e foi embora pra cima. O jabuti foi novamente e passou um

rio. Daí viu outra merda e disse: ô merda, cadê teu dono? Ele me deixou faz um dia. Ele está pra frente. Ele foi em frente e viu uma merda esfumaçando [recente, ainda



quente]. Perguntou: ô merda, cadê teu dono? Lá está meu dono, ele está deitado. Ai ele foi e apertou bem no saco daquela anta. E os dois se debateram, entraram nos galhos na beira do rio, foram pro rio se debatendo e nada do Jabuti soltar a Anta. A Anta morreu e o Jabuti foi embora convidar parceiros dele, parentes dele e falou: Hoje é meu aniversário. eu tô inteirando nove anos. E acabou.

A história, um jeito muito tradicional de ensinar entre os povos ribeirinhos, aponta algumas questões importantes: em primeiro lugar, ela aponta a relação entre seres do cotidiano das crianças, seres esses que falam e têm atitude, o que aponta para a perspectiva dos bichos. Nesse caso é muito interessante que a merda também fale. Ela não seria um adjeto, desprezível, como pensamos nós. Para esses povos que caçam, a merda é uma pista muito importante. Convivem com ela cotidianamente, e ela fala de vários modos - fala sobre o que come o dono, sobre onde ele está, a distância desde o ponto para alcançá-lo. E são tudo isso pistas que levam à presa, ou indicativos de cuidado para com a presença de bichos predadores. Assim, a merda humana também fala.

Na história narrada, a conversa com a merda sempre acontece próxima da água, ou seja, ela se encontra nas proximidades de rios, igarapés, o que é uma verdade em muitos locais ribeirinhos, embora exista também, em muitos grupos, o cuidado especial com os igarapés, fonte de água limpa quase garantida. Essa questão da proximidade dos locais de defecar perto (ou dentro) dos rios tem sido um problema em casos de crescimento da população, especialmente quando não se tem uma fonte de água potável reservada.

A narrativa da garota

também aponta para a estética do narrar e a importância de ser um bom narrador. As crianças sabem que quando contam uma história, devem narrar com graça e eficiência. Precisam agradar sua audiência. O fato que o Jabuti completava nove anos no dia em que se livrou da anta é um aspecto engraçado do conto. Demorar tanto é uma qualidade de animais e pessoas lentas. Mas ao mesmo tempo, o Jabuti mostrou sua persistência, uma qualidade também importante. Crianças bem pequenas narraram histórias nesse mesmo dia, mas nem todas tinham aprovação do público. E algumas, embora aprovadas pela audiência, eram tão pequenas que mal falavam. De qualquer modo, a narrativa é um excelente meio de ensinar/aprender. Vale observar essa questão quando se pensa em estratégias de melhorias nos cuidados de crianças pequenas.

CUIDANDO DA GENTE

O segundo filme feito em Tabocal, *Cuidando da Gente*, oferece boas pistas

para entender a relação entre alimentos, saúde, e sazonalidade, temas também enfrentados pelos três pesquisadores de área deste estudo. Assim, preferimos usar este espaço para pensar como o cotidiano das crianças quebra qualquer oposição fácil entre trabalhar e brincar, estudar e jogar.

Subir um açazeiro é trabalho. Exige muito suor e tempo, e sem este esforço, falta um alimento essencial na dieta amazônica. Porém, como as crianças mostram no filme, subir um açazeiro também é brincadeira, e elas fazem



a atividade com a mesma atitude que uma criança urbana tem num parque infantil: rindo, desafiando, exibindo-se. Também como no parquinho, parte do prazer encontra-se no perigo e na capacidade que se deve desenvolver para realizar as atividades que ele propõe. Crianças menores aprendem a brincar em árvores mais fáceis de subir, indo apanhar ingá e jambo, como nos mostra o filme.

Na modernidade, aprendemos a dividir os campos de ação humana (no caso, da ação infantil). Neste espaço se trabalha; naquele, se descansa. Nas escolas as crianças estudam, e no parquinho ou no quintal, brincam. Todo um aparato surgiu para demarcar estes espaços, sejam as cores fortes do parquinho ou as paredes brancas de um hospital.

No interior de Amazonas -- tal como em muitas sociedades tradicionais -- esta divisão não existe. O mesmo espaço tem vários usos e a mesma atividade existe por várias razões. O jamboeiro em frente das casas em Tabocal é lugar de brincadeira de crianças pequenas, as que aproveitam da sombra para desenhar animais e plantas na areia. Também é lugar de aprender: os contadores de história usam o espaço para falar dos mitos. Crianças aprendem a subir; adolescentes fazem safra de jambo para alimentar suas famílias, na hora da fome, um jambo se dispõe facilmente na sua época de colheita.

É interessante ver como as famílias rurais começam a lidar com esta divisão de espaços quando chegam a habitar a cidade pequena. Tanto em Atalaia do Norte como em Lábrea, empreendedores locais têm montado parques infantis infláveis nas praças principais dos municípios, com camas elásticas, escorregadores, e outras brincadeiras que chamam muito a atenção das crianças. O preço da brincadeira não parece muito alto para uma pessoa acostumada à entrada de cinema, mas 2 reais por sete crianças chega a ser quase 20% de uma bolsa-família. Como consequência, muitas mães evitam as principais praças das cidades, efetivamente reduzindo alternativas de lazer e capital social. A praça, já um lugar demarcado por classe e origem, fica ainda mais segregada. Essa demanda dos parques surgiu em alguns casos, especialmente em casos como o de Atalaia do Norte, onde os espaços de brincar das crianças parecem muito perigosos, pois constituem quase 100% água. Numa comunidade onde o território é amplo e a água é uma alternativa entre muitas, esse desejo não parece ser parte da vida cotidiana. O brincar não está

separado das demais atividades cotidianas.

Tanto em Lábrea como em Atalaia, as mães respondem a este problema pedindo parquinhos e praças nos seus bairros. As brincadeiras na praça estão lhes ensinando a desejar as novas coisas da cidade, mas a sua condição social exige que sejam bens públicos e comunitários. O filme em Tabocal mostra que a infância não era assim no campo e nas beiras dos rios, mas agora que moram em bairros periféricos em cidades pequenas, as mães são conscientes que têm que repensar os espaços da infância.

O filme *Cuidando da Gente* mostra ainda como o cuidado de crianças é uma atividade integrada na vida familiar, e embora haja divisões de tarefas por idade, o aprendizado infantil em Tabocal não é feito somente nos bancos escolares. Ele está também na roça, no catar frutos, na dança, no manejo e preparação da comida. Uma criança naquela comunidade é introduzida gradativamente nas atividades que lhe darão suporte para a vida adulta. Elas também estudam, aprendem a ler e escrever, mas como vivem num ambiente natural bastante diverso e rico, aprendem desde cedo muitas outras coisas, que lhes garante a firmeza do corpo, a astúcia no mato, o reconhecimento botânico e alimentar, a técnicas de manejo das diversidades de frutos e outras espécies de alimento, aprendem a plantar, a caçar, a criar bichos, entre tantas outras coisas.



O breve filme sobre banhos e saúde em Atalaia do Norte surgiu de uma entrevista que Inara Nascimento fez no transcurso da sua pesquisa, quando encontrou uma jovem mãe que tinha migrado a Atalaia do Norte, vinda da pequena cidade de São Paulo de Olivença, situado no Rio Solimões. Em Atalaia do Norte, o banho não é tratamento comum para doenças infantis, mas em São Paulo o é, e a mãe queria manter a tradição que sua avó tinha lhe ensinado, porque viu que funcionava. Inara perguntou à mãe se ela estaria disposta a fazer um filme sobre o

tema e ela aceitou. Seus filhos e filhas aprenderam a usar a câmara e filmaram a conversa de Inara Nascimento e Kurt Shaw com sua mãe.

Muitas pessoas veem a Amazônia antes de chegada dos brancos como uma série de culturas e tribos desconectadas e isoladas, mas evidências arqueológicas e da história oral indicam o contrário. Existia uma grande mobilidade pelos rios, com comércio de produtos, ideias, pessoas e medicina. Este filme mostra que estas trocas locais ainda são fortes: quando as vizinhas da mulher de São Paulo de Olivença perceberam que os banhos ajudaram às crianças, pediram que ela ensinasse a elas, passando assim esse conhecimento médico. A mãe agora precisa pedir aos parentes em São Paulo, as folhas necessárias para diferentes banhos, já que não se encontram no mato ao redor de Atalaia, e os telefonemas que faz com esses pedidos fortalecem ainda mais os laços entre as duas comunidades.

Outro fator interessante no filme é o contraste entre a água do banho e a

água do rio. Enquanto o banho deve acontecer em água pura -- ritual -- os filhos da mulher estão tomando banho embaixo da casa da família, ao lado da privada onde quase todos da vizinhança defecam. A família também pega água do mesmo lugar para beber. Assim, podemos ver que ainda quando alguém é capaz de ver a importância de água limpa no contexto ritual ou médico, pode não entender a relação da água suja para beber com a doença infantil.



O Rezador é um filme interessante não tanto pelo seu conteúdo mas pelo detalhe de como ele foi possível. Enquanto fazia a pesquisa em Atalaia, Inara e sua equipe ficaram impressionadas com as constantes referências aos rezadores do bairro da Ponte: sempre quando um filho estava doente, as mães levavam esse primeiro ao rezador. Enfermeiro, médico, hospital sempre eram um segundo ou terceiro passo depois de falar com o rezador.

Porém, não é fácil falar com um rezador. Sabendo que o sistema médico formal os deprecia, não estão dispostos a falar sobre seu trabalho a um estranho. Inara procurou vários, tanto que tornou-se conhecida na rede de reza como "A mulher que não tem criança doente mas ainda assim procura rezador." Quando Inara chegava a pessoas que todos mencionavam que era o rezador que curou seus filhos, a pessoa dizia, "Não, não sou rezador. Sei um pouco de rezas, mas deverias falar com fulano." Fulano, no seu turno, encaminhava Inara a Sicrano, e assim seguia sem poder entrevistar a ninguém.

Quando Kurt estava em Atalaia, conversamos com várias mães que disseram que um rezador tinha salvado a vida das suas filhas bebês. Fomos então com dois irmãos de uma das bebês curadas em busca do seu Raimundo, o mais famoso rezador do Bairro da Ponte. Encontramos um senhor muito velho, arcado, mas com um brilhar nos olhos, caminhando lentamente pelas pontes entre sua casa e a terra firme. As crianças o cumprimentaram, e Inara explicou que estávamos tentando



Memórias a filmagem de "Banhos"



entender como as mães cuidaram das crianças, e queríamos conversar com ele.

"Comigo?" perguntou seu Raimundo com verdadeira curiosidade. "Um velho inútil que sabe um pouco de magia? Não vale não, senhora." Persistimos, e o senhor convidou-nos a sentar em sua casa e conversar.

Seu Raimundo diz que para ele tudo o que faz curar é resultado do trabalho da "Mãe no Céu e os Santos Apóstolos", frase que ele repetia muitas vezes. Segundo ele, a única coisa que ele fazia era chamar a intervenção destas figuras demiúrgicas; porém, poder fazer este chamado era um dom que nem todo mundo tem. Exige paciência e tempo, porque os santos só responderam depois de muito tempo de reza e muitas repetições.

Na entrevista podemos ver que a reza não era a única coisa que seu Raimundo fazia, embora fosse a que ele achava mais importante. Ele diagnosticava a doença que a criança sentia -- não só no primeiro momento, mas também depois de cada reza e ainda quando a criança chegava para a próxima sessão (normalmente três vezes ao dia: manhã, tarde, e em muitos casos, a noite inteira). Quando a mãe trazia a criança à sua casa, avaliava se ele era a pessoa certa para tratar a doença: em muitos casos, dizia que não: a mãe tinha que levar a criança a outro rezador, especialista no problema, ou que tinha que levar direito ao médico ou ao hospital. "Tem doenças que eu sei curar. Tem outra doença que é para médico mesmo," ele explicou. Se a reza não funcionava, novamente ele fazia uma avaliação e se necessário, encaminhava a outro profissional. Sua atuação funcionava como um tipo

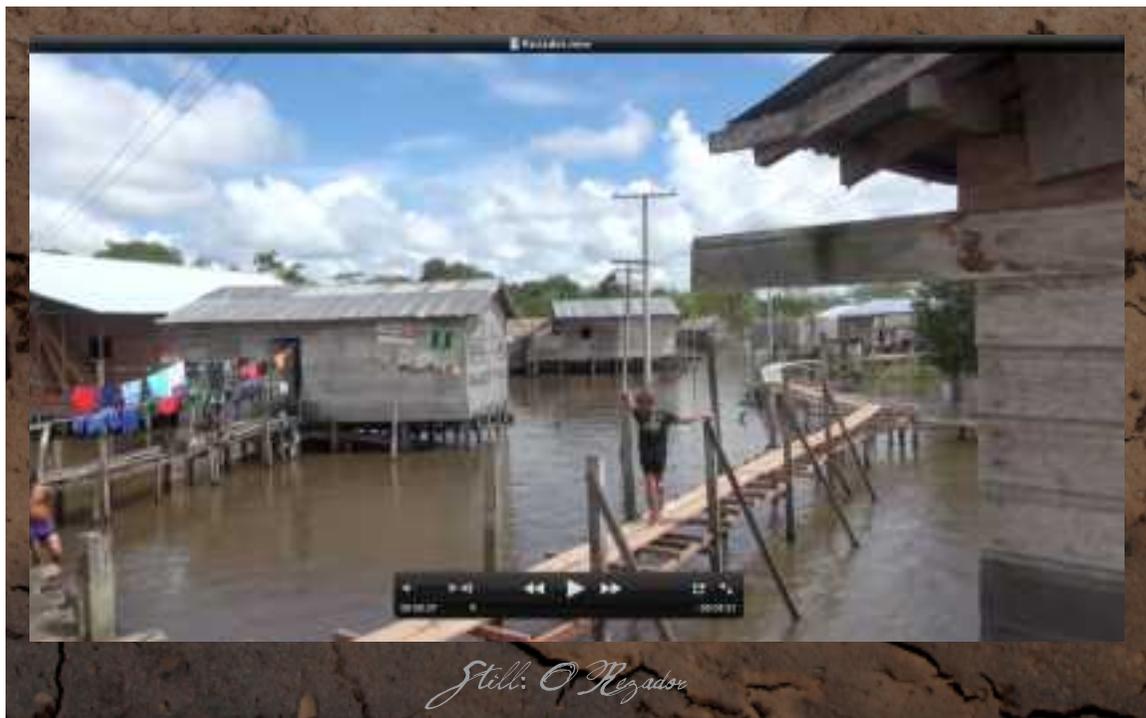
de agente de triagem dentro do bairro. Também falava com a mãe sobre o que precisava a criança: água limpa, chás fracos, mais tempo mamando... Em todos estes casos, seriam recomendações iguais como as dos médicos no hospital.

Não temos o espaço aqui para pensar por que o trabalho do rezador

funciona: seria conteúdo para uma tese de doutorado bem elaborada. O que é certo é que tem eficácia simbólica, fortalece a relação da criança com sua mãe, presta atenção na criança nos momentos mais difíceis, e oferece uns remédios como soro, mais leite materno, e chá. E certamente, as mães acreditam nos rezadores, e dizem que sua atenção funciona. , ouviram-se muitas reclamações do atendimento nos hospital, nos postos, da atenção dos médicos e dos enfermeiros, mas nunca escutamos uma reclamação do trabalho de um rezador.

Normalmente, o rezador é especialista em crianças, embora alguns também tratem problemas

de mulheres. Suas rezas ajudam a "fechar o corpo", conceito local da saúde que Rita da Silva considera nos primeiros capítulos deste livro. Porém, seu Raimundo também sabia muito de doenças de adultos. Explicou que por muitos anos, ele trabalhava nos garimpos e seringais, onde havia muitos homens morando juntos e muitas doenças contagiosas. Ele ganhou fama lá por poder diagnosticar e curar muitas doenças com chás e ervas, e tornou-se um tipo de médico amador. Contou que esta experiência era mais importante que qualquer formação médica no seu trabalho com crianças.



SOU BILÍNGUE

Sou Bilingue conta uma história conhecida: a experiência de crianças que nascem em famílias indígenas mas moram na cidade, onde a maioria das pessoas não entendem sua língua. Edilson Paumeri expressa bem a ansiedade, vergonha e confusão que enfrentam estas crianças que vivem dentro de dois mundos: é um tema que escutamos muito entre os indígenas que migram para as sedes municipais de Atalaia do Norte e Lábrea. Ainda nas comunidades rurais de Santa Isabel, linguagem é uma questão essencial: há lugares onde há pessoas de 10 etnias diferentes, onde Tabocal, Português ou Nhengatu tornam-se línguas francas.

A metodologia pedagógica do projeto Sou Bilingue é problemática: ensina Paumeri e Apurinã como

se fossem inglês ou Alemão, com lições de gramática, conjugação, etc. Temos visto problemas parecidos entre muitos grupos indígenas que querem recuperar seu idioma perdido frente ao domínio dos idiomas dos colonizadores. O que é interessante do programa



-- e especialmente da liderança de Edilson -- é que enfrenta a questão estética do linguajar. Pessoas da cidade -- e em muitos casos, os indígenas que já moraram lá há uma geração, são igualmente responsáveis -- burlam os idiomas nativos por acharem esses "feios" ou "primitivos." Este olhar coloca a fala, uma marca familiar e étnica fundamental, que carrega questões de identidade grupos, como se fosse uma velha roupa rasgada e suja, que deve dar vergonha às crianças.

Nesse contexto, reivindicar a beleza de paumeri e apurinã é essencial. Os professores insistem que é difícil, que os brancos não são capazes de falar o idioma, que as crianças deveriam ter orgulho de falar a língua do seu povo. Se conseguirem convencer as crianças que a fala delas e dos seus familiares é fundamental e interessante de se seguir falando, os organizadores do projeto terão feito muito para promover o bem-estar das crianças indígenas em Lábrea.

O BOTO SEQUESTRADOR

Subindo o Rio Purus em voadeira para fazer o filme "Agente de Saúde," (descrito em seguida) vimos muito botos na água. Na comunidade de São Paulo, depois de falar com uns caçadores que voltaram à casa com um veado e uma paca, vimos três elegantes botos lentamente subindo o rio, usando seu sonar para procurar peixes na água turva. Mais tarde, comentamos ao barqueiro, um jovem caboclo conhecido como Louro, o quanto gostava de ver esses bichos grandes e exóticos.

"Ah, mas tem que ter cuidado," ele respondeu.

"Sim?" eu perguntei, confuso.

"Tu que trabalha com crianças e não sabe disso? É que boto gosta de pegar crianças para eles." Com isso, ele contou a história da crianças sequestradas por um boto; Louro aceitou contar novamente para filmar.

Ao final da viagem, quando ao sair do barco no porto de Lábrea, Louro falou, direcionado para mim, "Se tu quer conhecer o menino, ele mora lá do outro lado da cidade. Ele é grande agora. Se quer, te levo lá e ele te conta tudinho." A esposa apareceu na janela da casa de madeira para perguntar o que queríamos. Lembrou do Louro, filho do seu velho patrão, e o cumprimentou secamente. Louro contou a história do boto e perguntou se o menino estava em casa para contar a sua lembrança da história. Não, disse a mãe. Estava na escola.

Depois, perguntei se ela queria contar a sua memória do evento. "Quando o menino se perdeu? Perdeu-se. Cinco dias. Só isso." As suas palavras eram curtas

e quebradas e era muito claro que não queria falar. Agradei, me despedi. Louro comenta: "Outra vez quando o senhor vier aqui, vou combinar com o menino. É meu amigo. Ele conta a verdade."

Semanas depois, conversando com Thereza Menezes, assessora do projeto e professora de antropologia da UFAM, ela disse que "Em Lábrea o boto muitas vezes representa o patrão." Neste caso, o sequestro do menino pode ser uma crítica da alienação do trabalho do peão no sistema de garimpo e seringa. O patrão rouba do trabalhador sua borracha, seu dinheiro, sua juventude e saúde... até seus filhos. E para devolver o filho, tem que pagar uma fiança. Essa seria uma interpretação possível, embora seja estranho que o contador da história seja o filho do velho patrão do menino sequestrado.

O que é certo é que muitas famílias que moram na beira do rio veem o Purus como fonte de perigo e desejo. Sem o rio, ninguém sobrevive em Amazonas: é fonte de água, pesca, via para transporte, fertilizante para a roça e ambulância para levar o filho ao hospital quando doente. Também é lugar de recreação e lazer: como crianças em todas as partes do mundo, as crianças ribeirinhas adoram brincar na água do rio. Porém, o rio é perigoso. Um pai que mora próximo à comunidade de São Paulo apontou para o outro lado do rio e disse, "Lá onde o igarapé entra no rio, é cheio de jacarés. Grandes. Matei um de cinco metros o ano passado. Não deixo as crianças brincarem na água sozinhas não!" A velocidade da água e sua mudança eterna com a subida e baixada da enchente também assusta os pais. Embora tenhamos tomado fotos lindas de crianças brincando na água mansa do rio

Euneuxi em Santa Isabel, não deveríamos cair na ilusão romântica de um paraíso para crianças. O rio é perigoso, e o cauro do boto sequestrador pode representar isso também. O boto representa um mundo desconhecido, e contar histórias de botos é o mesmo que ensinar uma criança sobre muitas coisas ao mesmo tempo: perigo do desconhecido, atração por ele, perigo de tomar banho no rio e afastar-se dos familiares, entre outras.

Histórias de sequestro de crianças são conhecidas em muitos meios - é uma espécie de mito que remete a práticas remotas. Cativos, eles eram adotados quase sempre como filhos, mas tendo normalmente um status diferenciado dos filhos de sangue. Classicamente se conhece que os raptos objetivavam aumentar o grupo, arrumando par para casamento, mas também esses poderiam e eram retidos como trabalhadores. Portanto, narrar histórias como estas é narrar inúmeras coisas ao mesmo tempo, e todas elas tratam de crianças e da alteridade: o boto como um outro, perigoso e desejado/ ou necessário.



O AGENTE DE SAÚDE

O filme Agente de Saúde mostra o trabalho de João Carlos da Silva. Ele e sua família migraram a Lábrea há quatro anos para facilitar a educação secundária dos seus filhos; antes moravam numa comunidade ribeirinha muito pequena, três dias rio acima da sede municipal. Embora João agora more em Lábrea, ele segue trabalhando rio acima: cada mês, viaja doze horas em canoa com rabeta para chegar na comunidade de São Paulo. Estas viagens, tensas e difíceis, deixaram-no com uma hérnia de disco e uma dor de ciática terrível. "Eu amo meu trabalho," ele me disse enquanto esperávamos fora da casa de uma família apuninã em Terra Solidária, "mas a agonia de sentar 12 horas no barco..." Ele suspirou. "Tenho que sair de novo domingo." Havia trabalhado com agente de saúde há quase vinte anos e sabia que



trabalhava bem e ir agora para filmar era boa oportunidade de compartilhar algo do seu conhecimento e experiência.

Fundamentalmente, queremos mostrar com este vídeo o que pode acontecer numa comunidade afastada quando o agente de saúde é bom. Primeiro, a prevenção faz uma diferença imensa: com sua ênfase em água limpa e higiene, João Carlos consegue minimizar alguns problemas crônicos como diarreia. Mas igualmente importante, agora os moradores da comunidade sabem que podem confiar em alguém. Há uma agente de endemias que pode diagnosticar malária e prescrever remédios. Mulheres grávidas sabem que podem consultar a parteira local por um tempo, mas se querem ir ao médico ou ao hospital, João Carlos as acompanhará. O agente fala com as mães e os pais para diagnosticar os males dos seus filhos e decidir se é um problema para ervas, algo que merece levar a um rezador ou xamã, ou se deveriam ir para a sede municipal.

João Carlos também liga a comunidade com o mundo "lá fora" e com o estado, ajudando a conseguir documentos e a Bolsa Família, a carteira do SUS, e articulando contatos com a igreja e outras fontes de apoio. Também -- e isso é algo que as famílias valorizam muito -- leva notícias de Lábrea e "o outro São Paulo", explica as tramas da novela das nove -- em muitos casos incompreensível para uma pessoa que nunca viu uma cidade -- e ajuda a avaliar se os comerciantes do rio estão vendendo ou comprando mercadorias a um preço justo.

Tristemente, já era muito tarde e não tinha luz para filmar quando conversamos com o velho casal que convidou a gente a estender nossas redes de dormir na sala da sua casa. Passaram horas elogiando o trabalho de João Carlos, e ao final o senhor falou, "Já moro aqui há 40 anos. Adoro este lugar. Mas eu falo

para ti, que se João Carlos deixa de trabalhar aqui em São Paulo, eu vou para a cidade. Não daria mais para morar aqui."

Um bom agente de saúde não só cuida da saúde de crianças e adultos na comunidade. Em realidade, mantém viável a vida rural no meio da modernidade.

João Carlos se tornou um agente tão competente e amado. Podemos nos perguntar o que é preciso para que outros agentes de saúde sejam tão bons como João Carlos da Silva?

A primeira coisa é simples: vinte anos de trabalho. Depois de tanto tempo trabalhando na beira do rio, João reconhece e diagnostica os problemas muito rápido. Com a descrição de um ou dois sintomas, sabe se uma criança sofre de malária. Consegue distinguir diferentes tipos de diarreia e suas etiologias. Esta sabedoria vem com muita experiência. Muitos anos de trabalho também quer dizer

que tem muito anos de contato com as pessoas que moram em São Paulo. Não é só o fato que as mães e os pais confiam nele: ele é um amigo, não só um profissional que passa pelas casas de vez em quando. Com tantos anos de trabalho, ele também ganhou a confiança dos profissionais de saúde nos postos e no hospital: quando ele traz um paciente, eles escutam o que João fala e tratam bem o doente.

Poucos agentes de saúde têm oportunidade de ganhar tantos anos de experiência: os novos prefeitos têm costume de demitir todos os agentes da

administração anterior para poder colocar seus apoiadores no cargo.

João Carlos vê o seu trabalho como uma missão, não como um emprego, um serviço público qualquer, mas como um compromisso assumido com a comunidade.

João Carlos recebe um salário considerado decente para a região: 900 reais



por mês. Pode ser um dos homens melhor pagos que moram na comunidade periférica de Terra Solidária. Porém, em muitos casos, ele gasta grande parte deste salário para comprar a gasolina para ir a São Paulo: esta administração municipal providencia gasolina para as viagens, mas nem sempre foi assim. Certamente, João não está fazendo o serviço pelo salário.

Finalmente, João Carlos é um bom agente de saúde porque sabe escutar e respeitar. Depois de trabalhar com médicos e enfermeiros com formação universitária, ele não acredita mais em quebrante, vento caído, ou o mal olhar. "Não são doenças que se pode comprovar com a ciência," ele me falou. "Mas eu sei que as crianças sofrem. Dá para ver na cara. E os pais sofrem ainda mais. O rezador reza, o pajé faz a sua magia, e ficam melhor. Então eu falo para eles, 'vai no rezador vai.' Só que quando eu sei que é outra coisa, eu mando eles ao hospital. Nisso não brinco não." Tem boa relação com os rezadores e com as velhas que conhecem e administram ervas, e "fiz os meus estudos sobre o que funciona e o que não." Colabora com a parteira para cuidar da mães grávidas. Esta relação de respeito com as famílias e com os médicos tradicionais é um dos motivos pelos quais a comunidade tem tanta confiança nele e por isso o escutam quando dá a má notícia que tem de levar seu filho ao hospital, e que a reza não vai curar.

Em muitos lugares, os agentes de saúde não trabalham bem. Em Atalaia, muitas pessoas não gostam dos agentes. Consideram-nos fofoqueiros e incompetentes. Cabos eleitorais ganham o salário de agente sem sair nunca de casa. Mas dois dias intensos com João Carlos da Silva mostra o que pode ser um agente de saúde. Quando funciona o sistema, faz uma diferença imensa na vida de crianças e famílias de áreas rurais.

O uso da imagem e o processo de filmagem foram muito interessantes nos contextos pesquisados. Foram aliados na obtenção dos dados, na observação da realidade local e como um aparato reflexivo do grupo. Permite agora uma comunicação mais direta entre os grupos e os avaliadores ou a plateia interessada nos filmes. Esses eram desde o início, os objetivos dessas filmagens - aproximar público e grupos pesquisados e oferecer um material ao próprio grupo filmado, apostando na capacidade reflexiva dos filmes. Serve como um espelho para verem a si mesmos por um outro olho - o da câmera. Isso em si suscita novas questões quando veem um outro eu, o eu filmado, abrindo possibilidades para pensar a própria construção da cultura e das suas verdades.



REDEMOINHOS DE PODER

Capítulo 1

O REPASSE DOS RECURSOS DE SAÚDE E AS HIERARQUIAS LOCAIS DO AMAZONAS

KURT SHAW

*H*á vinte anos, depois de perceber mudanças climáticas nas terras que tinham habitado há dezenas de anos, um grupo de Índios Kokama fizeram balsas grandes e desceram o Rio Solimões, saindo do Peru para voltar às terras brasileiras que, segundo sua história oral, tinham sido deles antes de ser expulsos pela colonização que os aniquilava no século XIX. Vinte famílias subiram o Rio Javari e ganharam licença da Prefeitura de Atalaia do Norte para construir uma comunidade numa curva do Rio, a algumas horas de canoa acima da cidade. No transcurso de vinte anos, construíram a aldeia próspera de São Pedro, com muito plantio de mandioca e macaxeira, casas bem feitas e uma igreja com vista para a curva do Rio.

Subimos o Rio Javari numa canoa. Estamos eu, Inara Nascimento e Nilo Panduro, com duas famílias que tinham saído da comunidade para morar na área urbana de Atalaia do Norte, um fenômeno comum quando os filhos se formam na escola primária e querem seguir seus estudos. Para nós, era boa maneira de estender a pesquisa a outra área rural, e para os Kokama, uma oportunidade de ver os parentes e voltar a sua terra por um dia. Depois de ajudar alguns parentes com a colheita de macaxeira e de almoçar, Inara Nascimento e eu saímos com Nilo Panduro, nascido em São Pedro, mas agora residente de Atalaia do Norte, para conversar com os moradores sobre as condições de saúde na comunidade.

A aldeia estava estranhamente vazia; rapidamente, aprendemos que aquela manhã, duas canoas cheias tinham descido o Rio para Atalaia do Norte, porque dez pessoas estavam com malária. "Há um ano, tinha um agente de saúde que podia fazer a lâmina [o teste de malária]," explicou um líder da igreja, "e até pode dar o remédio, mas quando veio o novo prefeito, ele demitiu todo mundo. Há meses que não tem agente."

"Esse prefeito lá?" eu perguntei, apontando para uma propaganda política na parede. Quase todas as casas na aldeia mostrava a mesma placa em lugar evidente, já oito meses depois das eleições.



"Sim," respondeu, sem pensar na ironia trágica de que o prefeito em quem eles tinham votado, havia tirado um dos apoios mais importantes da comunidade.

No breve tempo que os pesquisadores deste projeto estavam em campo, o prefeito de Atalaia do Norte demitiu todos os agentes de saúde. O prefeito de Santa Isabel do Rio Negro demitiu 75 professores de escolas rurais. O povo reclamou um pouco, mas do jeito que uma pessoa reclama de um dia especialmente quente: coisa chata, mas parte normal da vida. Parece que não há nada que se possa fazer para mudar isso.

Depois de um tempo, Nilo aproximou-se de outra casa para perguntar se poderíamos conversar com os pais sobre a saúde dos seus filhos, e os moradores -- parentes do Nilo -- firmemente negaram falar. Meio ofendido, ele caminhou conosco para a próxima casa. "Fiz o erro de falar de índios," ele explicou. "Essa família não quer ser mais Kokama."

"Por quê?" perguntei, imaginando que talvez quisessem sair do preconceito ou serem vistos como mais modernos.

"É que eles acham que a gente, os líderes da Associação Kokama, estamos ganhando o nosso pão nas costas deles," Nilo analisou. "Não estamos. Nunca ganhei nada como vice-presidente da associação. Mas eles acham que a gente tem canoa, gasolina... devemos ser ricos."

Nas comunidades pequenas do Amazonas, o poder não funciona como se ensina nas aulas de ciência política. O poder tem outras dinâmicas e outras funções. Neste ensaio, quero começar com estas duas anedotas sobre os Kokama para pensar uma teoria de poder no Amazonas, vendo como a manipulação de fluxos de recursos cria uma situação onde é fácil, ou quase obrigatório, o abuso de poder.

Graças às grandes manifestações populares que ocuparam as ruas de muitas cidades brasileiras no outono e inverno de 2013, corrupção é o tema da hora no Brasil. Como é bem sabido, corrupção é comum em muitos países, tanto ricos como pobres, mas a reflexão sobre o assunto nos últimos meses ajuda o intelectual crítico a entender como funciona o poder neste país, e como as teorias universais –

e seus moralismos – não ajudam a compreender ou solucionar o problema no Brasil.

Normalmente se entende corrupção como algo fora do normal, algo que surge da vontade perversa de um ator ou um grupo de atores: um ato subjetivo. Embora muitas pessoas chamem os problemas de distribuição de recursos sanitários de “corrupção,” quero argumentar aqui que o problema essencial é o encontro do estado federativo com um certo contexto de poder na Amazônia. O Estado, não entendendo como a divisão de recursos fundamenta a divisão de poder na região, tem criado políticas públicas que fazem quase inevitável a corrupção e a ineficiência locais. Para constituir políticas públicas eficazes, é preciso entender estas dinâmicas no Amazonas, para não cair na lógica tradicional que sempre desvia os melhores esforços de mudança e transformação.

Como se faz a pessoa? COMO SE FAZ A PESSOA?

Nas últimas décadas a antropologia das terras baixas da América do Sul focou numa questão que parece não ter nada a ver com as políticas públicas de saúde para a primeira infância: Como é que se forma uma pessoa? Para o pensamento amazônico, a formação do corpo -- com pintura, furos, e exercícios -- é o jeito de construir a pessoa. No texto fundamental para este ramo de estudos, expressa-se a hipótese assim:

[N]a verdade, esse privilégio da corporalidade se dá dentro de uma preocupação mais ampla: a definição e construção da pessoa pela sociedade. A produção física de indivíduos se insere em um contexto voltado para a produção social de pessoas, i. e., membros de uma sociedade específica. O corpo, tal como nós ocidentais o definimos, não é o único objeto (e instrumento) de incidência da sociedade sobre os indivíduos: os complexos de nomeação, os grupos e identidades cerimoniais, as teorias sobre a alma, associam-se na construção do ser humano tal como entendido pelos diferentes grupos tribais. Ele, o corpo, afirmado ou negado, pintado e perfurado, resguardado ou devorado, tende sempre a ocupar uma posição central na visão que as sociedades indígenas têm da natureza do ser humano" (SEEGER et al, 1979, 4)



Uma pessoa não existe só pela sua função biológica, mas pela maneira como práticas corporais e culturais inscrevem esta pessoa dentro da sociedade. "Pessoa" não é uma coisa objetiva e independente, mas depende das relações sociais estabelecidas por marcas no corpo, falas, e práticas interpessoais.

No Rio Negro, a chegada dos portugueses mexeu no processo de construção de pessoa. Na sua história da região, Geraldo Andreello nota que, para os indígenas no século XIX, era a dívida que construía a pessoa: contratar uma dívida com um comerciante branco era o caminho para ser uma pessoa. (Andreello, 75-87, 98) No primeiro olhar, esta ideia parece uma aporia: para o sujeito capitalista moderno, a dívida tira algo da pessoa em vez de acrescentá-lo. Para entender esta brecha, temos que examinar o contexto colonial no Rio Negro, onde os indígenas contrataram uma dívida para comprar facões, armas, ou outros artefatos dos brancos. Esta prática constituiu o comprador como sujeito tanto entre os indígenas como entre os brancos e estabelecia uma nova série de relações sociais onde a "pessoa" -- tanto no sentido de máscara como no de sujeito -- poderia surgir.

Para o indígena que interagiu com os brancos, o ato essencial era assinar o seu nome, literalmente inscrevendo sua identidade no sistema econômico oficial. Com essa assinatura, o "índio do mato" começou a existir para os Portugueses, o Estado, e a economia. Hoje ainda, esta prática tem força nas comunidades de Amazonas:

ter certidão de nascimento, RG, ou Registro de Índio é o primeiro passo para formar parte da nação brasileira e para o acesso aos direitos do cidadão. O nome,

escrito e registrado formalmente, é a marca de "chegar a ser pessoa". No campo econômico, estas práticas de assinatura e até endividamento também são importantes na periferia: nos rios e ruas de Amazonas, passam comerciantes que vendem qualquer coisa a prestação. É importante ter os produtos que vendem, mas é evidente que ser reconhecido pelo vendedor (ou cobrador da prestação) é visto como um tipo de participação social.

Na colonização do interior do Brasil, o indígena tinha uma relação com o comerciante ou com o padre; era essa pessoa, por sua vez, que mediava a relação com a sociedade nacional. Andreello descreve outro fenômeno que ilustra este esforço de ser reconhecido como pessoa pelos brancos: os indígenas pediram o batizado de crianças por qualquer

branco, recebendo um nome português e um padrinho branco como mediador de relações com a sociedade nacional. (Andreello, 99)

Contratar uma dívida também formava parte do processo da construção da pessoa dentro da comunidade indígena. Eduardo Viveiros de Castro revolucionou a antropologia mundial quando mostrou que para muitas comunidades Tupi-Guarani, o elemento mais importante na construção da pessoa era fazer-se outro, a transformação para ser algo diferente. Como vemos anteriormente, pintar-se como onça ou tucano forma parte da construção da pessoa, marcando e transformando o



corpo. O importante aqui é que este processo não é só uma máscara ou um disfarce, mas um jeito de ver o mundo com novos olhos. Se pintar como onça e caminhar pelo mato como um felino ensina o índio a ver o mato com uma nova perspectiva. (Viveiros de Castro, 345-400) Grande parte da criatividade e esforço da cultura amazônica dedica-se a esta transformação do corpo e perspectiva: o canibalismo, por exemplo, tenta ingerir a perspectiva do outro, enquanto muitas guerras tem o propósito de roubar as canções de outras tribos, pensando que se pode cantar o canto do outro, vai roubar também suas perspectivas e ponto de vista. (Viveiros de Castro, 274-7)

Deste modo, contrair dívida com um branco, começar a falar seu idioma e ter as suas coisas, pode funcionar como transformação, como jeito de construir a pessoa para a sociedade nacional. Vestem outra máscara e estendem o leque de perspectivas para si. Os indígenas que têm contato com o mundo do branco também trazem recursos novos para a sua comunidade: armas, ferramentas novas, talheres, panelas, etc... Esta função lhe confere status e prestígio dentro da sua própria comunidade.

Articulação de Recursos

ARTICULAÇÃO DE RECURSOS

Em muitas comunidades amazônicas atuais, a relação do indígena ou ribeirinho com o branco e com o Estado Brasileiro lhe confere status e constrói a pessoa. Em 2012, quando começamos a trabalhar em Itacoatiara-Mirim, uma aldeia pluriétnica próxima à parte urbana de São Gabriel da Cachoeira, organizamos o trabalho através do Seu Luiz, o "Mestre da Maloca." Com recursos do Ministério da Cultura, Petrobras, e a UFAM, Luiz e a sua família tinham conseguido construir uma maloca tradicional em Itacoatiara, e recuperaram muitas tradições em risco de extinção. Para muitas pessoas na comunidade, esta maloca transformou-se num centro cultural e social. Porém, Luiz não era o único centro de poder da aldeia: também havia os pastores de duas igrejas diferentes, os velhos de outras etnias, os vereadores municipais que contaram com o apoio dos habitantes, o agente de saúde,

o representante para a Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro...

Neste contexto, seu Luiz fortaleceu seu poder pela articulação de recursos. Ele e seu filho Moisés adquiriram conhecimento do mundo dos "Projetos" do Estado e podiam captar recursos desse jeito. O filho conseguiu a posição de agente de saúde, fazendo com que os recursos de saúde também passassem pela família. Nós, com o recurso simbólico da câmara e da comida que levamos para as crianças durante as filmagens e mostras, também passamos estes recursos através de seu Luiz e de sua família.

Esta experiência é comum nas comunidades tradicionais de Amazonas. E ela cumpre com um modo de ser das comunidades.

"Para Santos-Granero (1990), nas sociedades indígenas amazônicas, o poder político se fundamenta na posse de conhecimentos rituais que propiciam capacidade de intervenção nos processos produtivos e reprodutivos. Tais "ritos de produção" conferem autoridade política a seus detentores, pois se caracterizam como fatores essenciais para fomentar a fertilidade, os nascimentos, a prosperidade, a harmonia e o bem-estar; enfim, todos os elementos necessários para promover a manutenção da vida social. O monopólio destes saberes propicia o controle sobre os principais meios de produção nestas sociedades, ou seja, as pessoas (1990:30)." [Garnelo 2003A, 33]

O líder é aquele que é capaz de articular os poderes do mundo -- e dos mundos paralelos -- para trazer saúde à sua comunidade. Tradicionalmente, o "conhecimento ritual" de que Garnelo e Santos-Granero falam era um poder xamânico, o que passava por ayahuasca ou outras técnicas de acesso ao mundo de além, mas parece atualmente muito importante o conhecimento burocrático, para entender como funciona -- e como pode pegar recursos do -- o mundo do Estado.

No caso de Itacoatiara-Mirim, este uso do poder político não levou à corrupção. Seu Luiz e sua família não roubaram benefícios materiais que deveriam passar para a comunidade. Na realidade, seu esforço captou muitos novos recursos, levando benefícios simbólicos e físicos aos moradores da aldeia. Porém, há que se reconhecer também que fundamentaram o poder e status familiar dentro da comunidade neste processo. Articularam os fluxos de recursos para que tivessem que passar pela sua família.

O filósofo mexicano Manuel de Landa tem mostrado claramente no seu Mil anos de história não-linear que podemos aprender muito se aplicamos as idéias da



física e matemática não lineares -- a ciência popularmente conhecida como caos ou complexidade -- ao estudo da história. Ele usa como enquadre os fluxos de recursos em sistemas abertos: igual como num rio, os recursos não fluem tranqüilamente, mas passam acima de barrancos, criam redemoinhos ou remansos e fazem turbulência por interferência interna. Um fluxo que parece estável pode ser, realmente, só um estado possível entre muitos, um "attractor" na gíria dos matemáticos que trabalham com complexidade.

"Ilya Prigogine revolutionized thermodynamics in the 1960s by showing that the classical results were valid only for closed systems, where the overall quantities of energy are always conserved. If one allows an intense flow of energy in and out of a system (that is, if one pushes it far from equilibrium), the number and type of possible historical outcomes greatly increases. Instead of a unique and simple form of stability, we now have multiple coexisting forms of varying complexity (static, periodic, and chaotic attractors)" (de Landa 2000, 14)

A política e a ecologia de Amazônia podem ser entendidas dentro do enquadre de fluxos de recursos. Já percebemos como uma comunidade indígena atual conta com o dinheiro, a comida, e os recursos simbólicos que vem de fora, mas é importante lembrar que o mundo físico de Amazonas também é um fluxo de recursos. Os rios dominam a paisagem, e qualquer pessoa que passa de canoa pode sentir os redemoinhos e a turbulência que fica embaixo da superfície calma e o conhecimento desta turbulência no transcurso de enchente e seca dá o trabalho e o prestígio ao barqueiro

amazônico. Os peixes, principal fonte de proteína na região, escondem-se nos turbilhões, e o pescador precisa saber dominar. O Rio Purus, como muitos rios do sul da Amazônia, traz a terra rica dos Andes e do Acre para as terras baixas, renovando e adubando cada ano as roças nas praias dos rios.

Num mundo onde o recurso principal é terra ou ouro, a riqueza define-se por posse, [fn: John Thornton, grande historiador da diáspora africana, aponta para o fato que na Europa, riqueza vem da posse da terra, mas na África, riqueza vem do controle da força de trabalho. Esta diferença de entendimentos era fundamental para formar a ideologia de escravidão. (Thornton, 1992)] mas neste mundo amazônico de recursos fluentes, o que importa é articular os fluxos, fazer um redemoinho em torno do ator social. Uma pessoa ganha poder e prestígio -- pode

dizer até, nos termos de Viveiros de Castro, que se constrói como pessoa -- quando se faz indispensável para o sistema que distribui os recursos.

Agora, depois de um grande desvio pela teoria da construção da pessoa e a matemática não-linear, voltamos ao assunto de corrupção e poder nas áreas rurais de Amazonas. Cidades pequenas no estado, como cidades em todo o Brasil, não são entidades fechadas ou autônomas: recebem grande parte do seu orçamento em transferências dos governos estadual e federal. O Rio Amazonas começa em muitos lugares dos Andes e flui ao mar; em contraste, o rio de recursos

NAS FAVELAS BRASILEIRAS CONTEMPORÂNEAS, HÁ UM FENÔMENO PARECIDO. NUMA ENTREVISTA COM REPORTERES DO CANAL DE NOTÍCIAS FAVELANEWS (RECIFE), UM JOVEM REPÓRTER COMENTOU: "ANTIGAMENTE OS MOLEQUES APONTAVAM O TRAFICANTE COMO 'ESSE BICHO É O CARA.' MAS PELO FATO DE ESTAREM LEVANDO UM VÍDEO DE UMA COMUNIDADE A OUTRA, AS CRIANÇAS E JOVENS PASSAM A RECONHECER OUTRO TIPO DE PESSOA. AGORA DIZEM, 'ESSE CARA CANTA FORRÓ, E ELE TIRA ONDA. VEJO ELE LÁ NA TELEVISÃO'." (FAVELANEWS, 2013) NO DISCURSO NEGRO NORTEAMERICANO, "O CARA" (THE MAN) - A PESSOA QUE TEM DIREITO DE SE CHAMAR PLENAMENTE DE "PESSOA" - É O BRANCO PODEROSO; MAS NA FAVELA BRASILEIRA, "O CARA" É A FIGURA QUE CONSEGUIE ARTICULAR OS RECURSOS DO MUNDO DE FORA COM O MUNDO DE DENTRO. NA FAVELA "ANTIGAMENTE", O TRAFICANTE ERA O CARA, PORQUE ELE CAPTAVA RECURSOS DO COMPRADOR DE DROGAS E OS DISTRIBUÍA NA COMUNIDADE. COM A PRESENÇA DO NOVO CANAL DE NOTÍCIAS, SEGUNDO OKADO, ARTISTAS LOCAIS OU OUTRAS PESSOAS PODEM ARTICULAR O RECURSO DE RECONHECIMENTO. CERTAMENTE ELES JÁ PODIAM ANTES, MAS É A VISIBILIDADE DELES QUE AMPLIA ESSE PODER.

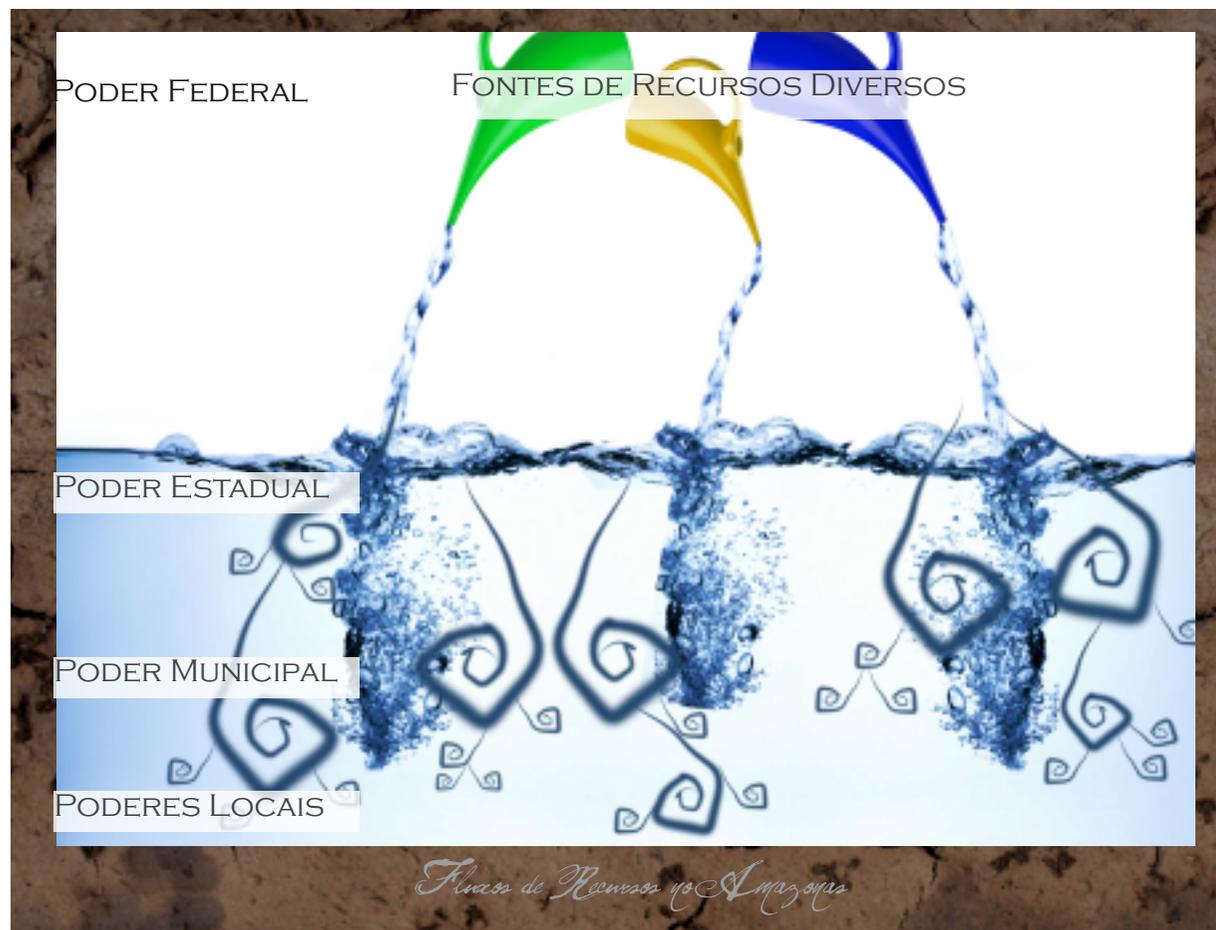
políticos tem fontes só em Brasília e Manaus. O poder, o prestígio, e até ser pessoa -- ser "o cara" -- depende da capacidade de destinar, distribuir, e desviar estes recursos.

Nas três cidades onde fizemos esta pesquisa, escutamos a mesma reclamação: quando a cidade elege um novo prefeito, ele demite todos os médicos, enfermeiros, e até agentes de saúde, para depois colocar seus escolhidos no lugar. Atalaia do Norte, já quase oito meses depois da eleição, ainda não tem a mínima infraestrutura burocrática ou médica -- e isto no caso de uma administração onde o vice-prefeito é médico! Na lógica europeia de poder e legitimidade política, esta prática não tem o mínimo sentido; mas se pensamos no fluxo de recursos, é um resultado lógico. A função do político, nessa visão de poder, é destinar os recursos para seus apoiadores; não é ofertar serviços a toda a população.

No mundo onde há falta de recursos, esta estratégia política não é estranha. Os estudiosos de Haiti refletem muito sobre a "politique du ventre" (a política do ventre): num país onde não existe bastante comida para todos, a função da política é escolher quem vai ganhar o direito de distribuir os recursos escassos aos seus seguidores. (Farmer 2004; Fatton 2002; Fatton and Dailey 2003) Porém, no Haiti, o país é tão pobre que realmente não existe bastante comida para todos; no Amazonas, isto não é certo. No Rio Purus, as pessoas do interior falam constantemente da fartura da sua terra e rio, e embora o Rio Solimões e o Rio Negro não sejam tão férteis, o cultivo da terra e a pesca bastam para uma vida farta. Na questão de saúde, não podemos dizer que os recursos são suficientes, mas certamente não são tão escassos como parecem para os usuários do sistema de saúde.

Ofereço a hipótese, então, de que os políticos em cidades pequenas do Amazonas precisam criar a escassez, fazer a crise para depois solucioná-la. Deste modo, demitir todos os agentes de saúde tem a função de oferecer novo emprego

SISTEMA ATUAL DE REPASSE DE RECURSOS



para cabos eleitorais e outros apoiadores políticos, mas também serve para mostrar o que acontece quando não tem serviço de saúde. Esta crise fabricada, então, demonstra claramente a dependência da população no político, fortalecendo sua base eleitoral e construindo status e personalidade. O político é indispensável, necessário para o sistema, e assim merece prestígio e reeleição.

Durante uma reunião de agentes indígenas de saúde em Santa Isabel do Rio Negro (3-5 de Abril, 2013), havia uma constante reclamação da falta de gasolina

para os agentes de saúde, impossibilitando a chegada nas aldeias afastadas. Certamente para o traslado de uma aldeia à outra, a quantidade de gasolina pode ser enorme e sempre insuficiente. É preciso muito recurso para levar um paciente até um hospital ou a um posto de saúde. No entanto, corria um boato ao redor do local da reunião que uma das causas da escassez em alguns locais fora causada porque os agentes de saúde deram a gasolina a candidatos políticos. Os agentes não necessariamente receberam algo em troca -- ou, em alguns casos, receberam só promessas dos candidatos -- realmente, a sua ação causou mais prejuízo que benefício: não podiam fazer seu trabalho e viraram alvo de acusações de corrupção. Por que, então, deram a gasolina para os políticos? A esperança de alguns agentes de saúde era parecida à prática dos políticos: se fazer necessário ao sistema de distribuição de recursos -- neste caso, através da sua utilidade para o político. Nem todos caem nessa armadilha, mas alguns agentes pesam mais na balança o recurso que podem receber de uma ação como essa, do que a de fazer uso indicado do recurso.

Esta corrupção de baixa escala nunca terá o resultado esperado, porque os políticos fazem todo o possível para eliminar ameaças ao seu monopólio sobre a articulação de recursos. Num contexto onde a medicina fundamenta o poder político (Santos-Granero 1990), o médico poderia ganhar legitimidade como líder da oposição. Por isso, os prefeitos fazem grande questão de gastar muito dinheiro para empregar um médico, mas só pagam por uns meses... depois atrasam o salário... depois param de pagar... até o médico voltar para a cidade onde morava antes. A prefeitura nunca assina carteira ou contrato com o médico, e em muitos casos nem permite um recibo para não comprovar vínculo. O médico é essencial para o cuidado da saúde, mas o prefeito não pode deixar de ser imprescindível: se fica por tempo demais, o médico não é mais um recurso cujo fluxo pode ser manipulado pelo político, mas uma pedra no rio que faz os seus próprios redemoinhos e se estabelece como um centro de poder independente, pois ele pode seguir trabalhando no próximo mandato.

Lembremos, agora, dos índios Kokama que não queriam ser chamados de Kokama porque achavam que os seus representantes estavam ganhando

indevidamente. Normalmente, pensamos que a corrupção é enriquecer-se através dos cofres públicos, mas podemos ver que a corrupção não funciona só assim no Amazonas. Ao contrário: para muitos representantes de grupos indígenas, agentes de saúde e outros mediadores entre o povo e o poder público, ter aquele cargo lhes prejudica mais que lhes beneficia. Gastam seu próprio dinheiro e tempo para ir a reuniões, dão gasolina para políticos aproveitadores e deixam de morar nas suas comunidades de origem, coisa nem sempre desejada por eles. Porém, ganham personalidade: ficam reconhecidos pelo Estado e se tornam mediadores de recursos, pontos de turbulência no fluxo de recursos para suas comunidades.

O problema com este tipo de corrupção não é só a sua ineficiência, mas a maneira que transforma sistemas locais de poder; com o fluxo de novos recursos, os "strange attractors" da teoria do caos ficam ainda mais estranhos. Segundo muitos antropólogos que trabalham nas terras baixas de América do Sul, liderança nestas comunidades se baseia no exemplo e na persuasão. (Silva, 2013) A cultura destas comunidades depende desta forma de liderança; o seu pensamento e filosofia encontram seu apoio ideológico nesta forma política. Porém, quando novos fluxos de recursos entram ao sistema, os redemoinhos mudam de lugar, com fortes conseqüências para a forma de liderança. O ímã de poder não é mais o exemplo nem a persuasão, mas a capacidade de ganhar recursos do Estado e passá-los para a comunidade.

A pesquisa desta Linha de Base foi dificultada imensamente pelo clima de medo que encontramos entre quase todos os servidores públicos. Na pesquisa em arquivos, poucos funcionários de saúde responderam às perguntas, e quando Georgia Silva perguntou diretamente porque recusaram responder, alguns confessaram que sabiam que perderiam seu emprego se falassem a verdade. Com uma exceção, nenhum agente de saúde falaria com os pesquisadores sem garantir o seu anonimato; médicos e enfermeiros deram a mesma resposta. Todos os atores do sistema sabem que têm que inventar e esconder dados para entregar aos órgãos oficiais. O medo de perder o emprego é, sem dúvida, grande. Porém, acho que este medo tão espalhado tem sua origem num pensamento quase mágico.

Para pessoas indígenas ou ribeirinhos no Amazonas, o interior do Estado é uma caixa preta. Veem-se ações dos políticos, e veem-se conseqüências na vida



concreta. Porém, o sistema de editais, licitações, repasses e fiscalização é tão complicado -- e tão opaco -- que ninguém entende como conectar a ação com a consequência. Aqui não estamos falando de coisas pequenas: dos resultados dessas conexões incógnitas, surgem a saúde e a educação de que todos -- os pobres, os políticos, os servidores públicos -- dependem cada vez mais pela própria expansão da ação e do alcance dos benefícios do estado. Deste conjunto de importância e incompreensão, surge um pensamento mágico e um respeito/medo aos feiticeiros (políticos e líderes) capazes de acionar o sistema de poder.

Robin Wright, antropólogo de referência dos indígenas do Rio Negro, contextualiza a história assim:

"As doenças, e mais especificamente aquelas provocadas pela ação humana (a feitiçaria), são mecanismos normativos para a regulação de poder. As lideranças, portanto, se colocam numa posição de extrema vulnerabilidade, como os profetas do passado e como os heróis míticos, pois são mais sujeitos aos ataques dos inimigos que procuram nivelar, senão inverter, as relações de poder. Por isso, os Baniva se encontram numa 'encruzilhada da história', como diz a autora: para conseguir os recursos que por tantas gerações lhes foram negados, precisam afrouxar as normas de nivelamento ou igualitarismo, pois as novas lideranças precisam de espaço para negociar as mudanças ou correm o risco de sacrificar as lideranças." [Wright em Garnero 2003A, 10]

O moderno sistema de saúde, com novas técnicas e recursos, ameaça a forma

tradicional de fracionar o poder político na Amazônia: Wright fala das comunidades indígenas, mas podemos estender a sua idéia para incluir todas as comunidades

tradicionais. Medicina, médicos, acesso aos hospitais... tudo agora passa por novos caminhos, o que causa um reboiço nas comunidades onde o poder político é legitimado pela articulação de recursos de saúde. Líderes temem perder sua posição de poder... mas porque ninguém entende muito bem como funciona este novo sistema de poder, parece uma coisa mágica, uma feitiçaria que poderia virar contra o mago -- o político, o líder, o articulador -- em qualquer momento.

A colônia portuguesa não reconhecia os índios individuais, mas só tinha relações com o comerciante, que depois vendia a alguns índios que chegaram nos postos comerciais. Na percepção dos Kokama que não queriam ser chamados de Kokama, esta lógica segue forte: eles querem ser reconhecidos, como qualquer cidadão. Porém, o jeito que o Estado tutela aos indígenas -- vendo-os corporativamente e só tratando com os líderes -- construía personalidade só para esse representante, e não para cada pessoa na comunidade. Não é que não queriam ser Kokama porque tinham vergonha de serem índios: seguiram praticando a cultura e religião dos vizinhos e não se mudaram para a cidade. Cansaram de depender de um



FOTO: RITA DE CÁCIA OENNING DA SILVA

Santa Isabel do Rio Negro



feiticeiro-líder para articular os recursos do Estado, e -- não sabendo bem como funciona a caixa preta dos bens públicos -- imaginavam que poderiam ir direito à fonte da magia. Queriam deixar de ser Kokama porque perceberam essa identidade como uma barreira -- uma causa de turbulência e corrupção -- para sua relação e reconhecimento pelo Estado.

Estudo de Caso

A TERCEIRIZAÇÃO DA SAÚDE INDÍGENA

A teoria política apresenta as democracias modernas como um governo "representativo": o povo elege vereadores, deputados, senadores, e um presidente para representar suas idéias e interesses, fazendo leis que sirvam ao povo representado. Esta visão da política fica bem longe da realidade amazônica, onde a política não se baseia na representação do povo, mas na distribuição e articulação de recursos.

Porém, o conceito de representação segue presente. Os líderes indígenas dizem que representam suas comunidades ante a FUNAI e as outras instâncias do

governo. Os líderes de reservas extrativistas usam uma retórica parecida. E os Kokama que não queriam ser Kokama acharam que o seu representante estava ganhando o reconhecimento que eles queriam para eles mesmos.

Entendendo a brecha entre estas duas concepções de poder no Amazonas, podemos analisar melhor os fracassos nas políticas públicas sobre saúde na região. Aqui, farei enfoque na terceirização de atendimento de saúde indígena, mas podemos pensar a atenção à saúde nos municípios ou muitos outros serviços públicos com as mesmas ferramentas.

Nos anos 1990, o Governo Federal visou nova estratégia para atenção à saúde indígena. Luisa Garnelo descreve a história assim:

Esse conjunto de vetores conflui, no ano de 1999, para a implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. A organização desses espaços sanitários exigia um grande aporte de recursos humanos e financeiros para exercer a gestão e execução de serviços. O investimento financeiro fez-se presente, pois entre 1999 e 2004 o orçamento federal para saúde indígena variou entre cento e oitenta a duzentos e cinquenta milhões de reais, com uma aplicação per capita de aproximadamente R\$500,00 por ano. Proporcionalmente esses valores representavam um investimento três vezes maior que o gasto em saúde para a população brasileira como um todo.

Porém, a política de redução dos quadros de servidores federais não pôde ser contornada e, apesar da disponibilidade de recursos, a Fundação Nacional de Saúde, FUNASA, não tinha disponibilidade qualitativa e quantitativa de pessoal para viabilizar a implantação do subsistema de saúde indígena. Este órgão, cuja extinção havia sido recomendada na X Conferência Nacional de

NUM PROJETO DE PESQUISA E FILMAGEM ENTRE OS SÁLIVA – UM GRUPO INDÍGENA DA ORINOQUIA COLOMBIANA, COM MUITAS CARACTERÍSTICAS DOS INDÍGENAS DO RIO NEGRO – FICAMOS SURPREENDIDOS QUE O PRESIDENTE DA ASSOCIAÇÃO DOS SÁLIVA ERA O QUE MENOS PRATICAVA OS RITUAIS E PRÁTICAS COTIDIANAS DO SEU GRUPO. MAL FALAVA SÁLIVA, MORAVA NUMA CASA DE ESTILO URBANO, NÃO COMIA A COMIDA DO SEU POVO, E PASSAVA O DIA TODO ASSISTINDO TELEVISÃO E TOMANDO REFRIGERANTE. ATÉ VENDIA CERVEJA, ALGO QUE TODOS OS LÍDERES ALDEADOS CONCORDAVAM QUE ERA UM DOS PROBLEMAS MAIORES DA COMUNIDADE. COMO, PERGUNTAMO-NOS, ESTE HOMEM PODIA "REPRESENTAR" SEU POVO? CONHECENDO O RIO NEGRO PUDEMOS ENTENDER O QUE ACONTECIA: EMBORA NÃO TINHA NADA EM SI PARA REPRESENTAR SEU POVO, O PRESIDENTE SÁLIVA – COMO O MAIS "BRANCO" DOS ÍNDIOS – SABIA ARTICULAR RECURSOS. O PROBLEMA APARECEU QUANDO A COMUNIDADE COMEÇOU A CONFUNDIR AS IDENTIDADES: SE ELE FOSSE RECONHECIDO SÓ COMO ARTICULADOR DE RECURSOS, TUDO BEM. MAS COMO "PRESIDENTE" – COMO "O CARA" QUE REPRESENTA O POVO – ELE SE TORNOU UM REFERENTE DE AÇÃO E PERSONALIDADE.



Saúde poucos anos antes, vinha sendo sistematicamente desmontado, tendo enfrentado um importante repasse de sua estrutura física e de pessoal para os sistemas municipais de saúde, no período compreendido entre 1994 e 1999, quando retomou a responsabilidade pela saúde indígena...

A opção encontrada pelos dirigentes da FUNASA para viabilizar a produção de serviços e atividades sanitárias nas aldeias foi a terceirização, viabilizada através da celebração de convênios com prefeituras municipais, organizações indígenas e outras entidades não governamentais, que assumiram a responsabilidade pela totalidade da execução dos serviços de saúde em áreas indígenas. (Garnele 2006 137-8)

No Vale do Javari e o Alto Rio Negro, a saúde foi terceirizada para organizações indígenas: o Conselho Indígena do Vale do Javari (Civaja) e a Federação de Organizações Indígenas do Rio Negro (FOIRN). Eram organizações pequenas e bastante informais, com orçamentos pequenos e pouca capacitação administrativa, quando repentinamente o Governo Federal repassou milhões e

milhões de reais para eles. O governo deu pouca assessoria ou treino. As organizações indígenas contrataram a quem podiam: na maioria de casos, membros da família e comunidade. O resultado -- fracasso -- foi previsível.

É fácil fazer um pos-mortem sobre **POLÍTICAS FALHADAS**, mas vale a pena enumerar os dois problemas principais: a falta de preparação do

Muitas pessoas que participaram na terceirização da saúde às organizações indígenas tem melhores lembranças dessa época, especialmente quando for comparada a o que veio antes e depois. A diagnose de "FRACASSO" pode ser forte demais, algo que justificou o repasse da verba federal atual a outras ONGs. Se esta interpretação for correta, quando as organizações indígenas começaram a ter a capacidade de administrar os projetos, foram tirados delas. (Luciano, 2006)

governo, e a confusão da parte dos grupos indígenas. O governo não capacitou os administradores, não ensinou gestão ou prestação de contas, e nem forneceu contatos com pessoas que poderiam ser assessores. Para Shine a Light, uma ONG onde o staff tem uma exímia educação, expandir o orçamento por 100 vezes seria impensável, mas o governo contratou um grupo de pessoas com pouca formação universitária e exigiu fazer exatamente isso. No lado indígena, certamente houve corrupção no senso comum, mas o problema maior foi a tentativa de fazer redemoinhos e turbilhões para transformar o sistema de poder e a construção da pessoa. Os líderes dos grupos indígenas aproveitaram do momento para oferecer emprego e status para seus familiares, para re-constituir o poder e o prestígio onde eles poderiam ser os articuladores dos fluxos de recursos.

Depois desse fracasso, o Ministério de Saúde seguiu com a estratégia de terceirização, mas desta vez contratou a Missão Evangélica Caiuá (com base em Dourados, MS) para brindar serviços de saúde no Rio Negro e no Rio Javari -- e em muitas outras regiões no país. "A instituição recebeu R\$ 71 milhões do Ministério da Saúde por meio da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) para programas voltados à saúde, que atendem cerca de 30 mil indígenas." (Dourados News, 2012). Em termos tradicionais, a Missão Evangélica não é corrupta: todos concordam que presta conta de cada centavo. Porém, em termos amazônicos, está usando a sua

posição como redemoinho no fluxo de recursos.

Podemos ver um processo parecido nos municípios, e em alguns casos, com resultados ainda piores. (ATHIAS, 2004) No nível municipal, também, muitas vezes os prefeitos, secretários de saúde, e ainda administradores e agentes de saúde, veem os recursos repassados pelo governo federal como oportunidade de criar um turbilhão de dinheiro e prestígio ao redor de si. Deste jeito, tornam-se indispensáveis.

Soluções?

SOLUÇÕES?

Anteriormente, fiz uma metáfora entre o Rio Amazonas e os recursos oficiais que entram no estado: são rios poderosos, mas cheios de redemoinhos, remansos, cachoeiras, e correntes escondidos: fazer um fluxo tranquilo de recursos seria tão difícil como acalmar o Rio Negro em São Gabriel da Cachoeira. Sempre haverá turbulência, caos, e strange attractors. O problema na distribuição de recursos e a corrupção em Amazonas não está na presença de estruturas caóticas ou articuladores de poder, mas no fato que o manejo dos fluxos agora não beneficia o povo, mas a um grupo pequeno de líderes. A meta que propomos não é criar um sistema sem fricção, mas ver como as turbulências podem servir à democracia e à saúde do povo, em vez de servir a uma minoria de pessoas em nome dos demais.

No nordeste brasileiro, o coronelismo causa problemas parecidos à corrupção no estado do Amazonas. O federalismo no Brasil criou um sistema onde o Governo Federal arrecada maior parte dos impostos do país, e depois repassa este dinheiro aos estados e municípios, um sistema facilmente apropriado pelas pessoas que controlam este processo. O Coronel -- um chefão local, herdeiro do dono de engenho ou líder militar -- capta os recursos do Estado para depois distribuir uma parte deles ao povo, seja em forma de obras públicas ou caridade. O povo chega a depender do Coronel, e assim vota nele como prefeito, deputado ou governador. Este sistema de clintelismo e patronagem achou sua manifestação moderna mais forte no Antônio Carlos Magalhães, Senador e Governador da Bahia, que centralizou a distribuição de todos os recursos federais através dele, fazendo-se



necessário ao funcionamento do Estado de Bahia, tanto que com a morte dele os sistemas de mediação de conflito e distribuição de benefícios caíram tanto que a taxa de homicídios quase duplicou. (Ratton, 2011).

Segundo um estudo recente, a política pública que mais enfraquece este sistema de coronelismo tem sido a Bolsa Família, porque o dinheiro do programa vai direito às pessoas, sem repasse por coronéis, municípios, ou outras instituições. (Rego e Pinzani, 2013A.) Segundo Leão Rego, a Bolsa é tão revolucionária porque "O dinheiro vem no nome dela [a mãe da família], com uma senha dela e é ela que vai ao banco; não tem que pedir para ninguém. Seria muito diferente se o governo entregasse o dinheiro ao prefeito." (Rego 2013B) A pesquisadora acrescenta que agora, os beneficiados da Bolsa Família tem a capacidade de ofertar e não somente receber, o que gera uma nova dignidade:

"Quando vi a alegria que sentiam de poder partilhar uma comida que era deles, que não tinha sido pedida... As pessoas quando saem desse nível de pobreza não se transformam só em consumidores. A gente se engana. Uma pesquisadora sobre o programa Luz para Todos, no Vale do Jequitinbonha, perguntou para um senhor o que mais o tinha impactado com a chegada da luz: A pesquisadora, com seu preconceito de classe média, já estava pronta para escrever: fui comprar uma televisão. Mas o senhor disse: 'A coisa que mais me impactou foi ver pela primeira vez o rosto dos meus filhos dormindo; eu nunca tinha visto'. Essa delicadeza... a gente se surpreende muito." (Rego 2013A)

A Bolsa Família modificou o fluxo de recursos no Brasil. Seguem existindo turbilhões no fluxo de recursos, mas agora ficam ao redor de cada família pequena -- e em muitos casos, a mãe da família -- que agora pode passar os recursos para pequenas empresas, produtores de hortaliças, ou o que ela precisa. Na economia de pequena escala do interior -- e a favela -- do Brasil, a bolsa família criou um novo strange attractor para as relações de poder.

Antigamente, nas comunidades tradicionais do Amazonas, tanto indígenas como ribeirinhas, o sistema de saúde era baseado em recursos e saberes locais: existiam pessoas que sabiam fazer e prescrever remédios caseiros, mulheres que trabalhavam de parteiras, e algumas pessoas que faziam curas que os

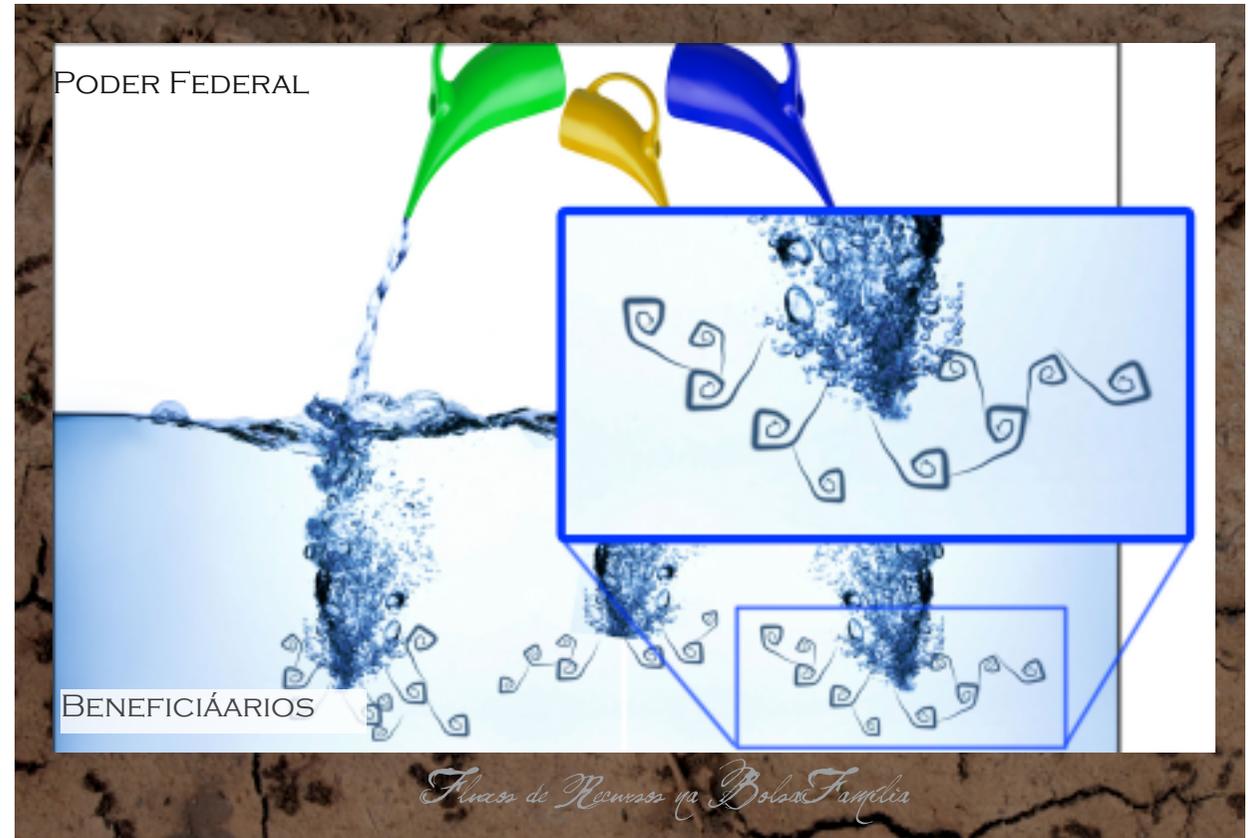
estrangeiros poderiam chamar de "mágicas" como rezadores, xamãs, e curandeiros. As mães e os avôs tinham bastante confiança no seu conhecimento das doenças e curas. Os remédios e o conhecimento foram passados de geração a

QUANDO PEDIMOS UMA ENTREVISTA COM O REZADOR SEU RAIMUNDO ALVES DA SILVA (ATALAIA DO NORTE), ELE PERGUNTOU POR QUÊ A GENTE QUERIA FALAR COM ELE. "NÃO SOU MAIS QUE UM VELHINHO QUE FAZ MÁGICA."

geração, com comunicação ou comércio de plantas com outras aldeias. A vinda do SUS, com um sistema moderno e profissional de saúde, melhorou a qualidade de atenção para muitos e curou muitas doenças que antes culminavam em morte. Porém, também o ingresso de novos fluxos de recursos e novos atores desequilibrou o sistema tradicional de saúde, e a distribuição igualitária de poder

ENTRE OS NÃO INDÍGENAS, ESTA DIVISÃO DEFINE-SE MAIS COMO "DOENÇA DE REZADOR" E "DOENÇA DE MÉDICO."

REPASSE DE RECURSOS NA BOLSA FAMÍLIA



político que o acompanhava.

Nas áreas mais "urbanas" deste estudo, é evidente que as pessoas agora fazem uma divisão entre as doenças tradicionais e as doenças modernas, e trilham diferentes itinerários terapêuticos dependendo do problema. Segundo Turu Matis, um jovem de Atalaia do Norte que sonha estudar para ser médico, "Para doença Matis, tem cura Matis, mas para doença Nawa, só tem cura Nawa." Para as doenças tradicionais -- quebrante, mal-olhado, ventre caído, etc -- as mães levam crianças ao curandeiro-xamã-rezador, mas para doenças modernas, levam ao sistema médico oficial. Como Inara Nascimento mostra no seu capítulo deste livro, é muito interessante ver que um dos papéis do rezador é encaminhar crianças doentes ao sistema oficial, se as suas mães não diagnosticaram bem a doença do filho. Igualmente interessante é que os pais e as mães confiam mais nos rezadores que nos profissionais de saúde, e acham que as suas curas funcionam muito bem.

À primeira vista, este duplo sistema de saúde parece problemático; no melhor dos casos é cheio de redundâncias e no pior dos casos, as mães estão levando seus

filhos a um bruxo que pode machucá-los. Ao final, a meta da saúde pública se inclui no nome SUS: o Sistema Único de Saúde. Porém, quero sugerir aqui que estas redundâncias e confusões encontram-se entre as maiores fortalezas de saúde em Amazonas, e qualquer reforma deveria proteger ou fortalecer a multiplicidade de saberes médicos. Argumento em seguida que o duplo sistema de saúde avança as metas de democracia e de saúde pública.

Embora a meta utópica de um sistema como o SUS é um fluxo direto e tranquilo de remédios e conhecimento, indo do centro do sistema até o usuário, sabemos bem que esta meta é impossível: a cada nível de repasse de dinheiro (FUNASA, Estado, Município, DISEI, posto de saúde...), vai surgir um pequeno (ou grande) redemoinho onde as pessoas podem mostrar seu poder e importância. Os mesmos controles sociais -- comitês de saúde, vereadores, etc -- podem e devem re-pensar a distribuição de recursos, mas também causam outras ineficiências. Mas talvez ainda mais problemático, este sistema vertical tira a autonomia e orgulho do povo. "Só ele que sabe de saúde," disse uma mulher sobre médico (ausente) da cidade. Inara Nascimento encontrou na sua pesquisa de área

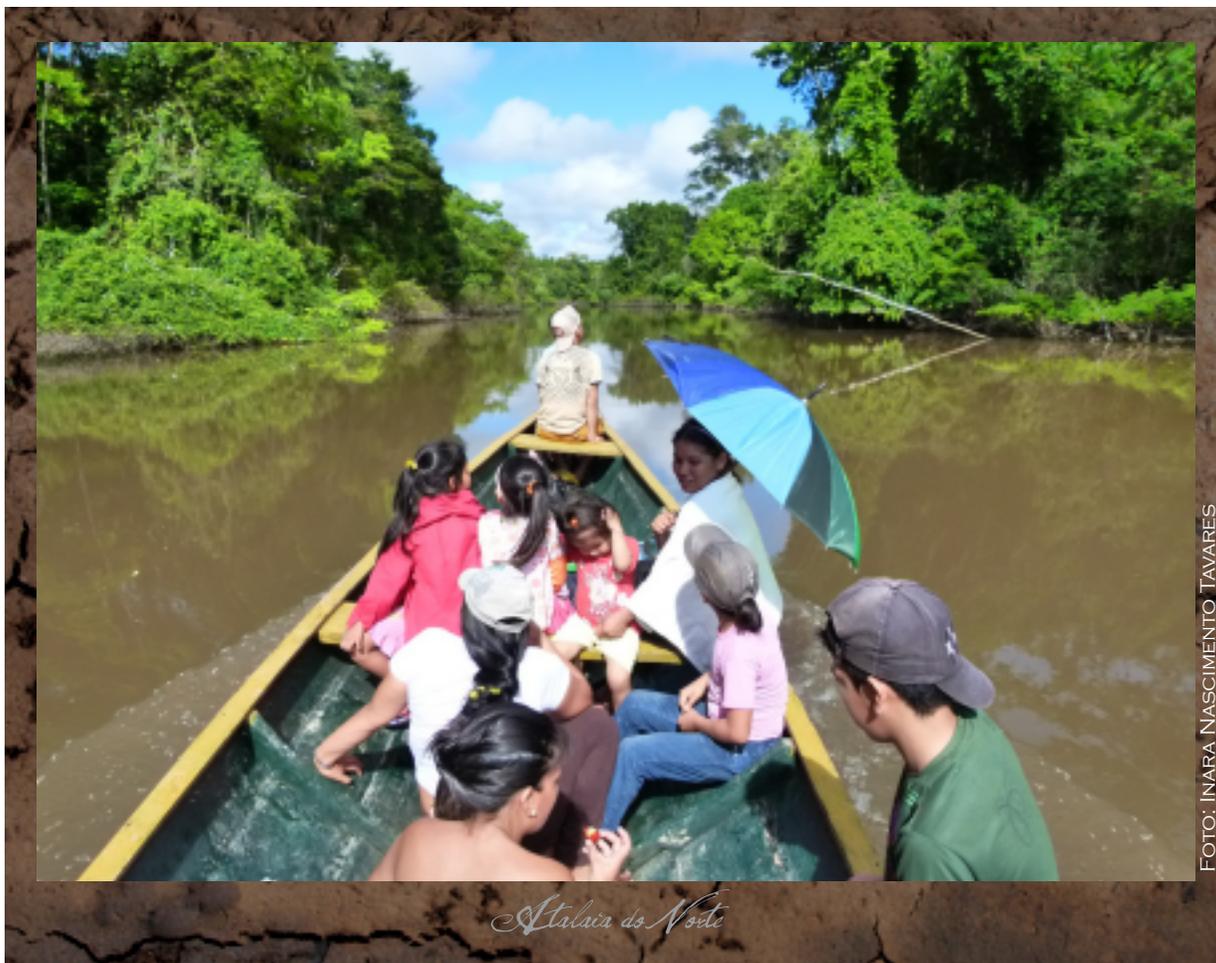


FOTO: INARA NASCIMENTO TAVARES

uma idéia parecida quando a mulher disse preferir ir "ao médico que manda, não ao enfermeiro que é mandado." Subir na hierarquia implica merecer mais confiança... e os mais "baixos", não merecem nada.

O Governo Federal, com o intuito de romper os ciclos de corrupção, tem criado uma série de regras e processos para reduzir os desvios de fundos, exigindo projetos escritos, prestação de contas, anuências, etc. Tristemente, com cada novo formulário ou documento para ser entregue, a presença de alguns profissionais torna-se ainda mais indispensável. Não é fácil escrever projetos, fazer orçamento, prestar contas e juntar todos os documentos para serem homologados, e o número de pessoas com formação necessária para fazer o trabalho é limitado numa cidade pequena. Os funcionários e políticos que sabem "driblar a burocracia" se tornam mais e mais importantes com cada nova regra ou edital, porque sem eles os recursos não fluem. Assim, medidas para reduzir a corrupção podem, ironicamente, centralizar o poder em poucas figuras que são capazes de lidar com essas regras. E quando essas figuras são necessárias para a função do sistema, é menos possível fiscalizar a sua ação.

A educação popular enfrentou esta questão muito bem: anos de educação formal e exclusão política e simbólica fazem com que o pobre pense que não sabe nada e não consegue fazer nada. A essência da educação popular, então, não é ensinar ao pobre, mas mostrar ao pobre que ele já sabe muita coisa. É revezar as hierarquias de poder para mostrar que o excluído sabe e pode ensinar.

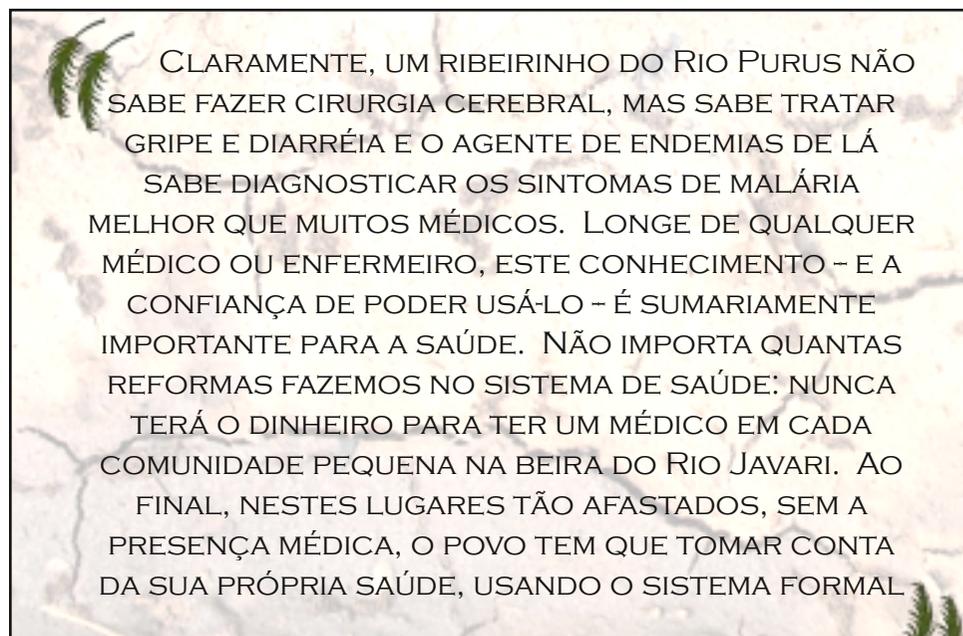
No campo da saúde, esta estratégia teria muito poder, especialmente em comunidades onde o conhecimento médico tradicional não está perdido. Claramente, um ribeirão do Rio Purus não sabe fazer cirurgia cerebral, mas sabe tratar gripe e diarreia e o agente de endemias de lá sabe diagnosticar os sintomas de malária melhor que muitos médicos. Longe de qualquer médico ou enfermeiro, este

conhecimento -- e a confiança de poder usá-lo -- é sumariamente importante para a saúde. Não importa quantas reformas fazemos no sistema de saúde: nunca terá o dinheiro para ter um médico em cada comunidade pequena na beira do Rio Javari. Ao final, nestes lugares tão afastados, sem a presença médica, o povo tem que tomar conta da sua própria saúde, usando o sistema formal quando a doença vai além do conhecimento das pessoas locais. Igualmente, quando as pessoas comuns possam resolver seus próprios problemas de saúde, tem um senso de orgulho e autonomia essencial à função de qualquer sistema político democrático, como se vê claramente neste estudo.

Em muitos casos, os analistas atuais concebem a política como uma série de problemas; o trabalho do Estado e do intelectual é achar as soluções mais fáceis a estes problemas. Eis o sonho tecnocrático: que todo o mundo concorda na meta a ser alcançada, pois o desafio encontra-se só no meio para chegar a tal fim. Nos termos desenvolvidos neste ensaio, a questão básica é como fazer fluir os recursos do jeito mais eficiente possível.

O que argumento aqui é que os processos tecnocráticos -- repasse de verba, editais, o pacto federalista -- têm conseqüências políticas que podem impedir ou promover a democracia e a autonomia do povo no nível mais básico. A solução tecnocrata atual ao problema de saúde no Amazonas tem resultados nefastos para as comunidades indígenas e ribeirinhas, promovendo uma lógica de poder autoritário e proclive a corrupção.

As propostas que incluímos neste livro enfrentam muitos



CLARAMENTE, UM RIBEIRINHO DO RIO PURUS NÃO SABE FAZER CIRURGIA CEREBRAL, MAS SABE TRATAR GRIPE E DIARRÉIA E O AGENTE DE ENDEMIAS DE LÁ SABE DIAGNOSTICAR OS SINTOMAS DE MALÁRIA MELHOR QUE MUITOS MÉDICOS. LONGE DE QUALQUER MÉDICO OU ENFERMEIRO, ESTE CONHECIMENTO - E A CONFIANÇA DE PODER USÁ-LO - É SUMARIAMENTE IMPORTANTE PARA A SAÚDE. NÃO IMPORTA QUANTAS REFORMAS FAZEMOS NO SISTEMA DE SAÚDE: NUNCA TERÁ O DINHEIRO PARA TER UM MÉDICO EM CADA COMUNIDADE PEQUENA NA BEIRA DO RIO JAVARI. AO FINAL, NESTES LUGARES TÃO AFASTADOS, SEM A PRESENÇA MÉDICA, O POVO TEM QUE TOMAR CONTA DA SUA PRÓPRIA SAÚDE, USANDO O SISTEMA FORMAL.

problemas e visam fortalecer muitos atores diferentes, mas têm uma característica em comum: a consciência de que nenhum recurso passa pelas comunidades sem conseqüências políticas. Os que fazem e articulam o repasse vão ganhar prestígio e poder, o que pode causar ressentimento entre outras pessoas e modificar o sistema político. Antes de qualquer investimento, é preciso saber se essas mudanças vão promover a autonomia e participação popular, ou -- como tem acontecido até agora -- vão reduzir as alternativas democráticas dos povos indígenas e ribeirinhos.





PROPOSTAS DE AÇÃO

Capítulo 10

Antes de realizar a pesquisa para gerar essa linha de base, imaginávamos encontrar mais que tudo dificuldades na área da saúde nos municípios pesquisados. Sabíamos das péssimas condições sanitárias no Vale de Javari e do alto nível de mortalidade infantil lá; também das histórias sobre a "Febre Negra de Lábrea" e dos problemas políticos na implementação dos Distritos de Saúde Indígenas (Desei) em vários municípios. Por isso, talvez o fato mais surpreendente da pesquisa é que, apesar de tudo, grande número das pessoas nas áreas rurais do Estado de Amazonas conseguem articular vários dos recursos dispersos de saúde para atender algumas das suas necessidades. Este "sucesso," porém, depende muito dos esforços de pessoas em particular e das comunidades.

As propostas que escrevemos aqui não pretendem ser uma receita para a melhoria nas condições da saúde no Amazonas, mas um ponto de partida para um diálogo sobre como pensar os cuidados da criança em um estado tão grande, com tantos desafios de transporte, escassez em capacitação, comunicação, e recursos humanos da área de saúde dispostos a enfrentar lugares tão longínquos. Pretendemos assim partir do "que já funciona" e do que pode melhorar, aproveitando os recursos e as capacidades locais para sugerir mudanças.

No transcurso desta pesquisa, encontramos temas gerais que nos permitem propor ações e investimentos, que se bem direcionados podem trazer impactos positivos às comunidades. Dividimos as propostas segundo estas áreas chaves:

1. O atendimento de base e o agente de saúde
2. Reforma de sistemas de repasse de recursos
3. Água e saneamento básico
4. Ação direta



Vamos abordar cada um deles de modo particular, desmembrando em vários tópicos de sugestões.

Atendimento

ATENDIMENTO E O AGENTE DE SAÚDE

CAPACITAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE

A instituição do Agente de Saúde é um dos desenvolvimentos mais importantes no atendimento de saúde rural no Amazonas. Quando o agente sabe o que faz, e faz com dedicação, o seu esforço produz um impacto muito grande nas comunidades e na vida das crianças. Porém, é um recurso desperdiçado: em muitos municípios, os prefeitos demitem todos os agentes para instalar apoiadores políticos, e esse não recebe em muitos casos capacitação adequada. Depois de quatro anos, quando, ao final, sentem que entendem o trabalho, são demitidos por um novo prefeito.

Outras propostas a seguir objetivarão enfrentar o problema da demissão dos profissionais de saúde, mas de qualquer forma, é essencial que o agente tenha uma boa formação. Igualmente importante é a formação dos outros profissionais na Equipe de Saúde: médicos, enfermeiros e técnicos. Enquanto pode ser que o agente saiba pouco sobre anatomia ou farmacologia (dentro do conhecimento biomédico), os profissionais -- especialmente os de outras regiões do país -- sabem pouco das práticas locais, das culturas indígenas ou ribeirinhas, ou dos remédios tradicionais.

Ao final dos anos 1990, aconteceu uma experiência bem sucedida entre as equipes de saúde na Amazônia (entre os yanomamis), onde um educador popular, seguindo as propostas de Paulo Freire (trabalhando com temas geradores) acompanhou a equipe de saúde inteira, para com isso fazer um debate aberto sobre como os profissionais poderiam aprender do conhecimento de base do agente - e dos rezadores, parteiras, e mães. Por outro lado, as pessoas com conhecimento

popular poderiam aprender o conhecimento formal dos profissionais. Como é comum na política do Norte, esta experiência foi abandonada por um governo subsequente, mas os educadores ainda trabalham no SUS e nas universidades do Norte. Entre 2006 e 2009 uma equipe dirigida por Luiza Garnelo também fez um projeto piloto de capacitação no Alto Rio Negro, o que pode servir de modelo (Garnelo 2009).

Essas experiências poderiam ser reativadas e adaptadas para diferentes regiões da Amazônia. Uma capacitação como essa pode modificar a realidade dos agentes de saúde e a dos médicos e enfermeiros ao mesmo tempo, promovendo um diálogo entre saberes, e temos certeza, seriam de grande impacto para os cuidados básicos das crianças pequenas no Amazonas.

a. Investimento na capacitação diferenciada de profissionais de saúde:

O programa Mais Médicos tem sido recebido com muitas críticas por diversos profissionais da saúde no Brasil. Mas ele toca numa questão importante: a necessidade de profissionais de saúde estarem preparados para atuar em áreas como as que pesquisamos nesse projeto. Tem que ter um forte compromisso com a saúde para trabalhar em condições difíceis. Então, é preciso construir o desejo e o conhecimento para os profissionais de saúde atuarem nesses meios, e para o diálogo com o grupo que irão atuar. Disciplinas como a antropologia da saúde, medicina popular, são excelentes modos para desmistificar o sistema biomédico, e para conceber que outros modos de cuidar também são válidos. São também úteis para mostrar a riqueza dos saberes locais. Os melhores profissionais da saúde para atuarem nesses meios são aqueles que ouvem, e que ao falar, não destituem a pessoa dos seus saberes, mas propõem uma construção de um novo saber. Propomos assim um investimento na formação dos profissionais enquanto esses ainda são alunos, para que possam conhecer e se encantar para atuar nessas áreas. A riqueza do Estado é grande e tem-se muito a aprender quando se está disposto a escutar.

Ainda uma escola técnica ligada ao SUS na região poderia ser um excelente meio de fortalecer atores locais para atuarem nas suas comunidades. Os agentes de saúde poderiam se transformar em técnicos, ou ainda, vários jovens revelaram o desejo de aprenderem medicina, odontologia e enfermagem.



"ONDE NÃO HÁ MÉDICO" DIGITAL

O livro *Onde não há médico* é uma ferramenta essencial para viajantes, pessoas trabalhando em áreas afastadas e agentes de saúde em todo o mundo. No Amazonas, os pesquisadores notaram que os agentes de saúde sempre carregam um smartphone nas suas viagens - embora não tenha sinal em áreas rurais, mas quase nunca levam um livro. Um app para celular, com instruções para não médicos, poderia funcionar como um "Onde não há médico," usando a tecnologia atual.

Poderia desenvolver-se um app de muitas formas, mas achamos que no contexto de Amazonas, onde há muitas doenças e problemas particulares ao ambiente, poderia ser interessante entrar em uma comunidade afastada com uma equipe médica (médico, enfermeiro, agente de saúde) e uma equipe de filmagem. Lidando com os problemas que encontra, o grupo poderia filmar o tratamento de cada assunto - provavelmente os problemas mais comuns que um agente de saúde enfrentará - a equipe poderá fazer uma série de filmes indexados por sintoma.

Quando o agente de saúde encontra um problema que não entende, tem o app como referência: pode acessar informação sobre como tratar a diarreia, como esterilizar um curativo improvisado, quando deveria levar um paciente urgentemente à cidade. Já que sinal de celular é fraco ou inexistente em grande parte de Amazonas, o app teria que ser "self-contained," sem necessidade de internet para funcionar.

Embora os agentes de saúde pudessem usar seus próprios celulares para o app, uma parceria com uma empresa tecnológica da Zona Franca de Manaus também poderia ser uma alternativa. Samsung, Nokia, e Foxconn (que faz iPhone para Apple) trabalham na Zona Franca, e oferecer smartphones para agentes de saúde poderia ser muito bom jeito de mostrar a responsabilidade social.

ARTICULAÇÃO DE REZADORES

Em todas as comunidades pesquisadas, médicos não formais, rezadores, xamãs, parteiras, curandeiros, velhos e velhas com conhecimento de chás e banhos - exercem um papel muito importante no cuidados das crianças e na saúde do grupo. Na literatura, é bem conhecido que seus remédios tradicionais funcionam para tratar doenças conhecidas pela biomedicina: diarreia, gripe, dores, infecções. Em outros casos, tratam de doenças que um médico da biomedicina não levaria a sério, mas que preocupam muito os pais e as mães: quebrante, mal olhado, vento caído, arca caída, olho gordo. O que a gente não imaginava era a maneira com que esses médicos informais articulam o sistema médico público para beneficiar as mesmas pessoas que os procuram. Rezadores curam muitas coisas, mas muitos deles sabem do limite do seu poder - sabem quando é um problema que eles não podem tratar. Nesses casos, mandam a criança para o médico formal.

O que percebemos aqui é um caso de triagem autóctone, acionada pelos pais da criança doente, e é importante não institucionalizar o processo: achamos que um rezador dentro do posto de saúde não funcionaria. Porém, seria útil capacitar os rezadores para melhor reconhecer doenças que o sistema médico formal consegue tratar bem, podendo distinguir entre o vômito e febre de malária, e os mesmos sintomas quando é quebrante. Se os rezadores entendessem melhor a estrutura do sistema de saúde, também poderiam orientar melhor os pacientes sobre onde e quando buscar atendimento adequado.

Em Atalaia do Norte, vemos que as famílias diagnosticam quase todos os casos de diarreia como "quebrante" e levam as crianças a um rezador. Em muitos casos, o tratamento indicado pelo rezador inclui limpeza e a ingestão de muitos líquidos, além do tratamento ritual; o conjunto de ações ajuda a criança a superar a diarreia. Ensinar os rezadores sobre outras causas de diarreia (água suja) e capacitar os mesmos a diagnosticar diarreias sérias que precisam ser encaminhadas aos profissionais de saúde, pode fazer muito para a prevenção e tratamento deste grave problema.



Do mesmo modo, reconhecer se uma febre é sintoma de pneumonia ou da malária, pode poupar a vida de muitas crianças, que por terem um diagnóstico tardio, sofrem mazelas graves por essas diferenças.

Também é importante educar os profissionais sobre a maneira com que populares usam a medicina tradicional. Quando uma criança Matis chega ao hospital com queimaduras de veneno de sapo, não é sinal de abuso, mas de cuidado especial usando remédios homeopáticos, como alerta o texto de Rita de Cácia Oenning da Silva neste livro. Quando falta o antibiótico sulfametoxazol, usado nos casos mais fortes de diarreia, os velhos sabem que chá de folha de goiaba detém a diarreia, e os médicos podem aprender isso. Também é importante que os que recebem a criança no hospital saibam que quando uma mãe diz, "O rezador diz que tinha que vir aqui urgente," o que é urgente mesmo.

Capacitações e seminários poderiam ser de grande vantagem para articular o trabalho dos dois grupos de médicos.



Nas três cidades onde fizemos esta pesquisa, observamos um fenômeno complexo: no começo do mês, muitas famílias indígenas e ribeirinhas chegam na cidade para receber o benefício da Bolsa Família. Gastam o dinheiro pagando dívidas, adquirindo suplementos para a família, etc, e depois não têm os recursos para comprar gasolina para voltar as suas comunidades. Esperam um mês na cidade - em Atalaia, vivendo nas suas canoas; em Lábrea, com amigos ou parentes no bairro de Terra Solidária - e depois de receber outro mês de benefícios, voltam à casa. As consequências para a saúde, a educação das crianças, a produção e a coleta de alimentos, a pesca e também para a dignidade das famílias, são claras. Pessoas de boa vontade nos centros dos municípios buscam soluções para que estas famílias não tenham que vir ao centro.

Por outro lado, um dos grandes desafios de qualquer sistema de atendimento à saúde em Amazonas é o movimento das pessoas. Como fazer com que o médico, enfermeiro, ou agente de saúde encontre com a criança? Até agora, quase todos os

projetos deram enfoque no movimento do profissional, mas no fenômeno de busca de Bolsa Família, pensamos que há um movimento contrário que poderia ser aproveitado. As famílias rurais já chegam à cidade - onde estão os profissionais da biomedicina - a cada três meses. Por que não aproveitar do fato, em vez de lamentá-lo?

Um centro de acolhimento do beneficiário da Bolsa Família poderia ficar ao lado do porto de canoas da cidade, onde as famílias chegam para entrar ao centro e ir ao banco. Um médico e enfermeiro poderiam atender as crianças, tomando cuidado especial com medicina preventiva e a educação em saúde, dois elementos que faltam na perspectiva médica do Brasil inteiro e especialmente no Amazonas. Outros profissionais poderiam orientar as mães sobre o uso da Bolsa, apoiando a construção de um orçamento que permitiria a compra de gasolina para a viagem de volta e mostrando os direitos do consumidor frente a exploração que acontece quando vendedores locais aproveitam e retêm o recurso da bolsa para que pessoas comprem no seu armazém (Ver relato de Santa Isabel e de Atalaia do Norte). Articuladores também poderiam ajudar com outros aspectos relativos à cidadania, desde registros de nascimento a problemas legais. Um educador poderia ajudar crianças maiores com tarefas da escola ou lições perdidas nas viagens grandes ao centro municipal, enquanto crianças menores poderiam usar o espaço para brincar.

Tal projeto poderia ser financiado pelo governo federal ou estadual, ou um projeto piloto poderia ganhar apoio de dinheiro privado. Porém, tomando em conta os problemas de repasse de dinheiro pelos municípios (que tem retido o dinheiro no uso indevido dele), seria muito importante que os recursos não passassem pelas mãos da administração municipal.



Malária é uma praga no interior de Amazonas. Na nossa visita a São Pedro, no Vale de Javari, mas de 10% da população da comunidade sofria de malária, e apenas dez pessoas tinham ido ao centro municipal para buscar tratamento. Na comunidade São Paulo, Rio Purus, quase vinte pessoas apresentaram testes positivos



para malária viva em um mês. Outros lugares podem contar histórias parecidas.

Embora as pessoas não tenham tanto medo de morrer de malária como tínhamos imaginado, reclamam muito do mal-estar, do trabalho perdido, e da demora no tratamento. No Alto Javari, se uma pessoa sente sintomas de malária, o agente de saúde terá que fazer a lâmina com sangue e esperar para uma canoa que desça até o hospital. A canoa vai demorar entre sete e quinze dias para chegar, dependendo do poder do motor. O laboratório pode fazer o teste rápido ou não. Outros 10-20 dias para subir o rio de novo. E ao final, sete dias de tratamento. Não seria estranho demorar 50 dias entre a data do primeiro sintoma até a data da cura, dias de sofrimento, incapacidade, e possibilidade de infecção ou morte. Muitas pessoas experimentam esse sofrimento uma vez ao ano - ou mais.

Em contraste, quando tem um agente de epidemia com o teste rápido, a pessoa chega com sintomas de malária - ou o agente chega na pessoa. Em São Paulo, o agente de epidemias também é motorista do barco escolar, e passa em todas as casas todos os dias - e 15 minutos depois, a pessoa contaminada por malária pode tomar a primeira dose do tratamento. Já que não chegou ao extremo da doença, em quatro dias fica bem, e depois de sete pode deixar de tomar o medicamento.

A diferença para a qualidade de vida e a economia no campo é imensa, e o custo é muito menor, já que não tem gasto de gasolina e o agente de epidemias pode ser um voluntário, como é o caso reportado acima. Estender este programa é essencial. Planejadores de políticas de combate à malária apontam quatro assuntos essenciais nos programas contra a doença. Segundo eles é necessário buscar estratégias que conjuguem: a. análise de como está se dando a ocupação do ambiente; b. estratégias de controle dos vetores (mosquitos) adequadas ao contexto Amazônico; c. estratégias de proteção individual e coletiva contra os mosquitos; d. tratamento dos contaminados não sintomáticos (que se tornam reservatórios dos agentes transmissores). O agente de epidemias pode ser um complemento fundamental a este processo.

COMUNICAÇÃO COM AGENTES DE SAÚDE

Não é só o deslocamento das equipes de saúde que é difícil no interior de Amazonas: comunicação também é um desafio. Embora algumas comunidades tenham orelhões por satélite e outras tenham rádio-telefonia, escutamos muitas histórias (e observamos) sobre equipamentos quebrados ou inutilizados. Há pouco dinheiro no orçamento para manutenção dos equipamentos, e poucas pessoas que sabem fazer reparos.

Investimentos para reformar tecnologia ultrapassada seriam possíveis e úteis, mas também deveria ser pensado em adquirir tecnologias menos frágeis. O Delorne Inreach SE 2, por exemplo, permite mandar mensagem e receber de texto para celular, usando a tecnologia de telefonia por satélite, mas sem o alto custo (US\$10 por mês, mais US\$300 para comprar o aparato). Esse investimento poderia facilitar a comunicação dos agentes de saúde, e desses com os centros de atendimento, evitando assim gastos em transporte dos doentes quando desnecessário. Embora seja importante a possibilidade do transporte existir para os casos onde há necessidade, muitas vezes o que é preciso é ter certeza dessa gravidade para depois mover o paciente.

Reformas

REFORMAS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

O capítulo Dados e Desvios mostra que tanto os planos estaduais e federais como as políticas públicas surgem de ideias boas e princípios avançados. O Estado tem pensado e investido na saúde pública naquela região. O problema é que a política pública naufraga na política local. No contexto de poder do Amazonas, como Kurt Shaw mostra, as políticas públicas mais avançadas vão perder-se, em muitos casos, na corrupção e no clientelismo de políticos que querem a auto-promoção.



PONTOS DE SAÚDE

Como analisamos no capítulo 8, o sistema federalista de repasse de recursos no Brasil tem sido seqüestrado pelo coronelismo; cada agente do repasse quer criar um redemoinho ao redor de si mesmo para concentra poder e status. A Bolsa Família consegue quebrar esta lógica a nível individual; no campo de organizações e instituições, o projeto Pontos de Cultura tem o mesmo efeito. Os Pontos de Cultura passam o reconhecimento e os recursos do Estado direto ao povo que faz, superando os sistemas tradicionais de poder e dominação.

Propomos o financiamento de Pontos de Saúde para fazer, no campo da Saúde, o que os Pontos de Cultura fizeram com cultura. Atores locais em saúde poderiam propor projetos de atendimento direto dos tipos mais variados, sempre quando atende as necessidades de populações com pouca atenção médica. O Ponto poderia ser formado por um médico, enfermeiro e agentes de saúde, mas também poderia ser um agente de saúde sozinho, ou um xamã reconhecido de uma tribo indígena. Claramente, os recursos dentro do projeto seriam muito diferentes para as capacidades diferenciadas de cada Ponto, mas um médico, uma parteira e um rezador teriam reconhecimento igual, um fato educativo para o estabelecimento médico.

Esta ideia precisa de muito desenvolvimento antes de ser proposta formalmente; há questões políticas, administrativas, de prestação de contas, e de avaliação para serem resolvidas. Porém, achamos que a ideia de Pontos de Saúde é um enquadre importante para superar muitos problemas atuais na administração de saúde no Brasil. Não toma o lugar do sistema atual, mas enfrenta brechas e lacunas para onde essa não funciona ou funciona muito pouco por problemas políticos.

LEGISLAÇÃO TRABALHISTA

Várias vezes no decorrer dos capítulos deste livro, temos reclamado do costume dos novos prefeitos: tomam posse do poder na cidade e aproveitam para demitir todos os agentes de saúde, médicos, e enfermeiros. Depois, nomeiam seus apoiadores políticos - cabos eleitorais, amigos, parentes - nesses postos com a rubrica de "cargo de confiança." Deste jeito, não existe concurso público, carteira assinada ou direitos trabalhistas, que fazem com que os poucos profissionais que desejam ir a estes postos mais distantes do país desistam do seu empenho. No caso dos médicos, muitos prefeitos fazem grande alarde de ter gastado muito dinheiro para contratar um médico de São Paulo ou Rio de Janeiro, mas também não assinam carteira e não fazem contrato. Depois de dois meses, o salário atrasa e depois de um ano, não vem mais. O médico volta para sua cidade de origem, desesperançado pelo funcionamento do sistema.

Embora diagnosticamos bem a doença no sistema de saúde e até achamos seu "vetor" -- o repasse de dinheiro -- não sentimos capazes aqui de propor um tratamento por este problema tão complexo. A experiência de profissionais e acadêmicos que trabalham na políticas públicas e administração pública seria muito útil, tanto como servidores públicos bem intencionados. Propomos, então, um encontro de sociedade civil e governo para pensar estratégias para legislação trabalhista e reforma de administração e fiscalização de recursos, para depois propor projetos de lei para o poder legislativo de Amazonas.

CAMINHOS DE DENÚNCIA PÚBLICOS

Muitas pessoas que trabalham dentro do sistema de saúde e dentro dos municípios entendem perfeitamente bem como funciona a corrupção nas instituições. Porém, são hesitosos em falar do problema, com medo de perder o



emprego, de estragar relações com articuladores de recursos, ou - no caso do sul de Amazonas - com terror de perder a vida. Nossa pesquisa não tinha o apoio do Estado ou de instituições que tem poder na área, mas quase todos os servidores públicos só aceitaram ser entrevistados depois de uma garantia de anonimato.

Precisa-se de um caminho, seja dentro ou fora do Estado, para realizar estas denúncias, em que as pessoas possa saber que sua identidade será mantida em sigilo e quando podem ter confiança que a denúncia vai acionar uma resposta. Um ombudsman dentro do Ministério da Saúde seria uma possibilidade, mas também uma instituição paralela onde polícia federal e o Ministério Público poderiam monitorar as denúncias: Wikileaks é um modelo interessante aqui.

Essas estratégias de denúncia e de formação são fundamentais para a obtenção de dados confiáveis para futuros planejamentos na área de saúde pública. Quando nem os dados são verdadeiros, pouca base se pode ter para pensar estratégias de longo prazo.



PROGRAMA DE RÁDIO

Pessoas que não dependem do Estado para garantir seu emprego não tinham tanto receio em falar com os pesquisadores, mas expressaram suas dúvidas se poderiam fazer alguma coisa para melhorar as condições e o acesso à saúde e o problema da corrupção.

Nas áreas rurais do estado de Amazonas, muitas famílias não têm televisão; se têm, conseguem ligar só uma hora por dia quando liga o gerador de energia. Neste contexto, o rádio - especialmente a emissora Rádio Cultura - é o meio privilegiado para receber notícias e entender o que está acontecendo no Amazonas. As pessoas escutam muito o rádio, e falam sobre o que escutam, especialmente quando o tema tem relação com suas comunidades.

Um programa descentralizado de rádio poderia abrir espaço para denúncias e elogios. O programa poderia incorporar telefonemas de ouvintes do campo, matérias breves pelas equipes de jovens comunicadores que vão se organizando no Estado, e reportagens profissionais. Denunciando os problemas, poderia atrair

atenção do Estado, da polícia, e do olhar social, mas elogiando os que fazem bom trabalho também daria para eles um apoio emocional e burocrático, bem como estimularia as práticas positivas na comunidade. Poderia haver ainda matérias ou informes instrutivos, que falam dos sintomas, de onde buscar ajuda, de programas e tratamentos, etc.

Sugerimos um programa cômico, já que as pessoas do interior de Amazonas têm um sentido de humor excelente, servindo também para reduzir o peso das notícias difíceis, que fazem mal à saúde. Humor também tem a possibilidade de dizer de modo menos duro verdades locais e criar assim "vergonha na cara" aos corruptos e incompetentes. Criam-se assim novas expectativas de competência, já que mais visíveis e mais cobrados. O programa poderia ainda ter uma radionovela sobre saúde e política, formato de narrativa muito prezado no interior de Amazonas. Acreditamos que bem gerenciado, poderia oferecer grande impacto na educação, na saúde e na visibilidade dos povos locais, diminuindo a corrupção.

Temas que poderiam ser abordados nesses programas: DSTs, água, atendimento adequado, programas existentes, serviços a serem reivindicados, etc..



POR MEIO DOS BARCOS

Os ribeirinhos, indígenas, e habitantes de quilombos no interior de Amazonas inevitavelmente se encontram nos barcos que levam passageiros e cargas pelos rios do Estado. No transcurso dos 7 dias que levam para chegar de Manaus para Lábrea ou Atalaia do Norte, as pessoas passam o tempo conversando, assistindo televisão, fofocando sobre os amigos, reclamando da política, etc. Quando chegam ao seu destino, compartilham o que aprenderam com a família, os vizinhos, e os amigos. O barco não é só um meio de transporte: é um meio de comunicação.

A televisão e um DVD sempre estão ligados nos barcos, e as pessoas se encontram para assistir filmes ou programas de televisão. Uma telenovela



produzida para este meio, com capítulos de 15 minutos (ou menos) para estreitar entre os filmes de Hollywood que são costumeiros passar nesses barcos, poderia ser um jeito muito interessante de comunicar novos valores sobre saúde e política. Incorporando os temas do programa de rádio daria uma sinergia muito poderosa.

PUBLIC AND PRESS RELATIONS

Quando uma notícia local se torna nacional - na tela da Rede Globo - ou internacional, os servidores públicos colocam prioridade nesse assunto. Isso aconteceu com os meninos de rua no Brasil depois da chacina da Candelária, e segue acontecendo com notícias sobre violência nas favelas. Embora um contrato para uma empresa de relações públicas poderia parecer um desperdício de dinheiro, também poderia funcionar como uma alavanca para muitas mudanças propostas neste livro.

Água e Saneamento

ÁGUA E SANEAMENTO BÁSICO

Em todas as áreas de Amazonas, tanto rurais quanto urbanas, água potável é um problema. Excremento é um problema. Diarreia era a primeira ou segunda doença mais apontada nas entrevistas, e parasitas e hepatite são problemas crônicos na região. Porém, parece que a maioria das pessoas não conectam a qualidade da água consumida com a diarreia. Para achar soluções de longo prazo para a saúde infantil no Amazonas, há que se lidar com essa questão da água.

RECURSOS TECNOLÓGICOS

Falar do problema da água não é novidade. Quase todos os textos e as pesquisas sobre saúde na região batem na mesma tecla, e Atalaia do Norte, especialmente, tem sido sede de centos de TCCs, teses, e locais de experiências sobre água limpa. Porém, o problema continua.

O problema, achamos, é que Amazonas é tão diverso que nenhuma solução funciona para todo o estado, e governos gostam de soluções únicas e simples. Em alguns contextos, um poço pode ser uma solução para uma comunidade rural. Em Areial, em Santa Isabel, o poço funciona bem e resolve muitos problemas de saúde; mas no Purus, quase toda a terra habitada é várzea, onde não se pode cavar um poço. Algumas famílias têm a disciplina de limpar o telhado e as caixas d'água para captar água da chuva, mas outras famílias não conseguem. Mães em São Paulo, Rio Purus, botam hipoclorito na água que dão para as crianças, mas mães em Atalaia acham que o sabor é ruim demais para seus filhos.

Os agentes de saúde podem oferecer uma solução, se receberem bom treinamento. Sistemas de tratamento e captação da água são diversas ferramentas dentro de uma caixa grande, ferramentas que funcionam ou não em contextos diferentes. Um agente de saúde que conhece as ferramentas e entende o lugar e a comunidade onde trabalha, pode orientar as famílias sobre as suas alternativas, e as ajudar a construir o que é preciso. Esta solução exige treino, inteligência, e flexibilidade de recursos, mas poderia funcionar muito bem e oferecer grandes melhorias a toda a comunidade, mas especialmente a crianças pequenas, que ainda não têm sistema imunológico bem formado.

INVESTIMENTO PÚBLICO

Embora não seja uma solução para áreas afastadas, pequenas cidades podem tratar água e esgoto. Não fazem por falta de expectativa dos eleitores, e muitas vezes por preguiça da política e corrupção.



Poucas pessoas entrevistadas apontaram conexão entre água contaminada e diarreia. Achamos que existem duas causas dessa falta de conexão:

- i. Água é essencial para a vida, e não tem jeito de achar água potável. Sabendo que é impossível superar esta dificuldade, as pessoas tem que seguir acreditando que não tem o problema. É interessante que Rosilene Pereira achou, por exemplo, que depois de duas ou três perguntas, as pessoas reconhecem que água suja causa doença. Já aprenderam isso em algum momento. Porém, não pode formar parte do seu conhecimento ativo ou operativo.
- ii. As campanhas de educação sobre água ainda não desenvolveram uma retórica que combina com a cosmovisão dos habitantes de Amazonas.

Esperamos que algumas propostas de captação de água da chuva (3A) possam responder ao primeiro problema. Para integrar este conhecimento dentro do dia-a-dia do indígena ou do ribeirinho é outra questão. Achamos que o programa de rádio, a radionovela, e a telenovela (2C, 2D) poderiam falar do assunto de maneira popular e engraçada, e oferecer essa conexão captando aspectos da cosmologia local e falando numa linguagem viável à compreensão de mundo, de saúde e de doença na região.

O filme "Escrito na Areia", incluído no DVD deste projeto, conta a história de um jabuti que caça uma anta, usando sua merda como trilha. O filme é engraçado, leve, e conta algo muito importante sobre a maneira que os indígenas Nadeb pensam no excremento. Um projeto de narrativas infantis sobre coco poderia ter um grande impacto na maneira que as pessoas se relacionam com seu excremento e pensam o consumo de água. Também é importante que estas narrativas desvendem alguns mitos danosos, como a ideia de que a água encanada é purificada.

As narrativas poderiam ser transformadas em filmes animados -- mostrados no projeto Meio dos Barcos -- em peças de teatro por rádio, ou em livros infantis.

Neste campo, achamos que uma colaboração com o sistema educativo poderia catalisar um processo importante. Em muitas comunidades rurais, os professores e os agentes de saúde são os únicos representantes do governo; se conhecem, trabalham juntos nos movimentos sociais e associações indígenas. Mas poucas vezes colaboram na comunidade. Uma série de livros e vídeos para usar na sala de aula, com oficinas experimentais em anexo, poderiam contribuir ao saneamento básico na comunidade e contribuir a uma pedagogia mais participativa e democrática nas escolas.

Essa questão toca também no modo com a língua é um importante meio de entender uma cultura. Produzir material na língua local, com léxico compreensível ao grupo é de suma importância. De nada adianta produzir material que não é acessível ao saber-fazer das comunidades. Neste sentido, o método de Paulo Freire pode ser novamente usado. Produzir junto com eles, e não para eles.

Ação Direta

AÇÃO DIRETA

Algumas questões podem ser tratadas de modo direto e rápido para melhoria da saúde local, instituindo junto a agentes já trabalhando na saúde. Essas ações diretas devem ser associadas a várias outras ações locais, como treinamento do agente de saúde, tratamento da água, etc.



TRATAMENTO DE PARASITASS

O caso das parasitas em crianças pequenas é conhecido por todos nós. Elas, quando brincam, colocam tudo na boca. Essa é a sua forma de aprender o mundo ao seu redor, e de criar um sistema imunológico. Elas também se banham e bebem água não potável. Pensamos que um tratamento periódico de vermes em crianças



pode ser ainda uma estratégia importante para a região. Embora seja um assunto caseiro muito importante, é pouco falado pela imprensa, mas muitas crianças adoecem por que estão comprometidas com uma quantidade de vermes imensa e por são desnutridas. Um tratamento de vermes continuado foi feito pelo médico Marcos Pelegrini, médico, antropólogo e assessor geral desse projeto, por longo tempo entre os yanomamis, e funcionou muito bem. Medidas pequenas muitas vezes oferecem um grande resultado. Aproveitando a lógica local de doenças de bicho, essa poderia ser uma estratégia importante para evitar que esses danifiquem a saúde das crianças pequenas.

PRODUÇÃO DE ALIMENTOS

mandioca brava, que se não tratada pode ser mortal, de conservar o alimento. Essa mesma técnica poderia ser usada na produção de farelos com produtos locais, como castanhas, nozes, etc. que pudessem alimentar as crianças. A Pastoral da Saúde no Brasil tem feito um alimento que muitos chamam de farelo (mistura de vários produtos moídos), que tem ajudado a manter crianças de área deficientes em nutrientes no peso ideal.

PESQUISA DE ALTERNATIVAS DA MEDICINA LOCAL

Uma pesquisa aprofundada que desvendasse um pouco mais os tratamentos locais para problemas simples de saúde, como diarreia, vômito, verminose, etc. Poderia ser feita em parceria com universidades, centros de pesquisa como a Fiocruz, a Embrapa, com escolas e organizações locais, etc. Entender esse aporte intelectual seria importante para implementar ou estimular (e não discriminar) práticas locais. Esse tipo de pesquisa possibilitaria evitar um erro bastante encontrado em projetos de implantação de novas técnicas para populações de baixo acesso ao sistema de saúde: ao instalar novas técnicas pouco acessíveis aos grupos, pouco sustentáveis, cria-se uma demanda e um problema onde não havia. Esse erro, ao invés de ajudar, cria mais dificuldades. Essa pesquisa deve ser em parceria com a comunidade local, com propósitos bem claros, um experimento bastante praticado pela Embrapa em diversos pontos do Brasil.

Normalmente os grupos usam produzir farinha de mandioca para o consumo. Esse é um dos importantes modos de aproveitar a

Uma pesquisa aprofundada que desvendasse um pouco mais os tratamentos locais para problemas



BIOGRAFIAS DA EQUIPE



RIRA DE CÁCIA OENNING DA SILVA, HELENA IARA DA SILVA SHAW, KURT SHAW, WILLAS DIAS DA COSTA, ROSILENE FONSECA PEREIRA, INARA NASCIMENTO TAVARES, DEISE LUCY OLIVIERA MONTARDO, GEORGIA SILVA



Rita de Cácia Oenning da Silva nasceu em Braço do Norte, interior de Santa Catarina, Brasil, numa família popular e grande, que valorizava educação. Quando criança queria descobrir como funcionava a luz, o que a levou a cursar química na graduação, onde trabalhou com educação em Ciências no Núcleo de Estudos de Alfabetização Técnica (NAT/CED/UFSC). Formou-se atriz em 1994 pela Oficina Permanente em Teatro (DAC/UFSC).

Desde 1989 trabalhou com oficinas de arte e ciências com crianças no NAT e no CECCA, uma organização não governamental discutindo saberes e poderes na sociedade contemporânea. Movida por perguntas antropológicas, passou a estudar antropologia. Concluiu mestrado em Antropologia Social no PPGAS/UFSC em 1998, estudando crianças e adolescentes de comunidades periféricas de Florianópolis e doutorado em 2008, estudando performances entre crianças artistas em Recife. Lecionou Antropologia em várias instituições de ensino superior desde 1999. Durante o doutorado foi Visiting Researcher na University of New Mexico (UNM), EUA em 2005 e em 2006 foi selecionada pela Wenner-Gren Foundation (USA) para Research Grant.

Juntando-se com Kurt Shaw, misturaram o gosto de estar juntos com o de trabalhar com grupos populares e arte. Integrou-se como Diretora executiva da organização Shine a Light, trabalhando com crianças e adolescentes em diversos países da América, produzindo filmes digitais. Em 2012, com apoio do CNPq, iniciou pós doutorado MUSA/PPGAS UFSC. O projeto de Pós Doutorado, onde estudou performances de crianças indígenas no Alto Rio Negro, tornou possível esse projeto Linha de Base para estudar o Cuidado de crianças no Amazonas. Está casada com Kurt Shaw desde 2008, com quem tem uma filha de 3 anos, Helena Iara, que os acompanha nas suas jornadas. Moram em Florianópolis, Santa Catarina.



Helena Iara da Silva Shaw nasceu em Florianópolis em 2010, trazendo muita mudança e alegria para a vida de seus pais. Desde então, vem acompanhando os mesmos em todos os projetos que esses realizam, aprendendo e ensinando no convívio com crianças em variados contextos (Recife, Florianópolis, São Gabriel, Santa Isabel do Rio Negro, Los Angeles, etc). Nessa pesquisa esteve em São Gabriel da Cachoeira, ainda quando os pais escreviam o projeto e depois em Santa Isabel do Rio Negro e Manaus, acompanhando in loco os pesquisadores em suas atividades e tomando banho com outras crianças na chuva, no Rio Negro e no Riu Uneixi, Amazonas.



Kurt Shaw nasceu numa família de professores universitários norteamericanos, e seu pai tinha a função de convidar alunos indígenas e internacionais para a faculdade, colocando-o em contato com uma diversidade de mundos desde cedo. Cresceu numa cidade pequena e rural, mas nos anos 1980, a igreja que a sua família pertencia quebrou a vida bucólica da área, dando exílio a uma família de refugiados da guerra civil de El Salvador. Membros da igreja ficaram 24 horas na porta para impedir a entrada de oficiais do governo e da migração que, de acordo com a política do Presidente Reagan, queriam deportar a família salvadorenha. Esta experiência inspirou uma paixão por América Latina e a realização que grupos pequenos podem ter um impacto na política exterior de um país como os Estados Unidos.



Shaw fez um programa de intercâmbio no Chile durante a faculdade, e depois de formar-se em filosofia, viajou para Colômbia e Centro América, onde trabalhou por dois anos com grupos populares e revolucionários. Voltou aos Estados Unidos, onde trabalhou por um ano num centro de pesquisa em Washington -- promovendo melhores relações entre Cuba e os EUA -- e começou um programa de pós graduação, mas achou Harvard um lugar de muita pretensão e pouco pensamento. Abandonou o doutorado para trabalhar com meninos de rua em Santa Fe e Nova Iorque.

Em 1997, fundou Shine a Light com o proposta de articular os conhecimentos de ONGs que trabalharam à favor da infância excluída. Em colaboração com organizações em muitos países, criou mais que 20 "oficinas digitais" em forma de CD-ROM ou DVD para ensinar as melhores práticas com meninos de rua, crianças refugiadas e ex-soldados, meninos e meninas indígenas, crianças trabalhadoras e membros de gangues. Entre os seus livros incluem-se Rua da Agonia (sobre masoquismo e política entre moradores de rua), Teatro da Guerra, Cinema da Paz (sobre crianças soldados na Colômbia), e Para uma Teoria Geral da Rua. Está casado com Rita da Silva com quem ago organiza Shine a Light conjuntamente. Eles tem uma filha, Helena Iara, de 3 anos de idade.



Deise Lucy Oliveira Montardo viveu durante muitos anos em Florianópolis, onde cursou Ciências Sociais e trabalhou como pesquisadora no Museu da UFSC. Fez mestrado em Arqueologia na PUC/RS, onde defendeu dissertação sobre estudo dos vestígios funerários. Durante a graduação fez teatro na Universidade e em grande parte de sua trajetória estudou música e cantou em corais. Tem grande paixão também pela dança contemporânea. Fez doutorado em Antropologia Social pesquisando a música guarani, tema sobre o qual publicou vários artigos e o livro “ Através do mbaraka: música, dança e xamanismo guarani” (Ed. Edusp 2009). Em 2006 passou a atuar como professora na UFAM, em Manaus, Amazonas, onde ministra aulas, realiza pesquisa e orienta alunos de pós-graduação no “ Grupo de Pesquisa Mbaraka: estudos sobre arte, cultura e sociedade”. Coordena a sede do Amazonas do INCT Brasil Plural, rede de pesquisadores financiada pelo Cnpq/FAPESC/FAPEAM.



Inara Nascimento nasceu em Manaus/AM. Sua família inclui tradições de todo o mundo, incluindo indígenas e japonesas. As vivências pelo Amazonas, suas culturas e povos sempre orientaram suas escolhas. Nessas escolhas, fez Ciências Sociais na Universidade Federal do Amazonas e mestrado em Antropologia Social. A antropologia lhe deu lentes que concederam novos olhares para observar o mundo, lentes que ajudaram nas navegações pelos rios da Amazônia, acompanhando discussões das políticas indígenas e políticas indigenistas, temática a qual se dedica.

No período de 2011/2013 morou em Benjamim Constant, no Alto Solimões, onde viveu muitas experiências como professora na graduação de antropologia na universidade. Uma experiência marcante foi a articulação entre a UNB/LALI (Universidade de Brasília/Laboratório de Línguas Indígenas) e UFAM para a realização do curso de Introdução a Língua e Cultura Kokama, povo indígena em processo de afirmação étnica e política naquela região.

Participou ativamente no movimento indígena e a viajou pelos nove municípios da região do Alto Solimões. Essas experiências foram fundamentais e deram impulso para continuar navegando pelos rios da Amazônia.





Rosilene Fonseca Pereira nasceu numa família de Piratapuia e Arapaço em Santa Isabel do Rio Negro. Desde cedo, os seus pais pensaram que o caminho de ascensão social para os filhos ia ser através da educação. Assim, depois do primário, mandaram Rosilene para cursar as séries iniciais numa escola de freiras em Santa Isabel e em seguida em São Gabriel da Cachoeira. Foi um tempo muito difícil para ela, mas a sua formação era boa, e a interação quotidiana com as freiras e outros brancos deu a ela consciência das dificuldades de ser indígena no Brasil.

Depois de se formar no colégio, Rosilene aos 16 anos juntou-se junto aos líderes indígenas organizados a Federação de Organizações Indígenas do Alto Rio Negro (FOIRN), em 2000 foi a primeira mulher eleita para Diretoria Executiva da FOIRN onde efetivou a criação do departamento de mulheres no qual conseguiu a inserção de mais duas mulheres indígenas para representar os interesses e assuntos referentes as mulheres. Juntas desenvolveram projetos de valorização dos trabalhos tradicionais das mulheres tais como arte e produtos agrícolas resultando na criação de um centro de comercialização de produtos do rio Negro a Wariró.

Fez mestrado em antropologia social na Universidade Federal de Amazonas, e defendeu dissertação sobre os cuidados e narrativas de crianças em diferentes épocas da vida dos indígenas Waikhana. Para financiar este estudo, ganhou uma prestigiosa bolsa da Fundação Ford, o que contribuiu para seu aprimoramento acadêmico e pessoal.

Rosilene faz parte da Associação Brasileira de Pesquisadoras(es) pela Justiça Social - ABRAPPS.



Willas Dias da Costa é de uma família simples resultado do encontro de vários grupos que ajudaram na formação da região, natural de Amazonas. No Ensino Médio formou-se em Magistério no Instituto de Educação do Amazonas onde conviveu com a diversidade de pessoas de lugares diferentes. Ingressou na Universidade Federal do Amazonas onde se formou em pedagogia e por muitos anos foi professor e pedagogo de escolas públicas em Manaus. Em 2005 passou a trabalhar com pesquisas na região do baixo Purus interessando-se pela situação de ribeirinhos, extrativistas, indígenas que estiverem a margem da vida social, descobriu uma paixão pelas culturas excluídas do sul de Amazonas.

Com este novo interesse em mente, começou um mestrado em Educação na Universidade Federal do Amazonas. O envolvimento com a pesquisa permitiu a entrada no Projeto Nova Cartografia Social da Amazônia, para dar ensejo à auto-cartografia dos povos e comunidades tradicionais na Amazônia. Com o material produzido, não apenas se tem um maior conhecimento sobre o processo de ocupação dessa região, mas sobretudo uma maior ênfase e um novo instrumento para o fortalecimento dos movimentos sociais que nela existem. Willas agora é doutorando do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da UFAM, onde estuda relações de patronagem, poder e clientela entre as Populações tradicionais da Região do Médio Purus. Pesquisador do Núcleo de Políticas Territoriais da Amazônia (NEPTA) vinculado a PPGAS/UFAM.





Georgia Silva - A proximidade com práxis médicas sempre esteve presente na vida de Georgia da Silva. Nascida em Itajaí/SC, cercada de benzedeadas e rezadeiras na família, sua vivência se materializou em interesse antropológico e desenvolvimento de dissertação de mestrado sobre o universo das práticas terapêuticas e seus atores entre os povos indígenas do nordeste brasileiro. Durante os últimos oito anos a compreensão sobre a relação entre os sistemas médicos dos povos e comunidades tradicionais e o sistema biomédico tem mobilizado sua atuação em organizações não governamentais, associações de pesquisa, instituições governamentais e redes de pesquisadores pelas regiões amazônica e sertão nordestino. Com o umbigo enterrado no sul do país, sentimento de pertença ao Nordeste e transcendência pessoal e profissional no Amazonas, a pesquisadora ainda tenta fugir da

pergunta: de onde você é?"

Bibliografias

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGAMBEN, Giorgio, 1998, Homo Sacer. Stanford: Stanford University Press.

ANDRELLO, Gerardo. Cidade do Índio: Transformações e cotidiano em Iauaretê. São Paulo: UNESP, 2006.

ANDRELLO, Geraldo. Histórias tariano e tukano: política e ritual no rio Uaupés. UFSCar, SD.

ATHIAS, Renato. “Medicina tradicional e doenças contagiosas entre os Hupdë-Maku do Rio Negro (Amazonas)” In: Anais do Seminário sobre Cultura, Saúde e Doença. Org. Leila Jeolás e Marlene de Oliveira. Londrina: as organizadoras, 2003.

ATHIAS, Renato. “Índios, antropólogos e gestores de saúde no âmbito dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.” Langdon, J. & Garnelo, L. (orgs.) Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa. RJ: Ed. Contracapa, pg. 217-232. 2004.

ATHIAS, Renato. KUMU, BAIÁ E PAJÉS – OS ESPECIALISTAS DA CURA ENTRE OS ÍNDIOS DO RIO UAUPÉS. 2003.

https://docs.google.com/document/pub?id=1cC1Jmx2J_B_...

BAKHTIN, M. Marxismo e filosofia da linguagem. São Paulo: Huicitec, 1986.

BARRA S. C. & DIAS, C. (Orgs.) Peixes, pescarias e os modos de viver no médio Rio Negro. São Paulo, Instituto Socioambiental, 2012.

BENSABATH, G. Hadler SC, SOARES, MCP; FIELDS, H; DIAS, LB, Popper H, Maynard JE. “Hepatitis Delta Virus infection and Lábrea hepatitis. Prevalence and role in fulminant hepatitis in the Amazon basin.” Journal of the American Medical Association 1987;258:479-483.

BENSABATH, G. & DIAS, L.B. “Hepatite de Lábrea (febre negra de Lábrea) e outras hepatites fulminantes em Sena Madureira, Acre e Boca do Acre, Amazonas, Brasil”. Rev. Insti. Med. Trop. São Paulo 25:182-194, 1983.



- BONILLA, Oiara. "Cosmologia e organização social dos Paumari do médio Purus (Amazonas)". In: Revista de Estudos e Pesquisas, 2005, vol. 2, nº1: 7-60.
- BRAGA, Wornei Silva Miranda; BRASIL, Leila Melo; DE SOUZA, Rita Auxiliadora Botelho, et all. "Prevalência da infecção pelos vírus da hepatite B (VHB) e da hepatite Delta (VHD) em Lábrea, Rio Purus, Estado do Amazonas." Epidemiologia e Serviços de Saúde 2004; 13(1): 35 – 46.
- BRASIL. AIDPI: Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: atenção à criança, Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. PNDS 2006: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, Ministério da Saúde, 2008.
- BUCHILLET, Dominique. "Cultura e saúde pública: reflexões sobre o Distrito Sanitário especial Indígena do Rio Negro". In: Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa. Org. Esther Jean Lagdon e Luiza Garnelo. Rio de Janeiro: Contra-capta e Associação Brasileira de Antropologia, 2004.
- CABALZAR, A. & RICARDO A. C. Mapa-livro dos Povos Indígenas do alto e médio Rio Negro: uma introdução à diversidade cultural e ambiental do noroeste da Amazônia brasileira. São Gabriel da Cachoeira, FOIRN/ISA, 2006 (3 ed.).
- CONFALONIERI, UE. "Saúde na Amazônia: um modelo conceitual para análise de paisagens e doenças." Estudos Avançados. 2005;19:221–36.
- CARDOSO, Andrey M. et al. "Mortalidade infantil segundo raça-cor no Brasil: o que dizem os sistemas nacionais de informação." In: Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(5): set-out, 2005 (pp. 1602-1608) . Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v21n5/35.pdf>
- CESARINO, Pedro de Niemeyer. "Babel da floresta, cidades dos brancos? Os Marubo no trânsito entre dois mundos". Novos estudos 82, 2008.
- CESARINO, Pedro de Niemeyer. Oniska: poética do xamanismo na amazônia. SP: Perspectiva, Fapesp, 2011.
- CHAN, Margaret. Linking child survival and child development for health, equity, and sustainable development. The Lancet, Volume 381, Issue 9877, Pages 1514 - 1515, 4 May 2013
- CONFALONIERI, Ulisses E. C.. O Sistema Único de Saúde e as populações indígenas: por uma integração diferenciada. Cad. Saúde Pública [online]. 1989, vol.5, n.4, pp. 441-450. ISSN 0102-311X.
- CONSÓRCIO IDS-SSL-Cebrap. Diagnóstico Situacional do Subsistema de Saúde Indígena, Abril de 2009. Anexo 3. de Landa, Miguel. A Thousand Years of Non-Linear History. Cambridge, MIT, 2000.
- BONILLA, Oiara. Cosmologia e Organização Social dos Paumari do Médio Purus (Amazonas). Revista de Estudos e Pesquisas, FUNAI, Brasília, v.2, n.1, p.7-60, jul. 2005.
- DIEGUES, Sant'Ana C. A. Conhecimento e Manejo tradicionais: Ciência e Biodiversidade. São Paulo, 2000. Dourados News, 07/01/2012. Disponível em <http://www.douradosnews.com.br/dourados/missao-caiua-esta-no-topo-das-ongs-com-repasse-de-verbos-federais>].
- DUMONT, Louis. O individualismo: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna. Rio de Janeiro: Rocco. 1985.



- DUTRA, Fontes Israel. Xamanismo Utapinoponã: princípios dos rituais de pajelança e do ser pajé Tuyuka. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais na Universidade Católica de São Paulo, PUC – SP, 2010.
- ERIKSON, Philippe. « “Comme à toi jadis on l’a fait, fais-le moi à présent...” », L’Homme , 167-168 | juillet-décembre 2003 , [En ligne], mis en ligne le 12 septembre 2008. URL : <http://lhomme.revues.org/index237.html>. Consultado em 13/12/2011.
- ERIKSON, Philippe. “Physiology to Cosmology: The Life Cycle and Body Ornaments among the Matis (Amazonas, Brazil)”. L’Home. 2003. 167-168:129-152.
- ERIKSON, Philippe. "Uma singular pluralidade: a etno-história Pano". In: Carneiro da Cunha, M (org). História dos índios no Brasil. pp. 239-253,
- FARMER, Paul. Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor. Berkeley, University of California Press, 2004;
- FATTON, Robert. Haiti's Predatory Republic: The Unending Transition to Democracy. Boulder, CO: Lynne Rienner Publishers, 2002;
- FATTON, Robert and Peter Dailey, Debate. New York Review of Books, May 15, 2003 (available at <http://www.nybooks.com/articles/archives/2003/may/15/aristides-haiti-an-exchange/?pagination=false>)]
- FAVELANEWS. O que a gente fez, o que a gente aprendeu." <http://www.youtube.com/watch?v=zFmc-7ToV7k>
- FERREIRA, Jaqueline & SANTO, Wanda Espírito. Os percursos da cura: abordagem antropológica sobre os itinerários terapêuticos dos moradores do complexo de favelas de Manguinhos, Rio de Janeiro. Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 22 [1]: 179-198, 2012.
- FIGUEIREDO, Glória Lúcia Alves; MELLO, Débora Falleiros de. Child health care in Brazil: aspects of program vulnerability and human rights. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 15, n. 6, Dec. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000600018&lng=en&nrm=iso>. Acesso on 24 June 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000600018>.
- FUNDAÇÃO EM VIGILÂNCIA DE SAÚDE DO AMAZONAS. Relatório de Gestão de 2010, agosto de 2011.
- FUNDAÇÃO EM VIGILÂNCIA DE SAÚDE DO AMAZONAS. Relatório de Gestão de 2011, junho de 2012.
- GARNELLO, Luiza. Poder, Hierarquia, e Reciprocidade: saúde e harmonia entre os Baniwa do Alto Rio Negro. RJ: Fiocruz, 2003A.
- GANELO, Luiza. “Tradição, Modernidade e Políticas Públicas no Alto Rio Negro.” Publicado em Somanlu. Revista de Estudos Amazônicos. 4(1): 29-54, Jan-Jun, 2004.
- GARNELO, Luiza; MACEDO, G, and BRANDÃO, LC. Os Povos Indígenas e a Construção das Políticas de Saúde no Brasil. Brasília: Ed. OPAS/Ministério da Saúde. 2003B
- GARNELO, Luiza. “Análise situacional da Política de Saúde dos Povos Indígenas no período de 1990 a 2004: implicações no Brasil e na Amazônia.” Publicado em Scherer E; Oliveira JA (orgs.). Amazônia: Políticas Públicas e Diversidade Cultural. p.133-162, RJ: Ed. Garamond, 2006.
- GARNELO, Luiza e BUCHILLET, Dominique. Taxinomias das doenças entre os índios Baniwa (Arawak) E Desana (Tukano Oriental) do Rio Negro (Brasil). Horizontes



Antropológicos, Porto Alegre, ano 12, n. 26, p. 231-260, jul./dez. 2006.

GARNELO, Luiza, et al. “FORMAÇÃO TÉCNICA DE AGENTE COMUNITÁRIO INDÍGENA DE SAÚDE: UMA EXPERIÊNCIA EM CONSTRUÇÃO NO RIO NEGRO”. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 7 n. 2, p. 373-385, jul./out.2009

GAYOTTO, LCC. “Hepatitis Delta in South America and specially in the Amazon Region,” In: Gerin JL, Purcell RH, Rizzetto M, editors. The Hepatitis Delta Virus. USA, 1991. p.123-135.

Governo de Amazonas. PRODERAM. <http://www.amazonas.am.gov.br/2013/02/governo-do-estado-entrega-nova-estacao-de-tratamento-de-agua-para-tabatinga/>. Acesso em 19/06/2013.

GEERTZ, Clifford. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1989.

GIL, Laura Perez. Pelos caminhos de Yuve : conhecimento, poder e xamanismo entre os Yawanawa. Dissertação de Mestrado. Florianópolis, PPGAS, UFSC, 1999.

GIL, Laura Pérez. Metamorfoses Yaminawa. Xamanismo e socialidade na Amazônia Peruana. Tese de doutorado. Florianópolis: PPGAS, UFSC, 2006.

ISA, CPI. SAÚDE NA TERRA INDÍGENA VALE DO JAVARI. Diagnóstico médico-antropológico: subsídios e recomendações para uma política de assistência. Outubro de 2011. Acessado em <http://www.socioambiental.org/nsa/nsa/detalhe?id=3441>

IBGE. Censo demográfico populacional 2010, 2011.

JEHAN, Imtiaz et al. “Neonatal mortality, risk factors and causes: a prospective population-based cohort study in urban Pakistan. Bulletin of the World Health Organization 2009;87:130-138. doi: 10.2471/BLT.08.050963

LAGROU, Elsje. A fluidez da forma: arte, alteridade e agência em uma sociedade amazônica (Kaxinawa, Acre). Rio de Janeiro: TopBooks, 2007.

LANGDON, Jean. “Salud y Pueblos Indígenas: Los Desafios en el Cambio de Siglo.” Briceño-León, R.; Minayo, Ma. Cecília, Coimbra Jr., Carlos. Salud y Equidad: una mirada desde las ciencias sociales. RJ: Ed. FIOCRUZ, pg. 107-119. 2000.

LANGDON, Esther Jean. “Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde” In: Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa. Org. Esther Jean Lagdon e Luiza Garnelo. Rio de Janeiro: Contra-capla e Associação Brasileira de Antropologia, 2004.

LANGDON, E. J. e GARNELO, Luiza. “A Antropologia e a reformulação da práticas sanitárias na atenção básica a saúde” In: Minayo MC; Coimbra Jr CEA (orgs.). Críticas e Atuantes. Ciências Sociais e Humanas em Saúde na América Latina. p.133-156. RJ: Ed. Fiocruz, 2005. ISBN 85-7541-061-X.

LANGDON, E. J. M & GARNELO, L. (orgs.). 2004. Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: Contra Capla Livraria/ ABA.

LANGDON. E. Jean. A Doença como Experiência: A Construção da Doença e seu Desafio para a Prática Médica UFSC. Palestra oferecida na Conferencia 30 Anos Xingu, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 23/08/95.



- LANGDON, E. J. M.. The Siona medical system: beliefs and behavior. Tese de Doutorado, Department of Anthropology, Tulane University. 1974
- LANGDON, E. J. M. et alii. “Um balanço da antropologia da saúde no Brasil e seus diálogos com as antropologias mundiais”. *Anuário Antropológico*, 2011/I:51-89.
- LAWN, Joy E. “4 million neonatal deaths: When? Where? Why?” *The Lancet*, Volume 365, Issue 9462, Pages 891 - 900, 5 March 2005
- LUCIANO, GERSEM JOSÉ DOS SANTOS. “Projeto é como branco trabalha; as lideranças que se virem para aprender e nos ensinar”: experiências dos povos indígenas do alto rio Negro. Dissertação de mestrado, UNB, Brasília, 2006
- MALINOWSKI, Bronislaw. “Crenças e Costumes Nativos sobre a Procriação e a Gravidez”. (1914) *A Vida Sexual dos Selvagens*. Rio de Janeiro, Campus. 1980.
- MALINOWSKI, Bronislaw. *The sexual life of savages in North-Western Melanesia: an ethnographic account of courtship, marriage and family life among the natives of the Trobriand Islands New Guinea*. London: Routledge & Kegan Paul, 1929. [Trad. port.: *A vida sexual dos selvagens*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1982].
- MATIS: tximu bekte sinanek onkekin darawakid. Matis: falando sobre prevenção às DST/Aids e hepatites virais. – Brasília : UNESCO, 2012.65 p. – (Série Javari : educação preventiva para DST/HIV/Aids e hepatites para povos indígenas do Vale do Javari; 3).
- MAUÉS, Heraldo. “Malineza”: um conceito da cultura amazônica. In: BIRMAN, P.; NOVAES, R.; CRESPO, S. (Org.). *O mal à brasileira*. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 1997. p. 32-44.
- MAUSS, M. *A expressão obrigatória dos sentimentos*. i n: MAUSS. São Paulo. Ática,1986.
- MAUSS, Marcel. *Uma categoria do espírito humano: a noção de pessoa, a de eu*. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: Cosacnaify, 2003, p. 369-397 (1938).
- MCGOWAN, Patrick O., SZYF, Moshe. The epigenetics of social adversity in early life: Implications for mental health outcomes. *Neurobiology of Disease* 39 (2010) 66–72. www.elsevier.com/locate/ynbdi.
- MEAD, Margaret. *Coming of age in Samoa*. Harmondsworth: Penguin. [1928],1969.
- MEAD, Margaret, and MCGREGOR, Francis Cook. *Growth And Culture: a photgraphic study of balinese childhood*. NY: G.P. Putnam's Sons, 1942.
- MELATTI, Júlio César. “Enigmas do corpo e soluções dos panos”. In: Roberto Cardoso de Oliveira: Homenagem. Campinas: IFCH-Unicamp, 1992, 143-166. Disponível em <http://www.juliomelatti.pro.br/artigos/a-enigma.htm>
- MELATTI, Júlio César. “Marubo”. In: ISA. *Povos Indígenas do Brasil*. São Paulo, 1998. <http://pib.socioambiental.org/pt/povo/marubo/>
- MELATTI, Júlio César. Índios da América do Sul — Áreas Etnográficas - Juruá-Ucayali <http://pt.wikipedia.org/wiki/Marubos> - cite_ref-5Melatti Julio Cezar Cap. 17, 2006, 2006.
- MENEGOLA, Ivone. “Notas sobre a mortalidade de crianças indígenas.” Em CONSÓRCIO IDS-SSL-Cebrap. *Diagnóstico Situacional do Subsistema de Saúde Indígena*, Abril

de 2009. Anexo 3.

MENEZES BASTOS, Rafael José de. *A Musicológica Kamayurá: Para uma Antropologia da Comunicação no Alto Xingu*. Florianópolis: Editora da UFSC, 1999.

MENEZES BASTOS, Rafael José de. *A Festa da Jaguatirica: Uma Partitura Crítico- Interpretativa*. Florianópolis: Editora da Universidade Federal de Santa Catarina, 2013.

MENEZES, Thereza. Dois destinos para o Purus: Desenvolvimentismo, socioambientalismo e emergência dos povos tradicionais no sul do Amazonas. In: SANTOS, G. M. (Org.). *Álbum Purus*. Manaus: Editora da Universidade Federal do Amazonas, 2011, v. , p. 131-152.

MONTARDO, Deise L. y WILDE, Guillermo. "Introducción: Objetos, lenguajes y estéticas sonoro-visuales amerindios". *TRANS: Revista Transcultural de Música/Transcultural Music Review* 15, 2011. [Fecha de consulta: 10/12/2011].

MONTAGNER, Delvair. *O mundo dos espíritos : estudo etnográfico dos ritos de cura Marubo*. Brasília : UnB, 1985. 601 p. (Tese de Doutorado)

MINAYO, MCS., and COIMBRA JR, CEA., orgs. *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. 708 p. ISBN 85-7541- 061-X. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

Ministério Público do Brasil. *Ação de Água para Atalaia do Norte*: http://noticias.pgr.mpf.gov.br/noticias/noticias-do-site/copy_of_indios-e-minorias/mpf-am-indios-do-vale-do-javari-e-alto-solimo-es-devem-ter-acesso-a-agua-potavel-determina-justica. Acesso em 19/06/2013.

MINUANO, Carlos. "Promessa de cura para doenças, 'vacina de sapo' está na mira da Polícia Federal. Do UOL, em São Paulo, 18/02/2013 para algumas informações sobre o tema. <http://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2013/01/19/promessa-de-cura-para-diversos-males-vacina-de-sapo-esta-na-mira-da-policia-federal.htm>.

MONTEIRO, C. A. 1999. *Nutrição em Saúde Coletiva. Tendências e Desafios. Saúde em Foco. Informe Epidemiológico em Saúde Coletiva*, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, ano VIII, nº 18, 1999.

MONTARDO, Deise L. y WILDE, Guillermo. "Introducción: Objetos, lenguajes y estéticas sonoro-visuales amerindios". *TRANS: Revista Transcultural de Música/Transcultural Music Review* 15, 2011. [Fecha de consulta: 10/12/2011].

NATIONS, M. *Corte e Mortalha: O calculo humano da morte infantil no ceará*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010. 192p. ISBN: 978-85-7541-181-0

NUNES, Ângela M. *A sociedade das crianças A'uwe Xavante: por uma antropologia da criança*. Dissertação de mestrado, USP, S.P, 1997.

NUNES, Ângela M. "O lugar da criança nos textos sobre sociedades indígenas brasileiras". In SILVA, Araci Lopes; MACEDO, A. V; NUNES, A. (org). *Crianças indígenas: Ensaio Antropológico*. São Paulo: Global, 2002.

PAES-SOUZA, R. et al. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. *The Lancet*. Volume 381, Issue 9877, Pages 1514 - 1515, 4 May 2013.

PELEGRINI, Marcos. *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Org. Lagdon, Esther Jean e Garnelo, Luiza. Rio de Janeiro: Contra-capas e



Associação Brasileira de Antropologia, 2004.

PENNA G, PINTO LF, Soranz D, GLATT R. “High incidence of diseases endemic to the Amazon region of Brazil”, 2001–2006. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet]. 2009 Apr.[Consulted October 25, 2012]. Available from <http://wwwnc.cdc.gov/eid/article/15/4/08-1329.htm>

PEIRANO, Mariza. “A favor da etnografia”. *Série Antropologia*, num.130, 1992.

PEREIRA, Rosilene Fonseca. *Criando gente no Alto Rio Negro: um olhar Waikhana*. Dissertação de mestrado.PPGAS/UFAM, 2013.

PEREIRA, F. Élio. *História da participação do Movimento indígena na constituição das “escolas indígenas” no município de Santa Isabel do Rio Negro - AM*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Educação na Universidade Católica de São Paulo, PUC - SP, 2010.

PLANO DE PROTEÇÃO TERRITORIAL DA TERRA INDÍGENA MÉDIO RIO NEGRO II: Santa Isabel do Rio Negro (AM) - Equipe de Conservação da Amazônia. Brasília, Equipe de Conservação da Amazônia Edições, 2009.

PNUD-Brasil. *Atlas do Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro 2013*. <http://www.pnud.org.br/arquivos/ranking-idhm-2010.pdf>

Portal Amazônia. “Diarreia é terceira maior causa de mortes de crianças de 0 a 5 anos em Manaus.” 20 de Junho de 2007. <http://portalamazonia.globo.com/new-structure/view/scripts/noticias/noticia.php?id=54143>

Portal ODM. *Informe Atalaia do Norte, 2011*. www.portalodm.com.br/relatorios/PDF/gera_PDF.php?cidade=2450

Portal ODM. *Informe Lábrea, 2011*: www.portalodm.com.br/relatorios/PDF/gera_PDF.php?cidade=2740

Portal ODM. *Informe Santa Isabel, 2011*. www.portalodm.com.br/relatorios/PDF/gera_PDF.php?cidade=2890

RATTON, José Luiz. *Comunicação Pessoal (entrevista)*, 24 de Maio, 2011.

REGO, Walquíria Leão e Alessandro Pinzani, *Vozes do Bolsa Família*. São Paulo: Editora Unesp, 2013.

REGO, Walquíria Leão, *Entrevista com a Folha de São Paulo*, 11/06/2013. Disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/poder/2013/06/1293113-bolsa-familia-enfraquece-o-coronelismo-e-rompe-cultura-da-resignacao-diz-sociologa.shtml>

RICARDO A. C. & ANTONGIOVANNI. *Visões do Rio Negro: construindo uma rede socioambiental na maior bacia de águas preta do mundo*. São Paulo, Instituto Socioambiental, 2008.

ROZEMBERG, Brani. *O saber local e os dilemas relacionados à validação e aplicabilidade do conhecimento científico em áreas rurais*. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23, Sup1:S97-105, 2007.

SAÉZ, Oscar Calávia; NAVEIRA, Miguel Carib & GIL, Laura Perez. “O saber é estranho e amargo. Sociologia e mitologia do conhecimento entre os Yaminawa”. *Revista*



Campos nº 4, p. 9-28. 2003.

SAÉZ, Oscar Calávia. "O Inca Pano: mito, história e modelos etnológicos". *Mana*. v. 6, n. 2, 2000,

SAÉZ, Oscar Calávia. "Índios, territorio y nación en Brasil". *Antropologia em Primeira mão*. Florianópolis: PPGAS, UFSC, 2004.

SANTOS-GRANERO. Poder, ideologia, e rituais de producción en las sociedade indígenas amazónica. *Amazonia Peruana*, Tomo X (19):27-61, 1990.

SANTOS, RV, COIMBRA JR. CEA. "Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas no Brasil." In: Coimbra Jr. CEA, Santos RV, Escobar AL, organizadores. *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p. 13-47.

SCHMID, Bianca. Estimação de subregistro de nascidos vivos pelo método de captura e recaptura. (Tese de doutorado). Programa de Pós-graduação em Saúde Pública. USP. São Paulo, 2009.

SCHRODER, Peter; BONILLA, Oiara. Fonte: Instituto Socioambiental | Povos Indígenas no Brasil , <http://pib.socioambiental.org/pt/povo/paumari/print>, Acessado em: 08/08/2013.

SEEGER, Anthony, DA MATTA, Roberto. & VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. "A construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras". *Boletim do Museu Nacional. Antropologia*. N. 32, Maio de 1979.

SEERGER, A. "Corporação e corporalidade :ideologia da concepção e descendência. In: *Os Índios e Nós*. Rio de Janeiro, Campus. 1980.

SEEGER, A. "Os significados dos ornamentos corporais". In *Os índios e nós*. Rio de Janeiro. Campus, 1980.

SILVA, Araci Lopes; MACEDO, A. V; NUNES, A. (org). *Crianças indígenas: Ensaio Antropológico*. São Paulo: Global, 2002.

SILVA, Rita de Cácia Oenning da. "Gente Grava pelo Coração". Filme, 15 minutos, 2013. http://www.youtube.com/watch?v=_7NO3p89dxc.

SILVA, Rita de Cácia Oenning da, "Entrevista com Suzanne Oakdale." Florianópolis, *Revista Ilha*, 2013 (Forthcoming).

SILVA, Rita de Cácia Oenning da. *Superar no movimento: Etnografia de performances de Pirráias em Recife e mais além*. Programa de Pós-Graduação: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da UFSC, 2008.

SOUZA, Maximiliano Loiola Ponte de; DESLANDES, Suely Ferreira, GARNELO, Luiza. *Histórias-míticas e construção da pessoa: ambiguidade dos corpos e juventude indígena em um contexto de transformações* *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 16, núm. 10 outubro 2011, p. 4001-4010.

SSL. *Diagnóstico em saúde dos Kanamary: componente antropológico*. São Gabriel da Cachoeira, 2011.

SUS. *Quadro Geral de Atalaia do Norte*, 2008. ftp://ftp.datasus.gov.br/caderno/geral/.../AM_Atalaia_do_Norte_Geral.xls

TASSINARI, Antonella. *Concepções indígenas de infância no Brasil*. *Tellus*, Campo Grande, v. 7, n. 13, p. 11-25 Mai-Out, 2007.



- THONTON, John. *Africa and Africans in the Making of the Atlantic World*. Cambridge, Cambridge University Press, 1992
- United Nations Children's Fund. *The state of the world's children 2008*. New York, NY: UNICEF; 2007
- VESEL, Linda et al, "Use of new World Health Organization child growth standards to assess how infant malnutrition relates to breastfeeding and mortality" *Bulletin of the World Health Organization* 2010;88:39-48
- VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. *A fabricação do corpo na sociedade xinguana*. In: OLIVEIRA FILHO, J. P. (Org.). *Sociedades indígenas e indigenismo no Brasil*. Rio de Janeiro: Marco Zer/Ed. UFRJ, 1987. p. 31-41.
- VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. *Os pronomes cosmológicos e o perspectivismo ameríndio*. *Mana*, v. 2, n. 2, p. 115- 144, 1996.
- VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. *A inconstância da alma selvagem*. São Paulo: Cosac e Naify, 2002, esp "Perspectivismo e multinaturalismo na América Indígena" (pp.345-400)]
- VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. *Arawete: Os Deuses Canibais*. RIO DE JANEIRO: JORGE ZAHAR/ANPOCS, 1986.
- WAWZYNIAK, João Valentin. *Assombro de olhada de bicho: uma etnografia das concepções e ações em saúde entre ribeirinhos do baixo rio Tapajós, Pará- Brasil*. Tese de doutorado. São Carlos: Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal de São Carlos, 2008.
- WIIK, Flávio Braune. *Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde*. Esther Jean Langdon. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 18(3): [09 telas] mai-jun 2010.
- WELPER, Elena Monteiro. *O mundo de João Tuxaua: (Trans)formação do povo Marubo*. Tese de Doutorado PPGAS Museu Nacional, UFRJ, 2009.
- WOODS, R. "Long-term trends in fetal mortality: implications for developing countries". *Bull World Health Organ*; 86(6): 460-6, 2008 Jun.

