



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO INTEGRADO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL**



NELY DAYSE SANTOS DA MATA

Participação da mulher Wajãpi no uso tradicional de plantas medicinais

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ

NELY DAYSE SANTOS DA MATA

Participação da mulher Waiãpi no uso tradicional de plantas medicinais

Macapá-AP
2009

NELY DAYSE SANTOS DA MATA

Participação da mulher Waiãpi no uso tradicional de plantas medicinais

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional. na área de concentração: Meio Ambiente Cultura e Desenvolvimento Regional. Linha de Pesquisa: Organização do território, meio ambiente e desenvolvimento sustentável, local: Universidade Federal do Amapá.

Orientador: Profº. Dr. José Carlos Tavares Carvalho
Co-orientador: Profº. Dr. Rosinaldo Silva de Sousa

Macapá/AP
2009

Mata, Nely Dayse Santos da
Participação da mulher Wajãpi no uso tradicional de plantas
medicinais/ Nely Dayse Santos da Mata - Macapá: UNIFAP, 2009.

141f.

Orientador: José Carlos Tavares Carvalho
Coorientador: Rosinaldo Silva de Sousa
Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional)- Universidade
Federal do Amapá/UNIFAP. 2009

Bibliografia f:119 - 134

1. Mulheres Wajãpi; 2. Planta medicinal; 3. Conhecimento
Tradicional; 4. Sustentabilidade.

NELY DAYSE SANTOS DA MATA

Participação da mulher Waiãpi no uso tradicional de plantas medicinais

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional. na área de concentração: Meio Ambiente Cultura e Desenvolvimento Regional. Linha de Pesquisa: Organização do território, meio ambiente e desenvolvimento sustentável, local: Universidade Federal do Amapá.

APROVADO EM _____ de 2009

BANCA EXAMINADORA:

Presidente, Profº: Dr. José Carlos Tavares Carvalho
UNIFAP – MACAPÁ/AP.

Profº Dr. Ricardo Adaime da Silva

Profº Drª. Anneli Mercedes Celis de Cárdenas

Macapá-AP
2009

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho de pesquisa ao grupo indígena Wajãpi, em particular a todas as mulheres indígenas, especialmente aquelas que participaram diretamente do estudo e aquelas que permitiram minha permanência em sua área, acreditando que a pesquisa pode trazer contribuição ao grupo. Elas sempre me recebendo com muita gentileza para que prosseguisse com os estudos. Sem a colaboração de vocês eu não teria materializado a etnografia!

O meu muito obrigada pelo acolhimento respeitoso e por fortalecer mais ainda nossa amizade que começou lá atrás e com isso compartilhamos conhecimentos.

Dedico à mulher mais importante da minha vida, minha mãe (*in memoriam*), pelos valores morais que recebi, pois foram eles que me deram o alicerce de vida que tenho hoje e a sensibilidade de poder olhar o diferente.

A minha família, Bárbara e Edmar Mata pela paciência, compreensão, companheirismo e amor, em todos os momentos da pesquisa, vocês também foram corajosos.

AGRADECIMENTOS

A Deus e a Ienajar, que emanou forças positivas para prosseguir com essa pesquisa;

Ao meu pai e irmãs, que mesmo distante, torceram por mim;

Ao professor orientador Dr. José Carlos Tavares, que aceitou o desafio dessa árdua missão e que sofreu junto comigo os entraves legais e burocráticos que surgiram no caminho do estudo;

Ao co-orientador Professor Dr. Rosinaldo Silva de Sousa, em aceitar esse trabalho colocando a disposição seus conhecimentos;

Aos Professores: Dr. Raullyan Borja Lima e Silva/ Biólogo e Dr. João B. Maia Gatinho, que não se eximiram de compartilhar seus conhecimentos e contribuíram para a riqueza dessa pesquisa.

Aos técnicos administrativos e professores do mestrado, com especial agradecimento à Neura pela paciência, educação ao nos atender, e a professora Marinalva S. Oliveira por ser a primeira das docentes do curso, e que recebeu muito bem nossas inquietações, inseguranças e nos confortou com sua epistemologia.

A comunidade Wajãpi por acreditar no trabalho e conceder a autorização para meu ingresso na área e o apoio que foi dado até o final;

Ao Matã Wajãpi pelo apoio, respeito, gentileza e conhecimento ao me acompanhar na mata para coleta do material botânico. Aprendi com ele a respeitar casa vez mais as amigadas.

Meu especial agradecimento ao Índio Caubi Wajãpi que ao saber da pesquisa me ouviu atentamente e repassou ao seu grupo minhas intenções e o que poderia beneficiar a comunidade;

Todas as lideranças Wajãpi, as Associações APIWATA e APINA, pela autorização concebida e especial ao Cacique Tzako Wajãpi que foi um dos primeiros a acreditar no estudo;

Ao Indígenista Francisco Carlos Lima Garcia, que não mediu esforços para colaborar com essa pesquisadora, meus agradecimentos sinceros.

As minhas amigas pelo incentivo da pesquisa: Ilma Monteiro, Rosilda Chamilco, Juliana Pedro, Flávia Priscila Santos e especial a Luzilena Rohde, foi a que me incentivou a decidir meu objeto de pesquisa.

A Secretaria de Saúde Municipal de Macapá/AP, que me liberou alguns dias da semana para me dedicar à pesquisa, afirmando o compromisso com a pesquisa , especialmente ao médico Anderson Valter, na época Secretario de Saúde Municipal.

A todos aqueles que contribuíram de algum modo para a realização desse estudo.

“Oh! Imensa é a graça poderosa que reside nas ervas e em suas raras qualidades, por que na terra não existe nada tal vil que não preste à terra algum benefício especial. Dentro do terno cálice da débil flor residem o veneno e o poder medicinal”.

William Shakespeare
(Cena III, Ato II de Romeu e Julieta, 1564-1616)

RESUMO

Este estudo tem como objetivo geral: Analisar a importância das práticas tradicionais com plantas medicinais para as mulheres Wajãpi, utilizadas no tratamento de doentes na sua comunidade, levando em conta outra prática existente em seu grupo social executadas pelos não índios. Como objetivos específicos: 1) Identificar as principais plantas usadas pelas mulheres Wajãpi como remédios; 2) Identificar as principais práticas tradicionais utilizadas pelas mulheres Wajãpi no atendimento do doente na comunidade; 3) Identificar, a partir da observação e do discurso dessas mulheres, se ocorre a interação entre suas práticas e as demais práticas exercidas pelos prestadores de serviço de saúde; 4) Discutir como o conhecimento tradicional na prática de fazer remédios com as plantas medicinais pode contribuir para sua sustentabilidade. A abordagem metodológica é de natureza qualitativa de cunho etnográfico onde se utilizou um roteiro de entrevistas semi-estruturadas, observações participantes e escritos do diário de campo. Os resultados evidenciaram as seguintes categorias: 1) Plantas medicinais do cotidiano das mulheres e principais formas do fazer e usar. Nesta categoria entre as principais estão Leguminosae-Caesalpinoideae; Anacardiaceae; Melinaceae e Rubeaceae. Principais formas de fazer é através de chás, banhos, maceração, in natura e sumos; 2) As narrativas de doença e tratamento: há integração dos saberes indígena e não indígenas? Diante dos depoimentos, evidenciaram a não integração dos saberes diante de várias fragilidades do sistema de saúde, e a necessidade dos profissionais de saúde de conhecerem melhor a cultura dos povos a que se propõe trabalhar, sendo assim diminuindo as barreiras que existem no cotidiano das sociedades envolvidas; 3) Conhecimento tradicional e possível sustentabilidade. Pode ser provocado através do estímulo à transmissão do conhecimento tradicional de geração a geração, possibilita menos dependência a medicamentos industrializados e mantém a valorização dessa prática entre os jovens, que hoje chegam a questioná-los.

Palavra chaves: Mulheres Wajãpi, Planta medicinal, Conhecimento Tradicional, sustentabilidade

ABSTRAT

This study has as general goal: Analyze the importance of the traditional practices with medicinal plants for the women Wajãpi, used in the patients treatment in its community, carrying in account other existing practice in your social group executed by the not Indian. As specific objective: 1) Identify the main plants used by the women Wajãpi as medicines; 2) Identify the main traditional practices used by the women Wajãpi in the patient assistance in the community; 3) Identify from the observation and of the speech of these women, it occurs the interaction between her practices and the other practices exercised by persuaders of health service; 4) Argue as the traditional knowledge in the practice of doing medicines with the medicinal plants can contribute for its sustentabilidade. The methodological approach belongs to qualitative nature of ethnographical mark where used an interviews semi-structured script, field diary participants and written observations. The results evidenced the next categories: 1) Medicinal plants of the everyday of the women and main forms of the do and to use. In this category among main are Leguminosae-Caesalpinoideae; Anacardiaceae; Melinaceae and Rubiaceae. Main forms of doing is through teas, baths, maceration, fresh juices; 2) The disease and treatment narratives: Is there integration of the indigenous and not indigenous knowledge?. In front of the depositions, they evidenced the not knowledge integration in front of several health system fragilities, and the need to health professionals of knowing better the peoples culture to what proposes in work, being thus decreasing the barriers that there is in the everyday of the involved societies; 3) Traditional and possible knowledge sustainable. It can be provoked through the stimulus to the generation traditional knowledge transmission the generation, it enables less dependence for industrialized medications and keep the valorization of this practice among youth, that today end up to questions them.

Key word: Women Wajãpi, Medicinal plant, Traditional Knowledge, sustainable

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Mapa 01. Localização da área de Estudo	41
Gráfico 01. População Wajãpi segundo Gênero.....	56
Tabela 01. Indicadores Demográficos da População Wajãpi.....	56
Tabela 02. Dados Referentes à Nascimento e Óbito da População.....	57
Figura 01. Rodovia 210/Perimetral Norte que da acesso à área Wajãpi.....	75
Figura 02. Viagem a área Wajãpi em período chuvoso	75
Figura 03. Tipo de casa Wajãpi	76
Figura 04. Casa de Reunião	76
Quadro 01. Plantas mais citadas pelas mulheres Wajãpi.....	86
Quadro 02. Aspectos Botânicos e ecológicos das plantas usadas como remédios pelas mulheres Wajãpi	90
Tabela 03. Frequência absoluta e relativa de famílias dos vegetais de uso medicinal pelas mulheres Wajãpi.....	91
Figura 05. Kupa'y/ Leguminosae-Caesalpinioideae	92
Figura 06. Kadjurá/ Leguminosae-Caesalpinioideae	93
Figura 07. Kaiju/ Anacardiaceae	94
Figura 08. Janyro/ <i>Carapa guianensi</i> Aubl.	95
Figura 09. Janyro semente	95
Figura 10. Apukuapoã/ Rubiaceae	96
Figura 11. Jenipapo/ Rubiaceae	97
Figura 12. Pintura corporal	98
Figuras 13.14. Kuremó / Menispermaceae	99
Tabela 04. Doença mais citadas pelas mulheres Indígenas	100
Tabela 05. Principais formas de uso das plantas como remédios	101
Desenho 01. Preparação de remédios e alimentos	102
Desenho 02. Estado de Doença	105

SUMÁRIO

RESUMO.....	v
ABSTRAT.....	vi
LISTA DE FIGURAS.....	vii
1 INTRODUÇÃO	15
1.2 JUSTIFICATIVAS	19
1.3 RELEVÂNCIA DA PESQUISA.....	21
1.4 PROBLEMATIZAÇÃO	23
1.5 OBJETIVO GERAL	25
1.5.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	26
2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DO USO DE PLANTAS MEDICINAIS.....	26
2.2 ETNOBOTÂNICA UM BREVE RELATO.....	32
2.3 CONHECIMENTO TRADICIONAL	34
2.4 CONHECENDO UM POUCO OS WAJÁPI	39
2.4.1 DOENÇA E MODO DE TRATAR PARA OS WAJÁPI E O PAPEL DA MULHER NESTE CONTEXTO	45
2.4.2 A MULHER WAJÁPI NO CONTEXTO DA DOENÇA E TRATAMENTO	50
2.4.3 SITUAÇÃO ATUAL DE SAÚDE DOS WAJÁPI DE ACORDO COM A POLÍTICA PÚBLICA VIGENTE	52
2.5 SAÚDE DOENÇA E PRÁTICA DE TRATAMENTO DA SOCIEDADE NÃO INDÍGENA	58
2.6 SUSTENTABILIDADE ÀS COMUNIDADES INDÍGENAS	66
3 ABORDAGEM METODOLÓGICA	70
3.1 TIPO DE ESTUDO	70
3.2 SUJEITO DA PESQUISA	74
3.3 CENÁRIO DA PESQUISA	74
3.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	76
3.5 OBTENÇÃO DOS DADOS ETNÓGRAFICOS	78
3.6 ANÁLISE DOS DADOS	80
3.7 CARACTERIZAÇÃO SOCIAL DAS MULHERES INDÍGENAS PARTICIPANTES DA PESQUISA	82
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	83
4.1 CATEGORIA 01. As plantas medicinais do cotidiano das mulheres e principais formas de fazer e usar	83
4.1.1 Modo de preparação e aplicação	100
4.2 CATEGORIA 02. As narrativas de doença e cura: há integração dos saberes indígenas e não indígenas	103
4.3 CATEGORIA 03. Conhecimento tradicional e possível sustentabilidade	109
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	115
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	119

APÊNDICES	135
A. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO	136
B. ROTEIRO PARA ENTREVISTAS	137
C. FIGURAS DAS PLANTAS COLETADAS PARA IDENTIFICAÇÃO.....	138

1. INTRODUÇÃO

Historicamente o uso de plantas faz parte da vida da humanidade. O homem, para ampliar seu conhecimento, usou desde a sua pré-história, a intuição e analogia, fazendo assim, um caminho sábio para descobrir a utilidade de cada planta. O uso das espécies vegetais com fins de tratamento e cura de doenças e sintomas, aparece desde o início da civilização, onde o homem despertou para um longo percurso de manuseio dos recursos naturais em seu próprio benefício (DI STASI, 1996).

O testemunho mais antigo de que se tem conhecimento da utilização das plantas pelo homem são restos de pólen de plantas medicinais encontrados num jazigo arqueológico em Shanidar (atual Iraque), com cerca de 60 mil anos, correspondendo à época do Homem Neanderthal, (LIETAVA, 1992 apud BONET, 1998). Esses 60 mil anos de história também se podem confirmar através do estudo de História (2002), onde fala que desenhos de plantas, folhas e órgãos humanos, encontrados em uma região do sul da Ásia, indicando uma correspondência terapêutica confirmando a utilização de plantas medicinais.

Na América o primeiro herbário o Manuscrito Badanius, herbário asteca, do séc. XVI, em Nahuat (REGISTRO, s.d.). Os primeiros imigrantes trouxeram para as Américas mudas e sementes de ervas preferidas, como o confrei (*Symphytum officinale* L., a aquiléia, *Achillea millefolium* L. e a camomila, *Matricaria recutita*), que logo floresceram juntas às ervas nativas.

Quando os portugueses chegaram ao Brasil, encontraram índios que usavam urucum (*Bixa orellana* L.) para pintar e proteger o corpo das picadas de insetos e também para tingir seus objetos cerâmicos. O Padre José de Anchieta, em suas "Cartas", bem que tentou despertar seus superiores para a riqueza que era a flora e a medicina indígena, mas em vão. Os cientistas, raras exceções, ainda não acordaram totalmente para a riqueza que representa esta flora brasileira (BREVE, 2008).

As plantas medicinais brasileiras e as que vieram da Europa, geraram valiosa tradição entre povos, sendo que muitos conhecimentos sobre as plantas foram esquecidos (SOUZA, 1995). Esse esquecimento foi devido ao modelo português que se opunha às manifestações culturais dos negros e índios (Op.cit 1995).

O Brasil tem uma grande diversidade biológica: 10% dos 1,4 milhões de organismos vivos já descritos pela ciência encontram-se no Brasil. No caso específico das angiospermas, o Brasil possui 55 mil espécies o que totaliza 22% desse tipo de planta em todo o planeta (MITTERMEIER et al. , 1992). Em verdade, estudar as ervas brasileiras é estudá-lo em sua dimensão continental, com toda a sua variabilidade de clima e meio ambiente.

Na Amazônia, os números de espécies somente são considerados estimativas, em função da magnitude da biodiversidade regional, o que indica a conveniência de se estimular estudos complementares para validar as informações existentes (SILVA, 2002), pois, embora não existam levantamentos detalhados para apresentar o potencial do bioma em números concretos, alguns autores desafiam em estimar, como Gentry, (1982); Salati (1983), que existe aproximadamente 30.000 plantas superiores.

Ainda na Amazônia brasileira vivem diferentes povos detentores de conhecimento específicos com plantas medicinais, trazem no seu histórico de vida grande diversidade cultural representando o etnoconhecimento sobre o manejo das espécies nativas como medicinais, alimentícias, tintoriais, madeireiras, têxteis, ornamentais, mágicas, entre outras (ALMEIDA et al., 1998).

Dentre os povos que habitam a Amazônia, essa pesquisa se refere aos povos indígenas Wajãpi, mais propriamente às mulheres, que utilizam plantas sob a forma de remédios mantendo suas práticas tradicionais. Os estudos voltados para esse tema ainda são pouco pesquisados e publicados. Entretanto, sabe-se que há vários séculos a prática com as plantas é executada pelos indígenas, práticas essas, que também estão inseridas no contexto da medicina popular (CAMARGO, 2001). Para o autor (op.cit, 2001,p.2) a medicina popular, compreende “um corpo de conhecimentos e de práticas que se desenvolve através de uma dinâmica própria, com base no conhecimento empírico, segundo os diferentes contextos sócio-culturais onde ela possa estar inserida”.

A medicina popular e o conhecimento específico sobre o uso de planta, é o resultado de uma série de influências culturais, pois é louvável a persistência desses grupos de manter esses ensinamentos entre seus povos. Vale ressaltar que os

medicamentos naturais à base de planta, têm apresentado ao longo da história seus efeitos positivos, com vantagens inegáveis, no tratamento de certas afecções, segundo, Souza (1995). Até alguns anos atrás a discussão da criatividade intelectual dos povos indígenas e comunidades tradicionais nas Nações Unidas era conduzida sob a denominação de folclore (REZENDE E RIBEIRO,2005).

Foi difícil para a sociedade dominante processar a importância que o conhecimento desses povos tem no sistema de saúde para todos. Porém, ainda necessita de mais empenho de pessoas ligadas à pesquisa ou pessoas ligadas ao movimento indígenista com o propósito de ampliar a junção dos conhecimentos sobre o modo de cuidar de doentes através das plantas. Para os indígenas esse cuidado e o conceito de doente está pautado na cosmovisão de sua sociedade. O modo de adoecer está pautado na desarmonia do homem com outros seres vivos, e caso venha a apresentar esse desequilíbrio à doença atinge o corpo e seu espírito.

Porém, ao longo dos anos vem aumentando o número de pessoas que utilizam plantas medicinais como uma alternativa para tratamento, principalmente aquelas pessoas que não tem acesso ao atendimento médico e aos medicamentos, devido ao preço muito alto. Quanto aos índios, independente da existência ou não dos medicamentos fabricados pelo não índio, os mesmos necessitam perpetuar seus conhecimentos quanto à utilização das plantas, uma vez que para eles o tratamento com as plantas medicinais é para cuidar do corpo e da alma. A prática de cura da alma está através das seções xamânicas que os pajés utilizam ervas para banho ou fumaças para afastar espíritos ruins que venha perturbar a saúde do indivíduo ou da coletividade.

Há várias formas de conhecimento, o popular não se distingue do conhecimento científico, nem pela veracidade nem pela natureza do objeto conhecido, o que os diferencia é a forma, o modo ou método e os instrumentos de conhecer (LAKATOS; MARCONI, 2000). No caso das indígenas destacamos o conhecimento tradicional. O conhecimento tradicional etnobotânico pode servir para indicar novos usos de plantas existentes, usos para plantas previamente desconhecidas e novas fontes de fórmulas conhecidas e necessárias.

Os povos tradicionais usam freqüentemente, cerca de 75% de todas as espécies existentes, em contraste com os menos de 2% ora explorados economicamente na Amazônia. Portanto, o conhecimento tradicional é uma das maiores riquezas que a Amazônia possui, uma vez que é a chave para a descoberta de grande quantidade de novos alimentos, remédios, corantes, óleos, essências, etc. (POSEY, 1992).

Em uma organização social de determinado grupo indígena, há uma divisão de papéis entre homens e mulheres no contexto social, ambos importantes para o grupo. No caso da mulher indígena seu papel sempre é associado ao trabalho doméstico comum a toda e qualquer mulher que a sociedade não indígena é acostumada a ver. Essa pesquisa mostra outro papel atuante da mulher indígena no contexto do seu grupo sob o título: A participação da mulher Wajãpi no uso tradicional com plantas medicinais.

As mulheres pesquisadas fazem parte do grupo indígena tupi, pertence à área indígena Amapari, localizado no Estado do Amapá, a 295 km da capital Macapá. O acesso se faz através de via aérea e terrestre. É interessante dar visibilidade e valorização das práticas exercidas por elas, pois no passado para todos os povos indígenas esse saber era desvalorizado, criticados pelo modelo de saúde dominante, hoje, caminhando para valorização, visto que é importante para descobertas de novas drogas através do seu conhecimento tradicional.

Para Balée (1987 apud GONÇALVES e VICENTINI, 2001,p. 45) “os indígenas são importantes protagonistas para o desenvolvimento tecnológico de ponta”. Entretanto é interessante destacar que o uso de plantas medicinais, visa à segurança e a sustentabilidade de grupo indígena. A sustentabilidade, segundo Azanha (2002), atende um termo estritamente sociológico e não somente ecológico. Neste estudo acredita-se que a manutenção da transmissão e proteção desses conhecimentos, especificamente com as plantas medicinais pode levar a uma possível sustentabilidade do grupo.

O saber tradicional hoje muito estudado e usado para beneficiar várias sociedades, ainda se ver alguns atribui aos indígenas a responsabilidade de preservação da diversidade biológica, isso passa a ser uma das responsabilidades da sociedade envolvente de criar mecanismos legais e projetos que possam minimizar a

devastação de recursos naturais desastre que caminha o planeta. O Primeiro Relatório Nacional para a Convenção sobre Diversidade Biológica -CDB (1998), que define saber tradicional como "um conhecimento a respeito do mundo natural e sobrenatural, transmitido oralmente, de geração em geração, [...] práticas e inovações e não um simples repositório de conhecimentos do passado. É um modo de produzir inovações e transmitir conhecimentos por meio de práticas específicas" (GALLOIS, 2000).

O Brasil como país detentor de uma grande diversidade biológica e ao mesmo tempo de elevadas taxas de desmatamento, atua como um dos líderes na elaboração de políticas públicas ligadas a biodiversidade (ABRANTES, 2003). Daí, a necessidade de fortalecer os conhecimentos das populações amazônicas para discutir e apoiar nas discussões políticas.

Além dos indígenas, temos outros povos que vivem exclusivamente nas florestas brasileiras, como o negro (remanescentes de quilombolas) e os caboclos, dentre outros, com isso precisa-se estudar mais os hábitos de vida dessas populações, pois nos dias atuais, várias instituições governamentais, não governamentais, nacionais e internacionais, estão voltadas para a questão ambiental global, decorrente principalmente da degradação do meio ambiente, prática não sustentável de uso dos recursos naturais, ocorrendo danos irreversíveis.

1.2. JUSTIFICATIVA

A integração da sociedade indígena à sociedade envolvente tem sido feita sob o impacto de grandes projetos produtivos e de infra-estrutura em geral, tem sido danosa a esses povos, seja pela deterioração de seus seculares padrões e formas de vida e cultura, seja colocando em risco a sobrevivência real desses grupos.

A pesquisa justifica-se pelos graves problemas de saúde que esses povos vêm enfrentando ao longo dos anos, sobretudo a carência de profissionais de saúde que permanecem por curto período nas áreas indígenas, favorecendo a não formação de vínculos entre os indígenas e os prestadores de serviços não índios, as dificuldades de abastecimento com remédios aos pólos base. Mas, em uma das visitas feita a área Wajãpi, para expor o objetivo da pesquisa e solicitação da anuência previa, o que chamou mais atenção foi o fato da dependência de medicamentos, sempre relatados

pelos indígenas que estavam preocupados pois, em suas aldeias não tinha remédio. E isso era repassado naquele momento com muita aflição por parte dos envolvidos.

Observa-se na maioria das sociedades, que as pessoas que sofrem de algum desconforto físico ou emocional, contam com várias formas de ajuda, como atendimento médico, por curandeiros, benzedeiras, espíritas e fitoterápicos tradicionais. Quanto maior e mais complexa a sociedade na qual uma pessoa vive, maior é a probabilidade de que essas opções terapêuticas estejam disponíveis.

As comunidades indígenas não são diferentes, pois lançam mão de vários recursos para a sua sobrevivência, e ao longo do tempo com a inserção do não índio em suas tribos através de instituições governamentais e não governamentais, além de garimpeiros, madeireiros e outros, chegaram também outras práticas de tratamento de saúde às aldeias, que são aqueles com medicamentos, conhecidos pelos índios como remédios dos “brancos” (tratamento feito pelos prestadores de serviço em saúde).

Os indígenas ao conviverem com as diferentes formas de atendimento, fazem uma espécie de interação entre essas formas. No entanto os indígenas mais jovens tendem a se apropriarem das formas de atendimentos mais característicos dos não índios, abandonando ou afastando-se assim as formas de atendimento tradicionais, executados pelas mulheres Wajãpi. Ainda assim a comunidade como um todo vem mantendo, ao longo dos séculos, costumes tradicionais, entre eles o tratamento com fitopreparações.

As pesquisas sobre plantas medicinais vêm aumentando, ganhando avanços e valorizações através de Políticas Públicas, que se procura defender a biodiversidade Amazônica, hoje tanto desejada por outros continentes, graças às comunidades científicas, que estão avançando cada vez mais neste campo de pesquisas e ressaltando as comunidades indígenas e negras, que deram o ponto de partida nesta descoberta de forma empírica.

A valorização do uso do conhecimento da medicina tradicional foi reconhecida pela World Health Organization (2002), devido a vários fatores dentre eles: a distribuição da desigualdade de pessoal de saúde, facilidade de acesso a recursos (plantas medicinais) principalmente pelas populações de difícil acesso aos serviços de saúde, como as comunidades indígenas e comunidades tradicionais. A mesma

referência ainda afirma que 80% das populações dos países em fase de desenvolvimento dependem dessas práticas e que o conhecimento tradicional como modo de saber vem ocupando o lugar que o sistema médico oficial dominante não responde a toda a população.

Apesar de esta pesquisadora ter a formação neste sistema de saúde dominante, sempre buscou algo mais nas sociedades diferentes da sua, e passou a desenvolver uma observação mais aguçada durante os trabalhos com os povos indígenas do sul do Pará e Amapá desde 1982 até 1999, vasto conhecimento que eles têm sobre seus remédios extraídos de sua própria terra. Porém, a prática de tratar e curar são executados em maioria por homens indígenas que são chamados de “pajés”, que em linguagem antropológica são chamados de “xamãs”(RAMOS, 1994, p.81).

Em 1997, foi notificado um número considerável de abortamento na comunidade Wajãpi, em função disso, realizou-se um trabalho sobre o assunto com as mulheres. Nesse momento houve maior aproximação da pesquisadora e as indígenas, onde naquele momento passa a conhecer o trabalho árduo que elas vêm mantendo ao longo dos anos de forma silenciosa como o cuidado de doente na sua comunidade utilizando plantas medicinais e que até em então os prestadores de saúde não valorizavam nem interagiam com as mesmas. Diante desses fatos, despertou o objeto da pesquisa com a escolha do tema “A participação da mulher Waiãpi, no uso tradicional de plantas medicinais”,

1.3. RELEVÂNCIA DA PESQUISA

A relevância desse estudo é valorizar e respeitar o conhecimento de um grupo social, destacando o trabalho com plantas medicinais utilizadas pelas mulheres na comunidade Wajãpi, e fortalecer as conquistas dos povos indígenas em nível nacional e internacional, através de seus conhecimentos tradicionais.

O estudo favorecerá a compreensão dos prestadores de serviços de saúde não indígena a interagir o conhecimento ocidental com o conhecimento tradicional na arte de cuidar de doentes com plantas medicinais proporcionando às comunidades indígenas o bem estar físico, emocional e ambiental. Subsidiar órgãos governamentais

e não governamentais, voltados para a discussão de políticas de saúde, educação e meio ambiente.

O conhecimento tradicional dos povos sob vários enfoques possibilita entender suas culturas, bem como a utilização prática das plantas gerando a etnobotânica, ciência que colabora com a valorização, os conhecimentos e as medicinas tradicionais das comunidades; subsidia estudos étnicos, antropológicos, botânicos e ecológicos sobre os povos envolvidos na pesquisa; subsidia ao Poder Público no desenvolvimento de projetos sócio-econômicos, bem como ambientais.

Na saúde, melhorar a interação dos profissionais de saúde e população indígena, quando tiverem atuando nas áreas indígenas, respeitando o modo dos índios de entender e tratar doenças. Assim como apoiar essas comunidades nas conferências, fóruns, seminários, que discutem a política de saúde dos povos indígenas.

Na educação, despertar e incentivar a comunidade indígena nas escolas locais, a importância de revitalizar esses conhecimentos apreendidos pelas mulheres, para que o conhecimento não se perca nas gerações futuras, fazendo com que os mais jovens se apropriem da importância e valorizem essas práticas e saberes da sua comunidade. A sabedoria sobre plantas medicinais faz com que diminua a dependência de remédios dos não índios e com a apropriação do saber sobre as plantas medicinais pode tornar uma possível sustentabilidade.

Para a área do meio ambiente, que possa envolver instituições que atente a iniciativa de estimular a conversa entre ambientalistas e povos indígenas, sobre sua diversidade biológica, mas especificamente os recursos naturais dessas populações.

Despertar nas comunidades científica e acadêmica o estudo e a pesquisa, contribuindo com recentes produções, privilegiando a abordagem pluralista no campo de tratamento à saúde, onde as comunidades indígenas apresentam concepções e apropriações de tratamento dentro de um contexto dinâmico e contemporâneo.

O texto pode vir a auxiliar a estruturação de um sistema de capacitação, treinamento, supervisão dentro das áreas afins. Ademais, os resultados da pesquisa poderão estimular a todos que militam na área da saúde, antropologia, etnobotânica e etnofarmacologia.

1.4 PROBLEMATIZAÇÃO

Nas comunidades indígenas, a contextualização cultural ainda tem sido pouco utilizada, pelos programas de saúde, como ferramenta consubstancial de ajuda, ao modo de pensar e de fazer a atenção, em terra indígena (SOUZA 2005).

A partir da experiência profissional de quase duas décadas, dedicada a assistência às comunidades indígenas, gerava incomodo, pelo fato que todos os profissionais que eram designados a trabalhar com saúde indígena contratados pelo órgão da Fundação Nacional do Índio - FUNAI, responsável até 1999 pela assistência á saúde dos povos indígenas, hoje é a Fundação Nacional de Saúde – FUNASA⁴, não eram qualificados adequadamente para referida assistência. E diante dessa mesma experiência *in loco*, adquirir conhecimento ocorria ao longo dos anos, porém, muitos conflitos surgiam e era uma situação maléfica para as duas partes – para os prestadores de serviço de saúde e os indígenas – hoje, não só através de literaturas, mas experiência própria dessa pesquisadora, para ter êxito durante as atividades profissionais é saber interagir o conhecimento da medicina ocidental com a medicina tradicional.

Observa-se atualmente que o quadro não melhorou, uma vez que os profissionais continuam a ingressar nas áreas indígenas sem ter o conhecimento suficiente sobre a sociedade indígena, seu modo de viver e entender no processo saúde e doença. Um exemplo a esse respeito é, o não conhecimento sobre as plantas medicinais utilizadas para diferentes doenças ou infortúnios.

É sabido que as Universidades que tem cursos da área de saúde humana, como medicina, enfermagem não alteraram sua grade curricular quanto ao aumento de carga horária de aulas, visitas ou estágios em comunidades diferentes a nossa quando possível, através das disciplinas antropologia ou ciências sociais, etnobotânica. Pois, da forma como está não dá subsídio adequado aos acadêmicos de conhecer um pouco mais os hábitos e costumes das populações indígenas e

⁴ Em 1999 foi formulada a Política Nacional de Saúde Indígena, operacionalizada com a *Lei Arouca*, que instituiu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI), gerenciada pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), do Ministério da Saúde. Por tal motivo, com a edição da MP nº 1.911-8, de 30.07.1999, a saúde indígena ficou sob a responsabilidade da FUNASA. Cf. Chaves et. al. (2006).

comunidades tradicionais, somando com as fragilidades dos órgãos governamentais responsáveis pela atenção à saúde indígena.

Vários conflitos foram presenciados por essa pesquisadora ao longo de sua experiência entre indígenas e servidores da saúde, gerando fatores que emergiram para o não êxito da assistência *“in loco”* para essas comunidades, como: altas rotatividades de profissionais nas aldeias; dificuldades de contratação de profissionais de saúde; pouca qualificação para assistir às comunidades indígenas na sua realidade, insatisfação das comunidades para com os profissionais e o órgão gestor da saúde, e outros.

Devido à trajetória histórica das populações indígenas perante o avanço da sociedade envolvente em seus territórios de origem, estes grupos tornaram-se especialmente vulneráveis aos inúmeros problemas de saúde (MACEDO, 2007, p.16). Uma das etapas em evidência para o agravamento da saúde desses povos é a não valorização dos conhecimentos tradicionais, especificamente em pauta o conhecimento relativo às plantas medicinais.

Com a introdução dessas novas práticas médicas, a relação entre provedor de saúde e cliente mudou substancialmente, assim como o uso de produtos farmacêuticos industrializados. Para a obtenção destes últimos necessita-se de recursos financeiros, (MOTA, 2003). A procura de medicamentos nas farmácias da FUNASA nessa tribo é muito grande, e com isso não se observa com mais frequência o uso de remédios feito de forma tradicional. Daí surge a pergunta da pesquisa: qual a importância para a mulher Waiãpi em relação a prática tradicional com uso de plantas medicinais para tratamento de doentes e a interação com outras a prática existentes na sua comunidade?

E para nortear a pesquisa, traçaram-se as seguintes questões:

- Quais as práticas tradicionais de fazer remédios mais utilizados pelas mulheres Waiãpi e que plantas elas utilizam?
- Como elas vêem a interação entre sua prática de tratar o doente com as demais práticas exercidas pelos prestadores de serviço de saúde?
- O que se tem feito na comunidade para que essas práticas tradicionais não desapareçam?

1.5 OBJETIVO GERAL: Analisar a importância das principais práticas tradicionais com plantas medicinais para as mulheres Waiãpi utilizadas no tratamento de doentes na sua comunidade, levando em conta outra prática existente em seu grupo social executadas pelos não índios.

1.5.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar as principais plantas usadas pelas Waiãpi, como remédios;
- Identificar as principais práticas tradicionais utilizadas pelas mulheres Waiãpi no atendimento do doente na comunidade;
- Identificar, a partir da observação e do discurso dessas mulheres, se ocorre a interação entre suas práticas e as demais práticas exercidas pelos prestadores de serviço de saúde;
- Discutir como o conhecimento tradicional na prática de fazer remédios com as plantas medicinais pode contribuir para sua sustentabilidade.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DO USO DE PLANTAS MEDICINAIS

Desde a pré-história o homem teve a necessidade de buscar na natureza recursos através das plantas para alívio de seus males, utilizando o meio da observação e comparação. As plantas ao mesmo tempo usadas para curar doenças do corpo também são muito usadas como valor simbólico para tratamento de males.

Segundo Amoroso e Gely (1988), planta medicinal é toda espécie vegetal que tenham um valor de caráter curativo para determinada comunidade, ou seja, que possua uma propriedade real ou imaginária, aproveitada pela comunidade para um ou mais fins específicos de cura, que seja empregada na prevenção, no tratamento, na cura de distúrbios, disfunções ou doenças do homem e animais.

Há cada década temos marcos importantes na descobertas de novas plantas e fármacos. Um dos documentos mais em destaque para a história da humanidade sobre o emprego de plantas medicinais é o “Papiro de Ebers, escrito aproximadamente em 1500 a.C, são 811 prescrições e há 7000 drogas mencionadas” segundo Antunes Junior (2002, p.17). Esse papiro foi encontrado na cidade de Luxor no Egito (ALMEIDA, 1993).

Na Bíblia, tanto no Antigo como no Novo Testamento, há muitas referências a plantas curativas ou os seus derivados, como por exemplo, o aloés, o benjoim e a mirra (SILVA, 2002). Já na Idade Média, ressalta-se o “estudo dos alquimistas, os quais foram precursores dos atuais farmacobotânicos, pois na busca do elixir da longa vida, descobriram a ação medicinal de várias plantas” (BERG, 1982). Nesse período de destaques das plantas, muitos profissionais médicos se sobressaíram como “Nostradamus, que debelou pragas com suas poções mágicas, e Paracelso, que afirmava existir na natureza uma planta para tratar cada doença” (CODDINGTON 1978.p.71).

Avançando no tempo, a era de Hipócrates, que além de estudar fármacos invocava deuses durante seus estudos. Teve a era de Galeno após Cristo, que classificou as drogas pelo efeito farmacológico (Op. cit, 1978).

Segundo Berg, (1993), é na Idade Moderna que a Botânica começa a destacar-se isoladamente, porém sempre colaborando com a medicina, mas, no século XX até a década de 70, principalmente depois da 2ª Guerra Mundial, com a descoberta de antibióticos e o incremento cada vez maior de remédios a base de drogas sintéticas houve um relativo abandono e inclusive certo ceticismo a respeito das drogas naturais. Porém, devido aos altos custos dos medicamentos e aumento dos efeitos colaterais dos fármacos sintéticos, as pesquisas sobre drogas de origem vegetal voltaram a ser realizadas.

No caso da saúde indígena brasileira, verifica-se que os portugueses não somente tomaram contato com o saber do cuidar indígena, mais também tomaram para si este saber, aproveitando-se então o conhecimento do nativo de uma determinada região, para lá se fixar e sobreviver. Neste processo os povos primitivos propiciaram a identificação de espécies e de gêneros vegetais bem como das partes dos vegetais que se adequavam ao uso medicinal, o reconhecimento do habitat e a época da colheita (LÉVI-STRAUSS, 1989).

No Brasil, por exemplo, os alemães J.B. von Spix e Carl F. P von Martins, no século XIX, fizeram notas do uso de plantas pelos indígenas (ALBUQUERQUE, 2002). Pois quando a América era ainda conhecida como Novo Mundo, o interesse em saber e catalogar o uso de práticas de saúde não convencionais, em especial, o de Ervas Medicinais, já existia. O indígena não conhecia somente a localização do ouro ou onde poderia ser encontrado pau-brasil, ele também era detentor de um saber que poderia significar a diferença entre a vida e a morte, em uma biota completamente desconhecida ao europeu (SOUZA,1995).

Quais frutas poderiam ser consumidas? O que fazer quando da picada de uma cobra nunca antes vista? Que remédio tomar quando acometido de uma febre, por vezes letal, que era causada por simples picada de mosquito? O europeu então, resolveu poupar caminho, ou seja, “absorveu” do indígena todo um saber acerca do

cuidar em se tratando de patologias, que eram típicas de um continente: o americano, op.cit. (1995).

Desta maneira, toda uma gama de conhecimento ligada à prática da saúde acumulada em milênios de contato, com o ambiente americano, começou a ser passada ao europeu. Infelizmente, não dispomos, na historiografia brasileira de um estudo acerca de até que ponto as práticas de saúde indígenas, colaboram para a adaptação do europeu ao Novo Mundo, idem (1971).

Que estrago teria feito a malária nestes quinhentos anos, se os índios peruanos não nos tivessem mostrado ainda na época da colônia a “árvore da jibre”, até os anos 30, o único antimalárico disponível era a árvore que possui em sua casca a quinina (*Cinchona sp.*). Até hoje, sabemos que novos derivados de quinina são a cada dia, produzidos na terapêutica antimalárica, como por exemplo, a cloroquina (RIBEIRO et al, 1987,p. 138).

Assim como a malária, outras doenças eram um infortúnio para a população e apenas em 1948, destacamos o médico e naturalista Guilherme Piso, que concluía sua obra intitulada de Medicina Brasiliensi, considerada a primeira obra de cunho acadêmico no que se refere as moléstias brasileiras e suas terapêuticas. Nela, o autor catalogou mais de vinte doenças endêmicas, que vão das febres ao mal venéreo. Sua dedicação maior foi no capítulo quarto de seu livro, no qual ele [...] trata das faculdades dos simples e contém cento e dez figuras [...] (PISO, 1948); As cento e dez figuras mencionadas por Piso, são na verdade de plantas brasileiras utilizadas como medicamentos.

O conjunto de conhecimento sobre o uso de plantas forma hoje a “Fitoterapia popular” (ALBUQUERQUE E ANDRADE, 2005), uma prática exercida por milhares de brasileiros, principalmente o de pouco acesso às práticas médicas oficiais. O termo fitoterapia vem do grego **phyton** – que significa planta e **therapeia** que encerra a idéia de tratamento, etimologicamente significa tratamento por meio de plantas (PAULA, 2003).

A descrição do uso de plantas por Piso é até hoje usada na catalogação de herbários, mas, de onde teria o renomado médico e naturalista retirado tamanha gama

de informações acerca da farmácia brasileira? Como teria ele identificado os sintomas e seus respectivos tratamentos com medicamentos extraído da botânica brasileira?

Em fins do século XVIII, chega ao Brasil aquele que seria um dos maiores contribuidores do estudo da fitoterapia brasileira, Bernardino Antônio Gomes, médico português que desembarcou na cidade do Rio de Janeiro, vindo na qualidade de médico pessoal da princesa Leopoldina, então prometida a D. Pedro I como esposa. Fascinado com a enorme quantidade de fitoterápicos extraídos das matas e selvas do Brasil, Bernardino resolveu se empenhar em não somente catalogar botanicamente tais plantas, mas também estudar seus princípios ativos de que tanto falava a população da época.

Apesar de pouco conhecimento hoje, seus trabalhos somam considerável volume, dentre eles poderíamos destacar os seus estudo sobre as raízes de pipi⁵ em 1798. Anos mais tarde a observação de Bernardino sobre os usos do “pipi” entre os escravos, foram comprovados por Hoehne em 1939. Segundo ele, o “pipi” hoje catalogado como *Pitaveira allíacea*, teria um princípio ativo anestésiante, daí o uso popular em bochechos nas dores de dentes (GOMES, 1972).

As observações deste estudioso acerca das práticas e uso das plantas brasileiras pelos escravos, no Brasil do séc. XVIII, trouxeram valiosas contribuições às práticas de saúde brasileira.

No século XIX, destacamos o eminente botânico francês Augusto de Saint-Hilaire, que compôs um herbário de 7.000 espécies das quais 4.500 eram desconhecidas dos cientistas, na época. Em uma de suas várias incursões pelo sertão brasileiro, depara-se Saint-Hilaire com uma pequena cidade situada na província das Minas Gerais, de nome Sucuriu, sabendo então que na cidade se encontrava um “estrangeiro” que estudava “plantas do sertão”. Vários sertanejos se prontificaram a lhe mostrar do cuidar da saúde desta população:

⁵ Esta planta, cuja raiz possui efeito narcotizante, era usada em bebidas pelos escravos para “amansar” os seus senhores.

Enquanto estava em Sucuriu, diversas pessoas trouxeram-me várias plantas usuais, recebi-as principalmente, de um bom ancião que conhecia grande número delas. Como não existem nessa localidade nem médicos, nem cirurgiões, os habitantes para se curarem experimentaram os vegetais que tinha à disposição, e não existe colono, que não possua alcance seus medicamentos (...) Assim, os nomes guaranis, caapiá (*Dastenta*), ipecacuanha (*Cephaelis ipecacuanha*), sambaíba (*Curatella sambaíba*), etc, designam suficientemente espécies cujo conhecimento é devido aos indígenas (..); finalmente os nomes de padre-salema (*Gomphrena officinallis*), quina de remijo (*Cinchona remijian*, Aug. De S. Hil.), ana-pinta (uma cucurbitácia), são evidentemente os das pessoas que foram as primeiras a empregar esses vegetais como remédios (..) (SAINT-HILAIRE,1975,p.228 apud GOMES, 1972.P.22).

O “bom ancião” a quem Saint-Hilaire se refere, tratava-se muito provavelmente de um caboclo, um entendido em plantas medicinais, o qual a população local recorria para cuidar de seus problemas de saúde. Observa-se então que a partir de meados do séc. XIX, um número destes agentes ligados à população ribeirinha, rural e suburbana, começava a aumentar consideravelmente, prova disso está nas palavras do autor que, ao se preocupar com a origem dos nomes de certas plantas medicinais, como “pedra-salena, quina-de-remijo e anapinta”, afirma que estas possuem nomes ligados aos seus respectivos descobridores e usuários, afinal elas não possuem designações guarani.

Neste sentido, destaca-se que um saber relacionado ao cuidar começa a se manifestar na população brasileira. A relação e a troca de informações com o europeu, o indígena e o negro resultaram numa produção multicultural. É importante considerar que, tal conhecimento do cuidar da saúde não surgiu simplesmente como um híbrido nascimento da mescla de três culturas diferentes (européia, indígena e a africana).

Entretanto, fatores como o isolamento causado pela distância da capital, a troca de víveres e instrumentos de trabalho com indígenas, que então moravam mata adentro (prática esta feita desde o primeiro contato do europeu com o índio americano), e a importação do negro como mão-de-obra escrava, fomentaram situações em que as trocas de informações acerca de qual remédio usar para picada de cascavel, ou qual

raiz esfregar no ferimento para este cicatrizar mais rápido, fizeram com que o contato com o outro e com o conhecimento detido por este, se operasse.

Assim, os indígenas, quando estabeleciam contato com o europeu e, posteriormente, com o caboclo, não traziam somente o urucum e pau-brasil, para o escambo, eles sabiam que suas ervas também possuíam valor de troca. Já afirmava o historiador Holanda (1957,p.88) que:

Foi certamente no contato assíduo do sertão e de seus habitantes, que o paulista terá apurado as primeiras e vagas noções de uma arte de curar mais em consonância com nosso ambiente e nossa natureza.(..) só a larga e continua experiência, obtida à custa de um insistente peregrinar por territórios imensos, na exposição constante a moléstias raras, a ataques de feras e vindas de gentio inimigo, longe do socorro dos físicos, dos barbeiros sangradores ou das donas curandeiros, é que permitiria ampliar substancialmente e organizar essa farmacopéia rústica.

Deste modo, as condições de vida a época, forçado ao sertanejo sugeriam-lhe inúmeros recursos de emergência com que pudesse lançar mão, indo à casa de seu vizinho que guardava raízes e folhas secas, atrás da porta da cozinha da fazenda, uma rápida incursão à mata, cerrado ou caatinga.

A necessidade e os recursos de que se dispunha o sertanejo, fazia com que os instrumentos de socorro estivessem sempre à mão. Desse modo, o mesmo fogo que servia para moquear ou cozinhar a carne de caça, também era “cauterizador” de feridas.

No Brasil a medicina popular e o conhecimento específico sobre o uso de plantas são resultados de uma série de influências culturais, como a dos colonizadores europeus, dos indígenas e dos africanos (ALBUQUERQUE; ANDRADE, 2005). Os descobrimentos e a conquista de novas terras pelos colonizadores, tiveram diversas conseqüências. Uma delas, provavelmente a mais notável, foi o fato de que muitas plantas hoje empregadas na medicina popular foram introduzidas no início da colonização do Brasil.

Ao lado da flora medicinal “colonizadora”, encontra-se a planta medicinal dos indígenas pois, para Albuquerque e Andrade (2005) “são profundos conhecedores dos recursos da floresta, sejam elas medicinais ou não”. Com a pressão dos colonizadores, fez com que o conhecimento dos índios e dos africanos fosse abandonado, uma vez

que muitos consideravam inferior ou primitivo. Os grupos indígenas e africanos foram resistentes, e o quadro mudou ao longo dos tempos.

No que se refere especificamente à Amazônia, existem muitas citações esparsas sobre virtudes curativas atribuídas a determinados vegetais, e os pioneiros dessas pesquisas muito contribuíram ao despertar o interesse sobre o assunto, e em divulgar os conhecimentos sobre as espécies medicinais amazônicas. Entre esses devem ser destacados: Matta (1913), com a “Flora Médica Brasileira”, em que ressalta a importância de serem estudados, metódica e cientificamente, as plantas da Amazônia num trabalho conjunto de botânicos, químicos, biólogos, farmacólogos e clínicos.

Nas áreas indígenas do Amapá, destacamos o trabalho de Cavalcante e Frikel (1973) que vem realizando um estudo sobre a farmacopéia dos índios Tiryó. Quanto a pesquisas na área dos Waiãpi que vivem na Guiana Francesa, destacamos uma das obras de Françoise Grenand et al, (1987) com “Pharmacopées Traditionnelles em Guyane.

2.2 ETNOBOTÂNICA UM BREVE RELATO

A Etnobotânica é uma sub-área da Etnobiologia, ciência esta que estuda a relação de utilidade dos seres vivos para usufruto do Homem. Por conseguinte, tem como objetivo perceber a relação que existe entre as plantas e os povos (RODRIGUES.C., 2001). Estuda como as plantas são utilizadas pelas populações humanas, principalmente as indígenas e tradicionais.

A terminologia “etnobiologia” surgiu com a linha de pesquisa conhecida como etnociência que ganhou impulso a partir dos anos cinquenta com alguns autores norte-americanos que começaram a desenvolver pesquisas, junto a populações autóctones da América Latina (SILVA, 2002). Segundo Diegues (1996), a etnociência parte da lingüística para estudar o conhecimento de diferentes sociedades sobre os processos naturais, buscando entender a lógica submetida ao conhecimento humano sobre a natureza.

Segundo Albuquerque (1997) o termo “etnobotânica” foi empregado pela primeira vez em 1895, por Harshberger, botânico norte-americano, para descrever o

estudo de “plantas usadas pelos povos aborígenes”, e com isso contribuiu na explicação do modo cultural das tribos indígenas.

Um dos pioneiros nos estudos etnobotânicos foi Richard Evans Schultes. Botânico sistemata, que trabalhando com índios do noroeste da Amazônia descreveu o preparo e a utilização de inúmeras plantas empregadas como medicamentos, alucinógenos, anticoncepcionais, etc. (AMOROZO, 1996).

Para Rodrigues, (2001, p.08):

A Etnobotânica é uma área da ciência multidisciplinar, quer no que se refere às bases em que se apoia, quer nos contributos que oferece à humanidade. Assim, a Etnobotânica envolve ao nível das Ciências Naturais domínios como a Botânica, a Ecologia, a Fitofarmacologia e a Medicina, ao nível das Ciências Humanas áreas como a Etnologia, a Sociologia, a História, a Arqueologia e a Linguística, abrangendo ainda setores da Economia e do Comércio.

É importante que qualquer pesquisador em etnobotânica tenha um olhar global nessas áreas para facilitar o entendimento, interagir e comunicar-se com as comunidades envolvidas. Assim, como refere Bonet (1998, p. 133) “o campo de trabalho da Etnobotânica é uma ocasião excepcional de enriquecimento para a ciência moderna, já que implica esta cooperação de investigadores de horizontes diversos”.

Nessa pesquisa destacamos as comunidades indígenas e seus saberes com relação às plantas medicinais, pois os estudos dos saberes ecológicos produzidos pelos grupos indígenas (etnobiologia) são freqüentemente considerados pouco relevantes à cultura ocidental, porque as populações aborígenes são esparsas e foram consideradas demograficamente como inexpressivas. Porém, dados arqueológicos, demográficos e geográficos parecem confirmar os relatos históricos, dando conta da existência de grandes centros populacionais em todos os ambientes da Amazônia: várzea, terra firme e savanas (DENEVAN, 1976; SMITH, 1980). A maior parte das populações indígenas está na Amazônia Legal, onde vivem 60% dos indígenas brasileiros (MANSO, 1997). E são detentores de conhecimentos tradicionais valiosos para a farmacopéia brasileira. O que o diga Haverrot (1997, p. 04),

Já no final do século passado, um pesquisador brasileiro de grande renome tratou do conhecimento indígena sobre os vegetais. Considerado um dos maiores naturalistas brasileiros, BARBOSA RODRIGUES (1842-1909) concentrou suas atividades científicas na botânica, mas também dedicou-se a outras áreas de estudo, como a etnologia e mitologia indígena. Viajando pelo

interior do Brasil, fez uma vasta pesquisa de campo junto as populações nativas, de onde resultaram trabalhos sobre a língua e a botânica indígenas.

Esse naturalista sempre valorizando o conhecimento indígena e compara suas qualidades às científicas, registrou uma ampla nomenclatura botânica, suas divisões e agrupamentos e apontando os critérios seguidos pelos indígenas para este fim.

Com o desenvolvimento das ciências naturais e, posteriormente da antropologia, o estudo das plantas e seus usos por diferentes grupos humanos passou a ter outra visão. Atualmente, com base nos trabalhos já realizados, pode-se entender a etnobotânica como sendo o estudo das inter-relações (materiais ou simbólicas) entre o ser humano e as plantas, devendo-se somar a este os fatores ambientais e culturais, bem como os conceitos locais que são desenvolvidos com relação às plantas e ao uso que se faz delas, (JORGE; MORAIS, 2005). Begossi (2002), ressalta que os estudos etnobotânicos contribuem em especial para o desenvolvimento planejado da região onde os dados foram coletados.

Pode-se observar que a Etnobotânica surge como mediadora entre os discursos culturais, mas deve-se ter em mente que há uma diferença entre o discurso científico e o saber tradicional. A questão das diferenças entre a medicina popular e a medicina oficial será discutida mais adiante. Para melhor entender a cultura que se observa, faz-se necessário uma visão de dentro da realidade observada, integrando-se a ela e interferindo se o mínimo possível em suas práticas cotidianas. É neste momento que o pesquisador deve despojar-se de suas categorias culturais (VIERTLER, 2002). Diante do exposto será discutido a seguir o que vem a ser o conhecimento tradicional para melhor entendimento dessa pesquisa.

2.3 CONHECIMENTO TRADICIONAL

Para melhor compreensão de conhecimento tradicional é pertinente conceituar primeiramente o que vem a ser a palavra conhecimento. A palavra conhecimento provém do latim *cognitio*, *co-gnoscere*. Etimologicamente, ela é formada pela preposição *co*, *cum*, em português com, no sentido de junto; e pela palavra *gnoscere*, do grego *genesis*, que quer dizer gênese, nascimento: conhecer significa nascer-junto (TEORIA DO [s.d.]). A origem do conhecimento é o aparecimento de homem e mundo,

articulados na unidade do nascimento comum do conhecimento. Para Aurélio (2006, p.258) conhecimento é “Informação ou noção adquiridas pelos estudos ou pela experiência”.

O conceito de conhecimento é mais amplo do que se imagina, muito discutido pelos filósofos e não deve ser discutido independentemente, é uma ciência que perpassa por várias disciplinas. Na filosofia antiga encontram-se ponderações epistemológicas, especialmente em Platão e Aristóteles (HESSEN, 1987). Porém as inquições epistemológicas estão envolvidas nos textos metafísicos e psicológicos. O mesmo autor ainda enfatiza que a teoria do conhecimento, como disciplina autônoma, aparece pela primeira vez na Idade Média e teve como seu fundador o filósofo John Locke, com a obra “Ensaio sobre o entendimento humano”. Porém como verdadeiro fundador dentro da filosofia continental destacamos Manuel Kant (Ibidem, p.22). Ele procura dar fundamentos críticos ao conhecimento científico da natureza.

Existem várias formas de conhecer: através do mito; filosofia, teologia, arte, senso comum e ciência (LEOPARDI, 2001). Portanto, toda forma de conhecer merece nosso respeito, uma vez que para outros o conhecimento se não for o científico não é conhecimento. Fernando (2007.p.3), defende o conceito de que “todo conhecimento que foi desenvolvido na terra é uma ciência, porque o homem veio ao mundo quando a terra já estava pronta. Por isso o homem estuda para descobrir o segredo da natureza segundo sua vontade e interesse”.

Franchetto (2001, p.69) cita, “As modalidades culturais peculiares a cada sociedade, que seus membros utilizam para interpretar o mundo e também para agir sobre ele são consideradas formas de conhecimento”. Assim, o conhecimento varia de uma sociedade para outra, tanto em conteúdo quanto em suas formas de transmissão, determinando em cada agrupamento humana forma determinantes de atuação.

Em se tratando de conhecimento tradicional, Moreira (2007), apresenta o seguinte conceito, “o conhecimento tradicional é a forma mais antiga de produção de teorias, experiências, regras e conceitos, isto é, a mais ancestral forma de produzir ciência”. Como fonte de produção de sistemas de inovação, os conhecimentos tradicionais destacam-se por seu vasto campo e variedade que comportam: “técnicas de manejo de recursos naturais, métodos de caça e pesca, conhecimentos sobre os

diversos ecossistemas e sobre propriedades farmacêuticas, [...] classificações de espécies de flora e fauna utilizadas pelas populações tradicionais” (SANTILLI, 2005, p. 192).

Diegues, (2000) destaca que Levis-Strauss, em sua obra “O Pensamento selvagem”, enfatiza a atitude de espírito científico das populações indígenas ao afirmar que para elaborar técnicas muitas vezes longas e complexas, cultivar sem terra e sem água, transformar grãos e raízes tóxicas em alimentos. Há uma atitude científica, uma curiosidade assídua e alerta. O autor ainda considera que o conhecimento tradicional pode ser definido como “o saber e o saber fazer, a respeito do mundo natural, sobrenatural, gerado no âmbito da sociedade não urbano/industrial, transmitido oralmente entre gerações” (op. cit, 2000). Para as sociedades indígenas essa relação tem haver com a interligação entre o natural, o sobrenatural e a sua organização social.

O conhecimento a que se trata, foi por muito tempo subestimado pelos cientistas. A valorização do saber tradicional por parte dos etnobiólogos e etnoecológicos está produzindo alternativas para os paradigmas correntes, com efeitos benéficos para o conhecimento científico (POSEY, 1987). E, muito marcante no contexto econômico, pois o conhecimento tradicional tem um papel-chave no processo de gerar inovações para indústrias farmacêuticas, atua como “filtro” para as inovações, trazendo benefícios para as comunidades indígenas e não indígenas (REZENDE e RIBEIRO, 2005).

Essa corrida para vários estudos sobre o Conhecimento tradicional, o mercado brasileiro de produtos contendo exclusivamente princípios ativos de origem vegetal em 1994 foi estimado em US\$ 355 milhões, 5,5% do valor total das vendas de medicamentos (SUDAM, 2000 apud SILVA 2002). Recentemente, indústrias farmacêuticas tornaram-se as maiores exploradoras do conhecimento medicinal tradicional para os principais produtos e com lucro, no mercado mundial anual, no valor de 43 bilhões de dólares, segundo dados da Fundação Brasileira de Plantas Medicinais - FBPM (POSEY, 1992), por isso deve-se ter todo o cuidado de também proteger o direito de propriedade intelectual dos povos tradicionais (indígenas e comunidades tradicionais).

Para Diegues e Arruda (2001), há diferentes formas das populações tradicionais de expressar seu conhecimento tradicional sobre o mundo natural e aquelas que foram desenvolvidas pela Ciência Moderna e este se baseiam em conceito criado para recurso natural, biodiversidade e manejo. Para ciência moderna a biodiversidade é igual a variabilidade entre seres vivos e para populações tradicionais a biodiversidade é o meio que ele vive, tem valor próprio de uso, valor simbólico que integra a cosmologia (DIEGUES,2000).

O termo população tradicional há divergências conceituais entre autores. A criação das Reservas Extrativistas foi um dos motivos para incorporar a categoria populações tradicionais e foi adotado pelo Instituto brasileiro do meio ambiente (IBAMA), através do Centro Nacional do Desenvolvimento Sustentado das Populações Tradicionais (CNPT)- com sede em Brasília, (XAVIER, 2004). Termo também usado pelos socioambientalistas e pelas ONGs.

Cunha e Almeida (2001, p. 185) alerta que a categoria “população tradicional” não inclui os indígenas, já que o direito sobre as terras indígenas foi declarado como originários. Faz-se necessário relatar por essa autora que nessa dissertação, serão usadas a expressão ‘população indígenas e populações tradicional’.

Diegues e Arruda (2001, p.23-31) reconhecem a dificuldade teórica e a situação dúbia que tem o tema “população tradicional” e propõe os seguintes critérios:

“Aplica-se àqueles povos que vivem em áreas geográficas particulares e demonstram, em vários graus, as seguintes características”:

- Ligação intensa com os territórios ancestrais;
- Auto-identificação e reconhecimento pelos outros povos como grupos culturais distintos;
- Linguagem própria, muitas vezes diferente do oficial;
- Presença de instituições sociais e políticas próprias e tradicionais;
- Sistemas de produção voltados principalmente para subsistência”.

O conceito de população tradicional na visão da autora, ainda necessita de uma discussão mais ampla, pois para os povos indígenas a lei assegura com mais clareza seus direitos em relação aos seus conhecimentos tradicionais, quanto que as outras comunidades locais necessita mais de reconhecimento político e principalmente a nível internacionais.

O processo político social no qual foi criada essa categoria população tradicional, deu-se no sentido de manter as áreas de unidade de conservação de modo

que não fossem destruídas de forma rápida e dinâmica, dentro dessas áreas convivem outras comunidades como seringueiros, caçaras pescadores, caboclos e outros (ibid.). Entretanto, dentro dessas reservas existem as populações indígenas que juridicamente já estão protegidos pela Constituição Federal de 1988, quanto aos seus direitos sobre a terra e o conhecimento tradicionais como patrimônio cultural brasileiro, bens de natureza imaterial ou material, tomados individualmente ou em conjunto (AKEMI E KISHI, 2006).

O reconhecimento como “bens culturais de natureza imaterial” foi instituída pelo governo brasileiro com o Decreto 3551/2000. A partir dessa lei, o Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (IPHAN)⁶, ficou responsável pela implementação de um sistema de registro e salvaguarda de um novo conjunto de bens culturais (ANDRELLO e FERREIRA, 2006).

A conquista no Brasil sobre Patrimônio Cultural Imaterial se deve a vasta discussão política, social, com envolvimento de instituições nacionais e internacionais dirigida pela UNESCO que passou a defender as diversidades culturais. Mais tarde a UNESCO promoveu a adoção, pelos estados nacionais, de medidas e programas que visou, primeiro, a preservação e, depois, a valorização das culturas tradicionais.

A adesão do Brasil no programa “Proclamação das Obras Primas do Patrimônio Oral e Imaterial da Humanidade”, foi inaugurada por uma candidatura indígena proposta pelo Conselho das Aldeias Waiãpi – APINA e encaminhada pelo Museu do Índio – FUNAI e pelo Ministério da Cultura em 2002: as expressões orais e gráficas dos Waiãpi do Amapá integram a segunda lista (GALLOIS, 2006 p.16)

O conhecimento tradicional dessa população aos poucos vai adquirindo uma visibilidade ainda mais expressiva no âmbito regional, nacional e internacional, daí a importância de se abordar cada vez mais através de pesquisas compartilhadas com esse povo.

Akemi e Kishi (2006, p. 01), citam quanto ao conceito de conhecimento tradicional assegurado em lei consiste, “na informação ou prática individual ou coletiva

⁶ O órgão IPHAN cuidava da conservação do patrimônio edificado, era agora o caso de passar a se haver com as categorias pelas quais o decreto definiu o patrimônio imaterial: a. celebrações; b. formas de expressão; c. saberes; d. lugares.

de comunidade indígena ou de comunidade local, com valor real ou potencial, associada ao patrimônio genético, segundo o art. 7º,II, da Medida Provisória 2.186-16 de agosto/2001”.

As comunidades tradicionais (índios, caboclos, ribeirinhos, seringueiros, quilombolas, pescadores, pequenos produtores rurais e extrativistas) que habitam a Região Amazônica, representam grandes fontes de informações relativas a plantas com interesse medicinal e econômico (inseticidas, corantes, resinas, madeireiras, frutíferas e etc.), servindo de estímulos imensuráveis para o estudo de produtos naturais, pois, possuem vasta experiência na utilização e conservação da diversidade biológica e ecológica. (POSEY, 1992)

2.4 CONHECENDO UM POUCO OS WAIÃPI.

Muitos estudos e pesquisas foram realizados, com objetivo de explicar sobre o povoamento do nosso país antes da descoberta dos portugueses. E os povos que já estavam chamamos de índios. A designação “índios”, segundo Soares (1987, p. 07),

[...] deve-se ao equívoco de Cristóvão Colombo, que em 1492, ao chegar à América, supunha ter chegado às índias...Mais tarde ocorreu novo equívoco, ao se tentar substituir a expressão “índios” por “silvícolas”, numa clara alusão aqueles que habitavam a selva.

Outrossim, a sociedade não indígena, por preconceitos e tendências do pensamento a considerar categorias, normas e valores da própria sociedade ou cultura como parâmetro a ser aplicadas as outras, usa o termo para as sociedades indígenas como “aculturadas ou selvagem”. A própria Constituição Federal, em sua seção à “Cultura”, reconhece que a nacionalidade brasileira se constitui de seguimentos pluriétnicas, cabendo a este Estado brasileiro garantir espaço e permanência a essa diferenciação (art. 215, § 1º) Pereira (2003). Lembramos que são comunidades que merece nosso respeito uma vez que fazem parte da formação originária da nação brasileira.

Quanto aos dados populacionais desde a chegada dos portugueses no Brasil, segundo Ribeiro (1997) a população era aproximadamente 5 milhões de índios. Hoje há

apenas 330 mil índios, pertencentes a 215 grupos étnicos com 180 línguas diferentes, segundo dados da BRASIL/M.J./FUNAI, (2002).

Em 1981, o Museu Nacional e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE publicaram o Mapa Etnohistórico do Brasil elaborado pelo etnólogo alemão-brasileiro Curt Nimuendaju Unkei sobre a população de 1500, que confirma os 5 milhões de índios na época.

Entre as causas que contribuíram para o decréscimo da população indígena, foram os agravos adquiridos durante os contatos com colonizadores portugueses, escravos quando trouxeram doenças, como a tuberculose, sarampo, malária e outras. Essas outras causas, foram às guerras contra os colonizadores, invasores e guerras tribais (RIBEIRO,1997).

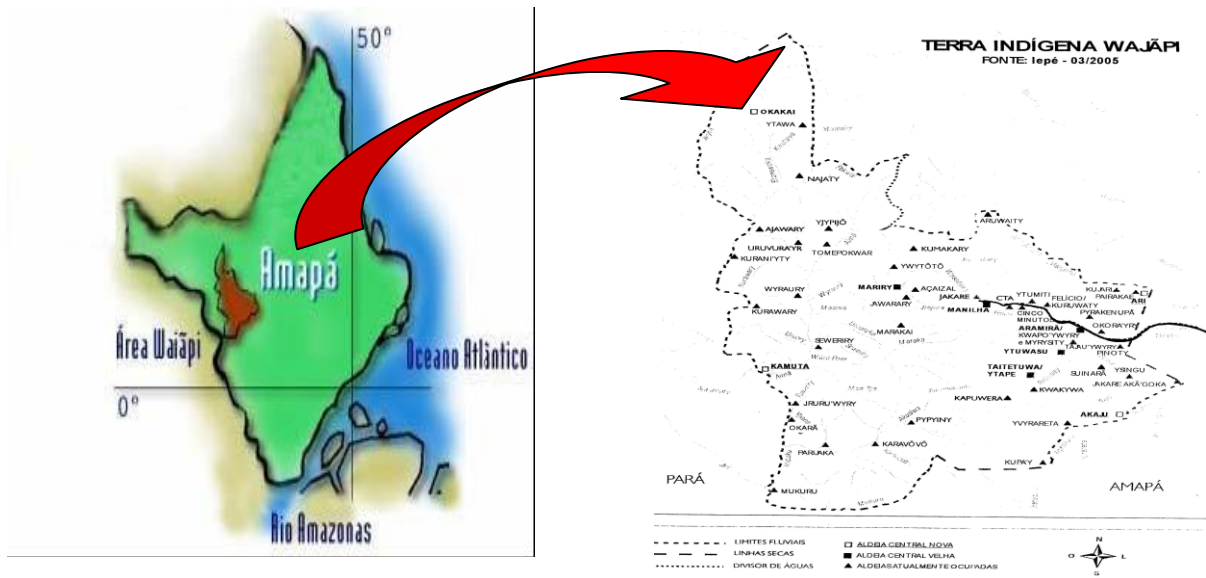
Argumenta-se também que a razão a priori das doenças infecciosas terem tido tamanho impacto não se deveu necessariamente à ausência de genes específicos relacionados à capacidade de respostas imune, mas ao fato das populações ameríndias serem biologicamente muito homogêneas do ponto de vista genético. (BLACK, 1966). Entretanto, assim como os agentes causadores de doenças e o hospedeiro⁷, são organismos geneticamente dinâmicos e com isso pode-se, sim atribuir às doenças infecciosas como uma das causas que podem levar ao extermínio de populações.

Entretanto, o território é crucial para a sobrevivência dessas populações. Observa-se que no século em curso, os problemas de defesa à terra, continuam a perturbar os grupos indígenas, com exceção dos indígenas do Estado do Amapá em relação a invasões, pois todos os povos indígenas possuem suas terras demarcadas. É o único Estado da República Federativa do Brasil, a ter seu território totalmente regularizado e legalmente promulgado. A homologação foi executada através do decreto nº 1.775 de 8 de janeiro de 1996 (BRASIL/FUNAI, 2004).

Os índios Waiãpi, segundo Gallois, (1988) são originários do baixo Xingu que no início do século XVIII, iniciaram uma migração que levariam à região que habita até hoje, noroeste do Amapá e sul da Guiana Francesa (ver Mapa de localização). Segundo

⁷ É o homem ou outro animal vivo, inclusive aves e artrópodes, que ofereça, em condições naturais, subsistência ou alojamento a um agente infeccioso. Cf. ROUQUAYROL, M.Z. Epidemiologia e Saúde, ed. MEDSI,1994.

dados, Brasil a população hoje desse grupo é de 847 indígenas. Os Waiãpi é um povo de tradição e língua Tupi-Guarani que estão distribuídos entre os limites geográficos da fronteira Brasil-Guiana Francesa.



MAPA 01 – Localização da área de estudo

Fonte: Adaptado do Governo do Estado do Amapá - GEA, 2001.

O primeiro contato com a tribo Wajãpi foi ao início do século anterior com a população ribeirinha. O contato era feito com objetos como panelas e ferramentas que serviria para a agricultura (GALLOIS, 1993). E pelo visto continua dessa mesma forma, usando a mesma estratégia de contato, pois, recentemente o grupo de contato da Funai de Brasília, composta por índios e sertanistas gravou para o Fantástico programa da rede globo dia 19 de novembro de 2006 um contato com uma tribo em extinção ameaçada por garimpeiros.

No início da década de setenta, o território Waiãpi foi invadido pelos garimpeiros. Neste contato muitos índios alimentavam os invasores em troca de objetos e com isso morreram por surtos de viroses, principalmente epidemias de gripe, e confrontos resultando em muitos assassinatos.

Em 1973, a FUNAI implantou um posto de atração (Posto administrativo da FUNAI), em território Waiãpi, visando proteger esta população dos impactos da

construção da Rodovia Perimetral Norte. Ao mesmo tempo, os missionários evangélicos, do Summer Institute of Linguistics (SIL) e, posteriormente da Missão Novas Tribos do Brasil, ofereceram, no campo da saúde, uma alternativa de assistência (ISA, 2001; GALLOIS, 1988).

Muitos índios foram levados para cidade de Macapá e Santana. Logo em seguida uma equipe da Polícia Federal e a FUNAI, esta formada por antropólogo e sertanista (Fiorello Parise) fizeram o resgate dos indígenas que os levaram de volta ao seu território, Caubi (informação verbal⁸)

O povo Waiãpi, mais uma vez demonstrar ser resistente as reações hegemônicas das sociedades não indígena, e para entender melhor, observe o modo de vida descrito nos estudos de Grenand. (1982 p. 22), quando enfatiza:

O modo de vida dos Wajãpi foram se moldando as diferenças que foram surgindo após o contato. O sistema social é condizente com a divisão territorial. As relações entre grupos locais e sua área é definida pelo termo wanako, termo utilizado para designar as comunidades auto-suficiente e autônoma politicamente.

Para o autor op. cit (1982), a característica principal desses clãs é que eram grupos localizados. E que, apesar do abalo demográfico e do abandono de certas áreas, que resultam da união de remanescentes de vários grupos locais, ainda continua essa denominação de grupos locais. Ainda segundo o autor, a chefia do grupo de uma instituição, pouca preeminente, entre os Waiãpi do Amapari é transmitida de pai para filho.

O sistema ideológico segundo Gallois, (1993), no grupo Wajãpi não foi alterado pela influência do proselitismo ou catequese. Durante o contato receberam orientações de missionários estrangeiros sobre "Jesus", mais para o grupo, Ianejar é o principal herói, responsável pela criação do universo da humanidade. Para eles o *i'ã* (alma, memória, experiência) é o princípio vital (PESQUISADORES WAIÃPI, 2008). A forma como designa o *i'ã*, é o responsável por várias formas de comportamento do grupo diante do contexto espiritual ligado a vida terrena.

⁸ Entrevista com o índio Waiãpi, Caubi Amazonas de Souza, em 25.12.2008, vítima da invasão dos não índios. Levado de seu território (Aldeia Morokopoty) ainda criança aos 10 anos para o município de Alenquer interior do Pará, onde viveu e estudou depois concluir o estudo técnico agrícola em Castanhal-Pá, retornou para sua comunidade, em 1989, casou com Samyka Waiãpi e constituiu família. Luta para acrescenta o nome da sua tribo em seu sobrenome e terminar os estudo do 3º grau pela UNIFAP e contribuir mais com sua comunidade.

O modo de subsistência desse grupo é através de alimentação de caças como: anta, caititu, guaribas, porco do mato, peixes, veado, cutias, tatu etc.... Seus produtos cultivados são, a mandioca (*Manihot esculenta*), banana (*Musa sp.*), cará (*Dioscorea sp.*), milho (*Zea mays*), cupuaçu (*Theobroma grandiflorum*), batata doce (*Ipomeae batatas*), cana de açúcar (*Saccharrum officinarum*), caju (*Anacardium sp.*), limão (*Citrus aurantifolia*), pupunha (*Guilielma sp*) e outros.

Hoje na alimentação Waiãpi foram inseridos alimentações industrializadas por parte de alguns integrantes do grupo, que necessita frequentar a capital para resolver assuntos de trabalho e pessoais, são os indígenas professores e agente de saúde indígena assalariados, além daqueles que recebem pelos indígenas idosos a aposentadoria. Ainda que faça para utilizar como enfeite, os artesanatos são fonte de renda, que são comercializados nacional e internacionalmente.

Na relação de indígenas com a natureza, ainda atualmente escuta-se vários comentários sobre a preservação e destruição da natureza e que os índios seriam seus maiores preservadores, isso tudo baseado no seu modo de vida e suas técnicas tradicionais de tirar do meio ambiente sua subsistência sem grande abalo destrutivo. Entretanto, tem pessoas que quando vê outros grupos vendendo madeiras nobres de suas terras os julga-os de destruidores da natureza.

Por uma análise pessoal, nem uma coisa nem outra. Pois a pessoa que tem oportunidade de conviver com esses grupos, observa-se que possuem uma forma de exploração gradual de acordo com a sua necessidade e não permitem agressão abrupta da natureza, logicamente com a interferência da sociedade envolvente, por interesses econômicos, manipulam certos grupos e acabam devastando seus territórios, não é o caso do grupo Waiãpi.

Há vários exemplos de comunidades indígenas que por ignorância e por falta de uma política fundiária mais rápida do governo nas demarcações das terras indígenas se deixaram manipular. Exemplifica-se a comunidade Suruí (Sul do Pará) que não tem como sobreviver nas suas terras, pois as caças não existem mais em abundância, os

madeireiros já destruíram todo o habitat ⁹. Alguns indígenas no Estado do Ceará vivem em condições sub-humanas na periferia de Fortaleza.

O modo de vida Waiãpi é assegurado pelo caráter de união, entre os membros da comunidade e garantido pelo ritmo tranqüilo do seu cotidiano. No entanto, esta tranqüilidade é muitas vezes, compreendida pela sociedade envolvente, como uma letargia física e mental, que expõe o povo Waiãpi ao jargão de preguiçoso (SOUZA, 2005). Discordo do autor citado que esse jargão é usado somente aos Waiãpi, ouço e percebo o uso à todos que se designam índios. Compreendo que é pura ignorância ao conhecimento sobre esses povos, pois bastava ver seu cotidiano em seu habitat para quebrar esse preconceito.

“Durante minhas idas a comunidade para coletar meus dados de campo, dentre outro momento vejo uma indígena de um metro e quarenta e cinco centímetro de altura, carregando nas costas um panaku (cestos de palha, traçados largos) imenso com mandioca, e seu filho menor de um ano grudado ao seio e no mesmo momento ela descarrega o tubérculo na sua maloca, ainda por descascar no mesmo dia, eu me pergunto, como podem ser chamados de preguiçosos?”. (Diário de Campo, 20.12.2008)

Os Waiãpi tem na necessidade de viver o presente, sem indagar o futuro, mas, principalmente, respeitando o passado e o conhecimento de cada integrante da comunidade. Esse integrante a que se refere não é voltado apenas para o homem, mas, a outros integrantes dentro da modalidade social que compõe a cultura Waiãpi (como as plantas, animais, rios, solo e outros) op. cit (2005).

As sociedades indígenas são, portanto conhecedoras de estratégias de manejo dos recursos naturais, produzem um riquíssimo acervo de conhecimentos, não somente contribuem para as regiões que elas habitam, mas, também representam uma inestimável contribuição, enquanto exemplo a ser seguido, Macário (2000),

Em 1994, visando dar maior representatividade ao povo Wajãpi, as lideranças criaram uma organização para cuidar dos interesses, deste povo, perante à sociedade não índia, o Conselho das Aldeias Waiãpi - APINA, teve apoio do Centro de trabalho Indigenista -C.T.I. ((PROGRAMA WAJÃPI / CTI, 1999). Por questões internas do grupo em oposição a tomadas de decisão das lideranças representativas da APINA, outra parte

⁹ Observação direta da autora durante sua convivência com e grupo Suruí, no Sul do Pará, em 1983 à 1984.

da comunidade Waiãpi, principalmente aquelas que residem as margens da estrada, cria outra representação política e social em 1998, com o nome de Associação dos Povos Indígenas Triângulo do Amapari - APIWATA, tendo como assessoria um técnico indigenista, escolhido pelos indígenas.

A APINA possui uma residência em Macapá, cedida a título de empréstimo as lideranças pelo governo do Estado, enquanto a APIWATA, comprou uma residência com recursos de um convênio entre o Ministério Público do Estado do Amapá, Promotoria de Justiça do município de Pedra Branca do Amapari e a empresa MMX¹⁰, em decorrência de uma multa indenizatória, sofrida por essa ultima empresa, em decorrência de impactos ambientais, causados por suas atividades nesta região.

Atualmente a prestação de atendimento à saúde das comunidades Waiãpi é feito pela FUNASA, através dos Distritos Sanitários Indígenas, entretanto o pagamento dos técnicos contratados para atuarem na casa de saúde do índio –CASAI e Pólos base (postos de saúde referência dentro das áreas indígenas), são feitos através do convênio FUNASA e APINA, que em decorrência da falta de pagamento, os indígenas estão sofrendo consequência pela ausência dos profissionais em área, um dos pontos negativos do assistencialismo a esses povos.

2.4.1 DOENÇA E MODO DE TRATAR PARA OS WAJÃPI E O PAPEL DA MULHER NESTE CONTEXTO

Se o ser humano é único nos processos mentais e extremamente diversos ao resultado final, devemos nos aproximar da realidade sócio-cultural do outro com nossos processos mentais comuns para entendermos o do outro que sempre vai ser diverso ao nosso. Portanto, faz-se necessário conhecer as diferenças sociais no contexto saúde e doença.

As representações e as práticas relativas à doença e ao seu tratamento recobrem nas sociedades tradicionais, diferentes realidades em relação às ocidentais, estudo esse, destacado como objeto de estudo da antropologia da saúde (BUCHILLET, apud BUCHILLET,1991). Os trabalhos pioneiros de Rivers(1924), Evans-

¹⁰ MMX – Empresa mineradora atuante no Município de Pedra Branca do Amapari/Amapá.

Pritchard(1937) segundo Buchillet (1991), tem demonstrado, que nas sociedades não ocidentais, o surgimento de doenças, advento de um infortúnio, seja individual ou coletivo, refletem no homem em decorrência de suas atividades em sociedade e de seu meio natural. A doença não é pensada e nem analisada separadamente do mundo natural a do sobre natural.

Numa abordagem inicial, sabe-se que o conceito de doença liga-se diretamente à concepção do que seja o funcionamento do corpo humano, seus sistemas, órgãos e funções. É um conhecimento acumulado, seguidamente testado e atualizado na prática. Na sociedade indígena ele tem ainda outras características específicas. Além de ser acumulado na memória das pessoas ele se acomoda de modo integrado no conjunto de saberes adotado, criado e desenvolvido pelo povo (JUNQUEIRA, 2000). Isto é, o conjunto de saberes é arte integrante da cultura, e a cultura, sabemos, é formada pelas práticas, valores e crenças lentamente trabalhados pelo tempo e por determinada sociedade.

Com isso, pode-se dizer que a razão de um povo é condicionada e comandada pelo conjunto de noções fundamentais que lhe serve de guia, isto é, pelo conjunto de princípios e regras que orienta seu pensar (op.cit, 2000). Como consequência, o entendimento do fenômeno cultural deve sempre partir de um ponto de vista interno, no qual o fato encontra seu lugar adequado.

Para os povos Waiãpi a íntima ligação entre cosmologia e organização social possibilita uma compreensão da estrutura (modo de ser) dos povos indígenas, esclarecendo as concepções dos indivíduos e da sociedade quanto ao universo. Já a reflexão quanto ao conteúdo, desta cosmologia, dá-se pelas vias de acesso, como as narrativas míticas, que carregam consigo importantes elementos das representações destes povos (GALLOIS, 2000).

Conhecer suas particularidades culturais e concepções, auxilia na construção de um modelo assistencial individualizado que garanta atenção integral voltada ao indivíduo, percebido em seu ambiente e em suas relações sócio culturais. Por uma opinião própria, se não há conhecimentos dos grupos étnicos por parte dos que elaboram as políticas públicas, além da obrigatoriedade da participação dos indígenas, sempre o atendimento a saúde ficará há desejar no âmbito nacional, regional e local.

Retomando a importância do conhecimento da cosmologia para o entendimento no processo saúde-doença, veja como os Waiãpi tem a visão de mundo:

“Diz a tradição oral Waiãpi que, no tempo mítico, homens e animais partilhavam um espaço homogêneo, cortado por um único rio. A floresta que conhecemos, hoje, não existia e as árvores eram baixas. Nesse tempo, todos os ocupantes da terra reproduziam um único modo de ser, pois não havia diferença entre as espécies (...) Foi, na ocasião de uma festa, promovida pelo herói criador Ianejar, que homens e animais se distanciaram. Os que se tornariam pássaros apanharam dejetos de moju, cobra suciriju para se enfeitar com cores diferentes. Dançaram e cantaram para os que se tornariam humanos, que puderam assim aprender suas músicas (...) Tudo e todos, nesta terra, tem dono: homens, plantas, animais e elementos inanimados. Cada porção do espaço conhecido é definido como a moradia de um respectivo dono e das espécies que ele controla, consideradas seus xerimbabos (Animais de estimação). As relações dos senhores dos animais com os homens manifestam-se, através de ações de cooperação, na identificação e cura de males e infortúnios, mas igualmente nas de agressão, atingindo quem transgrediu a regra do jogo, intervindo de modo excessivo no domínio alheio” (GALLOIS, et al. 1989, p.8 e 9)

Portanto para os Waiãpi as doenças são provocadas por um espírito que pune a pessoa que transgrediu numa das numerosas proibições alimentares, sexuais e, sobretudo as ligadas à caça. A influência maléfica dos espíritos dirigiu-se essencialmente às crianças, no caso dos caçadores que transgridem a regra.

A população Waiãpi vivencia o processo saúde-doença e os seus comportamentos associados às duas grandes categorias:

O *Ãjã*, entendida como uma agressão mágica desencadeada por esta categoria genérica de ser não humano e que demanda um comportamento ético adequado pelo indivíduo doente; e o *Ojipy*, interpretado como uma contaminação mágica deflagrada, pelo contato com certos fluídos, objetos ou pessoas (GALLOIS, 2004 apud SOUZA, 2005, p. 29).

Nesse contexto existe a terapêutica adotada no grupo, que são as seguintes: o xamanismo e a fitoterapia ou o uso de remédios com vegetais. Nesse estudo será enfatizado a prática a partir do conhecimento tradicional da mulher Waiãpi com plantas medicinais. Nos estudos realizados por Grenand (1976 apud RICARDO, 1983, p. 119) sobre o uso de plantas medicinais mostra que :

[...] quando a doença aparece, a família, num primeiro momento, trata o paciente com plantas medicinais. O conhecimento das propriedades das plantas é um saber coletivo, especialmente das mulheres que aplicam a medicação. Caso não funcione o tratamento, apenam para o pajé.

Ainda conforme o mesmo autor, muitos estudos evidenciam as práticas xamanísticas praticadas por homens. Enquanto as sabedorias das mulheres nos processos do uso das plantas medicinais no cuidado com o paciente são poucas evidenciadas.

Nessa linha de raciocínio, Morgado (1994 p. 5) diz que para sociedade dos Waiana-Aparai,

[..] o saber das doenças e da cura se manifesta de uma forma tripartite: um saber especializado (xamânico e encantações), um saber doméstico (fitoterapia) e o uso da medicina ocidental, veiculada inicialmente por caboclos da região, viajantes, missionários.

Esse saber doméstico a que Morgado refere-se, é o tratamento exercido por mulheres com plantas medicinais. No caso dos Waiãpi, o tratamento com plantas continua muito evidente a cargo das mulheres desse grupo, apesar de outras práticas inseridas.

Esse grupo ao constatar os primeiros sintomas de uma doença ou quando prevêem algum perigo que poderá resultar em doença ou infortúnio, imediatamente eles recorrem a alguma medida profilática, como banhos com ervas, chás para fortalecer o corpo e a alma. Gallois (1988 p.270) cita, que “afora o recurso aos xamãs¹¹, outras alternativas se apresentam, a fitoterapia, acompanhada ou não de encantações, as rezas e, também, o recurso a medicina dos brancos”.

Assim sendo, ao aceitar as terapias oferecidas pelos agentes de contato (prestadores de serviço à saúde, Ongs e outros), os índios constroem uma nova categoria em seu sistema tradicional de classificação das doenças: as “doenças do

¹¹ A palavra **xamã** vem da língua siberiana tungue e indica o mediador entre o mundo humano e o mundo dos espíritos. Por muito tempo nas pesquisas ocidentais, estes personagens foram considerados pessoas exóticas e esquisitas, por vezes, até psicóticos, marginais em suas próprias sociedades. Por causa de semelhanças com fenômenos descritos em outras culturas, a palavra **xamã** tornou-se universal para indicar pessoas e atividades ligadas a tais atividades *espirituais*. Cf. LANGDON, E. Jean Matteson. Introdução: Xamanismo.1996

branco” que podem ser tratadas com remédios do branco. Para os Waiãpi Franchetto (2001,p.111), afirma:

[...] os remédios do branco tratam com eficácia os sintomas do mal-podem curar a tosse, a febre e outras evidências de distúrbio no corpo do doente. Mas não servem para recuperar o desequilíbrio social e cosmológico que uma doença evidencia. Para eles – os índios - somente os pajés são capazes de reparar os males que afetam não apenas o corpo do doente, mas seu equilíbrio nas relações que mantém com a sociedade e com o universo.

Buchellet (1991), relata que no contexto científico, são poucos os antropólogos que demonstram interesse nas representações indígenas das doenças infecciosas e passam a citar duas categorias: as doenças que afetam tradicionalmente os índios ou “doenças de índios” e as doenças que são introduzidas pelos não índios e caracterizam-se pela virulência denominada “doenças de branco”.

Por conta de não ter o conhecimento sobre concepções das comunidades indígenas sobre doenças os prestadores de serviços de saúde a essas comunidades sempre vem afirmando que os índios não têm condições para tratar as doenças ditas dos “brancos”, principalmente as transmissíveis. Para melhor entendimento essas doenças ditas dos “brancos” devem ser analisadas de acordo como elas foram introduzidas no contexto histórico do contato dos indígenas (Op cit, 1991). Pois muitas das vezes quando surge determinado agravo nas aldeias, provavelmente foram transgressões as regras cosmológicas praticadas pelo grupo e veio junto com o contato com a sociedade envolvente.

No sistema etiológico Waiãpi (assim como em nossa sociedade), raramente se considera a doença como tendo uma única causa. Em função disso, é normal que o diagnostico sobre o mesmo caso – proferido por várias pessoas em momento diferente - apresente variações, que pode ser avaliada nos termos de pluralidade de causas (GALLOIS apud BUCHELLET, 1991).

Ainda no pensamento da autora acima citada, entre os Waiãpi as intervenções dos brancos, não foram integradas ao sistema de agressão/cura/xamânica, mas sim marcadas pela temática da guerra e da destruição. Eles não participam do complexo

sistema de troca e partilha de forças vitais necessárias à manutenção da vida e a perpetuação dos Waiãpi.

A autora (op. cit, 1991) ainda esclarece que a permanência da categoria “doença do branco”, se mantém por certa imposição dos não índios e os indígenas de forma pragmática denominam enquanto opção terapêutica chamam as doenças do “branco” ou “o produto ou filhos do branco” e essas doenças só podem ser tratadas pelos “brancos”, e com remédios “dos brancos”.

2.4.2 A MULHER WAIÃPI NO CONTEXTO DA DOENÇA E TRATAMENTO.

Desde os tempos remotos, a idéia de “fragilidade”, “dependência” e “submissão” feminina torna-se bastante complexa, pois, depende muito do contexto em que essas mulheres estão inseridas e dos seus espaços simbólicos.

Para algumas sociedades indígenas, o papel da mulher não está na questão da submissão, como Machado (1990), descreve em conversa com a indígena Rigoberta Menchu¹², quando lhe é feita a pergunta, se há ou não machismo indígena. Sua resposta não configura desigualdade. A mulher compõe significado de valor diferente do homem. São valores “relacionados”, “relativos” e “comparativos”.

Entretanto, para outros grupos de mulheres indígenas, como o Potiguara no Estado da Paraíba, uma das lutas desse grupo é a luta contra a invisibilidade da mulher indígena (além do contexto social que ameaça a vida das mulheres), outras lutas são traçadas para a mulher ter seu espaço na fala pública, assim como os homens indígenas. Para Eliana Potiguara (2002), apesar de várias lutas preconceituosas contra essas mulheres, que emergiram de opiniões públicas, cientistas sociais, igrejas e outros, as mesmas não se sentiram enfraquecidas e continuam na lutas em favor da sociedade indígena.

De acordo com a autora op. cit (2002) uma das suas contribuições foi apontar na Participação dos Povos Indígenas na Conferência em Durban, que:

¹² Líder indígena, camponesa e cristã, pertencente a comunidade de Quiche na Guatemala.

As mulheres indígenas curandeiras, líderes espirituais e os próprios pajés sejam valorizados pelas políticas públicas como conhecedores milenares da tradição indígena; que o conhecimento ancestral sobre ervas medicinais seja uma prioridade em benefício da saúde da mulher [...] que as cerimônias de cura sejam respeitadas pelas políticas públicas.

No entendimento da autora, a responsabilidade é de todos, quanto ao respeito e valorização de outras populações, sua forma de organização, sua filosofia de vida, permitido que haja um intercâmbio entre esses conhecimentos que no fundo só tem a beneficiar a humanidade.

As mulheres Waiãpi têm um importante papel social no grupo e um deles destacamos sua participação nas festas com caxiri (bebida fermentada de mandioca) , esse tem uma carga simbólica, importante, eminentemente social, que resume em alguns pontos segundo Gallois (1988, p. 152):

“Provêm de um espaço domesticado, é produto de clareira, o único domínio cósmico, verdadeiramente humano; Sua forma de consumo foi ensinada pelo herói *lanejar*; Estado de peso, presença e alegria, plenitude pessoal e; Apaga as diferenças entre afins ou diversas comunidades”.

Nesse ritual sempre é uma mulher que prepara a bebida e será a única que servirá o caxiri, tarefa esta que só abandonará no final da festa. Entretanto durante os preparos suas filhas podem ajuda-la. Ela não dança é anfitriã juntamente com seu marido.

No contexto das doenças a concepção das mulheres é compartilhada com seu grupo social, como já foi citado por (Franchetto, 2001; Buchellet ,1991). E o tratamento, são elas a priori que identificam quando alguém do grupo apresenta estado de doente, pois o primeiro cuidado fica a cargo delas e as mesmas lançam mão de plantas medicinais para fazer os remédios. Esse cuidado a que a autora refere é o cuidado cultural, pois é definido como:

“Os valores, crenças e expressões padronizadas, cognitivamente conhecidos, que auxiliam, facilitam, sustentam ou capacitam outros individuo ou grupo a manter seu bem-estar ou para aperfeiçoar a condição e o modo de vida dos homens ou para enfrentar a morte [...] (LEININGER (1991, p. 47).

O pressuposto relacionado é que o cuidado ou tratamento a que se destina a mulher com as ervas, no momento que não responde a esses cuidados é compartilhado com outros especialistas da sua comunidade como já se relatou em parágrafos anteriores, os pajés.

Tratando-se de plantas medicinais outros grupos indígenas estão em evidências no avanço de pesquisas com plantas medicinais, gratos pelas práticas tradicionais de uso, são os índios Krahô, situados na reserva Kraolândia, no Estado de Tocantins, segundo, Pivetta, (2001, p. 12):

Eles dispõem em sua reserva de 164 espécies vegetais utilizadas com fins medicinais, das quais 138 podem ter alguma influência sobre o sistema nervoso central e, portanto, teriam a capacidade não só de curar males físicos como indisposição e picada de cobra.

Observa-se que os estudos com plantas medicinais estão avançando em outros grupos, e é importante destacar a participação da mulher indígena, uma das responsáveis de passar aos seus descendentes essa sabedoria que a milênios vem sendo desenvolvidas.

2.4.3 SITUAÇÃO ATUAL DE SAÚDE DOS WAIÃPI DE ACORDO COM A POLÍTICA PÚBLICA VIGENTE

Historicamente, no Brasil, os primeiros cuidados de saúde dispensados aos grupos indígenas partiram das missões religiosas. Posteriormente, com a criação do Serviço de Proteção ao Índio - SPI, na primeira década do século XX, o atendimento médico aos grupos indígenas passou a ser atribuição desta agência governamental. A responsabilidade do Estado foi reafirmada no Estatuto do Índio que assegurou aos mesmos "o regime geral da Previdência Social; os meios de proteção à saúde facultados à comunhão nacional" (CONFALONIERI, 1989).

O SPI não tinha uma estrutura organizada e ampla de assistência à saúde e atendia basicamente às situações de surtos epidêmicos advindos da perda do isolamento. Ainda em sua época surgiu a experiência pioneira de Noel Nutels, através do Serviço de Unidades Sanitárias aerotransportadas, ligado ao Ministério da Saúde. (COSTA, 1986).

Por experiência própria desta autora, que chegou algumas vezes participar das equipes volante de saúde através da FUNAI com do apoio da Força Aérea Brasileira – FAB, percebeu-se que essa não era a forma mais adequada de proporcionar saúde de qualidade aos povos indígenas. Esta foi a primeira tentativa de sistematização do

atendimento de saúde em áreas indígenas, foi a criação das equipes volantes de Saúde, no âmbito da Divisão de Saúde da FUNAI, que sucedeu o SPI (op. cit, 1986). Essas ações a priori resolviam à situação imediata de determinado grupo atendido naquele momento, porém por dificuldades de estruturação na saúde do órgão Funai, ele passa a fazer ou aceitar convênios com outras instituições governamentais e não governamentais.

A discussão da saúde do índio andou paralelamente as políticas públicas de saúde da sociedade não indígena. Percorreram longos caminhos de discussão no mundo inteiro, portanto, vale ressaltar que as mudanças acontecem com a vontade das representações sociais demonstradas nas conferências de saúde nas três esferas de governo.

Na verdade as mudanças dentro da saúde, foram estimuladas pelas agências internacionais e que tomaram impulso após a ineficiência e inchaço do setor estatal e a redução da rede privada (LORDOÑO E FRENK, 1996 apud CORDEIRO, 2001). Essas mudanças deveriam ser apressadas no sentido de expandir e melhorar os serviços de saúde, com o propósito de aumentar a equidade e a satisfação dos usuários.

Diante de várias mudanças nas políticas de saúde exigidas pelas agências internacionais financiadoras, o Brasil estimulou a grupos sociais, partidos políticos e entidades civis na luta de redemocratização e universalização do direito à saúde e a mudança de municipalização e participação social neste sistema (CORDEIRO, 2001).

Tratando-se das políticas de saúde indígena após a crise da saúde¹³, movimento das reformas na década de 80, ressalta-se por apresentar profundas transformações da política de saúde nacional onde ficou estabelecidos e destacados os princípios do sistema único de saúde (SUS) e da legitimação do direito dos povos indígenas à atenção à saúde de forma integral e diferenciada na Constituição Federal de 1988 e em 1999 foi formulada a Política Nacional de Saúde Indígena, operacionalizada com a *Lei Arouca*, que instituiu o Subsistema de Atenção à Saúde

¹³ A crise foi vista como fruto ou efeito do crescimento das desigualdades sociais no mundo, essas sociedades são: sociedades do capitalismo(primeiro mundo), as do capitalismo dependentes,(terceiro mundo) e as sociedades oriundas dos destroços do socialismo, e dos países subdesenvolvidos do Continente africano (quarto mundo)- LUZ, Madel T.(2005)- Rev. Saúde Coletiva, Rio de janeiro. 15, 2005

Indígena (SASI), gerenciada pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), do Ministério da Saúde.

No momento que ocorreu o processo de mudança na saúde indígena fica claro na Constituição Federal e Leis Internacionais (Convenção 169/OIT) Parte V - Seguridade Social e Saúde, **Art: 25**, parágrafo: 2. “[...]. Os serviços deverão ser planejados e administrados em cooperação com os povos interessados e levar em conta as suas condições econômicas, geográficas, sociais e culturais, bem como , práticas curativas e medicamentos tradicionais.

Foi na 9ª Conferência de Saúde, segundo, Chaves, Cardoso e Almeida (2003) que aprovaram o Modelo de Atenção à Saúde (1992). Porém, nessa Conferência foi aprovado a Municipalização das Ações de Saúde, questionada pelo Movimento Sanitário Indigenista, pois os índios ficariam a mercê, das oscilações políticas locais, ou seja, cada governante poderiam mudar a cada gestão o atendimento as comunidades indígenas e aqueles que não fossem sensíveis à causa indígena? Como ficariam os mesmos? Daí emerge a sugestão para a Política de saúde aos índios, uma organização de serviços diferenciados, sob gestão do Ministério da Saúde (FNS) e não da Justiça (FUNAI), porém ligados ao SUS.

Após decreto presidencial, estabeleceram entre as instituições governamentais uma relação conflituosa, uma com experiência dos recursos humanos de trabalhar com as comunidades indígenas e outras com experiências em trabalhar com as questões de saúde pública. O impasse foi decidido no Supremo tribunal de Justiça que decretou a saúde do índio sob responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde/FUNASA. A partir daí, o SASI -Sistema Assistencial da Saúde Indígena, foi estruturado em 34 Distrito Sanitário Indigenista/ DSEI (Op. cit, 2003)

A saúde dos Waiãpi faz parte desse processo a partir do seu contato, com atuação da FUNAI até a política de saúde vigente. Nesse curso também missionário estiveram presentes na assistência à saúde. Entretanto, segundo Souza (2005), afirma que com a existência da APINA, em 1996 o Programa Waiãpi do Centro de Trabalho Indigenista (CTI) resolveu estender suas ações - anteriormente voltadas para a educação, organização político-administrativa, gestão territorial e ambiental - para o campo da saúde.

Este fato permitiu a reorientação das práticas assistenciais vigentes e a valorização das representações sócio culturais dos Waiãpi. Paralelamente a isso, o Programa de Saúde Waiãpi (PSW) foi transferido para a gestão do Apina, o que reforçou a autonomia deste povo (Op. cit, 2005).

Atualmente, a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) possui um convênio com o Apina caracterizado pelo repasse de verbas da FUNASA e pelo suporte logístico do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) do Amapá e Norte do Pará, para que as ações de saúde levem em consideração as especificidades culturais deste povo, garantam o acesso à atenção integral e fortaleçam o subsistema da saúde indígena.

A parceria APINA e FUNASA com relação ao repasse de recursos financeiros para assistência à saúde encontra-se conflitante ou seja por inadimplência com as prestações de conta, em decorrência da falta ou da precariedade no assessoramento nessa área, os indígenas sem conhecimento suficiente para conviver com as burocracias financeiras da sociedade não índia, passaram a assumir uma das responsabilidades que por hora deveria ser do órgão governamental responsável ou no mínimo o acompanhamento.

As conseqüências na saúde são: falta de pagamento aos profissionais de saúde; ausência de profissionais de saúde na área, falta de medicamento para o atendimento básico, dificuldades de deslocamento dos enfermos para atendimento especializado para os municípios de referência (Serra do navio, Pedra Branca do Amapari e Macapá) e outros.

A assistência à saúde é feita pelo DSEI/Amapá. O sistema local deveria ser composto pelos profissionais: Médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, odontólogos, nutricionista, assistente social e outros. O local de referência: FUNASA, FUNAI, hospitais, casas de saúde municipais, unidades mistas de saúde, e outros.

A população Waiãpi é composta de 847 habitantes, ao final do 2008 ano, apresentou indivíduos distribuídos, em 423 homens (49,9%) e 424 mulheres (50,05%), mantendo uma tendência proximal de gênero, nos últimos anos como mostra o gráfico 01.

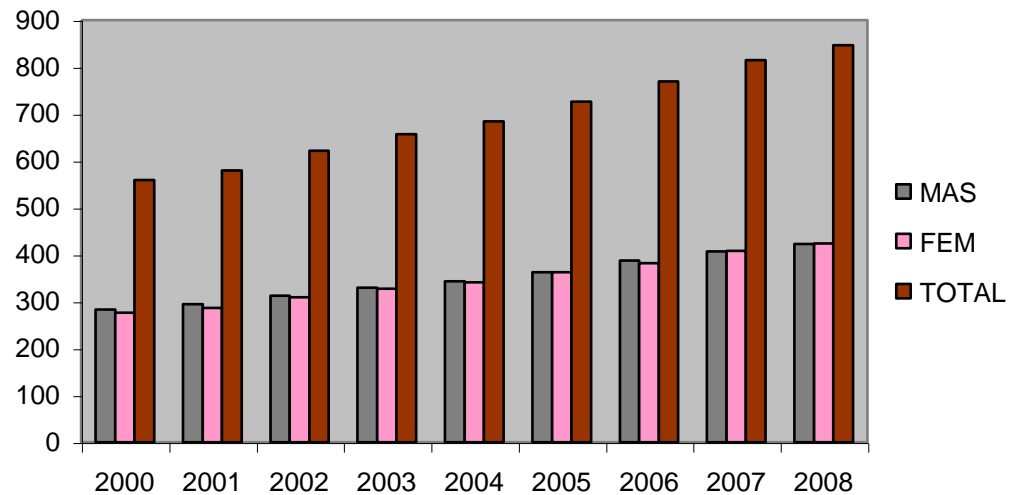


GRAFICO 01: POPULAÇÃO WAJÃPI SEGUNDO GÊNERO, 2000 a 2008.

Fonte: COREAP/DSEI/SIASI/FUNASA/MACAPÁ/AP (27.02.2009)

A taxa de crescimento da população dos Wajãpi nos últimos oito anos, foi oscilante, porém com discreto aumento absoluto anual de nascidos vivos entre os anos de 2007 a 2008 (ver tabela 01).

TABELA 01 - INDICADORES DEMOGRÁFICOS DA POPULAÇÃO WAJÃPI/AP, 2000 A 2008.

ANO	POP WAIÃPI	TAXA CRESCIMENTO	MIF*	TAXA FECUNDIDADE ANUAL	NASC VIVOS
2000	559		128	22,7%	29
2001	580	3,75%	133	15,8%	21
2002	622	7,24%	137	32,8%	45
2003	657	5,62%	146	28,1%	41
2004	684	4,10%	154	20,1%	47
2005	726	6,14%	183	17,4%	32
2006	769	5,92%	185	24,3%	45
2007	815	5,98%	194	19,0 %	37
2008	847	3,92%	219	17,8%	39

Fonte: COREAP/DSEI/SIASI (28.02.2009)

* Mulher em Idade Fértil - considerada em população indígena é de 10 a 49 anos.

Entretanto esse crescimento poderia ser melhor visto por trata-se de uma população pequena em relação a outros grande grupos indígenas com expressão

demográficas como: Kaiapó, Yanomame, Xavante, Xerente, Ticunas, Tukanos, Munduruku, Guajajara e outros (SOCIEDADE INDÍGENA [s.d.]).

O que chama atenção na tabela 02, é o coeficiente de mortalidade infantil dos anos de 2005; 2006 e 2007 que foi de 93,7; 88,8 e 108,0 respectivamente ou seja, para o ano de 2008 em cada 1000 crianças indígenas nascidas vivas 108 não chegariam a completar um ano de idade. A causa morte foi em decorrência de infecções respiratórias (COREAP/DSEI/SISI, 2008). Para melhor esclarecimento pegou-se o ano de 2005 que apresentou uma taxa de mortalidade infantil entre os de 93,7, muito elevada em comparação com a taxa da Amazônia 24,46 e do Estado do Amapá 22,86 óbitos para mil crianças nascidas vivas, segundo Ministério da Saúde/SVS (2007). As taxas da área indígenas em estudo ultrapassam ao esperado considerado alto para qualquer população que é de 50 óbitos por 1000 nascidos vivos no mesmo período e lugar.

Em 2008 foi registrado apenas um óbito e isso significou uma queda considerável em relação aos 2 anos anteriores. Segundo informações dos técnicos da FUNASA, voltou-se as atenções para essa comunidade, melhorando o atendimento de saúde, deslocamento quando necessário, vacinações, para o grupo materno-infanti, apesar das dificuldades estruturais e financeiras, levando em conta as taxas elevadas de mortalidade já citadas.

TABELA 02- DADOS REFERENTES À NASCIMENTO E ÓBITO DA POPULAÇÃO WAIÃPI.

ANO	POP WAIÃPI	NASC. VIVOS	ÓBITO < 1 ANO	C.M.I* < 1 ANO P/1000
2002	622	45	1	22
2003	657	41	2	49
2004	684	47	2	42
2005	726	32	3	94
2006	769	45	4	89
2007	815	37	4	108
2008	847	39	1	26

Fonte: COREAP/DSEI/SIASI (28.02.2009)

* Coeficiente de Mortalidade Infantil, expressa o número de óbito em menores de um ano para cada 1000 nascidos vivos.

É importante destacar que o grupo menor de um ano, está inserido ao grupo que chamamos materno-infantil que abrange as mulheres em idade fértil, crianças e adolescentes. O seguimento materno-infantil, trata-se de um grupo com sérios problemas de saúde pública freqüentemente preveníveis e que gera uma demanda considerável ao serviço de saúde (CORREIA, MCAULIFFE, 1991).

2.5 SAÚDE, DOENÇA E PRÁTICA DE TRATAMENTO DA SOCIEDADE NÃO INDÍGENA.

Para entender como a sociedade não indígena trata seus agravos faz-se necessário transcorrer nos conceitos de saúde e doença e as primeiras representações de saúde e doença foram mágicas entre os povos sem escrita, a doença era vista como o resultado de influências de entidades sobrenaturais, externas, contra as quais a vítima comum, o ser humano pouco ou nada podia fazer.

Em outra concepção, a doença fazia parte das crenças religiosas, era obra dos deuses. Inicialmente era fruto do humor divino, independente do comportamento humano. Esta visão faz parte, das “interpretações religiosas da doença como conseqüência da fatalidade (...) a doença-maldição” (LAPLANTINE, 1991, p. 89). Outra representação também religiosa, mais elaborada porquanto relacional, é a de “uma conseqüência necessária provocada pelo indivíduo ou pelo grupo (...) é a doença-punição” op cit , (1991).

As concepções dos gregos quanto às enfermidades foram anteriormente mágicas e religiosas, onde atuavam os sacerdotes nos templos do deus da medicina, Asclépio, pai de Hygieia, deusa da saúde, e Panakeia, que dominava as artes dos remédios das plantas e da terra. No âmago da escola hipocrática do século V a.C., está, no dizer de Capra (1989), “a convicção de que as doenças não são causadas por demônios ou forças sobrenaturais, mas por fenômenos naturais...”.

Ainda neste século, duas eram as formas de se entender o processo saúde e doença, explicado pelos deuses Hygéia e Asclépio. Para a primeira, a saúde dependeria principalmente de como os homens governavam suas vidas. A higiene era, portanto uma das maiores preocupações, nas quais uma série de prescrições dietéticas

de origem empíricas que visavam a manutenção da saúde. Contudo eram definidas ainda a margem de idéias mágicas e religiosas (GRMEK,1995 p. 257) , pois a cura viria da natureza. A doença resultava assim, do relacionamento inadequado com a natureza, configurando um caráter de culpa e vergonha, conceito este que perdurou de forma submetida por todo mundo antigo e medieval.

Para Asclépio, o médico deveria cuidar a doença de forma mais intervencionista, sem grande preocupação com o modo de vida do paciente. Neste ponto há concordância com “Platão, que criticava o cuidado e o controle excessivo sobre o corpo dos adeptos de Hygéia, exigindo dos indivíduos alterações nos hábitos de vida incompatíveis com a realidade econômica e social em que viviam” (QUEIROZ 1986, p.311).

Neste período, observa-se um conflito no modo de conceber saúde e doença. E permanece a preocupação de explicar os fenômenos, essas explicações, podemos alcançar através do método metafísico, baseado nos acontecimentos míticos. Este método estuda a essência das coisas destacando os princípios e causa do que existe oposta ao materialismo. É a tentativa de explicar os acontecimentos através de causas primeiras - os deuses, sendo o acesso dos homens ao conhecimento derivado na inspiração divina (LAKATOS, 2005).

Num primeiro estágio da civilização, a prestação de assistência garantia ao homem a manutenção de sua sobrevivência, estando na sua origem associadas ao trabalho feminino, caracterizado pela prática do cuidar nos grupos nômades primitivos, porém como os domínios dos meios de cura passaram a significar poder, o homem, aliando este conhecimento ao misticismo, fortaleceu tal poder e apoderou-se dele (TURKIEWICZ, 1995).

As práticas de saúde mágico-sacerdotais adotadas por volta do século V a.C, abordavam a relação mística entre as práticas religiosas e de saúde primitivas desenvolvidas pelos sacerdotes nos templos. Este período corresponde à fase do *empirismo*, pois todo conhecimento baseava-se em experiências vivenciadas no cotidiano (Op. cit, 1995). Essas ações permaneceram por muitos séculos sendo desenvolvidas nos templos que, a princípio foram simultaneamente santuários e escolas, onde os conceitos primitivos de saúde eram ensinados. Muito posteriormente,

desenvolveram-se escolas específicas para o ensino da arte de curar no sul da Itália e na Sicília, propagando-se pelos grandes centros do comércio, nas ilhas e cidades da costa.

As escolas pré-hipocrática, eram variadas as concepções acerca do funcionamento do corpo humano, seus distúrbios e doenças, concepções essas, que por muito tempo marcaram a fase empírica da evolução dos conhecimentos em saúde. O ensino era vinculado à orientação da filosofia e das artes e os estudantes viviam em estreita ligação com seus mestres, formando as famílias, as quais serviam de referência para mais tarde se organizarem em castas (DINIZ, 2006).

A evolução das práticas de saúde no alvorecer da ciência está relacionada ao surgimento da filosofia e baseavam-se nas relações de causa e efeito. Inicia-se no século V a.C., estendendo-se até os primeiros séculos da era Cristã (Op cit, 2006).

A naturalização da saúde e da doença foi passada aos gregos, através dos povos que durante os períodos de guerra pela conquista de território, se instalaram nesses lugares. Embora no oriente, chineses e hindus já relacionassem elementos da natureza e do corpo humano, Hipócrates e seus seguidores, com sua perspectiva humoral¹⁴, estabeleceu de modo mais evidente no Ocidente uma passagem do sobrenatural para o natural.

A influência de Pitágoras nessa fase considerava ser a doença resultado de desarmonia pela ação de violentas paixões, por conseguinte, do obteria a cura pela purificação da alma. Assim, a enfermidade não mais foi vista como resultado da ação de um agente maligno externo, limitando-se dos conceitos arcaicos de origem xamanísticas.

Depois de Pitágoras, o médico e filósofo Alcmeón desenvolveu a concepção de saúde como o equilíbrio entre os infinitos pares opostos (quente/frio; úmido/seco; doce/amargo) que ao desarmonizar geraria doença.

¹⁴Baseado na teoria dos humores de Hipócrates que relacionava elementos do corpo(humores corporais:sangue, fleugma,bílis) da natureza (a elementos fundamentais (água, fogo,terra e ar) ; onde esse equilíbrio proporcionaria saúde ou levaria a adoecer.

Alcméon foi importante por romper com as tradições médico-metafísico vigente e ser o primeiro a referir o estado de saúde correspondendo à normalidade do ser humano, ao reto equilíbrio com a natureza (ENTRALGO, 1970 p. 187)

A prática de saúde, antes mística e sacerdotal, passa agora a ser um produto desta nova fase baseando-se essencialmente na experiência, no conhecimento da natureza, no raciocínio lógico – que desencadeia uma relação de causa e efeito para as doenças e na especulação filosófica, baseada na investigação livre e na observação dos fenômenos, limitada, entretanto, pela ausência quase total de conhecimentos anatomofisiológicos, op.cit, (1970). Essas práticas individualistas voltam-se para o homem e suas relações com a natureza e suas leis imutáveis. Este período, considerado pela medicina grega como período hipocrático.

Há mutua influência entre a medicina hipocrática e a filosofia grega, apesar de Hipócrates não aceitar que à medicina estivesse submetida à filosofia. Mas Hipócrates viveu e ensinou na cidade de Cós que tinha influência da cultura Jônica e esses tinham influência da natureza e sem isso sua escola hipocrática, não teria chegado à ciência, (JAEGER 2003).

É preciso lembrar que o conhecimento científico, não é a única forma de conhecer o mundo e a realidade que nos envolve e nem dizer que ele é o conhecimento mais válido e confiável, antes dele existia outra forma de conhecimento para interpretar a realidade.

Para Hipócrates, a medicina buscava certeza nos resultados obtidos pela observação, sem ultrapassar o que pode ser observado no homem. Por isso polemiza com os que negaram tal fato, pois não seria apenas o caso de simples descrição da natureza, mas sim de conhecer algo certo sobre ela, ou melhor, conhecer a verdade sobre a natureza do homem. Afirma que a medicina existe como arte terapêutica, com campo de atuação definido. Para (JAUANNA apud GRMEK, 1995, p. 25-42), é legítimo, pois é nesse período que a medicina se constitui uma tékhne, “termo grego que recobre duas noções ainda indissociáveis nessa época, a arte e a ciência”.

Nesse período os profissionais hipocráticos questionavam-se sobre sua arte e sobre seus métodos, sua relação com outras ciências. Suas práticas ainda eram tratar de forma miraculosa. A partir daí o homem passa a ser definido nas suas relações com

o universo que o circunda e sua relação não é somente com os deuses mas, com os ritmos das estações, dos climas que interferem no ritmo dos humores dos corpos, segundo uma lei natural (Op. cit, p.41).

Para os gregos, fundamentados na prática de Hipócrates que compreendia o organismo humano, incluindo a personalidade, na teoria dos quatro humores corporais, que consoante as quantidades relativas presentes no corpo, levariam a estados de equilíbrio “eucrasia” ou de doença e dor “discrasia”, os elementos naturais que correspondiam aos humores eram à água, a terra, ao fogo e ao ar, sendo o equilíbrio do sistema a condição para a saúde. Equilíbrio que devia ser perseguido, através dos cuidados com o corpo, hábitos alimentares e exercícios físicos, em uma convivência harmônica com o ambiente natural, onde o ser humano era visto como parte integrada desta natureza.

Para (FONSECA, 2000, p.5) num paralelo, a medicina hipocrática pode ser vista como precursora da aspiração de exatidão da ciência moderna e contemporânea. Essa afirmação tornou-se tão importante que Clavreul (1983) situa nesse momento, o início da racionalidade da escola hipocrática. Isso vem bater de frente com Foucault, quando afirma que essa racionalidade iniciou no final do século XVIII.

A partir da teoria humoral, Hipócrates elaborou sua biopatologia baseada no sexo, no tipo racial e no tipo temperamental esses temperamentos tinham divisões que surgiam de acordo com hábitos corporais, peculiaridades fisiológicas e psicológicas, e pela propensão a enfermar-se. Contudo a medicina hipocrática neutraliza o sentido dessas palavras, reservando ao nome miasma à contaminação do ar vinda dos pântanos, a qual ao passar para o sangue e o tornar impuro, altera morbidamente a *physis* do homem (ENTRALGO, 1970,).

A concepção humoral dos gregos, inclusive a higiene para a conservação da saúde dos corpos e das mentes, foi continuada por Galeno, médico grego que passou grande parte de sua vida na Roma antiga, no século II. Destaca Sigerist (1987) que as termas romanas não eram apenas casas de banho, possuindo ginásios para a prática de esportes, salas de leituras e bibliotecas. Ressalta ainda que muito antes de Galeno, entre os séculos VI e IV a.C., os romanos já haviam desenvolvido um esboço de

administração sanitária com leis sobre inspeção de alimentos e construídos aquedutos baseados na força da gravidade e esgotos. Para ressaltar o grau de representação de saúde e doença da época, destaca-se: os egípcios admitiam um princípio infeccioso aderido às fezes, os romanos drenavam os pântanos e os gregos zelavam pelos corpos e acendiam fogueiras para purificar o ar.

As práticas de saúde monásticas-medievais, período compreendido entre os séculos XV e XIII, focalizam a influência dos fatores sócio-econômicos e políticos do medievo e da sociedade feudal e as relações destas com o cristianismo. Foi um período que deixou como legado uma série de valores que, com o passar dos tempos, foram aos poucos legitimados pela sociedade como: abnegação, o espírito do serviço e a obediência, o cuidar é visto mais como sacerdócio do que como prática profissional.

Na idade média, o mundo ocidental viveu um período profundamente influenciado pela Igreja Católica, onde as representações de saúde e doença retomaram um caráter fundamentalmente religioso. Até o século XII, quando tiveram início os diversos renascimentos dos conhecimentos pagãos; os árabes, no mundo islâmico, seguiam os ensinamentos de Hipócrates e Galeno, enquanto a religiosidade dominava a cultura e os espíritos no mundo cristão.

Os hospitais do ocidente cristão, por exemplo, não eram recursos terapêuticos como os do final do século XIII, onde Foucault (1979) percebeu o nascimento da clínica moderna. Eram casas de assistência aos pobres, abrigos de viajantes e peregrinos, mas também instrumento de separação e exclusão quando serviam para isolar os doentes do restante da população. Um dos valores básicos que envolvia a existência dos hospitais do medievo era a *caridade*, pois cuidar dos doentes ou contribuir financeiramente para a manutenção destas casas significava a salvação das almas dos benfeitores. As ordens cavaleiras de cruzados como a de São João ou dos hospitaleiros fundaram hospitais em suas rotas (ROSEN, 1980). Enquanto representação terapêutica, estes hospitais são a analogia social das sangrias individuais que lhes foram contemporâneas, expulsando o mal e purificando o corpo social.

Por toda a Idade Média seguiu o modelo de Galeno de administrar contra todos os males, remédios abrangentes contendo cerca de 60 a 70 componentes, de origem vegetal ou animal. O desaparecimento da escola escolástica e a adoção do humanismo

no Renascimento levaram ao desenvolvimento dos conhecimentos da época em detrimento dos Teológicos. (LE GOFF, 1991).

Posteriormente ocorreu um profundo desprezo do humanismo pelo trabalho manual, afastando mais a teoria da prática, as artes liberais das mecânicas e a ciência da técnica. Fato esse bem visível entre os médicos eruditos em oposição aos boticários e barbeiros, que na época também prestavam cuidados aos doentes; o primeiro através de plantas medicinais para cura de doenças e outros a cuidados dentários. Daí as importantes Faculdades vêem seus estudos caí nos descréditos, indo para as mãos de iletrados, barbeiros, e com isso ocorrem à perda da fama.

No século XV a Sociedade europeia passava por um período grave em termos de saúde, em virtude dos altos índices de morbidade e mortalidade devido às epidemias de tipo, cólera, além da manutenção de doenças endemias como a lepra e a sífilis. Tais fatos provocaram impactos econômicos e demográficos na Europa, levando a medicina a interessar-se pelos temas epidemiológicos. Ainda neste século o desenvolvimento da astrologia inspirou a combinação dos velhos saberes da Mesopotâmia e do Egito com as teorias de Galeno. Nos diagramas do homem zodiacal as partes do corpo humano foram relacionadas aos astros e signos, indicando as melhores e piores épocas para o uso de certos remédios (SEVALHO, 1993).

As influências dos astros ligadas às ocorrências de epidemias explicavam a classificação de doenças de Thomas Sydenham, segundo as espécies botânicas. Essa “classificação” Gonçalves (1994, p. 120) define como “agrupamento singulares de uma espécie mórbida vinculada a conjunção única de certo número de influências ambientais (...)”. As participações astrais deram um sentido cósmico às epidemias até o século XVIII, quando as influências passaram a designar especificamente a nossa gripe de hoje.

As práticas de saúde pós-monásticas, período que vai do século XV ao século XVIII, evidenciam a evolução das ações de saúde relacionadas à retomada da ciência, o progresso social e intelectual da Renascença e a evolução das universidades. Ainda neste período, o cuidar era quase que exclusivamente realizado pela igreja, a medicina pelos médicos sacerdotes e voltada predominantemente para o campo curativo.

Durante o século XVIII, o poder político da burguesia emergente. Diferentes tipos de intervenção estatal sobre a intervenção da saúde das populações ocorrem no período. Na Inglaterra, o “movimento hospitalista” e o assistencialismo antecedem uma medicina da força de trabalho já parcialmente sustentada pelo Estado em áreas urbanas. Na França com a revolução de 1789, implanta-se uma medicina urbana afim de sanear os espaços das cidades, disciplinando a localização de cemitérios e hospitais, arejando as ruas e construções públicas e isolando áreas “miasmáticas” (FOUCAULT, 1979).

A descoberta dos microorganismos causadores de doenças representa um inegável fortalecimento da medicina organicista. As doenças mais prevalentes na época, de natureza infectocontagiosa, favoreceram a hegemonia de tal modo interpretativo. Mais uma vez o individual, agora cientificizado suplanta o coletivo na abordagem da doença e seus determinantes, op cit, (1979).

O aperfeiçoamento do microscópio, em combinação com o desenvolvimento das técnicas laboratoriais para isolamento e preparação de material para exame, possibilitou a comprovação fotográfica da teoria microbiana, com os trabalhos de Koch. Na perspectiva da microbiologia de então, o achado de uma causa microscópica da doença, deve ter representado, também, uma conformação à visão de mundo estabelecida pela física Newtoniana na qual tudo se originava de partículas cada vez menores, moléculas e átomos, que se movimentavam e emitiam energia, op cit (1979) .

As idéias de contágio se afirmaram enquanto modelo científico de explicação do processo mórbido com as revelações de Paster e Koch. O interesse desses cientistas de aperfeiçoar o microscópio, possibilitaram a comprovação categórica da teoria dos germes e o afastamento do centro do cenário das discussões sociais dos anticontagionistas revolucionários de meados do século XIX (SEVALHO,1993).

As teorias dos germes vieram de certa forma fortalecer a visão mecanicista e reducionista ante a uma medicina que conseguia grandes progressos no campo da saúde pública, com a redução do número de mortes da população.

A descoberta dos antibióticos a partir de 1930 e a sua comercialização depois de 1945 refletiram o auge do paradigma mecanicista, levando muitos a crerem que a resolução da maioria dos problemas de saúde deveria ocorrer no campo da

quimioterapia (QUEIROZ, 1986). Os remédios tornaram-se a chave de toda a terapia médica, a tendência, nesses casos, é tratar um determinado órgão ou tecido, e isso era feito sem levar em conta o resto do corpo e as condições psicológicas e sociais da enfermidade do paciente (CAPRA, 2006).

O referido modelo, passa por constantes modificações e críticas, porém está enraizado na sociedade ocidental e é notório o alto custo da assistência médica nas últimas três décadas, op cit, (2006). Em qualquer avaliação crítica da prática da medicina moderna e do emprego de recursos terapêuticos, não se pode deixar de levar em conta o impacto da descoberta e o sucesso do uso correto das sulfas, antibióticos, antimaláricos, anestésicos, insulina, anticoagulantes, corticosteróides, neurolépticos. Em todas as cidades em que os serviços de saúde são bem organizados, reduziu-se a mortalidade materna e perinatal, e aumentou a expectativa de vida (PIRES, 1995).

2.6 SUSTENTABILIDADE ÀS COMUNIDADES INDÍGENAS

A Amazônia é um palco diferenciado para grandes cientistas nacionais e internacionais, com o olhar na sua biodiversidade. É a região que concentra a maioria das populações indígenas e dentre essas faz parte o povo Waiãpi.

A política vigorosa de desenvolvimento econômico voltado para a Amazônia, período esse que se estendeu da segunda metade dos anos 60 em diante, voltado para economia mundial e internamente com a expansão de indústrias, usinas elétricas e tecnologias na área da agricultura, contribuíram para conflitos sociais com as comunidades ribeirinhas, quilombolas e indígenas, segundo Loureiro, (1992).

Esses conflitos ameaçam a integridade e o modo de vida dessas comunidades, por conta disso, o governo brasileiro para dar satisfação a sociedade nacional e internacional, cria projetos em áreas indígenas. Esses projetos foram aplicados e não responderam a contento, a exemplo com o desenvolvimento do Projeto Carajás. O Banco Mundial liberou recursos financeiros a 23 grupos indígenas do Sul do Pará em detrimento de recorrentes problemas (invasões, doenças e outros) fato ainda hoje não minimizados, pois os índios continuam com os problemas e agora mais um, a dependência financeira (Op.cit, 1992).

Para o povo Waiãpi, a abertura da rodovia perimetral Norte, foi um desastre no início do contato na década de 70, pois facilitou o ingresso de invasores, garimpeiros, gateiros, trazendo com isso prejuízos a sua integridade sócio-cultural. E o que se percebe é pura falta de conhecimento do modo como essas comunidades apresentam seu horizonte e no que diz respeito a sustentabilidade social.

Quando se falar de sustentabilidade, vem logo a mente a sustentabilidade voltado para o desenvolvimento econômico. Segundo Redelift, (2003, p. 47) “o conceito parece estar mais nos discursos que os rodeias do que em qualquer valor heurístico que ele possa ter”, ou seja, não levam em consideração as regras e métodos que as levaram a descoberta do termo utilizado. O trabalho deste autor defende que a sustentabilidade não deva estar somente ligada ao exterior, mas fazer do homem parte integrante do processo.

Para Veiga (2008), muitos acreditam que a conciliação entre o crescimento econômico moderno e a conservação da natureza não é algo que possa ocorrer em curto espaço, haja visto que o econômico é hegemônico.

Segundo op. cit (2008), considera que para se chegar ao “meio caminho” ainda estar muito longe esses debates entre o econômico e a preservação da natureza. Porém, o que tem havido é coisa bem diversa: desde 1987, um grande processo de legitimação e institucionalização normativas da expressão “desenvolvimento sustentável” começou a se afirmar. Sobretudo, após a publicação do Relatório Brudtland, consolida a qualificação do desenvolvimento sustentável como politicamente correto (AZANHA, 2002).

Entretanto economistas críticos passam a colocar em cheque esse relatório, a ciência econômica clássica passa a questionar qual o valor da diversidade biológica. Daí passam a criar instrumentos que aponte essa importância em relação a economia vigente. Entretanto, seria um grande equívoco imaginar que só os economistas utilizariam técnicas de valoração dos elementos do meio ambiente que não tem preço. Por razões práticas em países com maior poder monetário, é comum consultar pessoas sobre o valor que atribuiriam a uma determinada melhoria da qualidade do ar ou a preservação de um rio.

Veiga (2008) diz ainda que para alguns a ciência econômica só não respondeu no passado por que não eram considerados aqueles de fazer pressão pela sociedade. Outros acham que esses problemas revelam a imaturidade da economia como ciência, pois não questionavam suas teorias comuns a qualquer teoria das mais radicais às mais conservadoras.

É na década de 80 que a re-emergência da economia de mercado e as medidas de sustentabilidade é associada e claramente marca um divisor de águas para a política ambiental (REDELIFT, 2003). De forma crescente a “sustentabilidade” foi se distanciando do meio ambiente e a sustentabilidade ambiental foi confundida com questões mais amplas de equidade, governabilidade e justiça social, o que serviu para ampliar a discussão política.

Esse distanciamento oportunizou um outro olhar para a sustentabilidade, ou seja baseado em varias criticas de desenvolvimento, passaram a ter um olhar mais cosmo-centrico e não aquele voltada apenas em benefícios econômicos, mais em benefícios voltado para o etnodesenvolvimento. Porém se passou a discutir como poderia se medir ou atribuir valores em não degradar a natureza.

Estudos realizados da turma da economia ecológica fizeram cálculo dos benefícios proporcionados aos seres humanos por dezesseis grandes ecossistemas terrestres, publicados em 1997 pela revista *Nature*. Eles dizem que as “funções desses ecossistemas vêm beneficiando gratuitamente a humanidade há milhões de anos, valendo duas vezes mais toda riqueza produzida no mundo durante um ano, isto é 33 trilhões de dólares anuais” (Op. cit, 2008. p.127).

Se bem que a palavra etno (desenvolvimento), segundo o que propôs o conceito (Stavenhagen), seria o desenvolvimento que mantém o diferencial sociocultural de uma sociedade (sua etnicidade). Não tendo a palavra desenvolvimento haver com indicadores de “progresso” (AZANHA,2002).

Portanto, seja qual for o futuro resultado da discussão sobre etno desenvolvimento e sustentabilidade é nesse contexto que se “descobre” a sociedade indígena. E para as sociedades indígenas, sustentar-se significa manter o equilíbrio das trocas com o mundo natural (e sobrenatural) visando à segurança dos parentes mais próximos e repondo, no processo, os estoques de corpo humano, das almas e seres

(recursos) "naturais" (AZANHA, 2002). Sua relação com o recurso existente na natureza é sociológica e não puramente ecológico. Preocupam –se com o hoje do seu grupo e tudo que o circula. Diferente das comunidades ocidentais, que pregam o acumulativo de materiais para a manutenção das gerações futuras.

O que mantêm esses povos sobrevivendo até o momento em seus habitat, dentre vários motivos está o conhecimento tradicional e o que se propõe neste tópico, é mostrar que o conhecimento tradicional com as praticas de plantas medicinais utilizadas pelas mulheres Waiãpi pode leva-las a sustentabilidade. Para Posey (1994) o conhecimento tradicional dos povos indígenas é essencial para consolidação de práticas sócio-culturais que possibilita um desenvolvimento ecologicamente sustentável para Amazônia.

Nesta seqüência o trabalho tradicional da mulher indígena com plantas medicinais de certa forma ter uma atribuição sustentável para a sua comunidade. Para entendermos esse desenvolvimento sustentável, não basta partir do ponto de vista como eles vêem o mundo é necessário incorporar os conhecimentos tradicionais em alcançar um desenvolvimento participativo (SILLIOTE 2002 apud BALLÉ, 2005) que possibilite a interação conjunta de saberes tradicionais dos povos indígenas e das sociedades ocidentais visando a sustentabilidade do manejo adequado dos recursos (LOPEZ, 1998).

Na integração destes dois saberes objetiva-se a possibilidade de diminuir problema, de melhorar o desempenho dos programas nas comunidades, facilitar o diálogo e o entendimento entre os agentes externos (órgão governamentais e não governamentais) com a comunidade e pensar em uma proposta conjunta de fortalecimento das práticas com as plantas medicinais baseadas nos saberes tradicionais da cultura indígena.

3. ABORDAGEM METODOLÓGICA

3.1 TIPO DE ESTUDO

É um estudo descritivo-qualitativo, tendo como método, a pesquisa de campo com ênfase na observação e na descrição etnográfica dos fatos observados . A escolha desse método é o que mais se aproxima do entendimento partindo do objeto da pesquisa no seu contexto tradicional, a participação da mulher Waiãpi na prática com plantas medicinais.

Na abordagem qualitativa, busca-se compreender a totalidade de determinado fenômeno, coletar informações sem instrumentos formais ou teorias pré-concebidas, considerar o subjetivo como um meio de compreender e interpretar as experiências pessoais e analisar as informações coletadas de uma forma organizada e intuitiva (POLIT, HUMGLER, 1995). Fica clara, a necessidade de o pesquisador ter consciência das possíveis interferências que possam ocorrer pela sua subjetividade, buscando criatividades através de viés da pesquisa que possa atender seus objetivos.

Para Patton (1986), a principal característica da pesquisa qualitativa é que ela segue a tradição “compreensiva ou interpretativa”. Significa que a pesquisa parte do pressuposto de que as pessoas agem em função de suas crenças, percepções, sentimentos e valores e que seus comportamentos têm sempre um sentido, um significado que não dá para conhecer de imediato e precisa ser desvelado. Cabe-lhes, pois, adentrar na subjetividade dos fenômenos, voltando a pesquisa para grupos delimitados em extensão, porém possíveis de serem abrangidos intensamente (TURARTO, 2005).

Na investigação qualitativa, o que é valorizado é a palavra que expressa a fala, sendo sua pretensão compreender, em níveis aprofundados, os valores, práticas, hábitos, atitudes e normas culturais que asseguram aos membros de um grupo ou sociedade a atuação no seu cotidiano. Para tanto a pesquisa não pode ocorrer em espaço construído artificialmente pelo pesquisador. Ela exige observações de situações cotidianas em tempo real (DESLANDES e ASSIS 2002).

O estudo descritivo é definido por Rudio (1999, p.69), como aquele que “está interessado em descobrir e observar fenômenos, procurando descrevê-lo, classificá-lo e interpretá-lo sem nele interferir para modificá-lo”. Assim sendo, a forma adequada para obtenção dos dados descritivos é o contato direto entre o pesquisador e o que se está estudando valorizando o processo.

No que se refere à etnografia, seu significado “*Ethno*”, vem do grego grupo, raça, povo. *Grafia*=escrita. É uma subdisciplina da antropologia descritiva que dedica-se a compreender crenças, valores, comportamentos dos sujeitos por meio de uma experiência vivida (DOMINGUES, 1988). Baseia-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e definida por seus próprios atores (POLIT e HUNGLER, 1995 apud CHAMILCO, 2004).

Assim, a pesquisa etnográfica consiste em tentar elaborar a base, na qual se imagina estar situado, não com o intuito de tornar-se um nativo ou copiá-lo, mas de conseguir conversar e pensar como ele criativa e imaginativamente (AMOROZO; MING; SILVA, 2002). Este método foi utilizado com o propósito de facilitar ao pesquisador o entendimento da importância para as mulheres indígenas das práticas tradicionais com plantas medicinais e levando em conta a interação com outras práticas existentes, em seu grupo social.

A etnografia como abordagem de investigação científica traz algumas contribuições para o campo das pesquisas qualitativas por preocupar-se com uma análise holística ou dialética da cultura, isto é, a cultura não é vista como um mero reflexo de forças estruturais da sociedade, mas como um sistema de significados mediadores entre as estruturas sociais e a ação humana (MATTOS, 2001).

A etnografia se desenvolveu no final do século XIX e início do século XX, como uma tentativa de observação mais holística dos modos de vida das pessoas. Foi encontrada primeiramente em livros de viagem, descrevendo sociedades exóticas (SEGOVIA, 1988). Essas sociedades chamadas exóticas e estranhas, eram compostas de pessoas, por ele considerado como “índio” (SOUZA e BARROSO, 2008). Voltando aos livros, muitos desses foram criticados por serem incompletos ou por dramatizarem excessivamente os fatos descritos. Houve também neste período um estudo de caso

descrevendo os modos de vida desses "povos exóticos", introduzindo desta forma a etnografia que daí se desenvolveu. O método etnográfico tem a finalidade de desvendar a realidade através de uma perspectiva cultural (SEGOVIA , 1988).

Para Bernardi (1974, p. 54) são quatro os fatores essenciais da cultura:

“o **anthropos**, ou seja, o homem na sua realidade individual e pessoal; o **ethnos**, comunidade ou povo entendido como associação estruturada de indivíduos; o **oikos**, o ambiente natural e cósmico dentro do qual o homem se encontra a atuar; o **chronos**, o tempo, condição ao longo do qual, em continuidade de sucessão, se desenvolve a atividade humana”. Acrescenta que um fator por si só não constitui a cultura, mas a ação dos quatro fatores é uma constante no processo cultural. Cada ação do indivíduo único, mesmo sendo novo, original ou importante, estaria destinada a perder-se ou apagar-se se não fosse apropriada pela coletividade, articulada num conjunto orgânico e transmitida como parte do patrimônio comum.

Assim, o método etnográfico se adequou ao objeto do presente estudo, pois trata-se da importância das práticas tradicionais para essas mulheres Waiãpi com plantas medicinais onde a valorização desse conhecimento não é individual e sim coletivo. Porém, dentro desse método para que a pesquisa flua é necessário aproximar o pesquisador dentro do cotidiano dessa sociedade para que através dos instrumentos: observação participante e o diário de campo favoreça a compreensão do fenômeno.

Para Malinowski (1953) apud Lima et al. (1996), o autor salienta que, para a apreensão da realidade, o trabalho de campo é condição “sine qua non”, o que fez dele o mestre do método antropológico da observação participante. Para desenvolver um trabalho etnográfico faz-se necessários dois momentos indissociáveis e sempre em articulação: “*estar aqui*” e o “*estar lá*” (GEERTZ, 1988. P.131) ou seja *estar aqui*, é estar na academia, estudando os significados de tudo que você observou, analisando o que observamos do “outro” durante você *estar lá*, no campo da pesquisa, entre a familiaridade e o estranhamento, observando, interagindo nos vários momentos de campo, onde várias vezes estranhemos códigos, costumes e formas de agir e classificar.

Em vários momentos no trabalho de campo, o isolamento físico e em pensamento torna-se necessário, pois é imprescindível para fazermos as anotações no diário. Nesses momentos nos colocamos no lugar do outro, adentramos no seu mundo, aproximamos paradigmas e conceitos, porém já estamos fazendo incursões no referencial teórico (AMOROZO; MING; SILVA, 2002)

A pesquisa etnográfica permite lançar mão de várias técnicas de coleta de dados, nesse estudo optou-se pela observação participante, entrevista semi-estruturada, e o diário de campo para os registros. A observação etnográfica sustenta-se sobre o encadeamento das técnicas entrelaçadas de perceber, memorizar e anotar [...] a observação continua sendo a principal ferramenta da etnografia (BEAUD e WEBER, 2007, p. 97).

A atitude participante, segundo Chizzotti (2003) pode estar caracterizada por uma partilha completa e duradoura e intensiva da vida e da atividade dos atores sociais em estudo, identificando-se com eles, como igual entre pares, vivenciando todos os aspectos possíveis da sua vida, ações e significados. E assim, ocorreu durante as idas e vindas no período de 7 meses de trabalho de campo, acompanhando a vida cotidiana dessas mulheres indígenas em sua comunidade, conversando sobre as razões e significados dos seus atos em se tratando do objeto da pesquisa. Na verdade, outras situações transcorreram, mas serão relatadas na análise desse estudo.

Quanto à entrevista, é um dos elementos que complementa esse estudo, fortalecidas pelo diário de campo. Foram gravadas e fotografadas após concordância dos participantes, e obedeceu a critérios etnográficos citados por Dawson (1981): a) o pesquisador deve realizar a maior parte do trabalho de campo pessoalmente; b) imergir na realidade para entender o universo; c) o pesquisador deve trazer experiências com outras culturas para melhor entendimento.

Cabe destacar que, nesta modalidade de investigação, observação, descrição e análise das tradições da população que está sendo estudada, são passos essenciais para sua compreensão. Por outro lado, julgamento, avaliação e ou configuração das condutas observadas não fazem parte desta metodologia. Conseqüentemente, o êxito deste tipo de investigação depende em grande parte da sensibilidade do pesquisador diante das situações com as quais se depara e da interação que estabelece com a população em estudo. Através do “tato conquistará o respeito e a confiança das pessoas e definitivamente seus materiais serão mais ricos”, Herskovits (1963, p. 104).

A análise das pesquisas etnográfica será considerada a partir dos dados mais relevantes obedecendo aos objetivos do estudo proposto e se buscou reavaliar a relação e experiência num nível de abstração mais elevado.

3.2 SUJEITO DA PESQUISA

Para a pesquisa foram eleitas mulheres da tribo Waiãpi, que preparam e administram remédios a base de plantas medicinais em pessoas da sua comunidade. A população feminina de toda a área indígena é de 424 habitantes. Elas estão distribuídas entre 42 aldeias, sendo que temos algumas de ocupação permanente, aproximadamente nove, e as demais de uso intermitente. Essa distribuição (ver mapa 01) baseia-se na organização sócio-política dos Wajãpi que considera a dispersão dos grupos familiares pelo território, a autonomia política e econômica de cada grupo e ao mesmo tempo contribui para fiscalização do território (MACÁRIO, 2002).

Por conta das dificuldades geográficas de acesso a todas as aldeias, seria humanamente impossível viabilizar essa pesquisa a tempo oportuno, então optou-se em concretizar o estudo com as mulheres com quem foi feito o contato inicial e se apresentaram dispostas a participar do estudo, são residentes entre as 4 aldeias: Comunidade do triângulo do Amapari- CTA; Manilha; Cachoeirinha e Jakaré. O número de mulheres entre essas 4 aldeias, são 24, porém as mais novas respeitando a experiência das outras mulheres mais velhas, abriram mão da participação e entre elas (mais velhas) 13 do grupo aceitaram participar da pesquisa, e o ponto de saturação chega em oito declarantes.

3.3 - CENÁRIO DA PESQUISA

O estudo foi realizado na Comunidade dos Povos Indígenas Waiãpi, território brasileiro. A população geral é de 847 pessoas, sendo 424 mulheres e 423 homens (BRASIL, 2004).

A terra indígena Waiãpi está localizada na região centro oeste do Estado do Amapá, nos municípios de Laranjal do Jarí (60%) e Pedra Branca do Amapari (40%). Segue entre as cabeceiras das bacias dos rios Jarí (lado oeste), Amapari (a leste) e Oiapoque (ao norte), (MACÁRIO, 2002). A homologação foi executada através do

decreto nº 1.775/96 de 23 de maio de 1996 (DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO), com uma extensão territorial de 607.017,24 ha.

A cidade mais próxima da área indígena é Serra do Navio, o acesso a essa área é através da via terrestre e aérea, por helicóptero. O acesso por estrada, partindo de Macapá até a área se faz em 5 a 6 horas de automóvel na época do verão (ver figura 01). Essa foi produzida após ter chegado à aldeia do CTA, onde foi a base de morada desta pesquisadora, partindo daí para as outras aldeias. Da aldeia CTA para Manilha era feito um percurso de 12 km a pé ida e volta; para a aldeia Jakaré fazia-se um percurso de 18 km, ida e volta; para Cachoeirinha apenas 1km ida e volta.

Informamos que sempre tivemos a companhia de um indígena, por questões de segurança, pois estávamos em uma mata onde todos os tipos de animais perambulavam soltos na área. Na figura de número 02, se pode confirmar as dificuldades de acesso em épocas de chuvas, por ser uma área de floresta tropical, existem trechos que são quase intrafegáveis, colocando em risco a quem se aventura percorrer a estrada da Perimetral Norte nessa época, e para chegar ao destino que são as aldeias o tempo se estende, muitas vezes sem previsão de chegada, pois são aproximadamente 200 km de estrada sem asfalto.



Figura: 01: Perimetral Norte na área Wajãpi
Fonte: Nely Dayse Santos da Mata



Figura: 02: Viagem da equipe da FUNASA à área Wajãpi em período de chuvas.
Fonte: Paulo Vieira – Técnico/FUNASA

Dentro da área indígena, o deslocamento entre as 42 localidades se faz a pé, de carro e através de voadeira (barco com motor de popa muito veloz), pois a composição das aldeias Waiãpi é transitória, esses povos estão em constante transição com suas roças.

As habitações são de casas tipo palafitas de palhas (Ovi ou Warakuri), construídas sobre estacas chegando até 2 metros de altura (ver figuras 03 e 04). Estão substituindo as casas altas por casas térreas feita apenas a cobertura do teto com as palhas. São povos que apesar dos 30 anos de contato com a nossa sociedade, ainda mantém suas tradições milenares.



Figura 03 Tipo de casa Wajãpi
Fonte: Nely Dayse Santos da Mata



Figura 04 Casa de reunião
Fonte Nely Dayse Santos da Mata

Sobrevivem de caça e pesca, roças familiares com plantio de mandioca, banana, milho e outros, assim como alguns alimentos industrializados introduzidos pela sociedade envolvente.

3.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS DA PESQUISA

A pesquisa foi submetida à anuência prévia da comunidade indígena Wajãpi, através da Assembléia Geral, Funai Regional e FUNAI/Brasília, CONEP e CGEN/MMA, e teve a aprovação sob o número 244/CGEN/MMA.

Após apresentar o projeto à comunidade, e concordarem com o estudo, esta pesquisadora percorreu um longo caminho burocrático com os órgãos governamentais responsáveis principalmente pelo acesso ao conhecimento tradicional das comunidades indígenas. Todas as solicitações exigidas na Medida Provisória nº 2.186-16 de 23 de agosto de 2001, obedecendo a Resolução nº 05 do Conselho de Gestão do Patrimônio Genético – CGEN. Confesso que algumas vezes quase desisti, tão grande a formalidade dos órgãos governamentais, mas a estreita ligação construída junto aos indígenas (durante quase duas décadas) e a relevância do estudo, foram estímulos para prosseguir.

Todas as depoentes do estudo foram informadas que estavam sendo coletados dados para a pesquisa. Apesar da informação inicialmente ter sido de forma coletiva, elas sabiam que eram elas as participantes do estudo. Considerando o caráter da pesquisa, não há riscos que ameçam a vida ou o bem-estar das participantes durante a pesquisa de campo. E como forma de garantir a integridade física e emocional das mulheres, toda a informação utilizada na pesquisa foi tratada de forma confidencial, com finalidade de assegurar a privacidade das pessoas, utilizando a identificação delas por códigos, serão chamadas pela letra “M”, seguida pela numeração ordinária crescente “M₁; M₂ ...”.

Foi permitido às participantes desistir em qualquer fase do estudo; garantir o acesso aos resultados da pesquisa. Não houve e nem há qualquer despesa para as mesmas. As entrevistas foram gravadas após consentimentos livres e esclarecidos com as envolvidas, pois Brasil (1996) afirma que o respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.

Na Resolução 196/96, procura afirmar o respeito devido aos direitos dos povos indígenas no que se refere ao desenvolvimento teórico e prático de pesquisa em seres

humanos que envolvam a vida, os territórios, as culturas e os recursos naturais dos povos indígenas do Brasil. Assim mesmo, depois de concedida as entrevistas, o sujeito poderia retirar o que julgasse conveniente, e mesmo depois esse direito é assegurado. Informo, que se usou gravador com permissão das participantes e lhe foi dado o direito de solicitar que o aparelho fosse desligado em qualquer momento da pesquisa.

Informo que as participantes que não sabiam assinar seu nome no termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice “A”) o fizeram por meio de impressão digital.

3.5 OBTENÇÃO DOS DADOS ETNOGRÁFICOS

Nesta fase, o pesquisador é seu principal instrumento, é preciso conviver no ambiente natural das informantes, escutando, observando e participando do seu mundo para descobrir a forma mais adequada de ter acesso aos dados do estudo.

Utilizou-se, na obtenção dos dados, um diário de campo, onde foi descrito o cenário cultural, reflexões referente, à importância das práticas tradicionais para as mulheres Wajãpi com as plantas medicinais para o tratamento das pessoas na comunidade. Esses registros foram embasados na observação participante dos costumes, rituais e expressões particulares que vieram a ter relação com o estudo e essa técnica ocorreu em todo o processo da pesquisa.

A técnica de observação de fatos, comportamentos e cenários é extremamente valorizada pela pesquisa qualitativa e pelo método etnográfico, pois algumas das vantagens da observação, segundo Mazzotti e Gewandsznajder (1999) é, “checar”, na prática, a sinceridade de certas respostas e permite identificar comportamentos não-intencionais ou inconsciente, e explorar tópicos que os informantes não se sentem à vontade para discutir”.

A observação participante tem nesse estudo várias finalidades, retornar a área indígena e ter acesso às mulheres, explorar o modo de vida delas para manter a relação de confiança e respeito mútuo. Para Marconi e Lakatos, (2005) “consiste na participação real do pesquisador com a comunidade. Ficar tão próximo quanto um membro do grupo que está estudando e participar das atividades”. Isso facilita colocar o

pesquisador do mesmo lado do grupo para promover confiança, mesmo que o pesquisador enfrente dificuldades é importante deixar claro os objetivos da investigação.

A fim de nortear um caminho para chegar a concepção dessas mulheres sobre o objeto da pesquisa utilizou-se o registro discursivo, que foi um roteiro de entrevista semi-estruturada (apêndice “B”) para cada mulher que se prontificou a participar. Referindo-se à utilização da entrevista, Ludke e André (1986) afirmam que “entrevista mostra-se como instrumento importante na pesquisa etnográfica, pois permite a capacidade imediata e coerente da informação desejada, praticamente com qualquer tipo de informante, sobre mais variados tópicos”.

As entrevistas foram gravadas e, desta maneira, favoreceram mais riqueza de conteúdo para a pesquisa. O local foi a própria aldeia onde residiam no momento do estudo, acompanhadas sempre de uma intérprete indígena que faz parte de seu convívio cotidiano, pois as indígenas mais novas compreendem e sabem falar a língua portuguesa. Foi utilizada a fotografia como registro etnográfico. Collier Junior (1973) destaca a fotografia na Antropologia como parte do trabalho de amostragem. Neste sentido, é utilizada para comparar artefatos materiais, na identificação literal por meio da foto-entrevista ou no controle de amostras repetitivas. De acordo com o autor, um dos objetivos da amostragem é somar na produção e análise do material de documentação etnográfica. Nesse caso, utilizou-se para identificar as principais plantas medicinais utilizadas pelas mulheres. As fotografias foram feitas após o consentimento das participantes e das lideranças da aldeia das quais elas fazem parte, pois, para o povo Wajãpi, deve-se ter cuidado com fotos, gravações, pois quando acontece esse procedimento para eles vai junto o princípio vital, “i’ã” (alma, memória) Pesquisadores Waiãpi, (2008). O cuidado que eles referem é não jogar fora em qualquer lugar ou rasgar suas imagens pois caso aconteça pode desenvolver alguma doença ou infortúnio na pessoa ou outro ser vivo fotografado ou gravado.

3.6 COLETA DO MATERIAL BOTÂNICO

As coletas foram realizadas após as entrevistas com as mulheres, foram agrupadas as informações e selecionadas as principais plantas medicinais usadas para tratar pessoas doentes ou com infortúnios para fins de identificação botânica e os quais estão sendo incorporados no herbário do IEPA (HAMAB) (ver apêndice “C”).

As plantas usadas próximo do domicílio, são normalmente as mulheres que cultivam, e foram feitas as coletas por elas mesmas. As outras citadas que não encontravam-se nas redondezas, elas indicaram o indígena Matã Wajãpi para nos acompanhar mata adentro e identificar as plantas. Segundo elas, Matã poderia receber o pseudônimo de “doutor raiz”, pelo seu vasto conhecimento na área. Recebemos essa mensagem como muita satisfação e o mesmo apresentou vontade e disposição de qualquer forma participar da pesquisa, e nesse momento, se percebe a confiança que estava se estabelecendo entre os atores sociais e a pesquisadora, assim como a importância do estudo.

A coleta mais distante foi acompanhada por Matã e executada pela própria pesquisadora que recebeu treinamento através dos técnicos do IEPA, o Biólogo e pesquisador Dr. Raullyan Borja Lima Silva e pelo acadêmico em Engenharia Florestal Wellison Severino. O objetivo foi coletar e prensar *in loco* para o processo de secagem o material para a sua identificação taxonômica. O horário e os dias de coleta foram indicados pelas mulheres e pelo indígena Mata. Elas não pararam em momento algum suas atividades domésticas para participar da pesquisa e com isso a pesquisadora era que se adequava ao tempo delas e do Matã. Ao todo foram 2 dias de coleta em campo, no total de 14 amostras.

As técnicas de coleta do material botânico seguiram as descritas por (FIDALGO e BONONI, 1989). A Classificação taxonômica foi conferida utilizando a Base de Dados Trópicos do Missouri Botanical Garden (2001). A identificação e classificação do material botânico foram realizadas por técnicos e especialistas da Divisão de Botânica do Instituto de Pesquisas Científicas e Tecnológicas do Amapá – IEPA. A classificação das espécies foi realizada segundo Cronquist (1988).

3.7 ANÁLISE DOS DADOS:

A análise de dados é uma das etapas da pesquisa importante para melhor entendimento, onde Gil (1999, p.167) afirma que “a análise tem como objetivo organizar e resumir os dados de forma tal, que possibilitem o fornecimento de respostas ao problema proposto para investigação”.

A análise dos dados começou tão logo começaram as transcrições das gravações, procedimento iniciado após as entrevistas. Essa forma facilita a avaliação do procedimento metodológico, cria possibilidades de ajustes no processo, bem como pode direcionar o pesquisador. Para Cipriani, Pozzi e Corradi (1993) apud Chamilco (2004; p: 92),

[...] a atenção prestada à transcrição se torna então um aspecto essencial da análise que se segue; a relação da entrevista é organizada em três pontos diferentes e interdependentes: o primeiro reproduz por escrito o texto do registro; o segundo descreve a estrutura (frame) de interação tal como foi instaurada no curso de entrevista; o terceiro consiste na interpretação obtida do cruzamento do primeiro com o segundo.

A exploração do material consiste essencialmente na codificação do material relatado pelo sujeito da pesquisa, onde foi selecionada a categoria teórica ou empírica que comandou a interpretação do estudo. No entanto, na medida em que os dados foram selecionados, eles foram categorizados de forma micro e a pesquisadora identificou semelhanças e diferenças quanto às afirmações e comportamento encontrados.

A interpretação dos resultados tomará como base as categorias selecionadas na etapa anterior. Fez-se baseado em materiais de informações (que se iniciará na pré-análise), reflexão, materiais empíricos, estabelecendo interações com embasamentos teóricos e levando em consideração os objetivos da pesquisa.

As categorizações o pesquisador identifica-as com o intuito de compreender a situação, observando o significado do contexto (CHAMILCO, 2004). Utilizou-se o diário de campo para confrontar as variações dos resultados. Os dados foram apurados para descobrir a saturação de idéias e fatores recorrentes de significados diferentes ou próximos, expressões, explicações relacionadas ao tema da pesquisa.

As mulheres indígenas que procederam às narrativas foram oito e sete participaram como tradutoras da verbalização quando se fez necessário, e esses dados

foram determinados após a obtenção do ponto de saturação, que permite o entendimento do fenômeno em estudo. É importante relatar que os nomes das plantas foram revisados várias vezes sua escrita na língua Wajãpi com as mulheres que sabiam escrever e entendiam o português e depois ainda foi feita a revisão com o professor indígena Caubi Wajãpi, para não termos dúvidas sobre a grafia indígena.

3.8 CARACTERIZAÇÃO SOCIAL DAS MULHERES INDÍGENAS PARTICIPANTE DA PESQUISA

São mulheres casadas, com idade entre 31 a 74 anos. Número de filhos é variado entre 1 a 6 filhos, não há predominância de sexo entre os filhos dessas mulheres. A maioria das depoentes não frequenta escolas, já as que serviram de interpretes todas frequentam escolas. Suas atividades diárias estão no cuidado com os alimentos para a família, na busca em roças, caçando com seus respectivos maridos, trabalho na roça, cuida dos animais domesticáveis, busca de material na mata para confeccionar artesanatos, participa ativamente no preparo de alimento e bebidas que antecede as festas e rituais tradicionais.

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA

Na análise do material colhido e observado destacou-se três categorias, a saber: 1) Plantas medicinais do cotidiano das mulheres e principais formas do fazer e usar; 2) As narrativas de doença e tratamento: há integração dos saberes indígenas e não indígenas?; 3) Conhecimento tradicional e a possível sustentabilidade.

As análises das categorias temáticas são fundamentadas pelos referenciais teóricos que percorrem a pesquisa assim como outros identificados mais especificamente para análise dos dados coletados que vai dar suporte à discussão dos objetivos da pesquisa.

4.1 CATEGORIA 1 – As Plantas Medicinais do Cotidiano das Mulheres e Principais Formas de Fazer e Usar.

A prática com plantas medicinais é feita por quase todas as mulheres adultas. Embora o conhecimento seja difuso na comunidade, há aquelas que sabem um pouquinho mais que outras. Entretanto, isso foi percebido pela experiência adquirida das mais velhas, pois, quando se perguntava sobre o conhecimento das plantas que são usadas como remédio, as mais jovens sempre afirmavam que não sabiam muito, só as mais velhas é que dominavam o assunto.

Em outras comunidades indígenas, temos especialistas no conhecimento de plantas que são usadas como remédio, porém algumas famílias não sabem o remédio para determinados males, caso necessitem, devem retribuir o conhecimento adquirido da especialista (CONFOLONIERI,1993).

O uso das plantas pelas mulheres Wajãpi é mais praticado para a própria família e não há exigência em retribuição caso outras famílias necessitem. Elas não se preocupam em armazenar a parte da planta usada para remédio em sua casa, à maioria das plantas citadas são usadas “in natura”, pois, são fáceis de serem encontradas, normalmente próximo da casa ou aldeia, dependendo da doença, outras são achadas na mata, porém, se for um pouco distante elas pedem para algum homem

do grupo que conheça buscá-las ou seu marido acompanhá-la, pois tem que ter cuidado com outros animais que transitam na mata.

“Quando cheguei na área indígena depois de tanto tempo, ao visitar a aldeia do CTA, que fica aproximadamente, cem metros do alojamento onde fiquei hospedada em 2008, me deparo com uma prática de cura, lá estava uma indígena em sua rede ao lado de seus familiares, colocando um breu de um cipó no seu pulso esquerdo fraturado. O cipó chamado ‘Korowaê’, segundo as informações da indígena serve para colar o osso e tirar o inchaço. A fratura era antiga (três meses, já havia ocorrido o fato) mas, ainda doía e inchava. Na época não pode operar, pois estava grávida nos primeiros meses e não podia receber anestesia. Naquele momento também não tinha nenhum profissional de saúde no posto de sua aldeia, além de mim que estava lá com outra finalidade. Mas, foi o momento inicial para interação desse estudo com as práticas por elas exercidas”. (Diário de Campo, 2008-2009).

Existe uma infinidade de ervas, raízes, cascas e folhas utilizadas na medicina tradicional das mulheres indígenas. Muito em forma de chá, maceração, inalação e infusão para vários tipos de doenças e infortúnios relatado por elas. Antes de chegar a resultados é bom lembrar que para os Wajãpi os humanos não são “donos” dos recursos naturais que os rodeia, para eles cada grupo de espécie tem um “dono” e a ação sobre eles tem a necessidade de uma mediação e/ou prudência no seu uso (MACARIO, 2002).

Os vegetais também possuem “donos”, algumas árvores são mestres controladores, alguns mais outros menos agressivos, e algumas não podem ser cortados como: Kumaka (sumaúma – *Ceiba pentandra L.*), Peyryry (angelin – *Dinizia excelsa*) e outras (op.cit, 2002). Caso seja transgredida a tradição, a pessoa que praticou sofrerá as consequências.

A forma de usar os vegetais foi passada de geração e geração para essas mulheres, de forma oral como manda a tradição Wajãpi e são utilizadas de forma cautelosa. Através dessa forma tende à redução ou mesmo ao desaparecimento, quando sofre a ação inexorável da modernidade (GUARIN, et al., 2000). Observe a fala quanto ao uso do vegetal:

“Para dor de urina, corta ‘parte’ da raiz do taperebá rapo e tomar a água que sai de dentro dela” (M₃)

Existe várias maneira de preparo e uso e os mais freqüentes são através de banho, chás para ingestão, maceração, inalação. Veja Quadro (01), com as

identificações do nome vernacular, nome indígena, família, nome científico, aplicação dada pelas indígenas, parte das plantas utilizadas, forma, modo de uso e contra-indicação de algumas plantas.

NOME VERNACULAR	NOME INDÍGENA	FAMÍLIA	NOME CIENTIFICO	APLICAÇÃO DADA PELAS INDÍGENAS	PARTE DA PLANTA USADA	FORMA	MODO DE USO	CONTRA-INDICADO
Não encontrado	Apukuapoã*	Rubiaceae	<i>Psychotria colorata</i>	Dor no ouvido	Flor	Espremer a flor	Espremer a flor	
Não encontrado	Jiruru*	Leguminosae-Mimosoideae	<i>Parkia</i> sp.	Dor de barriga Abortiva	Casca do caule	chá	Ingerir	Gestante
Gengibre	Jamarata **	Zingiberaceae	<i>Zengibre Officinalis</i> L.	Dor de cabeça no resguardo; Perturbação de espírito ruim; tonteira	Raiz	Chá In natura	Ingerir o chá; Cheirar pedaço da raiz	
Jenipapo	Jenipapo **	Rubiáceae	<i>Genipa americana</i> L.	Afastar espírito mau	Fruto Verde	Usado com óleo de andiroba ou água	Passar no corpo	
Andiroba	Janyro **	Meliaceae	<i>Carapa guianensis</i> Aubl.	Dor nos ossos e músculo; Dor no ouvido	Óleo da Amêndoa	Óleo	Passar no local onde dói; Pingar no local algumas gotas	
Não encontrado	Jamyrana ou Wemy'a *			Febre	Folhas e galhos	Chá	Tomar banho	
Escada de Jaboti	Kadjurá *	Leguminosae-Caesalpinioideae	<i>Bauhinia</i> sp.	Diarréia com sangue	Casca do cipó	chá	Morno ou frio para ingerir	
	Kanawarú			febre	Casca do caule	chá	Molhar a cabeça	
Cajú	Kaiju** ou Akaju	Anacardiaceae	<i>Anacardium</i> sp.	Diarréia e Ferida	Casca do caule	Chá ; Espremer o sumo da casca direto no ferimento	Ingerir feito água; Passar no local	
Não encontrado	Kuremó*	Menispermaceae		Coceira no corpo (curuba); Dor de cabeça	Raspa do cipó	Coloca na água fria e passa no corpo; Chá morno	Passa no corpo; Molhar a cabeça	Gestante
Não encontrado	Kunamay'ru			febre	Casca do caule	Molhar a cabeça	Banho	

NOME VERNACULAR	NOME INDÍGENA	FAMÍLIA	NOME CIENTIFICO	APLICAÇÃO DADA PELAS INDÍGENAS	PARTE DA PLANTA USADA	FORMA	MODO DE USO	CONTRA-INDICADO
Urucum	Urucu**	Bixaceae	<i>Bixa orellana</i> L.	Afastar espírito mau; Proteger picadas de insetos e ferimentos	Sementes	Macerar em pouco d'água	Passar no corpo	
Não encontrado	Yvyramemyry*	Melastomaceae	<i>Miconia</i> sp.	Aumenta a fertilidade	Folhas	Chá	Ingerir (em plena festa, escondido de outros e não falar pra ninguém)	
Não encontrado	Ypoipirã			Dor de dente	Cipó	Sumo	Espreme no local	
	Yvyrata'i wemy'a *	Sterculiaceae		Febre	Folhas	Chá	banho	
Não encontrado	Wirapajé			febre	Casca do caule	chá	Molhar a cabeça	

QUADRO 01: PLANTAS MAIS CITADAS PELAS MULHERES WAJÃPI, E USO DE ACORDO COM O PROBLEMAS DE SAÚDE MUNICÍPIO DE PEDRA BRANCA DO AMAPARI/AP.

Fonte: Mulheres Wajãpi (Plantas identificadas por Sarquis e Costa, 2009);

* São as amostras coletadas da área indígena para identificação da família e nome científico.

** São plantas citadas e não coletadas amostras, porém identificadas através de literaturas.

Das plantas usadas na terapêutica indígena, ao todo foram citadas 37 espécies. No quadro 01, 25 foram mais citadas, dessas, 14 amostras foram coletadas e encaminhadas para o IEPA/AP, com a finalidade de identificação taxonômica e registrá-las no herbário daquele instituto em nome da comunidade Wajãpi (chegou-se até a família de 11, dessas, identificou-se o nome científico de 6 plantas e 3 ainda não foram identificadas (ver apêndice C), mas estão aguardando novos especialistas para a identificação) e 8 plantas referidas não foram coletadas, entretanto, foi possível sua identificação através de literaturas já existentes, ver: Targino (1992); Macário (2002). Os vegetais restantes não tiveram condições de coleta pela distância em que se encontravam e não estão no quadro acima. Portanto, o estudo será pautado em cima das 21 amostras que se chegou a alguma identificação.

O Quadro 02 mostra os aspectos botânicos e habitat das principais plantas usadas como medicinais pelas mulheres. O habitat classifica em: Arbusto (quando a ramificação sai próximo ao solo ou a ramificação está acima de 1 metro do solo podendo alcançar altura de médio porte de 3 a 7m); Arbóreo (são árvores de porte longo) e Herbáceo (são plantas de caule macio ou maleáveis sem caule lenhoso). Pode-se observar que o habitat predominante foi o arbóreo (10 citações), em segundo o arbusto (5 citações) e terceiro o herbáceo (2 citações).

NOME INDÍGENA	NOME CIENTÍFICO	FAMÍLIA	HÁBITO
Apukuapoã	<i>Psychotria colorata</i>	Rubiaceae	Arbusto
Jenipapo	<i>Genipa americana</i> L.	Rubiáceae	Arbóreo
Jiruru	<i>Parkia</i> sp.	Leguminosae- Mimosoideae	Arbóreo
Janyro- Andiroba	<i>Carapa guianensis</i> Aubl	Meliaceae	Arbóreo
Jamarata	<i>Zengibre Officinalis</i> L.	Zingiberaceae	Herbáceo
Matruz	<i>Chenopodium</i>	Chenopodiaceae	Herbáceo
Peyryry	<i>Dinizia excelsa</i>	Leguminosa Mimosoideae	Arbóreo
Perovyu ou Perauvu	-----	Apocynaceae	Arbóreo
Kupa'y	<i>Copaifera</i> sp.	Leguminosae - Caesalpinoideae	Arbóreo
Kadjurá	<i>Bauhinia</i> sp.	Leguminosae- Caesalpinioideae	Arbusto
Kuremó	-----	Menispermaceae	Cipó
Kaiju ou Akaju	<i>Anacardium</i> sp	Anacardiaceae	Arbusto
Kupa'i ou Kupuai'y	-----	Sterculiaceae	Arbusto
Touriri	<i>Ingá</i> sp.	Leguminosa- Mimosoideae	Arbóreo
Tabereba Rapo	<i>Spondias mombin</i> L	-----	Arbóreo
Tatapotá	-----	Lauraceae	Arbóreo
Urucu	<i>Bixa orellana</i> L.	Bixaceae	Arbusto
Yvyramemyry	<i>Miconia</i> sp.	Melastomaceae	Arbusto
Yvyratai Wemy'a	-----	Sterculiacea	Arbóreo

QUADRO 02: ASPECTOS BOTÂNICOS E ECOLÓGICOS DAS PLANTAS USADAS COMO REMÉDIO PELAS MULHERES WAJÄPI, ÁREA INDÍGENA AMAPARI-AP.

Fonte: Pesquisa de Campo

Para tornar claro o estudo das plantas usadas como remédios pelas indígenas e seu uso, procurou-se fundamentar em elementos de pesquisa bibliográfica e consulta com técnicos especialistas da área. O objetivo dessa conduta é captar o sentido das práticas tradicionais dessas mulheres com sua prática de uso dos vegetais. De alguns se sabe sua propriedade terapêutica e de outros se sabe a composição química. Isto explica a importância desse estudo como um pequeno passo num campo tão pouco

explorado em pesquisas etnofarmacologica e fotoquímica, como diz Said (1983,p.13, apud CHAMILCO, 2004,P.127),

[...] apesar desses rápidos progressos da tecnologia científica e uma compreensão mais exata da química de produtos naturais é lícito afirmar que, das 6000 plantas usadas em diferentes sistemas tradicionais, somente algumas centenas, foram até agora submetidas à pesquisa completa, abrangendo seus constituintes químicos e sua atividade fisiológica. O imenso número e complexidade de substâncias orgânicas encontradas em diferentes plantas, refletem-se no fato de ainda estarem sendo isolados novos produtos naturais de plantas submetidas durante décadas a detalhes no exame [...]

Neste contexto apresentamos algumas plantas relatadas pelas mulheres Wajãpi e representadas pelas suas respectivas famílias. Veja a Tabela 03, as indígenas citaram com mais frequência as famílias: Leguminosae-Caesalpinoideae (Kadjurá e copaíba) (23,8%); Anacardiaceae (Kaiju), Melinaceae (Andiroba) e Rubiaceae (Apukuapoã e jenipapo) (11,9%); Menispermaceae (Kuremó) (9,52%).

TABELA 03: FREQUENCIAS ABSOLUTAS E RELATIVAS DE FAMÍLIAS DOS VEGETAIS DE USO MEDICINAL PELAS MULHERES WAJÃPI, ÁREA INDÍGENA AMAPARI-AP.

FAMÍLIA	FREQUÊNCIA ABSOLUTA Nº VEZES DE ESPÉCIES CITADAS	FREQUÊNCIA RELATIVA (%)
Apocynaceae	01	2,40
Anacardiaceae	05	12,00
Bixaceae	02	4,76
Chenopodiaceae	03	7,14
Lauraceae	01	2,40
Leguminosae-Caesalpinoideae	10	23,8
Leguminosae-Mimosoideae	02	4,76
Meliaceae	05	12,00
Menispermaceae	04	9,52
Melastomaceae	01	2,40
Rubiaceae	05	12,00
Sterculiaceae	01	2,40
Zingiberaceae	02	4,76
Total	42	100 %

Fonte: Pesquisa de Campo (2008-2009)

A Leguminosae-Caesalpinoideae, destacamos o Kadjurá e a Kopa'i com o nome vernacular de copaíba, é uma árvore de grande porte com casca lisa, persistente, de 1 cm de espessura, distinta das espécies do mesmo gênero pelo agradável perfume da madeira e ainda pelo tamanho de suas flores, que no caso são maiores (ver figura 05).



Figura: 05 Copaíba (*Copaiifera* sp)
Fonte: J.Dias (www.amazonlink.org)

Produce um óleo mais aquoso e claro, usado pelas mulheres indígenas Wajãpi para proteger de picadas de insetos e ferimentos juntamente com a tintura do urucum (*Bixa orellana* L.). O Óleo de Copaíba age restabelecendo as funções das membranas mucosas, modificam as secreções e acelera a cicatrização. É um poderoso antisséptico, podendo ser aplicado externamente em feridas, eczemas, psoríases e urticárias. Chamada de copaíva ou copahu pelos indígenas (do tupi: Kupa'iwa e Kupa'u, respectivamente), o óleo da copaíba era bastante utilizado entre os índios brasileiros quando os portugueses chegaram ao Brasil (PINTO e VEIGA Jr, 2008).

O Kadjura, caracteriza-se por um arbusto escandente, que apresenta caule comprido e flexuoso, gavinhas lenhosas intraestipulares, folhas bilobadas, alternas e com pulvino, constituído de flores hermafroditas pequenas e fruto seco. No Brasil, esse vegetal se distribui desde o Amazonas até o Rio Grande do Sul, sendo denominada popularmente de escada-de-macaco ou cipó-escada, segundo Fortunato (1986) (ver figura 06).



Figura 06- Kadjurá (Leguminosae-Caesalpinoideae).
Fonte: Nely Dayse Santos da Mata.

Ainda o mesmo autor, refere em dados etnobotânicos, que diversas espécies de *Bauhinia* têm várias indicações usadas na medicina tradicional, dentre elas a ação ulcerogênica (AKHTAR; AHMAD, 1995); atividade antibacteriana (POKHREL et al, 2002) e analgésica (SILVA et al., 2001). Para as mulheres Waiãpi esse vegetal é usado para diarreia sanguinolenta e para diminuir a dor de barriga, conferindo com o que refere a literatura.

Anacardiaceae, (Cajueiro), apresenta seguintes características: copa com ramos terminais piloso. Tronco tortuoso, com ritidoma cinza e fissurados com placas. Folhas simples, coriáceas, concolores, glabras, alternas, espiraladas ovadas e obovadas, com ápices arredondados e bases agudas; as margens são inteiras e nervação broquidódroma. Nervuras salientes na parte abaxial e domáceas nas axilas das nervuras secundárias. pecíoladas ou sésseis, sem estípula. Flores de cinco pétalas livres, de cor rosa (ver figura 07).



Figura 07Cajueiro(*Anacardium* sp.)
Fonte: Nely Dayse Santos da Mata

Os frutos são nozes de até 3 centímetros de cor cinza, pseudofruto vermelho ou amarelado suculento e carnoso (CLAUDIO, 2005). Também é conhecido pelos nomes derivados do original da língua tupi (acayu): acaju, acajaíba, acajuíba, caju-comum, cajueiro-comum, cajuil, caju-manso, cajuzeiro e ocaju, segundo mesmo autor.

As propriedades medicinais do cajueiro uma planta típica do nordeste que hoje já se estendeu no Brasil inteiro. O chá das folhas novas do cajueiro também é antidiarréico e pode ser usado para combater inflamação na garganta e o mais importante ainda que as flores do cajueiro são ditas como afrodisíacas. (Programa Ervas e Plantas..., 2006 p.1). Além das folhas, a casca da árvore é também utilizada como adstringente e tônico (EMBRAPA, 2008 ?). As indígenas Wajãpi utilizam a casca do tronco em forma de chá para diarreia e cicatrização de feridas superficiais da pele após macerando as cascas e espremendo direto no local lesado.

Melinaceae, destaca-se a espécie *Carapa guianensis* Aublet, sendo conhecida comumente como andiroba, uma denominação vulgar derivada das palavras indígenas “nhandi” – óleo e “rob” – manteiga (PESCE, 1985 apud LEITE, 1997).

No Brasil, ocorre na bacia Amazônica, principalmente nas várzeas próximas ao leito de rios e faixas alagáveis ao longo dos cursos d'água, sendo encontrada também em terra firme. A espécie pode atingir até 30 m de altura e 1,20 m de diâmetro. Possuem ritidoma lenticelado, placas lenhosas proeminentes e irregulares (SAMPAIO, 2000).

A andiroba é uma espécie bastante plástica, adaptada a ocupar diferentes ambientes, o que lhe confere diferenças morfológicas, especialmente no lenho, que pode ser vermelho ou branco, e na coloração e viscosidade do óleo. Nos indivíduos que ocorrem em terra firme, o óleo é mais escuro e de rápido escoamento, e naqueles da várzea o óleo é mais claro e viscoso (LEITE, 1997).

A casca é grossa e amarga, se desprende facilmente em grandes placas. Sua copa, bastante ramificada, apresenta folhas grandes, escuras, alongadas, alternas e compostas, de 3 a 10 pares de folíolos, coriáceos, glabros, com venação terciária micro-reticulada, textura macia e superfície plana, podendo chegar até 60 cm de comprimento. O ápice do folíolo é retuso com mucron espessado e ramos jovens lenticelados (ver figuras 08 e 09).



Figura 08 - Andiroba (*Carapa guianensis* Aublet)
Fonte: (www.amazonlink.org)

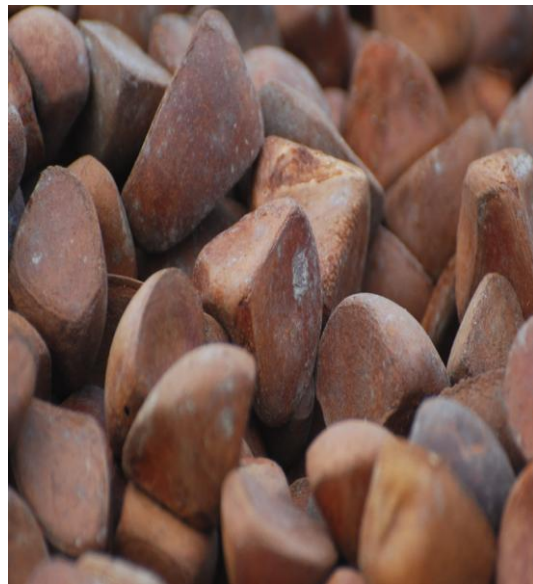


Figura 09 – Sementes de andiroba
Fonte: Nely Dayse Santos da Mata

O fruto é uma cápsula globosa a subglobosa de fibra deiscente com 4 valvas que geralmente se separam quando caem ao solo, liberando de 4 a 16 sementes por fruto, que pesam em média 21 gramas sementes apodrecem com facilidade, sendo necessário conservá-las em água ou então fervê-las, secando em seguida.

O óleo é usado pelos extrativistas, índios e ribeirinhos em picadas de serpentes, escorpiões e abelhas, para combater vermes e protozoários, artrite, (grifos

nossos), tétano, reumatismo (grifos nossos), infecção renal, hepatite, icterícia e outras infecções do fígado. O óleo misturado com o corante de urucum (*Bixa orellana* L.) é usado pelos indígenas por apresentar ação repelente contra insetos. Os índios Mundurucus usavam o óleo para mumificar a cabeça dos inimigos. Os Wajãpi e Palikur usam o óleo para remover carrapatos e piolhos (BOUFLEUER, 2004,p.11). As mulheres Wajãpi, referiram usar o óleo para dor de ouvido, dores nos músculos e ossos.

Na família das Rubeaceae, destaca-se Apukuapoã e jenipapo. A primeira espécie, é um arbusto de aproximadamente 60 cm de altura, caule não lenhoso. Sua flor é de cor rosada. Segundo as indígenas Wajãpi é usada para dor no ouvido (ver figuras 10). Quanto ao Jenipapo, é o fruto do jenipapeiro, árvore nativa das Américas do Sul e Central, chega a medir 14m de altura e 60 cm de diâmetro. A fruta de polpa aromática, ácida, de cor marrom clara que chega a ter 10 cm de comprimento e 7 cm de diâmetro. As variedades mais comuns são: jenipapeiro-pequeno, médio e grande, jenipapeiro sem caroço, jenipapeiro com caroço, jenipapeiro sempre flores, jenipapeiro macho, jenipapeiro fêmea (LANDIN, 2007[?]).



Figura 10- Apukuapoã Rubeaceae (*Psychotria colorata*)
Fonte: Nely Dayse Santos da Mata

Essa espécie nativa bastante comum em grande parte do Brasil - desde o Pará até Minas Gerais/São Paulo, principalmente em regiões de Mata Atlântica. Após os 6

anos ela se torna adulta, sendo uma árvore alta de caule ereto, ramificada a boa altura do solo e frondosa. Floresce em abril e maio, com sua floração amarela contrastando com as folhas verde escuro (ver figura 11). Os frutos amadurecem de novembro a fevereiro. Frutífera indígena, o jenipapeiro tem importância ecológica para o repovoamento de animais da fauna brasileira, sendo muito útil para plantio em áreas brejosas degradadas, crescendo com mais facilidade em regiões de clima quente, como os Estados do Nordeste e do Norte do Brasil (Op. cit, 2007[?]).



Figura 11 Jeniapo / Rubiaceae (*Genipa americana* L.)

Fonte: (www.arara.fr/Jenipapo.jpg)

O autor ainda refere que na medicina caseira, o jenipapo é utilizado como fortificante e estimulante do apetite. Quando verde fornece um suco de cor azulada muito utilizado como corante para tintura em tecidos, artefatos de cerâmica e tatuagem (grifos nossos). Após a maturação sua polpa é comestível.

Suas folhas são oblongas e agudas, possuem superfícies e margens lisas e se apresentam agrupadas no extremo dos ramos. Suas flores branco-amareladas são muito perfumadas e reunidas em inflorescência terminais e subterminais de 5 a 10 cm de comprimento. Jenipapo, em tupi-guarani, significa "fruta que serve para pintar". Os

índios usavam o suco da fruta para pintar o corpo (ver figura 12). A pintura permanecia vários dias e ainda protegia contra os insetos, Op.cit.(2007 [?]).



Figura 12- Indígena Wajãpi
Fonte: Nely Dayse Santos da Mata

Pode ser usado em compotas, doces, xaropes, bebida, refrigerante e licor. O jenipapo é utilizado como fortificante, estimulante do apetite, indicado contra a anemia e doenças do baço e do fígado.

Para Niño et al. (2006), duas plantas da família Rubiaceae que foram coletadas em diferentes lugares do Parque Nacional Regional Ucumarí (PNRU) na Colômbia, foram avaliadas quanto à atividade contra duas bactérias Gram-negativas, Gram-positivas e três fungos. As atividades antibacteriana, e antimicóticas, foram determinadas pelo método de fusão agar.

Os mais freqüentes usos internos em medicina tradicional para plantas deste gênero referem-se a afecções do aparelho reprodutor feminino, como auxiliar no pré e pós-parto, nas doenças brônquicas e nos distúrbios gastrointestinais. Externamente, este grupo de vegetais é empregado em afecções cutâneas, "tumores", úlceras, distúrbios oculares, febre, dor de cabeça e de ouvido (ADJIBADÉ et al, 1989; LAJIS et al, 1993; PERRY, 1980 apud KERBER, 1997).

Menispermaceae, destaca-se Kuremó (ver foto 13 e 14), é uma família de distribuição pantropical que compreende diversos hábitos, em sua maioria trepadeiras herbáceas e lianas, além de ervas, arbustos e árvores e onde se faz presente a variação cambial do tipo câmbios sucessivos (constituição celular) (TAMAIO, 2008).



Figura 13: Kuremó/ Menispermaceae
Fonte: Nely Dayse Santos da Mata



Figura 14: Kuremó
Fonte: Nely Dayse Santos da Mata

Esta possui de 70 a 72 gêneros e de 450 a 517 espécies de regiões tropicais. No Brasil, é representada por 12 gêneros e 106 espécies, tendo a Amazônia seu maior centro dispersor, (BARROSO et al. ,2002 apud MARI, 2007).

Na área indígena do Amapari, as mulheres citaram o Kuremó é uma espécie de cipó, que infelizmente nessa fase só foi possível identificar sua família. Os cipós estão presentes em toda a floresta do mundo, porém alcançam sua maior abundância e diversidade de espécies em florestas tropicais, onde exercem papel importante para o ecossistema, para a economia e substâncias medicinais (VIDAL e GERWING, 2003).

As mulheres Wajãpi utilizam a raspa do caule do cipó para fazer o chá e molhar a cabeça para dor de cabeça e através de maceração da raspa do caule para coceira no corpo. Como não foi possível identificar o gênero da planta não se conseguiu identificar pesquisas científicas que comparássemos com o uso pelas indígenas.

Na Tabela 04, temos as doenças (sinais e sintomas) mais relatada pelas mulheres. Como se pode observar, a febre foi a mais citada. A febre (08 entrevistadas - 100% referenciaram); dor de cabeça (7- 87,5%); dor de barriga (6 – 75%); diarreia (5 –

62,5%); dor de urina (3- 37,5%); curuba - coceira no corpo ou escabiose (3- 37,5%); dor de estomago (2- 25%); sangramento após parto - sangramento anormal (2- 25%); dor (contrações) em trabalho de parto (3- 37,5%); febre de malária (3-37,5%); picada de cobra (1- 12,5%).

TABELA 04 - DOENÇAS MAIS CITADAS PELAS INDÍGENAS WAJÁPI/AP

DOENÇA	TOTAL	FREQUÊNCIA RELATIVA (%)
Febre	8	100,0
Dor de Cabeça	7	87,5
Dor de barriga	6	75,0
Diarréia	5	62,5
Dor de urina	3	37,5
Curuba	3	37,5
Dor de trabalho de parto	3	37,5
Febre de malária	3	37,5
Dor de estomago	2	25,0
Sangramento pós-parto	2	25,0
Picada de cobra	1	12,5
Outros	2	25,0

Fonte: Pesquisa de Campo (2009)

4.1.1 Modo de preparação e aplicação

A preparação dos remédios pode ser feita de diversas maneiras tais como infusão (utilizada para as folhas, flores e cascas finas), decocção (utilizada para partes duras como a casca, ramos e frutos), suco fresco (utilizado para folhas e flores), pó (utilizado para folhas, flores sementes, raízes e cascas), xarope, cataplasma (colocar sobre a ferida ou machucado), compressa (aplicar quente ou frio sobre o local indicado com o auxílio de panos ou algodão embebidos no chá ou suco) Rodrigues, (2001, p.170).

Ao longo do estudo verificou-se a utilização de 04 modos de preparação das plantas medicinais distintos, ver Tabela 05. Considerando modo de uso interno e externo, tivemos, 15 de administração interna e 13 de aplicação externa. Note-se que na área de estudo a palavra “decocção” não foi utilizada, sendo “chá” o termo aplicado

para definir aquilo que geralmente se designa, de forma técnica, decocção. O processo de manipulação adequa-se às condições materiais de que dispõem.

De uso interno: **Chá** (Decocção): o material vegetal é colocado dentro da água a ferver, durante um período de tempo variável de acordo com quem a utiliza e com a planta; **Inalação**: inspira-se o odor que emana do material vegetal (podendo ser queimado para proporcionar tal odor ou não), ou inala-se o vapor da cozedura de uma planta ou mistura. Algumas são cheiradas “*in natura*”; **Infusão**: o material vegetal é colocado em água muito quente mas sem esta continuar a ferver no fogo (não foi referida com o nome de “infusão”, no entanto era nesse caso aplicado depois da planta estar por alguns minutos a ferver em água); **Maceração**: o material vegetal fica em repouso em água, é esmagado com as mãos de modo a que os compostos solúveis passem para a água que posteriormente é bebida ou passado na parte afetada.

Uso externo: **Aplicação direta**: a parte usada da planta é colocada diretamente na zona afetada (muitas vezes usa-se o suco da casca da planta e de outras se usa o sumo da semente para enfeite e proteção espiritual como o *Bixa orellana* L.). **Banhos**: o material vegetal é cozido e a água resultante é aplicada externamente para banhos (citado como chá para banhar); **Azeite**: o óleo resultante da extração do vegetal é aplicado para untar a parte afetada ou quando quer enfeitar ou proteger o corpo – ver: Leguminosae-Caesalpinoideae.

Tabela 05: FORMAS DE USO DAS PREPARAÇÕES DAS PLANTAS USADAS COMO REMÉDIO, PELAS MULHERES WAJÁPI/AP.

TIPO DE PREPARO DA MEDICAÇÃO	NÚMERO DE PREPARAÇÕES	FREQÜÊNCIA RELATIVA (%)
Chá	08	29,6
Banho	07	25,9
In natura	04	14,8
Sumo	01	3,7
Maceração	07	25,9
Total:	27	100

Fonte: Pesquisa de Campo (2009)

Na convivência com essas mulheres o “chá” é modo de preparação mais referido na região de estudo, sendo utilizado em cerca de 29,6% das espécies úteis,

depois vem o banho e a maceração com 25,9%, logo em seguida vem o uso *in natura* e por final o uso em forma de sumo, com 3,7%. Veja as falas das mulheres demonstrando as práticas :

“Você corta pedaço da casca do cipó Kadjurá, mais ou menos de tamanho de três dedos, coloca em uma panela pequena com água e deixa ferver (chá). Espera esfriar um pouco e toma frio ou quente. Serve para diarreia com sangue”. M₂

“Pra dor de estomago e desmaio, amassa as folhas de mastruz em pouquinho de água na cuia, depois toma e para desmaio cheira”. M₇

“Pra dor de urina, corta a raiz do Tapereba Rapo, dentro da raiz tem igual água e toma direto (*in natura*)” M₅.



Desenho: 01 – Demonstram alguns dos momentos de preparação dos remédios e preparação dos alimentos.

Fonte: Rinó Wajãpi.

O contato com as mulheres indígenas acentuou a percepção de que a medicina tradicional é fundada em certo modo por transmissão oral que não passa pela intervenção da instituição médica, mas pelo saber dessas mulheres que tem um profundo conhecimento das ervas e plantas medicinais. Do ponto de vista da cientificidade, esse saber local só passa a ser valorizado quando é submetido a um processo de análise sob o ponto de vista científico e incorporado ao sistema oficial. Mas, para essas mulheres a valorização dessas práticas está no que os seus ancestrais repassaram às mesmas e que essa aprendizagem colocada em prática sempre obtiveram resultados positivos no cuidar de seus familiares.

Leininger (1991) afirma que os profissionais de saúde impõem suas crenças, valores e práticas sobre outras culturas. Acredita-se que somente as nossas idéias são

verdadeiras ou superiores a das outras. Mas, não se pode esquecer que há anos essas mulheres produziram um saber medicinal embasado na experiência e que muitos saberes foram apropriados pela medicina institucional. Como exemplo, muitas drogas descobertas na área da farmacologia, fitoterapia, foi graças ao saber tradicional dos grupos indígenas.

4.2 CATEGORIA 2 – As narrativas de doença e cura: há integração dos saberes indígena e não indígenas?

Nesta categoria se apresenta as narrativas das entrevistadas sobre o tema, checado com a observação de campo e como a cura ou tratamento das enfermidades acontece, se num saber único ou se a integração flui no momento da necessidade.

Saber que o tema doença e cura podem ter significados diversos, dentro de uma mesma sociedade, o que dizer entre a sociedade indígena e não indígena. Para isto é importante considerar o conceito de doença, e segundo Junqueira (2000, p. 7) doença liga-se diretamente à concepção do que seja o funcionamento do corpo humano, seus sistemas, órgãos e funções. É um conhecimento acumulado, várias vezes testadas e atualizadas na prática. Na sociedade indígena ele tem ainda outras características próprias. Além de ser acumulado na memória das pessoas ele se acomoda de modo integrado no conjunto de saberes adotados, criados e desenvolvidos pelo povo. Ainda na visão do autor, ele é arte integrante da cultura, e a cultura, sabemos, é formada pelas práticas, valores e crenças lentamente trabalhados pelo tempo.

Helman (2000,p.12) define,

“[...] cultura é um conjunto de princípios (explícitos e implícitos) herdados por indivíduos membros de uma dada sociedade; princípios esses que mostram aos indivíduos como ver o mundo, como vivenciá-lo emocionalmente e como comportar-se em relação às outras pessoas, às forças sobrenaturais ou aos deuses e ao ambiente natural”.

Neste contexto a cultura pode ser considerada um espelho para as próximas gerações que tão por vir, para que os indivíduos dessa sociedade percebam e entendam o seu mundo e para que aprendam a viver nele.

Por tanto, a formação cultural influencia muitos aspectos da vida das pessoas, “inclusive suas crenças, comportamentos, percepções, emoções, certas atitudes frente à doença e outras formas de infortúnios”, op.cit. (2000 p.13). Seguindo a linha do autor, a cultura na qual o indivíduo nasce e vive ela não é estática, tem fatores que pode influenciar mudanças de comportamento que podem ser observados com o passar dos tempos, um desses fatores é a influência de outras sociedades.

O estudo sobre doença e seu tratamento nas sociedades tradicionais e indígenas, inicia pelos questionamentos quando esses conceitos não partem do modelo da medicina ocidental ou seja o modelo biomédico. Na perspectiva ocidental a doença é, “com efeito, a resultante de uma anomalia de estrutura e/ou de função de um órgão ou de um sistema orgânico determinado, os sinais desta anomalia ou desta função o valor de indicadores da doença” (BUCHILLET, 1991,p.24). Nesta definição a doença desliga-se do contexto sócio-cultural no qual ela evolua.

Para as mulheres Wajãpi culturalmente o processo de adoecimento está muito voltado para a visão cosmológica, espiritual onde agressão não humana em seres que não respeitam regras ou que entraram em contato com secreções, objetos e pessoas (GALLOIS, 1988). Entretanto, isso vem sendo modificado de forma ainda lenta com a intervenção da prática de profissionais de saúde existente na sua comunidade.

Quando se aborda sobre as doenças e infortúnios que mais afligem sua comunidade, veja o que as indígenas, respondem a esse respeito:

“Acontece muito em minha aldeia: febre, diarreias, dor de barriga, dor no ouvido, febre de malária e febre de gripe”. (M₇).

“Febre, dor de barriga, dor de cabeça, dor de urina. Hoje tem muita curuba¹², mas não sei remédio, por que antes nós não tinha, veio de outra área”. (M₆).

O saber tradicional não constitui desse modo um setor autônomo, mas semelhante ao setor biomédico das sociedades ocidentais, no que se refere às doenças como sinais e sintomas. Já citava Foucault (2001,p. 17) que “antes do século XVIII a

¹² Parasitose da pele causada por um ácaro cuja penetração deixa lesões em forma de vesículas, provoca prurido intenso, principalmente a noite. Transmite de pessoa a pessoa, roupas. Também chamada de sarna, pereba, pira e curuba. Brasil MS/VS (2004, p. 125)

doença era pensada através de uma organização de família, gênero e espécie, num sentido botânico. O adoecimento ocorria quando esta forma viva -espécie- se instalava no corpo”. O tratamento era feito em casa, considerado o melhor remédio, já os hospitais considerados pestilentos a doença corria o risco de perder seu aspecto normal.

Neste critério a doença, tem uma passagem de doença como espécie para doença como sintoma. Em razão dessa mudança, os sintomas passaram a conter a essência patológica, pois a clínica descobriu nos mesmos, os sinais que identificam as doenças (XAVIER, 2004).

Apesar de que, no momento acima citado, as concepções sobre doença como sintoma se entrelaçam, ainda há um aparente distanciamento entre os modos de diagnósticos e de tratamento e a chave para esclarecimento está no quadro sócio-cultural de referência.

É importante ressaltar que as mulheres ao falar sobre doença mantêm um olhar voltado para a prática dos ensinamentos de seus ancestrais, observe a fala:

[...] febre, diarreia e quando a gente tem neném, está de resguardo, não pode tomar banho de rio, a gente menstruada, ai mãe d'água faz muito barulho no nosso ouvido igual cigarra, como se fosse verão, dói muito à cabeça, falta de ar e pode até desmaiar”. (M₁)



Desenho 02 - Configura o estado de doença e o compartilhamento das preocupações com seus familiares.

Fonte: Rinó Wajãpi (2009).

A narrativa de história de doença constitui uma forma de dar sentido à experiência de ter um problema de saúde, de situá-lo no contexto da história de vida do indivíduo. Também se relaciona com temas ampliados da cultura e da sociedade em que a pessoa vive, (HELMAN,2000).

Para o povo Wajãpi o porquê da doença,

Baseia-se na evolução histórica da doença, a reação ou não ao tratamento escolhido, a associação com outros casos concomitantes do mesmo problema, etc..., através de diagnósticos proferidos sucessivamente pelo próprio doente, por seus parentes próximos, por parentes distantes e, finalmente por um xamã. Amplia-se, desta forma, a rede de atores que -reconhecendo a agressão- participarão diretamente do processo de cura. De fato, a identificação de uma agressão, assumida por várias categorias de atores sociais, levará, impreterivelmente a sua reparação. Para definir a causa do desequilíbrio que originou a doença, os familiares do doente e/ou xamã realizam a investigação. Os casos mais comuns relacionam-se com a predação humana do domínio dos "jar" donos do universo terrestre e aquático, e configura retaliações uma série de comportamentos inadequados. Por exemplo matar em excesso determinado animal, poluir a água com sangue menstrual ou com sangue de animal caçado e outros motivos, como a relação de conflito entre comunidades locais envolvidas em ciclo de agressão e retaliação, corresponde à punição do excesso (GALLOIS, 1991p.184)

A cura da doença está ligada ao xamanismo, porém em primeira mão quem trata são seus familiares, no caso, a mulher Wajãpi com seus cuidados com as plantas medicinais. No entanto, a interferência do xamã será feita mediante o chamado pelos parentes ou quando fizer necessário, sem invalidar os cuidados dessas mulheres (Op.cit, 1991).

Esse entendimento sobre o ser doente e seu tratamento na cultura Wajãpi não é conhecida pela sociedade envolvente, dificultando a relação inter-étnica em vários contextos, não só na saúde, como em outras áreas afins (educação e situação sócio-política). Já dizia Helman (2000) "em quase todas as culturas, a maior parte da assistência primária à saúde ocorre dentro da família. No setor informal, as principais responsáveis pela assistência à saúde são, em geral, mulheres -mães e avós". Elas sempre desempenharam um papel central. Morgado (1994), diz que na cultura Wayana-Aparai, uma das práticas terapêuticas são exercidas pelas mulheres, onde as mesmas manipulam e cultivam plantas medicinais ao redor de suas casas.

A situação acima, é semelhante às práticas das Wajãpi, no entanto neste momento (da pesquisa) perguntou-se as mulheres participante, quando adoecem na sua comunidade a quem procurar primeiro para tratamento? Elas responderam:

“Índios jovens procuram a farmácia da Funasa, não procuram mais remédio caseiro, acha mais fácil e rápido, não espera fazer” . (M₄)

“Índios jovens procuram logo a farmácia. Quando criança a mãe faz. Jovens procuram à farmácia, porque, é mais fácil e rápido efeito. Muita vez remédio tem muito longe, aí demora. Quando remédio da farmácia não trata, nós fazemos também para tratar” .(M₁)

A aceitação da medicina ocidental pelos Wajãpi é basicamente o poder das drogas industrializadas no tratamento das doenças, é a dominância do modelo biomédico que é inserido de forma vertical em suas sociedades. Mas, essa visão não demonstra a ruptura de seus comportamentos tradicionais sobre o tema e sim uma adaptação com a sociedade em contato.

“Durante as conversas com as mulheres, o que chamou muito a minha atenção foi, na fala delas ao se reportar ao profissional de saúde no momento da necessidade de assistência se referir ao possível profissional como, ‘a farmácia da Funasa’ (Diário de Campo, 2008-2009)

Neste momento não consegue formar no seu imaginário a presença de outra pessoa que poderia lhe assistir e sim de uma farmácia. Portanto, a alta rotatividade desses profissionais nas aldeias dos Wajãpi, não proporciona nem um vínculo entre essas sociedades, que além do enfrentamento das barreiras culturais, a falta de capacitação continuada e a permanência mais prolongada não são favorecidas pelas instituições governamentais responsáveis pela assistência à saúde indígena.

Outro fato é que entre os Wajãpi, existem doenças externas ou seja aquelas que surgiram após contato, atribuídas como “doença do branco” (karaiko) e que por sinal devam ser tratadas pelos mesmos, além da medicalização instalada no grupo. Entretanto, não quer dizer que o tratamento seja feito apenas pelo uso de remédios quimioterápicos, pois M₂ relata:

“Primeiro procura farmácia da FUNASA, por que agora já tem remédio. Quando remédio não cura, procuram remédio feito por nós. Quando não tem farmácia eles “índios jovens”, procuram e tomam os que são feito por nós. A doença que sucuri manda, só pajé trata, ninguém trata. Pajé não trata malária, não trata diarreia, só doença que sucuri manda, a cabeça fica doida, o pajé trata”.

O estudo das formas de integração entre os sistemas de cura tradicional e o biomédico deu lugar a uma vasta literatura cuja discussão inicial, segundo Buchillet (op. cit) se apóia em duas ordens: considera-se que o contato entre as duas visões chegam a conflito ou competições, e segunda ordem, que a não utilização ou sub-utilização dos tratamentos ocidentais pelas sociedades não ocidentais, configura explicar como diferentes variáveis sócio-culturais. Essa segunda ordem é questionada porque a sociedade ocidental, já passou por vários modelos de saúde e até o momento não satisfaz as expectativas, e o que seria esse conflito social no qual a própria sociedade ocidental é que toma as decisões e elege diretrizes para ter acesso a tratamento digno? Essas decisões são tomadas nas Conferências de Saúde. O que dizer em minoria as sociedades indígenas se abrisse mão dos seus modos tradicionais de tratamento ou cura? Por isso, e outros fatores (questões econômicas, políticas e culturais) que se observa em outras sociedades cada vez mais a valorização e manutenção da medicina alternativa.

O termo medicina alternativa foi anunciado pela OMS em 1962, como um conjunto de saberes médicos tradicionais, no intuito de resolver os problemas de adoecimento de grandes grupos populacionais desprovidos de atenção médica no mundo, (LUZ, 2005).

Vale ressaltar que a medicina ocidental emergiu de um vasto reservatório de curas tradicionais e populares, e propagou-se subsequentemente ao resto do mundo; acabou por transformar-se numa abordagem biomédica básica (CAPRA, 2006. p.118).

Mas, o fato neste momento é saber se essa propagação das curas tradicionais despertou entre profissionais de saúde que se dispõem em trabalhar nas áreas indígenas, mesmo sabendo que os costumes e hábitos são outros. Já é sabido que as mulheres Waiãpi, lancham mão de plantas medicinais para tratar seus doentes e quando isso ocorre se há diálogo entre essas práticas? Os profissionais conversam sobre como elas fazem ou quais as plantas que são consideradas medicinais para o grupo? Observe as falas:

“Não, não conversa, eu não falo direito a língua português e karaiko da saúde também não fala língua Wajãpi” (M₇).

“Não conversa, não sei muito bem não, acho que não conhece muito como índio vive” (M₁).

“Não conversa, porque conversar, se muda muito karaiko da saúde no posto?”
(M₂)

Os relatos anteriores remetem que se pode ter compreensão que todos têm formas de vida adaptadas a um determinado lugar e cultura, atendendo às suas necessidades. Entretanto para compreendermos o outro, Geertz (1997, p.29) diz ser necessário que “deixemos de lado nossa concepção, e busquemos a ver as experiências de outros com relação à sua própria concepção”. Observa-se na fala dessas mulheres que não é percebida a curiosidade em conhecer o modo diferente em curar doenças desse grupo. Não há dialogo pela dificuldade de comunicação das línguas (barreiras culturais), não há vinculo estabelecido, por não manterem os profissionais por mais tempo nessas áreas, logicamente com estruturas para facilitar a adaptação dos mesmos. Para Souza (2005, p.32) “as barreiras culturais vivenciadas, neste campo, e que não estão relacionadas, propriamente, aos hábitos culturais dos índios e sim à cultura biomédica da formação dos profissionais da saúde.”

As indígenas têm clara importância dos serviços de saúde da sociedade ocidental, porém temos que buscar essa interação entre as categorias de doença e cura dos dois lados sociais, pois a valorização das práticas de tratamento pelas mulheres indígenas com plantas medicinais favorece maior visibilidade às praticas indígenas de cuidado com a saúde. Essa visibilidade procura, de um lado, a valorização interna dessas mesmas práticas, especialmente entre os mais jovens. E a continuidade do conhecimento tradicional, por outro lado, busca favorecer o diálogo entre saberes.

4.3 CATEGORIA 03 – Conhecimento Tradicional e Possível Sustentabilidade.

A mulher tornou-se objeto visível nos trabalhos de antropólogos e historiadores através da construção de novos cortes teórico-metodológicos, como por exemplo “ o privilegiamento do estudo do cotidiano, espaço por excelência da visibilidade feminina” (PINTO, 1992, P.128). Dentre vários papéis destacados da mulher indígena no cotidiano, ressaltamos nesse estudo o conhecimento tradicional e a prática com as plantas medicinais.

Ao tomar conhecimento do importante trabalho dessas mulheres e a trajetória importante que percorreram, é preciso lembrar que elas desempenham um papel fundamental na vida em sociedade, sem o qual a economia doméstica não seguiria o seu curso normal, ainda que sempre repleta de desafios. Mas, não estamos nos referindo na questão econômica como um ato acumulativo de riquezas materializadas e sim na riqueza de conhecimentos agregados ao longo dos anos.

Estar se tratando aqui de conhecimento tradicional e como ele pode tornar-se sustentável para a sociedade indígena. Quando se fala de sustentabilidade, lembra-se logo de desenvolvimento sustentável e etnodesenvolvimento. É bom ressaltar que durante muito tempo o sentido do termo desenvolvimento foi dado pelo grau de industrialização alcançado por uma dada sociedade (AZANHA, 2005). Enquanto sinônimo de industrialização (e avanço tecnológico), conotou e definiu o processo de transformação do ambiente natural com a finalidade de gerar riquezas materiais (produtos), impondo ao mesmo tempo estes produtos como novas "necessidades" para o conjunto da sociedade. A noção de "progresso" deriva de moderno igual riqueza, muito produto igual necessidades satisfeitas, que a partir daí se estabelece parâmetros para o bem estar social. Esse bem estar, voltado para elevado aumento de consumo, aumento populacional, escolaridades e outros (op. cit, 2005).

O etnodesenvolvimento, Stavenhagen, enfatiza que os princípios básicos seriam:

Objetivar a satisfação das necessidades básicas do maior número de pessoas em vez de priorizar o crescimento econômico; embutir-se de visão endógena, ou seja, dar resposta prioritária à resolução dos problemas e necessidades locais; valorizar e utilizar conhecimentos e tradições locais na busca de solução dos problemas preocupar-se em manter relação equilibrada com o meio ambiente; visar a auto sustentação e a independência de recursos técnicos e de pessoal e proceder uma ação integral de base, com atividades mais participativas. Stevenhagen, (1984; p.18, apud PACHECO,[2005?]).

Esclarecendo que, ao indicar o conceito de etnodesenvolvimento, Stevenhagen, propôs como premissa à autonomia dos povos indígenas, a anexação do prefixo "etno" à palavra desenvolvimento, no sentido de manter o diferencial sociocultural de uma sociedade.

Quanto à questão da sustentabilidade, enfatizamos que esta deva ser considerada como uma meta, um objetivo, não simplesmente como uma política pública

e se houver alguma, só poderá ser pensada através de uma Política Indígenista (GALLOIS, 2005). Essa citação recorda os projetos sustentáveis que foram espalhados no Brasil em áreas indígenas que não deram certos. Dentre vários exemplos, citamos um bem próximo e pequeno projeto coordenado pela FUNAI /Macapá/AP de criação de aviários (frangos) em terras Wajãpi, que observou-se *in loco* não estar dando certo. Em respostas dos indígenas não haver entusiasmo em prosseguir no processo de criação de aviários.

As sociedades indígenas com marcantes diferenciais da sociedade não indígena, pois não é baseada na produtividade de gerar excedentes para troca/venda ou acúmulo.

Esse conceito remete para a organização social de cada povo, com um caráter social no qual a sustentabilidade está relacionada com os sistemas de troca ou reciprocidade, que marcam as relações entre as parentelas. Há, também, relações de conflito ou de reciprocidade negativa, ao lado de laços positivos, de troca, sempre todas vinculadas ao natural e ao sobrenatural, pois “corpos e almas” participam do equilíbrio na reposição dos recursos naturais, Azanha (2005, p. 31).

A relação de troca que esse estudo se reporta é sobre o conhecimento tradicional muito forte para a manutenção da organização social, e se percebeu na conversa durante a convivência com as mulheres que a sua geração, o repasse que receberam de seus antepassados ocorreu de forma natural, como se observa nas falas ao perguntar como adquiriu o conhecimento com as plantas medicinais:

“Através do meu pai e minha mãe, eu não vi minha avó e também quis aprender. Quando minha mãe fazia remédio eu acompanhava ou ela me chamava. Cada mulher faz pra sua família. Quando a mãe não está a gente faz pro doente também de outra família”. M₁

“Quem me ensinou foi meu pai, minha mãe morreu quando eu era muito criança”
M₆

Observou-se que a fonte vem dos parentes mais velhos, independentes do sexo. Esses conhecimentos não se restringem a um mero repertório de ervas medicinais. Tampouco consistem numa listagem de espécies vegetais. Em verdade eles comportam fórmulas, respectivos procedimentos para realizar a transformação dos vegetais, incluindo o mágico, o ritual, e enfim o simbólico. (CASTRO, 2000).

O conhecimento tradicional, como diz Moreira (2007, p. 33), é a forma mais antiga de gerar teorias, experiências [...] é a forma mais ancestral de produzir ciência. E

o incentivo da manutenção dessas teorias, torna uma comunidade tão importante quanto ela já o é, pois, compartilhando com outros saberes colabora para a manutenção da saúde, física, psicológica e ambiental. Pode-se dizer que os povos tradicionais ao tempo em que protegem e manejam a biodiversidade embasada ao modo de ver o mundo, prestam um serviço ecológico importantíssimo para a sociedade não tradicional (Ibidem, 2007).

O modo de vida a que se refere, como já foi citado por Gallois, é a prática dos indígenas em respeitar e acreditar que todos na natureza têm dono e o contrário seria desastroso para a humanidade. Diegues (1998, p.87 e 88) aponta como característica dessas populações “a dependência e até a simbiose com a natureza, os ciclos naturais e os recursos naturais renováveis a partir dos quais se constrói um modo de vida; conhecimento aprofundado da natureza e de seus ciclos que reflete estratégia para o uso”.

Manter o conhecimento sobre as plantas usadas como remédio torna a comunidade sustentável pois, não ficarão totalmente dependentes dos remédios dos não índios, suas práticas de prevenção e cura contribui para a manutenção da saúde física e mental do grupo, seus conhecimentos empíricos sempre foram a base para novos conhecimentos voltados para a medicina, farmacologia, antropologia, física, biologia, ciência ambiental e outras.

Entretanto, é pertinente destacar que há quem afirme “que os seres humanos e o mundo natural estão numa rota de colisão”, Cavalcanti (1995, p.5), deixando a entender que a irracionalidade do sistema da sociedade envolvente, estaria provocando distorções no processo de desenvolvimento humano. Enquanto somente valorizar na categoria de sustentabilidade sobre o quantitativo, o econômico e não o qualitativo para a forma de viver, proporcionando qualidade de vida, em qualquer sociedade, poderá sim, chegar a uma grande explosão.

Alguns desafios para a manutenção das práticas tradicionais com os vegetais estão expondo também as comunidades indígenas, no sentido de ameaças ao não repasse desses conhecimentos, e existências de tensões internas principalmente os jovens indígenas, que mantêm contato mais frequentes com a sociedade envolvente, passa a “questionar os saberes dos mais velhos, evitando inclusive exibir marcas

materiais de seus costumes” (GALLOIS, 2006, p. 59) Segundo a autora, essa conduta seria para não enfrentar os preconceitos da sociedade não índia, ainda muito visível no cotidiano.

No período dessa pesquisa, ao perguntarmos se as mulheres estão repassando o conhecimento das práticas com as plantas medicinais para os mais jovens, veja o que responde,

“Eu não passo, não mostra. Quando chama pra ensinar os outros de sua aldeia, diz: 'será que vai curar?', só remédio do karaiko cura”. “M₂”

“Eu não estou ensinando ninguém”. “M₅”

“Eu passo para minhas filhas, todas. Já os outros eu não sei”. “M₃”

Essas evidências vêm fortalecer a importância dessa pesquisa, pois exige maior dedicação e aprofundar os estudos, saber avaliar impactos em processos de mudanças de longo prazo que possam ser “avaliados” pelos próprios membros da sociedade. Mas, os Wajãpi não estão vendo acontecer e ficam parados. Gallois (2006) cita que os Wajãpi preocupados com a não valorização dos conhecimentos dos mais velhos pelos adolescentes, alguns líderes e professores bilíngues procuraram alternativas e apoio para reverter esse momento. Eles contam com apoio da FUNAI, IEPÊ e UNESCO, no desenvolvimento de projetos que buscam a visibilidade de seus costumes.

Os Wajãpi estão atualmente engajados, em torno da valorização interna de seus conhecimentos e práticas culturais, é o mais recente em data, [...] e à exigência de melhor qualidade nas ações assistenciais de educação e saúde, que continua sendo a reivindicação prioritária deste e de todos os indígenas no país (SABERES INDÍGENAS, 2008).

As mulheres Wajãpi que participaram da pesquisa que responderam não repassar conhecimento, também demonstraram preocupação, uma vez que a assistência à saúde em sua comunidade é muito precária, como já foi dito, nem sempre tem medicamentos suficientes para tratar as doenças e nem profissional de saúde com maior tempo de permanência em área, e os que vão em temporadas não conhecem como Wajãpi vive.

Diante dos fatos, o conhecimento tradicional contribui para sua subsistência indígena e está incorporado ao conceito de sustentabilidade. Para Posey (1999, p.348-349), as comunidades indígenas possuem uma “ética ambiental” não universal a todas, mas tendem a enfatizar valores e características específicas, tais como: Laços familiares e comunicação entre gerações, inclusive com ligação aos ancestrais; cooperação; preocupação pelo bem-estar das gerações futuras; escala local, auto-suficiência e dependência de recursos naturais disponíveis localmente e contenção da exploração de recursos e respeito à natureza, especialmente sítios sagrados.

O conhecimento tradicional, inovações e práticas, são referidos pelos cientistas como Conhecimento Ecológico Tradicional ou Traditional Ecological Knowledge (TEK). O TEK é holístico, dinâmico, e evolui constantemente pela experimentação e inovação, de visão nova e estímulos externos (Ibidem, 1999). Essa compreensão é compartilhada com Gallois quando diz que os indígenas têm grande capacidade de inovar e se adaptar a mudanças aos seus modos tradicionais.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mulheres indígenas aglutinam em seu conhecimento tradicional uma vasta sabedoria com plantas medicinais que são utilizadas para tratamento e prevenção de doenças do corpo e da alma. O conceito de doença e saúde para elas está pautado na sua cosmovisão e sua prática com a doença visando o equilíbrio entre os seres e ao meio ao qual está inserido, pois para elas, estar bem com qualquer ser vivo, é estar em estado de saúde, do contrário podem apresentar qualquer doença ou infortúnio. Dentre as doenças ou sinais e sintomas que elas cuidam está a febre, dor de cabeça, dor de barriga, diarreias, dor de urina e outras. As principais plantas utilizadas na terapêutica, as mais citadas foram identificadas como: Leguminosae-Caesalpinoideae, Anacardiaceae, Meliaceae e Rubiaceae.

Entre as práticas de utilização das plantas, as mais citadas está os chás, banhos, maceração, in natura e sumo da folha da planta. Como plantas medicinais o uso das espécies sobre o hábito de crescimento, o arbóreo foram os que mais predominaram na citação, seguido de arbusto e herbáceo. As folhas, casca do caule, o óleo e a flor, são as partes dos vegetais mais utilizadas.

Os vegetais também são muito utilizados na visão mítica do grupo, porém como é uma prática mais específica dos xamãs, não coube nesse momento da pesquisa avançar nessa categoria, respeitando cada papel do indivíduo na sociedade.

O conhecimento e uso de plantas medicinais pelas mulheres Wajãpi é um saber coletivo e dividido com todos de sua comunidade no momento da necessidade. Diferenciado de algumas comunidades que se mantêm um especialista na área e por seus serviços é atribuído um valor (CONFOLONIERI, 1993).

O saber dessas mulheres foi adquirido de geração para geração, independentemente seu ancestral ser pai, mãe, avó ou avô. Argumenta-se que o passado é cultuado e a simbologia é valorizada e perpetuada experiências de gerações. Essa forma de conhecimento, através da “tradição”, não deixa de ser uma forma de lidar com tempo e espaço, onde também vão se adequando a novas formas através da experiência particular ou do grupo. O conhecimento tradicional das indígenas configura um saber patrimonial imaterial, um valor social importante para as futuras gerações. Segundo Cangüilhem (2000), a construção social do modelo

biomédico e de outros saberes e práticas de cura tradicional, caracteriza um “capital social” ou “patrimônio cultural”.

O conhecimento científico que embasa o modelo biomédico foi firmado dentro de um contexto social, que convinha assim a exclusão de outros modelos socialmente construídos. Ainda na visão de muitos profissionais de saúde e currículos universitários, esse modelo de curar foi e é oficializado como o único capaz de produzir um tratamento e cura, desconsiderando a história de vida do doente. Entretanto, essa pesquisa tenta mostrar que esse grupo de mulheres vem quebrar a hegemonia desse modelo, através das suas práticas com plantas medicinais, assim afirma Leininger (1991) que os profissionais de saúde sempre impõem seus valores e práticas sobre outras culturas.

Neste sentido é sábio apoiar um diálogo entre saberes, provado neste estudo que não há integração, ocorrendo em um único local, várias práticas de cura. Do ponto de vista das indígenas, elas possuem um poder de se adequar com outras práticas, sem perder as suas. Esse modo de conviver é valioso sob o ponto de vista tradicional que deve ser captado pelos seus mais jovens, que em sua maioria vem questionando a valoração desses saberes. Luciano (2004, p.21) índio baniwa em entrevista a revista RADIS - Comunicação em saúde, afirma que para melhorar o sistema de saúde dos povos indígena é preciso que, “esses saberes estejam articulados e nunca dividindo ou mutuamente se excluindo. Na cabeça dos índios é desejo que um dia esses saberes se somem e se articulem”.

Concordo com os pesquisadores Santos (2003) e Menezes (2004), quando propoem como emergência a visibilidades dos saberes, sugerindo o resgate de práticas e técnicas da arte de curar, que podem contribuir para um diálogo eficiente entre saberes. No caso das mulheres Wajãpi, o que ficou claro para não integração dos saberes, foram às deficiências do órgão gestor institucional em não proporcionar a permanência dos profissionais a longo prazo nas comunidades, com isso não favorecendo o vínculo com a mesma; a falta de capacitação permanente desses profissionais prestadores de serviço de saúde não indígena; deficiência de estrutura para o desempenho das atividades; deficiência de medicações básicas aos pólos base e maior supervisão “in loco” desses profissionais em uma supervisão crítica e instrutiva.

Ao longo dos tempos os povos indígenas sofreram mudanças no modelo assistencial de saúde através dos seguintes órgãos: SPI (Serviço de Proteção ao Índio), FUNAI e FUNASA, através dos DISEIs (Distritos Sanitários Especiais Indígenas), integrado ao SUS (Sistema Único de Saúde). Esse último modelo teria tudo a dar certo, pois foi o que mais se aproximou do SUS e dos conselhos sociais indígenas. Entretanto, enfrentou profundas fragilidades na cultura Política construída historicamente e no movimento indígena emergente (LUCIANO, 2004).

Segundo mesmo autor, uma das fragilidades foi à desqualificação e o despreparo da equipe do órgão executor das políticas junto às comunidades indígenas, que não foi capaz de desenvolver mecanismos adequados e coerentes de execução de ações e serviços junto aos povos indígenas. Outra fragilidade foi envolver organizações indígenas emergentes, que não estavam preparadas e capacitadas adequadamente para lidar com o processo, principalmente no que tange a ações e serviços. Isto levou muitas associações a serem fechadas através da justiça devido a sérios problemas administrativos.

É importante deixar claro que não se está negando a importância de outros modelos frente a essas comunidades, aprende-se com os erros, mas não pode-se manter por longo tempo, pois está em risco vidas de um grupo em minoria dentre as sociedades deste país. E para colaborar, as pesquisas científica têm a intenção de fortalecer o conhecimento, oferecer subsídio na medida do possível a essas sociedades e as que se propõe em trabalhar com elas.

Ainda sobre doenças, a forma de diagnóstico e tratamento, entre a sociedade indígena e não indígena, ainda há um distanciamento bem aparente, o segredo está na prática cultural de referência. Então sempre que pensar como tratar, para um pouco e recordar como é o processo cultural de um povo.

A prática dessas mulheres levanta a possibilidade de uma possível dependência parcial de medicamentos dos não indígenas, uma vez que a situação hoje dos Wajãpi é a medicalização industrializada exagerada, para muitos na fala delas próprias os jovens procuram mais a farmácia da FUNASA quando estão doentes do que os remédios tradicionais. Algumas mulheres citaram repassar para seus filhos, outras afirmaram que não passam, por que esses jovens valorizam o remédio dos

“brancos”. A valorização da prática tradicional do uso de plantas medicinais, seu incentivo à produção para consumo próprio e a guarda desse conhecimento tradicional, já é uma forma de sustentabilidade e autonomia desse povo. As plantas medicinais têm um papel muito importante na questão socioeconômica, tanto para as populações que vivem no meio rural, como as que vivem no meio urbano. A utilização de espécies medicinais, na maioria das vezes nativas da sua região, ou cultivadas em seu quintal, pode reduzir os gastos com medicamentos sintéticos (CALIXTO e RIBEIRO, 2004).

Ressalto que o incentivo as práticas tradicionais com as plantas medicinais por essas mulheres vem de encontro a política brasileira de estimular o uso de plantas como fitoterápicos no sistema do SUS, uma das práticas complementares. Destacamos que no dia 15 de dezembro de 2005, o Conselho Nacional de Saúde aprovou a Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares no SUS, a qual foi renomeada por Política Nacional de Práticas Integrativas e complementares ao SUS e a proposta para plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos ocorrido desde 2001, baseado nas recomendações da OMS, (RODRIGUES e SANTOS, 2006).

Espera-se que essa pesquisa tenha continuidade se for da vontade do grupo indígena, objetivando colaborar com a educação, causas ambientais, pois, são poucas as pessoas que abraçam a causa. O desconhecimento dessas sociedades ainda é expressivo e a nossa política de saúde ainda caminha a passos curtos, visto a situação dos indicadores de saúde que ainda tem muito que melhorar. Essa iniciativa poderá favorecer inclusive outras comunidades indígenas que vivem problemas semelhantes em outros lugares desse imenso Brasil.

REFERÊNCIAS

ABRANTES, J. S. **Bio(sócio) diversidade e empreendedorismo ambiental na Amazônia**. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

ADJIBADÉ, Y.; **Pharmacognosie du *Psychotria forsteriana* A. Gray (RUBIACEAE) - Aspects botanique, Chimique et Essais Pharmacologiques preliminaires**. Univeristé Louis Pasteur de Strasbourg I, Paris, França, 1989. (Tese de Doutorado).

AKHTAR, A . H.; AHMAD, K. U. **Anti-ulcerogenic evaluation of the methanolic extracts of some indigenous medicinal plants of Pakistan in aspirin-ulcerated rats**. Journal of Ethnopharmacology, v.45, p. 1-6,1995.

AKEMI, S; KISHI, S. **Conhecimento Tradicional**. Criada por: admin última modificação em: Segunda –feira 31 de julho, 2006,p.01

ALBUQUERQUE, U. P. Etnobotânica: uma aproximação teórica e epistemológica. **Revista Brasileira de Farmácia**. 78(3): 60-64, 1997.

_____, U. P. de. **A Etnobotânica no Nordeste Brasileiro**. Palestras convidadas do 51º Congresso Nacional de Botânica. Brasília; Embrapa, 2002.

_____, U. P.; ANDRADE, L. H. C.; SILVA, A. C. O. 2005. **Use of plant resources in a seasonal dry forest** (Northeastern Brazil). Acta Botanica Brasilica, 19(1): 27-38.

ALMEIDA FILHO, N. **Problemas e perspectivas atuais da pesquisa epidemiológica em medicina social**. Textos em Epidemiologia, Brasília, CNPq,1984. p.9-37.

ALMEIDA, E. R. de. **Plantas medicinais**: conhecimentos populares e científicos. São Paulo: HEMUS, 1993.

ALMEIDA, S.P. et al. **Cerrado, espécies vegetais úteis**. Planaltina, DF: EMBRAPA/CPAC, 464p. 1998.

AMARAL, W. A. N.; SALATI, E. e SANTOS, A . **Políticas Públicas em Bio diversidade: Conservação e uso Sustentável no País da Megadiversidade**. Professor da ESALQ/USP. Investing in carbon storage: a review of brasilian forest projects. 1998.

AMOROZO, M. C. M. & GELY, A. Uso de plantas medicinais por caboclos do Baixo Amazonas. Barcarena, PA, Brasil. **Boletim Museu Paraense Emílio Goeldi, Série Botânica**, 4 (1): 47-131, 1988.

_____, M. C. M. **A abordagem etnobotânica na pesquisa de plantas medicinais**. In: DI STASI, L. C. (Org.). **Plantas medicinais**: arte e ciência – um guia de estudo interdisciplinar. Botucatu: UNESP, 1996.p. 47-68.

_____; MING, L. C. ; SILVA, S. P. da. **Método de coleta e análise de dados em Etnobiologia, Etnoecologia e Disciplinas correlatas**. Anais. Rio Claro/S.P.. UNESP/CNPq.2002.

ANDRELLO, G; FERREIRA, P.P. **Conhecimento Tradicional como Patrimônio Imaterial: Mito e Política entre os Povos Indígenas do Rio Negro**. 2006.

ANTUNES JUNIOR, D. **Farmácia de Manipulação Noções Básicas: Curso revisado e atualizado**. São Paulo, Tecnopress, 2002, p. 17

ASSAD, A. L. & PEREIRA, N. M. **Meio Ambiente e a Conservação sobre Diversidade Biológica: algumas considerações sobre questões regulatórias**.In: **Seminário Ciência e Desenvolvimento Sustentável**. S. Paulo.USP/Instituto de Estudos Avançados.1998.

AZANHA, G. **A Sustentabilidade das Terras Indígenas na Amazônia (e alhures)**. in: Souza Lima e Barroso Holfmann org. Etnodesenvolvimento e Políticas Públicas – RJ, LACED- Contracapa. 2002. Texto de Apoio para oficina” Sociedade indígenas e meio ambiente” lepe, 2007.

_____. Gilberto. **Sustentabilidade nas sociedades indígenas brasileiras**. Tellus, Campo Grande, v. 5, n. 8/9, p. 11-35, 2005.

BALLÉ, William. **Indigenous corporations and applied Historical Ecology in Brazilian Amazonia**. Paper for presentation at the Symposium on Ecological Threats and New Promises of Sustainability for the 21 Century (Laura Rival, org.), Queen Elizabeth House, 50^o Anniversary Conference, Oxford, UK, 3-5 July 2005.

BEAUD. S. e WEBER, F. **Guia para Pesquisa de Campo: produzir e analisar dados etnográficos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

BEGOSSI, A.; HANAZAKI, N. & SILVANO, R. A. M. Ecologia humana, etnoecologia e conservação. In: AMOROZO, M. C. M.; MING, L. C. & SILVA, S. M. P. (Org.). **Métodos de coleta e análise de dados em etnobiologia, etnoecologia e disciplinas correlatas**. Rio Claro: UNESP/CNPq, 2002. p.93-128.

BERG, M. E. **Plantas medicinais na Amazônia – Contribuição ao seu conhecimento sistemático**. Belém, Museu paraense Emílio Goeldi, 1993.

BERNARDI, B. **Introdução aos estudos etno-antropológicos**: perspectivas do homem. São Paulo: Edições 70, 1974. p.50-61.

BECKER, D. F. (Organizador). **Desenvolvimento Sustentável**. 3^a ed, Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2001,p. 23.

BERG, M. E. van den. **Plantas medicinais na Amazônia: contribuição do seu conhecimento sistemático**. Belém: CNPQ/MPEG, 1982.p.09.

BLACK, F.L., **Measles endemicity in insular populations: critical community size and its evolutionary implication**. Journal of Theoretical Biology, 11: 207-211. 1966.

BONET M.A. **Estudi etnobotànic del Montseny. Aspectes metodològics**. Ponències, anuari del Centre d'Estudis de Granollers, 1998, pp. 133-158.

BOUFLEUER, N. T. **Aspectos ecológicos de Andiroba (*Carapa guianensis* Aublet., Meliaceae), como subsídios ao manejo e conservação**. Dissertação (Mestrado em Ecologia e Manejo de Recursos Naturais) – Universidade Federal do Acre. Rio Branco. Orientador: Dr. Paulo Yoshio Kageyama. 2004. 84 p

BRASIL/ Ministério da Justiça. Fundação Nacional do Índio. **Dados populacionais**. 2002.

_____/Ministério da Justiça. Fundação Nacional do Índio. **Legislação Indígena**. Brasília. 2004.

_____/Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de Vigilância epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias**. Guia de bolso. 4ª ed. Brasília /DF, 2004, p.125.

_____, Ministério da Educação. **Índios no Brasil 2**. Secretaria de Educação Fundamental. Secretaria de Educação a Distância. Brasília: MEC; SEED: SEF. Capítulo 3, 2001. p.72 (verificar qual vai ficar essa ou da Franchetto)

_____, **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. In: MEDAUAR, O. (Org) et al. **Constituição Federal/Coletânea de Legislação Administrativa**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003. p. 747.

_____/Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Dados Populacionais**. COREAP/DSEI/SIASI//FUNASA/MACAPÁ/AP 28.02.2009.

_____. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo os Seres Humanos**. Conselho Nacional de Saúde, Resolução 196/96. Brasília: 1996. Disponível em www.scielo.br/scielo. Acesso em 10 de mar. 2009.

BREVE HISTÓRIA das Ervas [2008?]. Disponível em <users.matrix.com.br/mariabene/breve_historia_das_ervas.htm>. Acesso em 06.04.2009.

BUCHILLET, D. **Impacto do Contato sobre as Representações Tradicionais da doença e de seu Tratamento: uma Introdução**. 1991. in: **Medicina Tradicional e Medicina Ocidental na Amazônia**. BUCHILLET, D. (Org). CEJUP/UEP, Belém/PA, 1991. p.24

CALIXTO, J.S. & RIBEIRO, E. M. **O Cerrado como fonte de plantas medicinais para uso dos moradores de comunidades tradicionais do Alto Jequitinhonha, MG.** 2004.

CAMARGO, M.T.L.A. **A Medicina Popular em seus aspectos gerais.** II Simpósio Nacional de Medicina Popular e Natural. Natal, Rio Grande do Norte de 25 a 27 de outubro de 2001. Herbarium Estudos Etnofarmacobotânico. Disponível em <file:///E:/sobreplantas/AMedicinaPopularemseusaspectosgeraishtm>. Acesso em: 10/9/2003.

CANGÜILHEM, Georges. **O normal e o patológico.** 5^o ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

CAPRA, F. **O ponto de Mutação.** [tradução Álvaro Cabral] – São Paulo. Cultrix, 2006. p. 118.

_____. **O ponto de Mutação.** São Paulo. Cultrix 1989.

CARNEIRO DA CUNHA, M.; ALMEIDA, M. W. B. **Populações Tradicionais e conservação ambiental.** In: CAPOBIANCO, J. P. E. et. al. (Org.). **Biodiversidade na Amazônia Brasileira: avaliação e ações prioritárias para conservação, uso sustentável e repartição de benefícios.** ISA. 2001 p. 185.

CAVALCANTI, C. (Org.) **Desenvolvimento e natureza.** São Paulo: Cortez, Recife: Joaquim Nabuco, 1995, p.5.

CAVALCANTE, P. & FRIKEL, P. **A Farmacopéia Tiryó. Estudo Etnobotânico.** Publicação Avulsa. Museu Paraense Emílio Goeldi, Belém, 1973.

CAVALCANTE, C. (Org.) **Meio Ambiente, Desenvolvimento Sustentável e Políticas Públicas,** 2^a ed, São Paulo, Cortez, 1999. p. 319.

CHAMILCO, R. A . da Silva - **Práticas Culturais das Parteiras Tradicionais na Assistência à Mulher no período Grávido-Puerperal.** Tese de doutorado. Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, Rio de Janeiro, 2004.

CHAVES, M.B.G.; CARDOSO, A. M.; ALMEIDA, C. **Implementação da política de saúde indígena no Pólo-base Angra dos Reis, Rio de Janeiro, Brasil: entraves e perspectivas.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, Artigo 22(2): 295-305, fev.2006.

CHIZZOTTI, A . **Pesquisa em ciências humanas e sociais.** 6^a ed. São Paulo. Cortez. 2003 – (Biblioteca da educação Série 1. Escola; v. 16).

CLAUDIO, M. **100 Árvores do Cerrado.** Quia de Campo: Rede de sementes do cerrado, 2005.

CLAVREUL, J. **A ordem médica: poder e impotência do discurso médico**. São Paulo: Brasiliense. 1983.

CODDINGTON, M., **A Energia Curativa**. Rio de Janeiro. 1978.p. 71.

CONFALONIER, U. E. C. **Saúde dos Índios no Brasil**. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro. (5). Out/Dez. 1989. p: 441-450.

_____,U. E. C.; MARINHO, D. P. As populações Indígenas no Brasil. In: CONFALONIERI, U. E. C. (Coord); VERANI, C. B. L.; MARINO, D. P.; RIGONATO, D. D. L.. **Saúde de Populações Indígenas: uma introdução para profissionais de saúde**. Fio cruz Rio de Janeiro. 1993.

COORDENAÇÃO REGIONAL DO AMAPÁ-COREAP/Distrito Sanitário Especial Indígena-DISEI/ Sistema de Informações. 2008.

COSTA, D. C., **Política Indigenista e Assistência à Saúde**. Noel Nutels e o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas. Cad Saúde Pública. 4 (3): 1986, p.388-401.

CORREIA, L. L; MACAULIFFE, J. F. **Saúde Materno Infantil**. In: **Epidemiologia e Saúde**. ROUQUAYROL, M. Z. 4ª edição. Medsi. 1994.

CORDEIRO, H. – **Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde**- Trabalho apresentado na abertura do seminário Descentralización y Nuevas Formas de Gestión Social, Asociación Latino Americana de Medicina Social- ALAMES, Universidade do Estado do Rio de Janeiro-URFJ, 3-4 de setembro de 2001.

COLLIER JUNIOR, J., **Antropologia Visual: a Fotografia como Método de Pesquisa**, (Tradução de Iara Ferraz e Solange Martins Couceiro), São Paulo: EPU/Edusp, 1973

DAWSON, J. A. **Qualitative research findings: What do we do to improve and estimate their validity ?** Apresentado no Encontro Anual da AERA, Nova York, 1981

DENEVAN, W. M. (ed.) The aboriginal population of Amazônia. In: **The native population of the Americas in 1942**. Madison: University of Wisconsin Press, 1976. Segunda impressão, 1978. 354 p.

DESLANDES S. F.; ASSIS S.G. de. **Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças**. In: Minayo, M.C. de S, Deslandes, S. F. organizadores. Caminhos do pensamento: epistemologia e método, Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2002. (Criança, Mulher, Saúde). p. 195-219.

DIEGUES, A. C. & ARRUDA, R. S. V. (Orgs.). **Saberes tradicionais e biodiversidade no Brasil**. – Brasília: Ministério do Meio Ambiente; São Paulo: USP, 2001. 23-31 p.

DIEGUES, A. C. Sant'Ana. **Conhecimento e Manejo Tradicionais; Ciência e Biodiversidade**. Núcleo de Apoio a Pesquisa sobre Populações Humanas e Áreas Úmidas Brasileiras. 2000.

DIEGUES, A. C. S. **O mito moderno da natureza intocada**. São Paulo: Hucitec, 1996. 169 p.

DINIZ, D. S. **A Ciência das Doenças e a Arte de Curar, Trajetória da Medicina Hipocrática**. Dissertação de Mestrado. UERJ. Rio de Janeiro. 2006

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO. De 24 de maio de 1996.n°100.

DI STASI, LUIS C. (org). **Plantas Medicinais: Arte e Ciência um Guia de Estudo Interdisciplinar**. São Paulo: UNESCO, 1996.

DOMINGUES, J. L. **O Cotidiano da Escola do 1° Grau: O Sonho e a Realidade**. Goiânia: EDUC, 1988.

ELIZABETSKY, E “Tradicional medicinis and the new paradigm of psychotropic drug ation “In: Ethnomedicine and drug development, advances phytomedicine, vol 1. 2002.

EMBRAPA, CAJUEIRO, 2008. Acessado em 20.07.2009 através do site: <http://www.sct.embrapa.br/500p500r/Capitulo.asp?CodigoProduto=00063740&x=12&y=15>.

ENTRALGO, Pedro Lain. **La medicina Hipocrática**. Madri: Alianza Universidad. 1970, p.187.

FERREIRA, A .B de O. **Miniaurelio: o dicionário da língua portuguesa**. 6ª edição. Ed. Positivo.Curitiba, 2006.

FERNANDO, A. **Conhecimento Tradicional Indígena: O mundo e o conhecimento sustentável indígena**. 2007. Disponível no site: [file:///E:/Conhecimento Tradicional Indígena A Teia – Id Brasil](file:///E:/Conhecimento%20Tradicional%20Indígena%20A%20Teia%20-%20Id%20Brasil). Acessado em 16/02/2009.

FIDALGO, O.; BONONI, V. L. R. **Técnicas de coleta, preservação e herborização de material botânico**. São Paulo: Instituto de Botânica, 1989. 62 p.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: ed. Forense Universitária, 1977a.

_____, M. **O nascimento da medicina**, In: Foucault, M. Microfísica do poder.Org. e Trad. De Roberto Machado, Rio de Janeiro; Edições Graal,1979 b.

_____, M. **O nascimento da clínica**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001. p. 17

FONSECA, J.N. **Curso de Filosofia para médicos**. Resumos de oito aulas proferidas no Instituto de Homeopatia James Tyler Ken, Rio de Janeiro. 2000. p. 05

FRANCHETTO, B. **“Línguas histórias no Alto Xingu”**. In: FRANCHETTO B.; HECHENBERGER, M. (eds). **Os Povos do alto Xingu. História e Cultura**: Edufrj, 2001. pp.111-156.

_____. **Novos e Velhos Saberes**. In: **Índios do Brasil**. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Fundamental. Secretaria de Educação à Distância. Brasília: MEC;SEED;SEF,2001.p.69

GALLOIS, D. T. **O Movimento na Cosmologia Waiãpi: criação, expansão e transformação do universo**. Tese de doutorado em Antropologia da Universidade de S. Paulo. São Paulo 1988.p.270.

_____; DIAS, F.F.D. da Silva; GRUPIONE, L.D.B; VANZOLINI, M.; AZEVEDO, M; MORGADO, P. e CARDOSO, S. **ka'a ete: Waiãpi, Povo da Floresta**. Acervo Plínio Ayrosa, Departamento de Antropologia; FFLCH-USP, 1989,p: 8-9; p. 152.

_____. **A categoria “doença de branco” ruptura ou adaptação de um modelo etiológico indígena?** In: BUCHILLET, D. (org) **Medicinas Tradicional e medicina ocidental na Amazônia**. Belém CEJUP, 1991. p. 184.

_____. **“Jane Karakuri”, ouro dos Waiãpi: a experiência de um garimpo indígena**. In: MAGALHÃES, A.C. (org), **Sociedade indígena e transformações ambientais**. Belém. UFPA-NUMA, 1993. p. 25-46.

_____. **Definindo o âmbito de uma "cosmologia"**. 2000.

_____. **Sociedades indígenas e desenvolvimento: discursos e práticas para pensar a tolerância**. In: GRUPIONI, L. D; VIDAL, L. B; FISCHMANN, R. (Orgs.). **Povos Indígenas e tolerância**. São Paulo: Edusp & Unesco, 2000.

_____. **Cultura “indígena” e sustentabilidade: alguns desafios**. In: Revista Tellus, Núcleos de Estudos e Pesquisas das Populações Indígenas- NEPPI, ano 5, número 8/9, abril/outubro/2005. Campo Grande: UCDB, 2005.

_____.(Org). **Patrimônio Cultural Imaterial e Povos Indígenas**. Exemplos no Amapá e Norte do Pará. Iepé. 2006, p.16.

GEERTZ, C. **Works and Lives: the anthropologist as author**. Stanford, CA: Stanford University Press, 1988.

_____, C. **O Saber Local: novos ensaios em Antropologia interpretativa**. Petrópolis: Vozes, 1999. p.29.

GENTRY, A. **Neotropical Floristic Diversity: Phytogeographical Connections Between Central and South America, Pleistocene Climatic Fluctuations, or an Accident of the Andean Orogeny?** Ann. Missouri Bot. Gard. 1982.

GOMES, B. A . **Plantas Medicinais do Brasil**. São Paulo. Edusp. 1972, p.22 (Brasiliensia Documenta, V) edição fac – símile.

GONÇALVES, C.W.P & VICENTINI, J.W. **Amazônia, Amazônias**. Ed. Contexto. 2001. p.139.

GONSALVES, P. E. Homeopatia. In: GONÇALVES, P. E. (Org.). **Medicinas Alternativas: os tratamentos não convencionais**. 2 ed. São Paulo: IBRASA, 1994

GREMARD, F. **Lê problema de l' enseignement du français em milien tribal em Guyane-** Bull. CENADON. V. 66, 1982.p. 22.

_____, F. ; MORETTI, C., JACQVEMIN, H. Pharmacopées traditionnelles en Guyane: Créoles, Palikur, Waiãpi. Paris: Orston, 1987.

GREMARD. Pierre e Françoise. **La Medecine traditionnelle dès Waiãpi**. 1976 in: RICARDO, Carlos Alberto; GALLOIS, D.T. **Povos Indígena no Brasil.v.3;Amapá/Norte do Pará**.São Paulo.CEDI,1983

_____, **Ainsi parlaient nos ancêtres essai d'ethhistoire Wayãpi**.Paris, ORSTOM,1982.In: RICARDO, Carlos Alberto; GALLOIS, D.T.**Povos Indígena no Brasil.v.3; Amapá/Norte do Pará**.São Paulo.CEDI, 1983.

GUARIM Neto, G.; SANTANA, S. R. e SILVA, J. V. B. **Notas etnobotânicas de espécies de Sapiendaceae jussieu**. Acta Bot. Bras. v.14 n.3 São Paulo set./dez. 2000.

GRMEK, Mirko D.(Org.) **Histoire de la pensée médicale en Occident**.Tomes 1,2 et 3. Paris: Seuil, 1995-1999. p. 25-42; p.257.

HASSEN, JOHANNES. **Erkenntnistheorie**. Universidade de Colônia.Portugal. 8ª ed; Ed. Armênio Amado. Coimbra Portugal, 1987.

HAVERROT, M. **Etnobotânica: Uma revisão teórica**. 1997.p.4

HERINGER, R. **Desigualdades raciais no Brasil: síntese de indicadores e desafios no campo das políticas públicas**.Cad. Saúde Pública. Rio de janeiro 58, 2002.

HERSKOVITS, M.J. **Antropologia cultural: o homem e seu trabalho**. São Paulo: Mestre Jou, 1963. p. 98-108.

HELMAN, C..G. **Cultura, saúde e doença**. Trad. Claudia Buchweitz e pedro M. Garcez. 4ª ed.-Porto Alegre: Artmed, 2000. p. 12-13.

HOLANDA, S.B. de. **Caminhos e Fronteiras**. Coleção Documentos Brasileiros. V. 89. 1ª ed. UFRRJ, 1957.

ISA. Instituto Socioambiental. **Povos indígenas no Brasil**. 2001. Disponível em <<http://www.socioambiental.org.br>>. Acesso em 10.01.2009.

JAEGER, W. **Paidéia: a formação do homem grego**. São Paulo: Martins Fontes. 2003.

JOUANNA, J. **Hipócrates**. Paris: Fayard, 1992.

JORGE, S.S. A. da; MORAIS, R. G. de . **ETNOBOTÂNICA DE PLANTAS MEDICINAIS**. Universidade Federal do Mato T. [2005?]

JUNQUEIRA, C. **Doença do Espírito**. Palestra ministrada na Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo, agosto de 2000.

KERBER, V. A.; RECH, S. B.; EIZABETSKY, E.; HENRIQUES, A. T. **Análise dos alcalóides de psicotrias de ocorrência no sul do Brasil**. Caderno de Farmácia, v. 13, n. 2, p. 165-166, 1997.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A . **Ciência e Conhecimento Científico**. 3ª ed. Atlas. 2000

LAPLANTINE, F. **Antropologia da Doença**. São Paulo: Martins fontes, 1991.

LANGDON, E. J. M. **Introdução: xamanismo – velhas e novas perspectivas**, in: LANGDON (Org.), E. Jean Matteson. **Xamanismo no Brasil: novas perspectivas**, Florianópolis: UFSC, 1996, p. 26-28.

LANDI, M. **Abcs: o que é jenipapo**. [2007?]. Disponível no site www.geocities.com. Acesso em 20.07.2009.

LAJIS, N. H.; MAHMUD, Z.; TOIA, R. F. **The alkaloids of Psychotria rostata**. **Planta Medica**, v.59, p.383-4, 1993

LEITE, A. M. C. **Ecologia de Carapa guianensis Aublet**. (MELIACEAE) “ANDIROBA”. 1997. 180 f. Tese (Doutorado em Biologia Ambiental) - Universidade Federal do Pará e do Museu Paraense Emilio Goeldi, Belém, 1997.

LE GOFF, J. **Mercadores e Banqueiros na Idade Média**. São Paulo: Martins Fontes, 1991 p. 97.

LEININGER, M. **Culture care diversity and universalit: a theory of nursing**. **New York**, NY: National Languge for Nursing Press, 1991. p. 47; p. 351.

LÉVI-STRAUSS, C. **A ciência do concreto**. In: **O pensamento selvagem**. Campinas: Papyrus. 1989.

LEOPARDI, M. T.; BECK, C.L.C at al. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. Pellotti. Santa Catarina.2001.

LIMA, C.M.G. de; DUPAS, G.; OLIVEIRA, I.de; KAKEHASHI, S. **Pesquisa Etnográfica: iniciando sua compreensão**. Rev. latino-americana de enfermagem, Ribeirão Preto, v. 4, n. 1, p. 21-30, janeiro 1996.

LOPEZ, C. L. – **Povos indígenas e meio ambientes na Amazônia Oriental Brasileiras: perspectivas antropológicas sobre proteção aos conhecimentos tradicionais, 1998**. in: População e meio ambiente na Pan-Amazônia, Luis E. Aragón (org.). Belém. UFPA/NAEA, 2007

LOUREIRO, V. R. **Amazônia: Estado-Homem-Natureza**. CEJUP. 1ª ed. 1992.

LUCIANO, G. dos Santos. **“Os indígenas inovam e as políticas públicas incorporam”**. Entrevista dada a rev. RADIS comunicação em saúde. A terra é nossa, nº 22, jun/2004, p. 20-21.

LUDKE, M; ANDRÉ, M. E. D. – **Pesquisa em Educação: abordagem qualitativa**. São Paulo: EPU-EDUSP, São Paulo, 1996.

LUZ, Madel T. - **Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX**. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 15(Suplemento):145- 176, 2005;

MACÁRIO, D. G. **Os Povos Indígenas e a Conservação da Natureza**. Comemoração dos 500 anos dos indígenas no Estado do Amapá em parceria com Governo do Estado do Amapá e Associações Indígenas Local. NHII/USP- Universidade de São Paulo 2000.

MACEDO, Guilherme. **Notas sobre o projeto Vigisus II e o Subsistema de Saúde Indígena**. In: Medicina Tradicional Indígena em Contexto: Anais da I Reunião de Monitoramento, Brasília/DF, 2007.

MANSO, B. P. **Eles resistem**. Revista Veja. Ed abril.1997.

MARI, A. de O. **Aspecto Anatômicos e Etnofarmacológico de Abuta grandifolia (Mart.) Sandwith (Menispermaceae) como contribuição ao estudo farmacognóstico de plantas da Amazônia**. Dissertação de mestrado, INPA/UFAM/Manaus/Amazonas, [s.n.]. junho 2007.

MATTOS, C. L. G. de. **A abordagem etnográfica na Investigação Científica**. UERJ, 2001.

MOTA, C. N. da . **Saúde e Povos Indígenas: tradição e mudança**. In: FERREIRA, M. B. R. et al. Cultura Corporal Indígena. Guarapuava. ed. Unicentro, 2003.

MARCONI, M. A. & LAKATOS, E.M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 6 ed. São Paulo : Atlas 2005.

MACHADO, L. Z. **Mulheres e Política: O lugar da tradição na Modernidade LatinoAmericana**. Série Antropológica. 105. Brasília. 1990.

MATTA, A. A. da. **Flora Médica Brasileira**. Manaus, Seção de Obras da Imprensa Oficial, 1913.

MAZZOTTI, A. J. A. & GEWANDSZNAJDER, F. **O Método nas Ciências Naturais e Sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. 2ª ed. Thompson. 1999.

MENEZES.M. P.G. **Quando não há problemas. Estamos de boa saúde, sem azar nem nada: para uma concepção emancipatória da saúde e das medicinas**. Disponível : <http://.ces.uf.uc.pt/emancipa/research/pt/saberes.html>. Acessado em jan 2005.

MINAYO, M. C. S. et al. **Pesquisa Social: teoria método e criatividade**. 21.Rio de Janeiro:Vozes,2002.p.22.

_____. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8ª ed. São Paulo: Hucitec.2004.

_____. **O Desafio do Conhecimento**. 5ª ed. São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC – ABRASCO, 1998.

MINISTERIO DA SAÚDE/ SVS/SIM/SINASC. **Taxa de mortalidade infantil por Regiões**. 2007 disponível em < www.datasus.gov.br/idb> acesso em 01.04.2009.

MITTERMEIER, R. A., WERNER, T; AYRES, J.M. et al. **O País da Megadiversidade**. Ciência Hoje, v.14, n.81, p.20-7, 1992.

MOREIRA, E. **Conhecimento Tradicional e a proteção**. T e C Amazônia, Ano V, Nº 11, junho de 2007.

MORGADO, P. **Introdução ao Estudo do Sistema Médico Waianã-Aparay**. Tese de dissertação para mestrado. USP. 1994. p. 5.

NIÑO, J; NARVAEZ, D. M.; MOSQUERA, O. M. and CORREA, Y. M.. **Antibacterial, antifungal and cytotoxic activities of eight Asteraceae and two Rubiaceae plants from colombian biodiversity**. Braz. J. Microbiol. [online]. 2006, vol.37, n.4, pp. 566-570. ISSN 1517-8382.

PACHECO, R. A. S. **Dignidade da pessoa humana, saberes tradicionais e sustentabilidade indígena - Desafios e Possibilidades**. [2005 ?].

PAULA, A . C. C. F. F. de. **Plantas Medicinais: Utilização Popular e Diversidade Química para a Industria.** Lavras/Minas Gerais, UFLA/FAGRE, 2003, p.07.

PATTON, M. **Qualitative evaluation methods.** Londres: Sage Publications. 1986.

PERRY, L. M. Rubiaceae - in **Medicinal Plants of East and Southeast Asia**, MIT Préss éd, p.347-60, 1980.

PEREIRA, D. M. de Brito. **O Direito de ser índio e seu significado.** Procuradora Regional da Republica, Membro da 6ª Câmara de Coordenação e Revisão. 2003. In: Sociedade Indígena e Meio Ambiente, textos de apoio para oficina. Iepé, 2007.

PESQUISADORES WAIÃPI. **!’Ã Para nós não existe só "imagem"**. Instituto de Pesquisa e Formação em Educação Indígena –Iepé & Conselho das Aldeias Waiãpi – Apina. UNESCO; 2008.

PINTO. A . C.; VEIGA, V. Jr. **O Olhar dos Primeiros Cronistas da História do Brasil sobre a Copaíba.** Instituto de Química. UFRJ. Rio de Janeiro. 2008

PIVETTA, M. **Em uma única reserva indígena, no Tocantins, pesquisadores descobrem 138 plantas com influência sobre o sistema nervoso.** Fapesp, 2001. p. 12. Disponível em: <http://www.google.com.br/prometeu.com.br>. Acesso em 16.11.2005.

PIRES, F. D. de Ávila - **Teoria e prática das práticas alternativas.** Ver Saúde Publica. 29(2) 147-51.1995.

PISO, G. **História Natural do Brasil ilustrada.** São Paulo. Companhia ed. Nacional. 440 p. 1948.

POSEY, D. A. **Introdução – “Etnobiologia: teoria e prática”, “Etnoentomologia de tribos indígenas da Amazônia”, Manejo da floresta secundária: capoeiras, campos e cerrados (Kayapo)**”. In: **Suma Etmológica Brasileira.** vol. 1.- Etnobiologia. RIBEIRO, B. (org.). Petrópolis: FINEP/Vozes. pp. 15-25, 251-272 e 173-185, 1987.

_____, D. A. **Etnobiologia e etnodesenvolvimento: importância da experiência dos povos tradicionais.** In: **Seminário Internacional sobre Meio Ambiente, Pobreza e Desenvolvimento da Amazônia,** Belém. **Anais.** Belém: Governo do Estado do Pará. 1992.

_____. **Kayapó ethnoecology and culture.** London and Now York: Routledge Harwood Anthropology, 1994. p. 25-31.

POLIT, D.; HUNGLER, B. P. **Investigación científica en ciências de la salud. México:** Mc Graw-Hill, 1994.

_____. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. Pelotas: UFPel, 1997 in: CHAMILCO, R. A. da Silva - **Práticas Culturais das Parteiras Tradicionais na Assistência à Mulher no período Grávido-Puerperal**. Tese de doutorado. Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, Rio de Janeiro, 2004.

POTIGUARA, E. **Participação dos Povos Indígenas na Conferência em Durban**. Rede de comunicação Indígena sobre Gênero e Direitos. Revistas Estudos feministas. Ano 10. 1º semestre, 2002. P.3

POKHREL, N. R.; ADHIKARI, R. P.; BARAL, M. P. **In vitro evaluation of the Antimicrobial activity of Bauhinia viriegata, locally known as koiralo**. World Journal of Microbiology and Biotechnology, v. 18 n-1, p. 69-71. 2002.

PROGRAMA WAJÃPI / CTI. **A terra Wajãpi/AP e a problemática sócio-ambiental. Documento base**. São Paulo, 1999.

QUEIROZ, M. de S. **O paradigma mecanicista da medicina, ocidental moderna: uma perspectiva antropológica**. Rev. Saúde pública, S. Paulo, 20:309 -17, 1986.

RAMOS, A. R. **Sociedades Indígenas**, 3ª ed, ed Ática S.A. São Paulo, 1994. p. 81

REGISTRO no mundo. [s.d.]. Disponível em <www.fitoenergetico.com.br> - UEMG e Associação Brasileira de Saúde. Acesso em 05.04.2009

REZENDE, E. A., RIBEIRO, M.T.F. **Conhecimento tradicional, plantas medicinais e propriedade intelectual: biopirataria ou bioprospecção?**. rev. bras. pl.med., Botucatu, v.7, n.3, p.37-44, 2005.

RIBEIRO, B.G. **Amazônia Urgente**. Belo Horizonte. Itatiaia LTDA. 1990. p. 75.

RIBEIRO, D. **O povo brasileiro: a formação e o sentido do Brasil**. São Paulo: Companhia de Letras. 1997.

RICARDO, C. A. (Coord). **Povos Indígena no Brasil. v.3; Amapá/Norte do Pará**. São Paulo. CEDI, 1983. p.177.

RIBEIRO, D. (ed.) *et alii.*, **Suma Etnológica Brasileira. Vol. 1. Etnobiologia**, D. Ribeiro (ed.), Petrópolis, Vozes/FINEP, 1986.

RODRIGUES, A. G.; SANTOS, M. G. dos – **Plantas Mediciniais e Fitoterapia no SUS: a Política do Ministério da Saúde**. Ano 01 Nº 2 Versão 2006. Disponível em www.ibpm.org.br Capturado em 04.10.2008 as 19:58'.

RODRIGUES, J.S.C. **Contributo para o Estudo Etnobotânico das Plantas Mediciniais e Aromáticas no Parque Natural da Serra de S. Mamede** - Relatório de estágio. Alto Alentejo. ICN – PNSSM, FCUL. 2001, p. 8.

ROSEN, G. **Da Policia Médica à Medicina Social**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

REZENDE, E. A.; RIBEIRO, M. T. F. **Conhecimento Tradicional, plantas medicinais e propriedade intelectual: biopirataria ou bioprospecção?** VER.BRAS.PL.MED, Botucatu, v.7, nº3, p37-44, 2005.

REDELIFT, M. R. **Os Novos Discursos de Sustentabilidade**. In: FERNANDES, M.; GUERRA, L. (Org). **Contra-Discurso do desenvolvimento Sustentável**. UNAMAZ. Belém. 2003. 47p.

SABERES WAJÃPI. **Documento elaborado pela equipe**: APINA/ IEPÉ/ NHII-USP, para subsidiar a participação de Luis Donisete Benzi Grupioni, Aikyry e Jawapuku Wajãpi no Seminário do LASA, Canadá, agosto 2007. março, 2008.

SALATI, E. **O Clima Atual Depende da Floresta**. In: Salati, E. Et al. **Amazônia: Desenvolvimento, Integração e Ecologia**. Brasília, CNPq; São Paulo: Ed. Brasiliense, pp. 15-44, 1983.

SANTILLI, J. **Socioambientalismo e Novos Direitos**. São Paulo: Petrópolis, 2005. 192p.

SANTOS, B.S. **The world social fórum: toward a counter-hegemonic globalization**. Disponível em : [http:// www.ces.fe.uc.pt/bss/documentos/wsf.pdf](http://www.ces.fe.uc.pt/bss/documentos/wsf.pdf), Coimbra, jul 2003. Acessado em janeiro 2005.

SAMPAIO, P. de T. B. **Andiroba (*Carapa guianensis*)**. In: CLAY, J. W.; SAMPAIO, P. de T. B.; CLEMENT, C. R. **Biodiversidade Amazônica: exemplos e estratégias de utilização**. Manaus: Programa de Desenvolvimento Empresarial e Tecnológico. 2000, p. 243-251.

SARQUIS, R. S. F. R; COSTA, S. V. N. Pesquisadores do IEPA/AP. Responsáveis pela taxonomia das plantas medicinais da área Wajãpi, 2009.

SEVALHO, Gil. **Uma abordagem histórica das representações sociais de saúde e doença**. Caderno de Saúde Pública vol.9 nº 3. Rio de Janeiro. 1993.

SEGOVIA, HERRERA, M. **Risco e segurança do trabalho desde o ponto de vista de um grupo de trabalhadores de uma agência de distribuição de energia elétrica** In: **Encontro Interamericano de Pesquisa Qualitativa em Enfermagem**. São Paulo, 1988.

SECRETARIA DO MEIO AMBIENTE/S.M.A. **Entendendo o Meio Ambiente**. vol: I , São Paulo. Governo do Estado de São Paulo, Secretaria do Meio Ambiente do Estado de São Paulo. 1996.

SOARES, O. **O Brasil e seus Índigenas**. Conferência apresentada no Canadá no “Encontro Brasil Canadá”, sobre “ Integração das memórias éticas no Concerto Nacional”. Brasília/DF.1987.p.07.

SOUZA, R. B. – **O Conhecimento e a Percepção dos Docentes sobre a Utilização da Fitoterapia por pacientes hospitalizados**-Belém/Pá/UFGA- 1995. Dissertação de Mestrado em Enfermagem.

SOUZA, T. A . C. de. **Etnografia Wajãpi/AP do Processo Saúde-Doença: Um Enfoque Odontológico**. Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, para o título de Mestre em Odontologia. Belo Horizonte, 2005. p. 32

SOCIEDADE INDÍGENA. **Os índios do Brasil**. [s.a.] Disponível em www.planalto.gov.br/publi_04/COLECAO/INDIO Acesso em 25.03.2009.

SOUZA, L. B. e BARROSO, M. G. T. **Pesquisa Etnográfica: contribuição e evolução para a Enfermagem**. Escola Anna Nery. rev. Enferm. 2008 mar; 12(1): 150(5).

SILVA, R. B. L e. **A Etnobotânica de Plantas Medicinais da Comunidade quilombola de Curiaú, Macapá-AP**. Belém/Pa,2002. In: AMOROZO, M. C. M. & GELY, A. Uso de plantas medicinais por caboclos do Baixo Amazonas. Barcarena, PA, Brasil. **Boletim Museu Parasense Emílio Goeldi, Série Botânica**, 4 (1): 47-131, 1988.

_____. **A Etnobotânica de Plantas Medicinais da Comunidade quilombola de Curiaú, Macapá-AP**. Belém/Pa,2002. SUDAM. C.&T. GENAMAZ. **Estudo do potencial de mercado de fármacos (medicamentos e cosméticos), fitomedicamentos, bancos de extratos e compostos e serviços de patenteamento e certificação**: relatório final. Belém, 2000.

_____. **A Etnobotânica de Plantas Medicinais da Comunidade quilombola de Curiaú, Macapá-ap**. Dissertação apresentada à Universidade Federal Rural da Amazônia, como parte das exigências do Curso de Pós-graduação em Agronomia, área de concentração Biologia Vegetal Tropical, para obtenção do título de “Mestre”. Belém/Pará/ BRASIL; 2002.

SILVA, C. M.;YUNES, R. A.; MONACHE, F.; SANTOS, A . R.; **Phytochemical and pharmacological analysis of Bauhinia microstachya** (Raddi) Macbr. (Leguminosae). Zeitschrift fuer Naturforschung C, v.56, n.11/12, p. 939-942,2001

TAMAIÓ, N. **Anatomia do caule e da raiz em Menispermaceae**. Tese de doutorado, defendida em 2006, USP, publicada em 2008.

TARGINO, R. B. **Visão sócio-antropológica da parteira curiosa dimensão política educativa terapêutica, rezas, ritos e ervas**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1992.

TEORIA do Conhecimento [s.d.]. Disponível em <http://www.encyclopedia.com.br/MED2000/pedia98a/filo79ps.htm>. Acesso em 02.04.2009.

TURKIEWICZ, M. **História da Enfermagem**. Paraná: ETECLA, 1995.

TURATO, ER. **Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa**. Rev Saúde Pública 2005 Jun; 39(3):507-14.

VEIGA, J. E. da . **Desenvolvimento/Sustentável: o desafio do século XXI**. Rio de Janeiro: Garamond, 3ª ed. 2008.

VIERTLER, R. B. Métodos antropológicos como ferramentas para estudos em etnobiologia e etnoecologia. In: AMOROZO, M. C. M.; MING, L. C. & SILVA, S. M. P. da (Org.). **Métodos de coleta e análise de dados em etnobiologia, etnoecologia e disciplinas correlatas**. Rio Claro: UNESP/CNPq, 2002. p.11-29.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Monographs on Selected Medicinal Plants**. V.2. Genebra, 2002. Manuscrito.

XAVIER, M. A. de Sá. **Estudos das Representações simbólicas de saúde/doença/cura na comunidade do Saco do Mamanguá, Paraty, RJ**. Niterói, 2004. Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Ciências Ambientais da Universidade Federal Fluminense, para obtenção do grau de Mestra.

APÊNDICES

APÊNDICE A

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O estudo “**Participação da Mulher Waiãpi, no uso tradicional de plantas medicinais**”, tem como **objetivo geral**: Analisar a importância das principais práticas tradicionais com plantas medicinais para as mulheres Wajãpi, utilizadas no tratamento de doentes na sua comunidade, levando em conta outra prática existente em seu grupo social executadas pelos não índios. Os **objetivos específicos**: Identificar as principais plantas usadas pelas Wajãpi, como remédios; Identificar as principais práticas tradicionais, utilizadas pelas mulheres Wajãpi no atendimento a comunidade; Identificar a partir da observação e do discurso dessas mulheres se ocorre a interação entre suas práticas e as demais práticas exercidas pelos prestadores de serviço de saúde; Discutir como o conhecimento tradicional na prática de fazer remédios com as plantas medicinais pode contribuir para sua sustentabilidade.

Será realizada a partir do estudo descritivo/qualitativo, com o método etnográfico, onde se utilizará como instrumento para a coleta de dados a entrevista semi-estruturada, a observação participante e o diário de campo. As mulheres que tem a prática de trabalhar com plantas medicinais fazem parte desse estudo e não haverá riscos para saúde e que a qualquer momento poderá consultar os pesquisadores responsáveis em qualquer época, pessoalmente, por telefone, para esclarecimento de qualquer dúvida. Estará livre para, a qualquer momento, deixar de participar da pesquisa, sem prejuízo algum. Será assegurado às entrevistadas o anonimato e a privacidade. E que será informada de todos os resultados obtidos. A entrevista será gravada e caso surgir dúvidas deverá ser esclarecido pelos pesquisadores. E caso haja incompreensão durante o diálogo seja chamado um interprete bilíngüe. A relevância da pesquisa é, valorizar o conhecimento das indígenas Waiãpi para a comunidade e para sociedade envolvente; tem importância econômica para a comunidade indígena, pois diminui a dependência de fármacos e estimula a discussão da sustentabilidade dos povos indígenas; facilita o intercambio nas ações de saúde entre a comunidade indígena e os profissionais de saúde não indígenas; na educação o propósito é despertar desde cedo nas gerações futuras a importância das práticas tradicionais com plantas medicinais e para a questão ambiental, despertar o debate com as instituições governamentais e não governamentais quanto a valorização dos recursos naturais que se possui e, para academia científica, despertar outros estudos nessa área. Dessa forma, você está sendo convidada a participar dessa pesquisa.

_____, ____ de _____ de 2009.

Nely Dayse Santos da Mata
(96-8805-7365)

Dr. José Carlos Tavares Carvalho
Orientador (96- 99022992/3312-1702)

Eu, _____ mediante os esclarecimentos supracitados, aceito participar desta pesquisa.

APÊNDICE B**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ
CURSO DE MESTRADO DESENVOLVIMENTO REGIONAL****DADOS DE CARACTERIZAÇÃO DAS MULHERES**

- a) Nome:
- b) Idade:
- c) Aldeia de Residência Atual:
- d) Com quantas pessoas reside e grau de parentesco:
- e) Numero de filhos?
- f) Frequenta a escola?

ROTEIRO DA ENTREVISTA

- a) Quais as doenças ou infortúnios que mais aflige a pessoa ou grupo?
- b) Comente como você adquiriu o conhecimento de preparar remédio com planta?
- c) Comente as principais plantas que você conhece para tratar doenças e como é preparadas para ser utilizada no enfermo?
- d) Quando os jovens adoecem eles procuram primeiro tratar com remédio caseiro feito por vocês ou remédios da farmácia dos não índios? Por quê?
- e) Para você, a comunidade preocupa em repassar aos descendentes esse conhecimento?
- f) Os prestadores de serviço de saúde não indígenas conversam com você sobre o tratamento de doente com plantas? Sim ou Não? Comente.

APÊNDICE C

PLANTAS COLETADAS PARA IDENTIFICAÇÃO



Nome indígena: YVYRAMEMYRA

Nome científico: *Miconia* sp.

Família: Melastomaceae

Uso: Para aumentar a fertilidade

Forma: Chá



Nome indígena: JAMYRANA

Nome científico: em processo de identificação

Uso: Para febre

Forma Chá



Nome indígena: PEROVYU

Família: Apocynaceae

Uso: Febre de malária

Forma Chá



Nome indígena: PEYRYRY
 Nome científico: *Dinizia excelsa*
 Família: Leguminosae- Mimosoidea
 Uso: Picada de cobra
 Forma Chá



Nome indígena: APUKUAPOÃ
 Nome científico: *Psychotria colorata*
 Família: Rubeaceae
 Uso: Dor no ouvido



Nome indígena: JIRURU
 Nome científico: *Parkia sp.*
 Família: Leguminosae- Mimosoidea
 Uso: Dor de barriga e abortiva
 Forma: Chá



Nome indígena: JIRURU
 Nome científico: *Parkia sp.*
 Família: Leguminosae- Mimosoidea
 Uso: Dor de barriga e abortiva



Nome indígena: KAISU
 Nome científico : em processo de identificação
 Uso: Para tonteira
 Forma: Chá



Nome indígena: KUREMÓ
 Família: Menispermaceae
 Uso: Dor de cabeça e coceira no corpo
 Forma Chá



Nome indígena: TOURIRI
 Nome científico: *Inga sp.*
 Família: Leguminosae- Mimosoidea
 Uso: Para tomar banho quando menstruada e quando estiver amamentando.



Nome indígena: TATAPOTA
 Família: Lauracea
 Uso: Diarréia
 Forma: Maceração