



## Aspectos socioculturais de vacinação em área indígena

### *Sociocultural aspects of vaccination in an indigenous region*

**Luiza Garnelo**

Pesquisadora do Centro de Pesquisas Leônidas e Maria Deane/  
Fundação Oswaldo Cruz.

Rua Terezina, 476  
69057-070 – Manaus – AM – Brasil  
luiza.garnelo@amazonia.fiocruz.br

Recebido para publicação em janeiro de 2010.

Aprovado para publicação em agosto de 2010.

GARNELO, Luiza. Aspectos socioculturais de vacinação em área indígena. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.18, n.1, jan.-mar. 2011, p.175-190.

#### Resumo

Analisam-se interações estabelecidas entre os Baniwa, grupo indígena do Alto Rio Negro, e equipes multidisciplinares de saúde que desenvolvem vacinação naquela região. Apoiando-se no enfoque da antropologia da doença, em estudos de etnologia rionegrina e na teoria das representações sociais, busca-se apreender as interpretações indígenas sobre ações de vacinação e sobre as doenças por elas evitadas. Os resultados mostram que as ideias biomédicas sobre vacina são reinterpretadas à luz da cosmologia baniwa. Conclui-se que a vitalidade do pensamento baniwa os impulsiona a interpretar as ações biomédicas conforme suas características culturais, mas o desencontro de perspectivas entre indígenas e profissionais de saúde tem implicações negativas no processo de vacinação.

Palavras-chave: índios sul-americanos; saúde indígena; cuidados primários de saúde; vacinação.

#### Abstract

*The article analyzes interactions between the Baniwa, an indigenous group from the Alto Rio Negro region, and the multi-disciplinary healthcare teams that conduct vaccination there. Approaching from the perspectives of the anthropology of disease, studies of Rio Negro ethnology, and the theory of social representations, the study endeavors to comprehend indigenous interpretations of vaccination and the diseases these seek to prevent. Results show that biomedical ideas about vaccines are re-interpreted through Baniwa cosmology. It is concluded that the vigor of Baniwa thought encourages these indigenes to interpret biomedical action in accord with cultural features and that the clash between Baniwa outlooks and those of healthcare providers has negative repercussions on the vaccination process.*

*Keywords: South American Indians; indigenous health; primary health care; vaccination.*

A discussão aqui apresentada não tem a pretensão de dar conta do conjunto infinito de situações que podem ser encontradas por equipes de vacinação em áreas indígenas. Trata-se de reflexões elaboradas a partir de uma investigação em antropologia da saúde, mais especificamente no âmbito das práticas sanitárias, que há vários anos desenvolvemos em áreas indígenas do Alto Rio Negro, particularmente entre o grupo indígena Baniwa, que vive no município de São Gabriel da Cachoeira.<sup>1</sup>

A etnia baniwa é um grupo aruaque falante, com população de pouco menos de sete mil pessoas distribuídas em 96 assentamentos, dispersos ao longo do curso dos rios Aiari e Içana, afluentes do rio Negro, noroeste da Amazônia brasileira. Essa etnia também tem membros residentes na Venezuela e na Colômbia, onde são conhecidos como Wakuenai e Coripaco, respectivamente (Garnelo, 2003).

Entre os que vivem no Brasil, a estrutura do parentesco funda-se na existência de três fratrias (Dzawinai, Hohodene e Walipere), aqui entendidas como grupos ampliados de descendentes de ancestrais comuns. Entre os Baniwa, cada fratria congrega um conjunto de *sibs* nomeados e hierarquizados, que constituem um núcleo mais interno de consanguinidade. Não raro, são também corresidentes. De modo distinto do que ocorre entre outros povos rionegrinos, entre os Baniwa a exogamia não é linguística e sim frátrica, admitindo-se também casamentos com membros de outras etnias (Garnelo, 2003).

O contato interétnico é antigo e marcado por diversos ciclos políticos e econômicos, instituídos em bases assimétricas que, ao longo da história, redundaram em violência e subalternização indígena aos interesses do colonizador (Wright, 2005). Entre os fatos marcantes na história das relações interétnicas, destacam-se o extrativismo da borracha, que infligiu pesadas perdas demográficas a essas populações, e a conversão religiosa (católica e protestante), cujos efeitos ainda repercutem no cotidiano das aldeias (Buchillet, 1995; Wright, 2005).

A Constituição de 1988 inaugurou novo patamar de interações entre o Estado brasileiro e as minorias étnicas, ao instituir o reconhecimento dos direitos à diferença cultural desses habitantes ancestrais do território brasileiro. Consequências desse marco constitucional são o crescimento do associativismo indígena e o desenvolvimento de políticas sociais culturalmente sensíveis, voltadas para o atendimento específico e diferenciado a essas minorias (Luciano, 2006).

O campo da saúde pode ser citado como exemplo das políticas sociais que se desenvolveram a partir da Constituição de 1988. Na década de 1990, essas premissas políticas foram operacionalizadas pelo Subsistema de Saúde Indígena, encarregado de prover, através dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), um conjunto de ações básicas de saúde para as diversas etnias distribuídas em território nacional. A vacinação, objeto de interesse neste artigo, é parte integrante das ações rotineiras dos DSEI (Santos et al., 2008).

Uma vez que essas atividades costumam ser desenvolvidas por profissionais não indígenas de saúde, a provisão de assistência sanitária deve ser entendida como um dos possíveis encontros interétnicos a que os Baniwa estão atualmente expostos. Porém, o contato com a alteridade não pode e não deve ser visto apenas como subproduto do contato com o mundo não indígena. A presença do 'outro', do estranho, cujos comportamentos são incompreensíveis e sobre os quais se devem emitir juízos para subsidiar formas de lidar com

ele, é algo recorrente e – diríamos mesmo – constitutivo do modo baniwa de viver. As interações com outras sociedades, humanas e não humanas, são entendidas no mundo baniwa como forma de renovação e, simultaneamente, ameaça à integridade do grupo.

A cosmologia baniwa tem como epicentro uma família criadora da humanidade, formada pelos órfãos Ñāpirikoli e seus irmãos, cujos pais foram mortos e devorados por xamãs-onça que tentavam exterminar a tribo dos futuros criadores da humanidade. A exposição precoce a esse cenário de violência molda a vida dos irmãos. Criados entre estranhos, enfrentam persistente risco de morte ao longo da infância, até que seus poderes mágicos cresçam o suficiente para lhes propiciar autodefesa e condições a fim de exercerem o papel ao qual foram destinados no mundo mítico (Garnelo, 2003).

Já na idade adulta, as relações com a alteridade continuam a influenciar e ameaçar a existência de Niāpirikoli, que, entre os irmãos, foi o criador efetivo dos seres humanos. Em sua vida no mundo primordial, o herói empreende diversas iniciativas que visam controlar a alteridade hostil: casa-se com mulheres oriundas de sociedades não humanas e com as quais guerreia; caça e tenta exterminar os macacos Eeonai, donos dos venenos que adoecem e matam as pessoas; é caçado e quase morto pelo avô Timbó; e seu irmão mais jovem é morto por afins agressivos numa festa de troca de alimentos (*pudali*), realizada em território inimigo. A busca de esposas entre afins primordiais não gera benefícios, como o fogo, obtido com o jacaré, um dos sogros de Niāpirikoli, quanto malefícios, como *whíokali*, um tipo de diarreia que surgiu da tentativa do peixe piranha de matar Niāpirikoli, seu genro (Garnelo, Wright, 2001).

A alteridade representa uma desejável fonte de poder, capaz de beneficiar a humanidade. Entretanto, seu manejo proveitoso é difícil, pois ela também tem a potencialidade de exterminar a frágil criação de Niāpirikoli. Certos seres são vistos como exclusivamente destrutivos, como é o caso dos macacos-trovões (Eeonai), detentores de venenos potentes com os quais se divertem matando pessoas. Outros, como os Yoópinaí, antigos xamãs que enlouqueceram pelo excesso de poder mágico e perderam a forma humana, exercem controle sobre a capacidade reprodutiva das plantas e outras fontes alimentares de interesse dos humanos. Porém eles não se curvam aos desígnios da humanidade e têm a capacidade de fazer adoecer e matar os que tentam se apoderar desses bens. Em suma, desde o início dos tempos uma das principais características da interação com o estranho é a violência incontornável que periodicamente ressurgue, apesar das muitas medidas preventivas, tomadas pelos ancestrais. Entretanto a alteridade é fonte necessária de renovação e enriquecimento da vida social, não se podendo dela prescindir.

Uma categoria especial de alteridade na cosmologia baniwa é a das grandes serpentes (Omawali). Já como adulto, Niāpirikoli teve de empreender um prolongado ciclo de lutas contra os monstruosos répteis que controlavam os ambientes aquáticos. Assim como Niāpirikoli, as serpentes também tinham poderes criadores. Se a principal criação desse herói foi a humanidade, as cobras, por sua vez, teriam criado os peixes. Grande parte das narrativas míticas tem como tema o embate entre essas duas potências criadoras. O desfecho final é marcado pela morte e expulsão dos répteis dos territórios hoje controlados pelos humanos; seus filhos-peixes tornam-se comida, o que viabiliza a existência humana. Porém, com a ambiguidade típica dos relatos míticos, a vitória de Niāpirikoli é controversa. A

morte e expulsão das serpentes podem ter tornado seguro o acesso humano aos ambientes aquáticos, entretanto acarretaram a limitação da capacidade reprodutiva dos peixes, cuja multiplicação dependia dos poderes de seus criadores. O entendimento baniwa é que haveria um estoque limitado de poder reprodutivo dos peixes no mundo, que estaria sendo lenta mas progressivamente reduzido como resultado da ação predadora humana (Garnelo, 2007, 2010).

Nesse ciclo de narrativas míticas, uma é de especial interesse para este trabalho. Trata-se do intercurso sexual clandestino que teria ocorrido entre a esposa de Niãpirikoli e a serpente Oliámali. Como parte das tentativas de impedir a afluência da humanidade, Oliámali teria engravidado a mulher de Niãpirikoli, buscando assim garantir o predomínio de seus descendentes, em vez dos de Niãpirikoli. Um dos elementos marcantes desse trecho da narrativa mítica é que o sedutor Oliámali assume a forma humana para efetivar o ato sexual; nessas ocasiões, sua aparência é a de um homem branco portando barba, chapéu, roupas e até mesmo uma espingarda (Garnelo, 2003).

A fusão da imagem do colonizador com a dos seres mais perigosos do panteão mítico parece ser frequente entre as culturas indígenas rionegrinas, e não somente entre os Baniwa, também tendo sido possível observá-la em trabalho de campo entre os Baré, outro grupo residente na região. Os escritos de Gabriel Gentil (2005) trazem narrativas similares de membros do grupo linguístico Tukano, que também habitam a região do Alto Rio Negro. De acordo com Wright (2005), a violência do contato interétnico marcou indelevelmente a organização dessas culturas, sendo até hoje perceptível nos mais diversos âmbitos da vida indígena. Se personagens aterradores do imaginário baniwa são associados aos agentes de contato, pode-se inferir que tal concepção negativa de alteridade influencie nos modos indígenas de interagir com as agências de contato, aí incluídas as instituições de saúde atuantes na região.

É sobre a interação dos Baniwa com os profissionais de saúde e com as ações técnicas que estes desenvolvem no campo da imunização, ou seja, com os representantes de um tipo específico de alteridade, que trataremos neste texto.

## **Metodologia**

Este artigo resulta de uma pesquisa interessada em etnografar as práticas sanitárias desenvolvidas no Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Negro. Dadas as características complexas do objeto, optamos por um enfoque interdisciplinar que congregou estudos de representações sociais nas suas vertentes aplicadas à saúde (Herzlich, 2005) e abordagens da chamada antropologia da doença e da etnologia indígena, desenvolvidos por autores que, há diversos anos, registram e analisam as características da cultura baniwa. Em virtude da amplitude da pesquisa, somente uma fração dela será abordada aqui, aquela referente às concepções e práticas sociais estruturadas em torno da vacinação.

As fontes de dados consistiram na observação participante da prestação de serviços de saúde nas aldeias baniwa e em reuniões de programação e avaliação dessas atividades, bem como na realização de entrevistas com lideranças indígenas versando sobre o tema da prestação de cuidados, no qual as atividades de vacinação representavam um item específico.

A etapa de campo teve a duração de aproximadamente cinco meses, no âmbito de um projeto de um ano de duração. Ressalve-se, porém, que a autora atua junto aos Baniwa há cerca de vinte anos, tendo desenvolvido, nesse período, diversas investigações nos campos da etnologia e da saúde indígena.

O marco teórico buscou apoio em autores ligados à corrente denominada antropologia da doença, tais como Augé (1986), Zempléni (1988), Laplantine (1987) e Buchillet (1991a, 1991b, 1995), que respaldaram a investigação sobre as categorias interpretativas de doença e cura e suas interfaces com a mitocsmologia do grupo. Nesse caso, buscou-se apreender as conexões entre a teoria nativa de doença e de cuidados de saúde, os fundamentos da vida social e os modos de interagir com os serviços biomédicos disponíveis para o grupo (Lobo-Guerrero; Herrera, 1989).

Na análise da cultura baniwa, foram relevantes a contribuição de Wright (1998, 1999, 2004, 2005), que desenvolveu estudos sobre a cosmologia, a religiosidade e o xamanismo junto aos Hohodene – uma das fratrias baniwa que habitam o rio Aiari, afluente do rio Içana –; Jonathan D. Hill (1984, 1987, 1993), que fez pesquisa de campo entre as fratrias que vivem na Venezuela, investigando temas como os ritos de trocas alimentares (*pudali*) – intimamente ligados às alianças matrimoniais entre fratrias –, ritos de passagem e de pós-nascimento, bem como as relações entre a cultura e a natureza nessa sociedade; e Garnelo (2003, 2006, 2007; Garnelo et al., 2010; Garnelo, Wright, 2001), que realizou pesquisas entre os Dzawinai e os Walipere, fratrias que vivem no médio Içana, trabalhando com temas ligados à cosmologia, ao sistema baniwa de doença, cura e cuidados, práticas alimentares, territorialização e fontes alimentares. O conjunto dessas obras propiciou informações para a aproximação de produções culturais baniwa que subsidiassem o entendimento de como operam suas interações com a alteridade, representada, no caso, pelos profissionais do Distrito Sanitário Especial Indígena.

A busca por entendimento das dimensões cognitivas e de atribuição de sentido às práticas de vacinação, seja do ponto de vista dos Baniwa ou dos profissionais não indígenas de saúde, foi empreendida com o apoio da teoria das representações sociais, que tem encontrado fértil campo de interesse e aplicação na área da saúde coletiva. De uma vasta literatura existente sobre esta temática, priorizamos a contribuição de Jodelet (1989), Herzlich (2005), Flament (1997), Abric (1997) e Moscovici (1989).

Segundo Denise Jodelet (1989), representações sociais são categorias de pensamento, formas de conhecimento elaborado e partilhado por grupos sociais que auxiliam os mesmos a interpretar, questionar, atribuir sentido e intervir na realidade. Ainda que parta de um ponto de vista bastante distinto, e já no campo da antropologia, Godelier (1977, 1981), ao discorrer sobre os fundamentos do pensamento mítico, chama a atenção para o caráter ideal, ou seja, não material das representações sociais associadas a esse pensamento. Ressalva que, não obstante sua natureza abstrata, o pensamento mítico auxilia a organização das relações sociais dos homens entre si e com a natureza e favorece a mobilização dos meios materiais, no intuito de possibilitar a reprodução da vida social.

Moscovici (2003), que investigou formas de circulação e apropriação do conhecimento científico por pessoas sem formação tecnocientífica e a incorporação desse conhecimento ao senso comum dos franceses, descreveu várias estratégias cognitivas que viabilizariam essas

formas de incorporação. Entre elas, interessa-nos particularmente o conceito de ancoragem, descrito pelo autor como o processo de aproximação do que é ainda desconhecido – e, portanto, ameaçador – às categorias e imagens previamente conhecidas pelo sujeito, na busca de atribuir sentido àquilo que ainda não está rotulado e classificado. A ancoragem propicia, segundo Jodelet (1988), integração cognitiva de um novo objeto de conhecimento ao sistema de pensamento preexistente e disponível no meio social.

Como se verá a seguir, tal forma de operação mental é importante meio utilizado, tanto pelos profissionais de saúde quanto pelos indígenas, para conferir inteligibilidade e produzir juízos críticos sobre as práticas de vacinação desenvolvidas nas aldeias indígenas, tomando como base padrões próprios de entendimento da realidade.

### **Resultados e discussão**

No Alto Rio Negro, as rotinas de atendimento à saúde indígena e a vacinação, em particular, são, em grande medida, moldadas pelas características geográficas e demográficas da região. A grande distância a ser percorrida entre a sede municipal, onde estão localizados os principais recursos sanitários, e as aldeias, assim como a falta de luz elétrica e de insumos que garantam a conservação adequada dos imunobiológicos fazem com que as atividades de vacinação sejam desenvolvidas prioritariamente em regime de campanha. Ou seja, realizam-se viagens periódicas nas quais as equipes se deslocam com os imunobiológicos acomodados em caixas de isopor com gelo, viajando com rapidez para garantir sua conservação. Atualmente, é possível dispor de pontos de apoio no interior da área indígena, onde postos de saúde equipados com *freezers* alimentados com geradores de energia movidos a diesel permitem a renovação do gelo e a estocagem das vacinas por curto período, de modo a não comprometer a qualidade do trabalho.

A partir dos pontos de apoio, as equipes deslocam-se subindo e descendo os rios e parando em cada aldeia localizada no trajeto programado, a fim de aplicar as vacinas. Em virtude do longo percurso, do elevado número de locais a serem visitados e do tempo de duração do gelo que conserva os imunobiológicos, as equipes só podem permanecer em cada assentamento por pouquíssimo tempo. Ali chegando, imunizam os presentes naquele momento, desde que tenham indicação para receber a vacina. Os ausentes só poderão ser vacinados em viagem subsequente, as quais, não raro, são realizadas após vários meses de intervalo. Preocupados com a ausência dos suscetíveis no momento da vacinação, os profissionais se esforçam em avisar as comunidades sobre dia e horário de sua chegada na aldeia. Porém o único meio de comunicação nesses locais é a radiofonia, instalada num número restrito de localidades, e o funcionamento dos rádios costuma ser interrompido por falta de energia, o que faz com que, muitas vezes, os comunitários não recebam em tempo hábil o aviso de que devem aguardar, na aldeia, a chegada da equipe de vacinação.

Por outro lado, nas difíceis condições de viagem na Amazônia, são comuns atrasos e impossibilidade de comparecimento na data programada, por parte da equipe. Nessas ocasiões, a equipe pode chegar a uma aldeia e não haver ninguém para vacinar. Cansadas de esperar, as pessoas tendem a retomar seus afazeres rotineiros, deslocando-se para roças, caçadas e pescarias – atividades desenvolvidas fora do local de moradia. Quando isso

ocorre, o insucesso da iniciativa tende a gerar tensões e acusações mútuas entre profissionais e usuários.

Nesse cenário, a vacinação não pode ser considerada uma atividade rotineira, diária ou semanal, como ocorre nas unidades urbanas da rede básica de saúde. O modo como ela é feita permite enquadrá-la no modelo campanhista de ação sanitária, com ações pontuais e executadas mediante realização de um número restrito de viagens de atendimento durante o ano. Nas condições descritas, o sucesso da vacinação depende muito de fazer coincidir as presenças da equipe e da população alvo da campanha em dia, local e horário precisos. Como se verá adiante, são inúmeras as dificuldades a serem superadas para garantir que tal encontro ocorra e que a atividade seja realizada a contento.

Antes de iniciar a descrição e análise das características da oferta dessa ação sanitária, analisemos alguns sentidos das representações nativas sobre as ações de vacinação, intimamente relacionados ao entendimento dos Baniwa sobre a doença, bastante distinto da concepção biomédica.

Na perspectiva indígena, a doença é entendida não como um evento individual e sim como uma ameaça coletiva, extensiva ao grupo de parentes. Concepções coletivas de doença geram estratégias terapêuticas igualmente coletivas, e é dessa forma que se organizam o xamanismo e outras modalidades nativas de cuidados com a saúde. Esse é um importante ponto de divergência entre as práticas tradicionais de cuidado e as da biomedicina. As últimas priorizam a abordagem individual em todos os níveis de atuação do sistema de saúde, o que produz um desencontro em relação à perspectiva e às expectativas dos indígenas sobre o tema (Langdon, 1988, 1994, 2005; Herrera, 1991).

A explicação baniwa da causalidade da doença não ignora o acervo de conhecimentos biomédicos que a história de contato interétnico tornou acessível, porém tais ideias são reinterpretadas segundo a cosmologia do grupo, o que gera um produto final bastante distinto da explicação científica original (Garnelo, Langdon, 2005; Garnelo, 2006). Estudos de antropologia da doença têm demonstrado que, no pensamento indígena, a causalidade última da doença costuma ser atribuída a uma origem supra-humana, vinculando-se as interações da sociedade com o mundo cósmico (Augé, 1986; Buchillet, 1991b, 1995; Gallois, 1991).

De acordo com Garnelo (2003) e Garnelo e Buchillet (2006), os Baniwa dispõem de um complexo sistema de explicações causais de doença, que remete os eventos patológicos aos conflitos que os seres humanos travam entre si e/ou com as sociedades não humanas com quem acreditam dividir seu território, ou ainda, com seres cósmicos que ameaçam permanentemente a vida neste mundo. Em consequência, a prevenção de doenças demanda buscar – e obter – uma re-harmonização da ordem social e/ou cosmológica ameaçada. A vacinação é bem-vinda, mas seu alcance é visto como algo que não ultrapassa o nível sintomático da doença, como ocorre de um modo geral com as chamadas doenças do branco (Gallois, 1991). Para os membros do grupo, a causa última dos problemas de saúde é algo muito complexo e não poderia ser alcançado somente por meio da introdução de substâncias químicas no corpo. Assim, o grau de importância que os Baniwa atribuem à vacina é relativamente menor que o valor de uma viagem xamânica aos mundos dos deuses em busca de uma resolução dos problemas coletivos que propiciaram a eclosão da doença.

Para o pensamento indígena, a explicação causal da biomedicina é apenas um entre outros níveis explicativos de doença e, certamente, não é o mais relevante (Zempléni, 1988; Lobo-Guerrero, 1991). De acordo com essa lógica, a proteção dada pela vacina está aquém da importância atribuída aos ritos tradicionais de proteção. Por outro lado, a presença da equipe na aldeia compete com as atividades diárias de subsistência, as quais, conforme a época do ano e o tipo de trabalho a ser feito, não podem ser postergadas, sob risco de prejudicar o plantio e a colheita de produtos agrícolas que alimentarão as famílias no ano seguinte.

A circulação de tais ideias entre os Baniwa não significa que eles não possam entender os procedimentos biomédicos; ocorre apenas que o fazem segundo a lógica própria de seu pensamento mítico, que opera como base de ancoragem para as informações oriundas do mundo não indígena que adentram seu meio social. A atribuição de novos significados às mensagens de saúde torna-se procedimento rotineiro à medida que elas são expostas às categorias de pensamento previamente existentes (Garnelo, 2006).

Cabe lembrar, também, que o processo de difusão de saberes da medicina científica é bastante contraditório. Ele não ocorre apenas por meio de estratégias sistemáticas e coerentes, advindas de processos educativos em saúde. De modo distinto a essa visão idealizada, o mais comum é sua veiculação se dar de forma aleatória e fragmentária, ao sabor das diferentes oportunidades de contato entre os indígenas e os representantes da sociedade nacional e contendo elevada carga de senso comum.

Uma análise dessa dinâmica foi empreendida por Menéndez (2003), para quem a biomedicina representa uma das principais fontes de transformação histórica dos sistemas de autoatenção à saúde. O autor ressalva, no entanto, que a disseminação das informações por ela geradas não se faz mediante uma reprodução literal de sua lógica e estrutura interna. Ao contrário, a complexidade da vida social gera um processo seletivo de incorporação de alguns dos elementos do conhecimento biomédico e de rejeição de outros, num movimento que reconfigura completamente o conjunto original de saberes. Por outro lado, a rápida superação das descobertas científicas tende a gerar uma defasagem temporal entre os novos conhecimentos, gerados em profusão, e a persistência de teorias e práticas biomédicas de décadas anteriores, que embora hoje refutadas persistem e são operativas em sistemas nativos de autocuidado.

A análise da dinâmica de incorporação de novos conhecimentos em situação de contato interétnico pode ser aprimorada com exemplos dados por autores que trabalharam em outras realidades indígenas, nas quais a experiência com a biomedicina é mais recente. São dados que permitem apreender situações que, entre os Baniwa, já se perderam no tempo. Pellegrini (1993), no relato de sua experiência com os Yanomami, conseguiu transmitir com grande sensibilidade a experiência daquele povo com os imunobiológicos, além de demonstrar sua própria angústia como um profissional de saúde que não detém as respostas adequadas às necessidades das pessoas que atende:

As pessoas da serra não conheciam os líquidos que moram nas caixas-de-água fria e que espantam as epidemias, assim como muitos nabèbè, que também os desconhecem ou duvidam de seus efeitos e que fazem o corpo ficar amargo, para que a xawala não o tome. E tinha líquidos para diversos tipos de xawalabè, menos para a que mais estava a chegar



e a matar – a que chamam gripe. E as pessoas tinham medo das injeções, mas muito mais das xawalabè, e assim aceitavam as agulhadas... muitas e repetidas... embora a xawala gripe chegasse sempre (p.52).

Ou ainda:

Líquidos misteriosos que pareciam vivos e que morriam fora da caixa que guardava água-fria-e-dura-feito-pedra e que não mais faziam seus efeitos contra xawalabè ...

Os nabèbè queriam furar pessoas com os líquidos certos e pessoas certas em número de vezes também certo, conforme pedia a magia de cada um dos líquidos. Por isso tanto queriam saber o nome das pessoas. Essas não possuíam nomes ou não podiam ouvi-los, já que seu som e significado quase nunca eram agradáveis ao ouvido e ao pensamento (p.52).

Os trechos mostram, com clareza, o processo de ancoragem empreendido pelos Yanomami. Diante de uma nova e desconhecida realidade, os membros do grupo buscaram articular as novas ideias e conceitos às suas representações tradicionais sobre a realidade envolvente. Para tal fim, lançaram mão de estoques cosmológicos de informações que propiciassem a bricolagem que a afluência das epidemias demandava. O processo resultou num modelo explicativo bastante distinto do que seria uma explicação biomédica sobre o tema.

Essa dinâmica pode ser vista ainda com mais clareza em Albert (1988), que analisa as representações dos Yanomami sobre as sucessivas epidemias de malária que sobre eles se abateram na década de 1980. O autor demonstra que tais representações foram elaboradas a partir da articulação, empreendida pelos indígenas, entre o papel mítico da fumaça – tida como elemento ameaçador da integridade dos vivos – e a presença dos brancos que liberavam fumaça de mercúrio durante a garimpagem do ouro, que teria gerado as epidemias. Apoiados em sua cosmologia, os indígenas enunciam um nexos explicativo que, *grosso modo*, utiliza os mesmos elementos da biomedicina para compor uma explicação dos eventos. Porém, ao fim do processo de ancoragem e ressignificação, o grupo produz uma explicação que pouco – ou nada – tem a ver com a interpretação científica dos eventos. Dada a diversidade da base operativa do pensamento, as formas de apreensão de uma mesma realidade podem gerar produtos radicalmente diversos entre si.

Se, num primeiro momento, a penetração das ‘doenças de branco’ pode representar uma realidade pouco compreensível para os indígenas, à medida que sua informação e presença permeiam a vida social as pessoas passam a elaborar juízos rotineiros sobre tais eventos, e costumam fazê-lo por meio dos supracitados mecanismos cognitivos de ancoragem e ressignificação, que também estimulam práticas híbridas de enfrentamento de tais problemas (Garnelo, 2006). A elaboração de interpretações sociocognitivas sobre doenças antes desconhecidas não costuma provocar ruptura nos meandros dos saberes tradicionais. Ainda que estes possam ser redimensionados e recriados diante das novas informações, sua lógica interna costuma ser preservada e opera como referencial básico para a acomodação das novas informações circulantes (Gallois, 1991).

Estratégia similar é acionada para entender as rotinas políticas, operacionais e administrativas enfrentadas pelas equipes de saúde nas campanhas de vacinação em aldeias

indígenas. A discussão de algumas situações objetivas pode facilitar o entendimento dessas questões.

No mundo baniwa, as pessoas desconhecem as dificuldades operacionais e, não raro, políticas com as quais as equipes de saúde se debatem para realizar as viagens periódicas até as aldeias. Ali o ritmo de vida é bastante autônomo. Os deslocamentos dependem das vontades individuais e/ou de acordos entre o grupo de parentes, posto que, no mundo indígena, a coerção de vontades alheias é um mecanismo social pouco utilizado. Nele não há nada que se assemelhe a chefias burocráticas, licitação, autorização para viagens etc. Portanto, nada mais distante do entendimento indígena do que alegar entraves burocráticos ou operacionais para justificar ausência da equipes nas áreas, descumprimento de cronogramas ou cancelamento de vacinação. Como entender ou aceitar explicações que não têm relevância ou não possuem tradução em suas formas de interpretar a realidade? Ausências, atrasos e descumprimento de acordos por parte das equipes costumam ser interpretados como resultantes de decisões próprias dos profissionais de saúde, que passam a ser encarados como pessoas que não honram os compromissos firmados, já que se mostram incapazes de cumprir promessas voluntariamente assumidas.

Do mesmo modo, o ritmo acelerado que as equipes de imunização imprimem à dinâmica do trabalho, premidas pelas condições e pelos prazos de conservação dos imunobiológicos, é bastante chocante para as comunidades indígenas. Nelas, as pessoas costumam partilhar rituais elaborados de visitação mútua, nos quais a pressa dos visitantes em partir   considerada grave descortesia com os anfitriões e foco certo de tensões e conflitos futuros.

A periodicidade e o número de doses de cada vacina, as mudanças de esquema e de contraindica es também provocam confusão entre as pessoas, que raramente recebem explica es sobre a lógica dessas normas técnicas. Além disso, os indígenas também estranham a rapidez com que os saberes dos brancos mudam, em contraponto às transforma es mais pausadas dos conhecimentos tradicionais. Por outro lado, o igualitarismo inerente ao pensamento indígena ressent-se da discrimina o operada pelos agentes da medicina científica. Que lógica pode convencer uma velha  ndia de que apenas algumas pessoas devem tomar vacinas e outras não? O que, a seus olhos, poderia justificar essa diferencia o? Além do mais, antes se dizia que apenas as crianças deveriam tomar vacinas; em seguida, as equipes mudaram de atitude e passaram a vacinar também as mulheres grávidas; e, por fim, passaram a fazê-lo também nos adultos. Aos olhos dos Baniwa, os “brancos estão sempre mudando de opinião”, como se não soubessem o que realmente querem.

A ruptura que o trabalho das equipes de vacina o introduz no cotidiano também   fator importante de não adesão às programa es. As práticas de saúde trazem, em sua organiza o interna, um componente de domestica o do usuário que os Baniwa costumam rejeitar. Com frequência, as equipes de saúde desenvolvem expectativas de que o usuário indígena se molde com docilidade às normas e rotinas de um programa cuja lógica intrínseca somente   conhecida no interior do sistema de saúde. Tal conjuntura gera choques entre as concep es dos profissionais e dos usuários baniwa. Estes últimos têm suas prioridades estabelecidas em torno da roça, das festas, dos atos religiosos, da convivência doméstica e ainda do respeito   autonomia e   liberdade das crianças – cuja vontade deve ser respeitada, caso esta não deseje ser vacinada.

Entre os profissionais de saúde, a consciência da utilidade e necessidade da vacina gera a expectativa de que o usuário indígena compartilhe de suas prioridades e valorize o esforço feito a fim de realizar a vacinação a contento. A resposta indiferente, hostil ou aparentemente aleatória dos indígenas parece desencadear indignação entre os membros das equipes de saúde. Gera-se um clima propício para choques entre culturas, os quais, tornando-se regulares, podem constituir um fator relevante de desmotivação dos profissionais, particularmente aqueles sem experiência ou capacitação no trato com povos indígenas. Para os Baniwa, isso pode resultar em reforço à estigmatização a que historicamente têm sido vítimas.

Esse grupo étnico já tem longo histórico de contato com a sociedade nacional e elaborou ideias sistematizadas a respeito do tipo de atendimento médico curativo, que prioriza a atenção à demanda espontânea. Trata-se do modelo campanhista de atenção à saúde, implantado pelo Serviço de Proteção ao Índio (SPI) e operacionalizado mediante a atuação de Equipes Volantes de Saúde, que percorrem as aldeias realizando atendimento emergencial. Apesar das mudanças recentes da política de saúde indígena, esse modelo assistencial permanece operando de forma praticamente inalterada. É ele que os Baniwa aprenderam a conhecer e é o que esperam receber na provisão de cuidados pelo Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), particularmente porque, com exceção da vacinação, as propostas de prevenção e promoção à saúde pouca relevância assumem no trabalho no DSEI.

Durante nossa permanência em campo, pudemos observar que a chegada à aldeia de equipes exclusivas para vacinação pode gerar rejeição do usuário indígena, que costuma priorizar as demandas pelas consultas médico-curativas e relegar a um plano secundário a oferta de serviços como os preventivos de doenças. Esse tipo de demanda não é específico dos povos indígenas; na verdade, trata-se de uma expectativa partilhada por usuários do Sistema Único de Saúde como um todo, inclusive os de áreas urbanas. Ele reflete a hegemonia de um modelo de atenção dirigido às ações curativas, que compete, com vantagem, com modelos mais abrangentes de atenção integral à saúde e voltados para a superação da dicotomia preventivo/curativo e para o estímulo às ações preventivas das doenças (Garnelo, Langdon, 2005). Entre os indígenas, tais reações costumam ser mais intensas quando as equipes de saúde estabelecem relações marcadas pela formalidade e impessoalidade com as pessoas atendidas. Também observamos situações opostas, nas quais pessoas motivadas para receber a equipe de imunização reagem de forma bastante irritada e frustrada à presença de uma equipe cujas vacinas acabaram, ou que simplesmente passa ao largo, no rio, sem parar na aldeia, conforme se esperava.

No mundo baniwa, a necessidade de prevenir doenças não é estranha às suas categorias tradicionais de pensamento, entretanto trata-se de concepções que não guardam equivalência com a ideia de prevenção gerada no contexto da biomedicina. Sendo a doença uma resultante de conflituosas interações sociais e sobrenaturais, evitá-la é sinônimo de evitar a desarmonia na vida social e/ou de fortalecer o corpo e o espírito para conviver com espíritos agressores sem sofrer danos maiores (Garnelo, 2003; Garnelo, Wright, 2001). À luz dessa concepção, uma injeção não teria por si o poder de restaurar a ordem social e cosmológica necessária para evitar a doença.

A vacina também pode ser encarada como um medicamento, ou seja, como um procedimento destinado a curar pessoas doentes ou a eliminar a doença presente no corpo, ainda que momentaneamente silenciosa. De acordo com tal raciocínio, administrar vacinas em pessoas consideradas sadias pode ser um contrassenso. O paradoxo é agravado pelos efeitos colaterais dos imunobiológicos, que transformam em doente uma criança anteriormente sadia. É fácil verificar que a administração de uma injeção que deveria deixar a criança resistente às doenças pode gerar febre, dores e outros sintomas. Além disso, as equipes de saúde veiculam a ideia de que as vacinas evitam a doença, mas as pessoas observam que, mesmo com o cartão de vacinação completo, as crianças continuam a adoecer. No entendimento baniwa, essa é uma situação que reafirma a notória 'má-fé dos brancos'.

O pensamento indígena – nesse aspecto, pouco distinto do que ocorre no mundo dos brancos – não está condicionado ao raciocínio clínico instituído pela biomedicina. Esta organiza a manifestação dos sintomas segundo uma ordem cronológica, agrupando-os em categorias nosológicas concebidas como objetos autônomos, cuja existência seria corroborada por lesões corporais (Camargo Jr., 2005). O somatório desse conjunto de requisitos configura o sistema biomédico de diagnósticos, que permite identificar e classificar as doenças e orientar as práticas nos sistemas de saúde. Tal modo de interpretar os eventos patológicos exige uma formação específica, e portanto não configura um saber partilhado pela maioria dos membros da sociedade. Assim, o senso comum, indígena ou não, costuma dispor de formas distintas de reconhecer e classificar as doenças. Com frequência, o surgimento daquilo que a biomedicina considera como sinais ou sintomas isolados, tais como febre, diarreia ou dor na barriga, pode expressar, do ponto de vista das taxonomias não biomédicas, não os sintomas, mas sim a própria doença.

A convivência de populações com agravos recorrentes, como por exemplo a malária e a tuberculose, favorecem o reconhecimento dessas entidades nosológicas em moldes similares àqueles instituídos pelo saber biomédico. Porém, no caso baniwa, ainda que as pessoas facilmente reconheçam a constelação sintomática da tuberculose e da malária, bem como a atribuição de sua causalidade à ação de parasitas, isso não impede que os membros do grupo confirmem outros significados a tais patologias. Ambas encontram-se em relatos míticos que remetem sua origem a conflitos entre fratrias. No caso da tuberculose, suas manifestações são ancoradas na doença tradicional *mánhene*. Já a origem da malária está ligada às lutas de Niãpirikoli com Konáwheri, o avô-timbó. A eclosão sazonal dessa doença é entendida como resultante da emersão do corpo venenoso de Konáwheri, morto pelo irmão de Niãpirikoli, que contamina os cursos d'água no início do verão, envenenando os mosquitos que, ao picar as pessoas, transmitem-lhes o veneno de Konáwheri, o que origina os sintomas da malária. Ou seja, as explicações biomédicas são reestruturadas e passam a adquirir significados coerentes com a cosmologia baniwa, ainda que isso não se revele facilmente para os profissionais de saúde que atuam junto ao grupo. Em consequência, mesmo que os sujeitos sociais em interação usem o mesmo termo para designar determinada doença, seu significado guarda conotações muito distintas para cada um desses interlocutores.

Confusão semântica similar envolve a interpretação da vacina e de seus efeitos colaterais. Dado que a explicação corrente é que as vacinas visam evitar o surgimento de doenças e

que os Baniwa observam reações como a febre – que consideram uma doença –, o passo seguinte é a elaboração de um silogismo bastante evidente: o de que a vacina causa doenças. Por outro lado, o sucesso das campanhas e a elevação das coberturas vacinais relegaram a um plano imaginário doenças como a poliomielite, a difteria ou o sarampo, hoje raramente observadas nas aldeias, não sendo, portanto, identificadas pela população como problemas de saúde. Outro exemplo desse paradoxo é a dificuldade em explicar, para os agentes indígenas de saúde, as manifestações clínicas da febre amarela, que eles não conseguem distinguir – dada a semelhança de quadro clínico – das manifestações da malária. Sendo assim, como efetivar a prevenção de doenças que não passam de abstrações para as pessoas que vivem nas aldeias? Como valorizar uma imunização que só evita doenças sem expressão na vida cotidiana ou que não são distinguíveis de outros problemas de saúde, visíveis mas não cobertos pela vacinação?

São perguntas a que não nos propomos a responder. Sua enunciação no texto visa antes demonstrar o quão divergentes podem ser os sentidos atribuídos a um conjunto de ações técnicas aparentemente muito claras e objetivas, cujos principais obstáculos parecem estar ligados, à primeira vista, a barreiras geográficas e não a barreiras semânticas. No caso baniwa, em face de tal campo de incompreensão, busca-se superá-lo conhecendo-se o pensamento indígena e operando por meio do raciocínio analógico, de modo a estabelecer equivalência entre objetos aparentemente conhecidos (mas na verdade desconhecidos) que permitam contornar situações inusitadas que ocorrem às suas realidades cotidianas. Trata-se, em suma, de tornar inteligível e familiar aquilo que inicialmente é visto como ininteligível.

Portadoras de outra forma de ordenação lógica, de premissas de pensamento e ação, as equipes de saúde tendem a acalantar a ideia de que os indígenas compartilham com elas seus valores e saberes sobre a biomedicina. Com base nisso, geram trabalhos educativos em saúde com os quais imaginam partilhar com os indígenas um campo de inteligibilidade mútua, que a rigor não existe. Nesse jogo de espelhos, de representações e metarrepresentações, as redes de comunicação se emaranham: todos imaginam tudo sobre todos e ninguém consegue de fato saber ‘o que’ ou ‘quem’ é o outro.

### **Considerações finais**

Os Baniwa têm quase quatrocentos anos de contato interétnico, e os dados aqui analisados testemunham a vitalidade de suas produções culturais e sua capacidade de alteridade, a redimensionar suas práticas e simbolizações segundo os termos do próprio mundo indígena. As situações encontradas no campo permitem descortinar uma realidade dinâmica na qual os juízos indígenas sobre a vacinação, partindo de uma cosmologia própria, interagem com novas realidades reinterpretando-as conforme vivências, conhecimentos e valores preexistentes, gerando uma renovação (sem negação) do estoque cultural prévio. O processo esconde, porém, campos de incompreensão mútua entre os indígenas e os profissionais de saúde que atuam junto a eles.

Os achados nos levam a refletir sobre a necessidade de rever as bases da prestação de cuidados, não apenas no Distrito Sanitário Rio Negro, mas no subsistema de saúde indígena

como um todo, uma vez que o cenário aqui descrito não parece ser exceção, na provisão de cuidados às populações indígenas. Os achados no DSEI Rio Negro devem, ao contrário, ser entendidos como um exemplo, uma demonstração de conflitos entre lógicas de pensamento que subjazem a realidades superficialmente similares.

Por outro lado, as experiências e concepções dos Baniwa sobre a alteridade, sobre o 'outro' estranho e perigoso, ainda que enriquecedoras, não podem ser ignoradas. Elas expressam a história de um povo e operam como ferramenta básica com a qual se busca atribuir inteligibilidade às ações – não imediatamente evidentes – dos brancos e dos serviços de saúde a que estes estão vinculados. O reconhecimento de um caráter perigoso, enganador e potencialmente destrutivo da alteridade é inerente ao pensamento baniwa, fruto de sua cosmologia reafirmado pela experiência histórica com o colonizador e suas instituições. Essa história não deve ser ignorada nas ações dos serviços de saúde junto às populações indígenas, sob risco de aprofundar ainda mais os campos de ininteligibilidade entre os dois mundos.

#### NOTA

<sup>1</sup> A pesquisa foi realizada de acordo com os preceitos da Resolução 196/MS, tendo sido previamente aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Amazonas.

#### REFERÊNCIAS

- ABRIC, Jean-Claude.  
Les représentations sociales: aspects théoriques.  
In: Abric, Jean-Claude. *Pratiques sociales et représentations*. Paris: Presses Universitaires de France. p.11-36. 1997.
- ALBERT, Bruce.  
L'or cannibale et la chute du ciel: une critique chamanique de l'économie politique de la nature. *L'Homme*, Paris, v.33, n.126-128, p.349-378. 1988.
- AUGÉ, Marc.  
Anthropologie de la maladie. *L'Homme*, Paris, v.26, n.97-98, p.81-89. 1986.
- BUCHILLET, Dominique.  
*Contas de vidro, enfeites de branco e "potes de malária": epidemiologia e representações de doenças infecciosas entre os Desana*. Brasília: Departamento de Antropologia da UnB. (Série Antropologia, 187). Disponível em: <http://vsites.unb.br/ics/dan/Serie187empdf.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2011. 1995.
- BUCHILLET, Dominique.  
A antropologia da doença e os sistemas oficiais de saúde. In: Buchillet, Dominique (Org.). *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*. Belém: Cejup. p.21-44. 1991a.
- BUCHILLET, Dominique.  
Representações e práticas das medicinas tradicionais. Introdução. In: Buchillet, Dominique (Org.). *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*. Belém: Cejup. p.63-65. 1991b.
- CAMARGO JR., Kenneth R.  
A biomedicina. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, supl., p.177-201. 2005.
- FLAMENT, Claude.  
Structure, dynamique et transformation des représentations sociales. In: Abric, Jean-Claude (Ed.). *Pratiques sociales et représentations*. Paris: Presses Universitaires de France. p.37-58. 1997.
- GALLOIS, Dominique.  
A categoria "doença de branco": ruptura ou adaptação de um modelo etiológico indígena? In: Buchillet, Dominique (Org.). *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*. Belém: Cejup. p.175-206. 1991.
- GARNELO, Luiza.  
Cosmologia, ambiente e saúde: mitos e ritos alimentares baniwa. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.14, supl., p.191-212. 2007.
- GARNELO, Luiza.  
Mito, história e representação social de doença sexualmente transmissível entre os Baniwa – Noroeste amazônico. In: Nascimento, Dilene R.; Carvalho, Diana M.; Marques, Rita C.

- (Org.). *Uma história brasileira das doenças*. Rio de Janeiro: Mauad. p.10-23. 2006.
- GARNELO, Luiza.  
*Poder, hierarquia e reciprocidade: saúde e harmonia entre os Baniwa do Alto Rio Negro*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. 2003.
- GARNELO, Luiza; BUCHILLET, Dominique.  
Taxonomias das doenças entre os índios baniwa (arawak) e desana (tukano oriental) do Alto Rio Negro (Brasil). *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, n.26, p.231-260. 2006.
- GARNELO, Luiza et al.  
Ambiente, saúde e estratégias de territorialização entre os índios baniwa do Alto Rio Negro. *Tellus*, Campo Grande, n.18, p.39-63. 2010.
- GARNELO, Luiza; LANGDON, Jean.  
A antropologia e a reformulação das práticas sanitárias na atenção básica à saúde. In: Minayo, Maria Cecília; Coimbra Jr., Carlos (Org.). *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. p.139-150. 2005.
- GARNELO, Luiza; WRIGHT, Robin.  
Doença, cura e serviços de saúde: representações, práticas e demandas baniwa. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.17, n.2, p.273-284. 2001.
- GENTIL, Gabriel.  
*Povo tukano: cultura, história e valores*. Manaus: EdUA. 2005.
- GODELIER, Maurice.  
A parte ideal do real. In: Carvalho, E.A. (Org.). *Godelier*. São Paulo: Ática. p.185-203. 1981.
- GODELIER, Maurice.  
Mito e história: reflexões sobre os fundamentos do pensamento selvagem. In: Godelier, Maurice. *Horizontes da antropologia*. Lisboa: Ed. 70. p.353-374. 1977.
- HERRERA, Xochtil.  
Medicina tradicional y medicina institucional: el promotor de la salud investiga los puntos de conflictos. In: Buchillet, Dominique (Org.). *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*. Belém: Cejup. p.247-266. 1991.
- HERZLICH, Claudine.  
A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n.15, supl., p.57-70. 2005.
- HILL, Johnathan.  
*Keepers of the sacred chants: the poetics of ritual power in an Amazonian society*. Tucson: University of Arizona Press. 1993.
- HILL, Johnathan.  
Wakuenai: ceremonial exchange in the Northwest Amazon. *Journal of Latin American Lore*, Los Angeles, v.13, n.2, p.183-224. 1987.
- HILL, Johnathan.  
Social equality and ritual hierarchy: the Arawakan Wakuenai of Venezuela. *American Ethnologist*, s.l., v.11, n.3, p.528-544. 1984.
- JODELET, Denise.  
Representations sociales: un domaine en expansion. In: Jodelet, Denise (Org.). *Les représentations sociales*. Paris: Presses Universitaires de France. p.31-62. 1989.
- JODELET, Denise.  
Représentations sociales: phénomènes, concepts et theories. In: Moscovici, Serge (Ed.). *Psychologie sociale*. Paris: PUF. p.357-378. 1988.
- LANGDON, Esther Jean.  
A construção sócio-cultural da doença e seu desafio para a prática médica. In: Baruzzi, Ricardo; Junqueira, Carmen (Org.). *Parque Indígena do Xingu: saúde, cultura e história*. São Paulo: Unifesp. p.115-134. 2005.
- LANGDON, Esther Jean.  
Representações de doença e itinerário terapêutico dos Siona da Amazônia colombiana. In: Santos, Ricardo V.; Coimbra Jr., Carlos (Org.). *Saúde e povos indígenas*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. p.115-142. 1994.
- LANGDON, Esther Jean.  
Saúde indígena: a lógica do processo de tratamento. *Saúde em Debate*, Londrina, n. esp., p.12-15. 1988.
- LAPLANTINE, François.  
Des représentations de la maladie et de la guérison à la construction modèles étiologiques et thérapeutiques. In: Retel-Laurentin, Anne (Org.). *Étiologie et perception de la maladie*. Paris: L'Harmattan. p.289-304. 1987.
- LOBO-GUERRERO, Miguel.  
Incorporación del shamán indígena em los programas de salud: reflexiones sobre algunas experiencias en Colombia. In: Buchillet, Dominique (Org.). *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*. Belém: Cejup. p.267-280. 1991.
- LOBO-GUERRERO, Miguel; HERRERA, Xochtil.  
*Los programas de atención primaria en comunidades indígenas*. Bogotá: Fundación Etnollano. 1989.
- LUCIANO, Gersem.  
*O índio brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje*. Brasília: Ministério da Educação e Cultura. (Col. Educação para Todos. Série Via dos Saberes, n.1). 2006.

- MENÉNDEZ, Eduardo.  
Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.8, n.1, p.185-207. 2003.
- MOSCOVICI, Serge.  
*Representações sociais: investigações em psicologia social*. Petrópolis: Vozes. 2003.
- MOSCOVICI, Serge  
Des representations collectives aux représentations sociales. In: Jodelet, Denise (Org.). *Les représentations sociales*. Paris: Presses Universitaires de France. p.62-86. 1989.
- PELLEGRINI, Marcos.  
*Wadubari*. São Paulo: Marco Zero. 1993.
- SANTOS, Ricardo Ventura et al.  
Saúde dos povos indígenas e políticas públicas no Brasil. In: Giovanella, Ligia et al. (Orgs.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Cebes. p.1035-1056. 2008.
- WRIGHT, Robin.  
*História indígena e do indigenismo no Alto Rio Negro*. Campinas: Mercado das Letras. 2005.
- WRIGHT, Robin.  
As tradições proféticas e as cosmologias 'cristãs' entre os Baniwa. In: Wright, Robin. *Transformando os deuses: igrejas evangélicas, pentecostais e neopentecostais entre os povos indígenas no Brasil*. Campinas: Ed. Unicamp. v.2. p.377-402. 2004.
- WRIGHT, Robin.  
O tempo de Sophie: história e cosmologia da conversão baniwa. In: Wright, Robin. *Transformando os deuses: os múltiplos sentidos da conversão entre os povos indígenas no Brasil*. Campinas: Ed. Unicamp. v.1. p.155-216. 1999.
- WRIGHT, Robin.  
*Cosmos, self and history in baniwa religion: for those unborn*. Austin: University of Texas Press. 1998.
- ZEMPLÉNI, Andreas.  
Entre 'sickness' et 'illness': de la socialisation a l'individualisation de la maladie. *Social Science and Medicine*, New York, v.27, n.11, p.1171-1182. 1988.

