

Saúde dos povos indígenas
Reflexões sobre antropologia participativa

Esther Jean Langdon

Luiza Garnelo

Organizadoras

Contra Capa/Associação Brasileira de Antropologia 2004

Sumário

Apresentação

Antonio Carlos Lima da Souza 4

Pluralizando tradições etnográficas: sobre um certo mal-estar na antropologia

João Pacheco Oliveira Filho 6

Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde.

Esther Jean Langdon 25

Cultura e saúde pública: reflexões sobre o Distrito Sanitário Especial Indígena do Rio Negro

Dominique Buchillet 42

A Intervenção como um processo em construção: notas para a redução do uso de bebidas alcoólicas e alcoolismo entre os Kaingang.

Marlene Oliveira 55

O “ fazer antropológico” em ações voltadas para a redução do uso abusivo de bebidas alcoólicas entre os Mbyá Guarani, no Rio Grande do Sul

Luciane Ouriques Ferreira 70

O conceito de atenção diferenciada e sua aplicação entre os Yanomami

Nadia Heusi Silveira 88

Intermedialidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde.	
Mai-Lis Follér	103
Subsídios para uma assistência farmacêutica no contexto da atenção a saúde indígena: contribuições da antropologia	
Eliana Diehl e Norberto Rech	117
Medicina Tradicional Baniwa:	136
uma experiência de intervenção social em busca de uma teoria	
Luiza Garnelo, Sully Sampaio, Gary Linn e André Fernando Baniwa	
Políticas de saúde indígena e relações organizacionais de poder: reflexões a partir do caso do Alto-Xingu	
Marina Cardoso	155
Índios, antropólogos e gestores de saúde no âmbito dos Distritos Sanitários Indígenas	
Renato Athias	171
As equipes de saúde diante das comunidades indígenas: reflexões sobre o papel do antropólogo nos serviços de atenção à saúde indígena	
Marcos Pellegrini	184

Intermedialidade:

a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde⁷¹

Apresentação

Este trabalho aborda um encontro colonial que vem ocorrendo na Amazônia entre atores sociais do Norte – antropólogos, médicos e ONGs de saúde – e povos indígenas. O campo epistemológico em que ocorre o encontro se relaciona com saúde, doença e morte. A abordagem trata o colonialismo não como um processo homogêneo, e sim como um processo irregular que engloba diversos projetos e atores colonizadores, embora tenha impacto hegemônico. A questão é saber o que acontece nessa zona de contato em que a biomedicina e o conhecimento tradicional indígena interagem na prática e na teoria. O espaço construído será analisado como sendo a intermedialidade.

Antecedentes

A Amazônia vem constituindo um foco de turbulência econômica, política e cultural desde o início da colonização. Esse processo começou com a busca do “El Dorado” pelos exploradores e atravessou o Ciclo da Borracha no fim do século XIX. No rastro dos aventureiros colonizadores, missionários e cientistas vêm invadindo as aldeias indígenas há séculos. Na década de 1960, iniciou-se uma exploração contínua de madeira, minérios, petróleo e outros recursos naturais, e hoje novos atores, como os representantes de Organizações Não Governamentais (ONGs), em especial nas áreas do meio ambiente e da saúde, entram em cena. A atividade biomédica participa do projeto colonial com intervenções entre povos indígenas efetuadas por missionários, projetos de saúde, organizações de caridade e ONGs. A história colonial da América Latina remonta a mais de quinhentos anos e não há razão para, neste artigo, distinguir história colonial e pós-colonial. O imperialismo e o colonialismo continuam sendo elementos constituintes do mundo moderno e de seus conflitos.

Acredita-se que os povos indígenas tenham habitado a Amazônia durante milênios antes da chegada dos europeus ao Novo Mundo. Com o tráfico de escravos, vieram os africanos. Várias

⁷¹ Traduzido do inglês por John Moon.

correntes humanas migratórias ao longo da história transformaram a Amazônia em uma mescla de pessoas de todas as partes do mundo. Áreas da floresta foram desmatadas para a agricultura, a pecuária etc., e novos projetos de desenvolvimento alteraram ainda mais profundamente a ecologia amazônica e, conseqüentemente, as vidas e a subsistência daqueles que têm a região como lar. As alterações mais dramáticas em nome do “desenvolvimento” começaram na década de 1970, e a devastação ecológica ainda permanece. Seus atores são organizações transnacionais como o Banco Mundial (BIRD) e o Fundo Monetário Internacional (FMI), que fazem empréstimos para enormes projetos de investimento, tanto particulares quanto governamentais, na Amazônia. Os projetos de modernização também foram implantados pelos governos latino-americanos, muitos dos quais, na época, eram ditatoriais. Estavam engajados em planos macroeconômicos, apresentados como via para a modernização e o desenvolvimento da Amazônia e de seus habitantes (Maybury-Lewis 1984; Moran 1981; Schmink e Wood 1992). Há exemplos de projetos agrícolas dirigidos pelos governos nacionais na Amazônia ou por empresas transnacionais que exerceram impacto negativo sobre os povos indígenas (Coimbra e outros 2002; Santos e outros 1997). A destruição da floresta tropical, em razão da ação ou intervenção de diversas empresas transnacionais e nacionais, é uma ameaça às condições de sobrevivência e saúde dos povos amazônicos, e não há quaisquer sinais que indiquem uma diminuição de seu ritmo. Essa descrição faz parte da estrutura histórica e cultural específica a respeito da qual este artigo foi escrito: o discurso colonial.

Povos indígenas e cidadania

Como parte do empreendimento colonial, os povos indígenas no Peru e no Brasil recebem status especial em seus respectivos estados nacionais. São tratados por meio de leis e regulamentos especiais relacionados à territorialidade e ao acesso aos recursos naturais. Em *Indigenismo, políticas étnicas no Brasil*, Alcida Ramos mostra que: “a insistência legal no status dos índios de relativamente incapazes deriva da noção de que os índios necessitam de proteção por serem mal-equipados para a vivência na sociedade moderna” (1998: 18). O livro oferece um pano de fundo para o campo político das relações entre índios e a sociedade envolvente, e revela como sua cultura tem sido negociada e construída ao longo da história. Noções como resistência, poder e identidade são centrais nesse processo. Há diversos outros livros e artigos que abordam e discutem a saúde indígena no Brasil (Coimbra 1998; Coimbra e outros 2002; Langdon 1991, 2001a). Nas publicações antropológicas mais antigas e nos projetos governamentais de saúde ou desenvolvimento, a “cultura indígena” é descrita muitas vezes como algo estático. Os índios estão se tornando estereótipo de determinadas crenças, comportamentos e “tradições”. Seus conhecimentos via de regra são considerados menos valiosos que o conhecimento científico, e tidos como um obstáculo ao desenvolvimento (Apffel Marglin 1990; Brunelli 1989; Maybury-Lewis 1984; Hobart 1993). Mas no Brasil há também uma nova discussão acerca da saúde dos índios e do papel dos antropólogos (Langdon 2001b). Cada um dos países na Amazônia com populações indígenas possui suas próprias políticas em relação às instituições de saúde. No Peru, não há uma política especial de saúde indígena como aquela encontrada no Brasil: os povos indígenas são incluídos na Política Nacional do Ministério da Saúde. Quando os Shipibo-Conibo e outros povos indígenas, em caso de doenças ou acidentes, desejam a terapia biomédica, enfrentam uma situação bastante complexa. Em primeiro lugar, há uma barreira cultural/lingüística entre eles e a sociedade mestiça peruana de fala espanhola. De acordo com muitas narrativas presentes em meu próprio trabalho de campo e com minha experiência

cotidiana de morar na região e visitar os centros de saúde, os Shipibo-Conibo muitas vezes são maltratados nos hospitais e centros de saúde (Alcock 2002; Follér 1990). A fluência limitada no espanhol não raro dificulta a obtenção de um tratamento adequado. Há também obstáculos geográficos, pois habitam locais distantes e não dispõem de fácil acesso aos centros de saúde ou hospitais. E, por fim, há o fator econômico: geralmente não têm condições de custear o tratamento e os remédios necessários (Alcock 2002; Follér 1990; González 2002).

A atual situação de saúde dos povos indígenas amazônicos precisa ser entendida no contexto sociopolítico (Briceño-León e outros 2000), isto é, a longa história de violência, genocídio, etnocídio, escravidão e discriminação que tem enfraquecido e diminuído as populações (Coimbra e outros 2002; Hemming 1978; Maybury-Lewis 1984; Varese 1973). Relatórios de saúde da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) desenham um quadro sombrio das condições de saúde dos povos indígenas na América Latina (PAHO 1997). No estudo extremamente bem documentado *The Xavante in transition. Health, ecology, and bioanthropology in Central Brazil*, a situação precária dos Xavante em termos de saúde é ilustrada em termos históricos e de acordo com as mudanças nas condições de interação com a sociedade brasileira ao redor (Coimbra e outros 2002). Este e outros estudos epidemiológicos e antropológicos realizados entre os povos indígenas salientam que sua situação de saúde é comparável – quando não pior – àquela das populações do Terceiro Mundo em geral. O panorama de doenças é sempre dominado pela diarreia, pela malária e por patologias tais como a tuberculose e outras doenças geralmente agravadas pelas precárias condições nutricionais dos povos indígenas em transição, uma vez que a nutrição adequada é importante para o sistema imunológico. Portanto, a baixa resistência às patologias e a situação socioeconômica devem ser consideradas em qualquer discussão das condições de vida dos povos indígenas.

Discurso colonial, zona de contato e intermedicalidade

Este artigo focaliza atividades de saúde realizadas por acadêmicos e outras instituições ocidentais, com o intuito de examinar atividades em uma zona de contato na qual atores com um determinado objetivo adentram um local habitado por povos indígenas. “Zona de contato” é um conceito preconizado por Mary Louise Pratt (1992) e se refere “ao espaço dos encontros coloniais, o espaço no qual povos antes separados pela geografia e história entram em contato e estabelecem relações contínuas, sendo que estas geralmente envolvem condições de coação, desigualdade radical e conflito intratável” (: 6). Segundo a autora, “zona de contato” é também sinônimo de “fronteira colonial”, porém o termo “contato” é preferível, pois enfatiza a forma em que os sujeitos são constituídos em suas relações uns com os outros. Uma zona de contato tem a ver com as relações entre colonizadores e colonizados, assim como suas interações, entendimentos e práticas, os quais frequentemente acontecem de acordo com relações de poder radicalmente assimétricas (: 7). O encontro faz parte de um discurso colonial, a interface construída entre atores sociais distantes de seus locais de origem e povos indígenas. Uma recente contribuição que utiliza o mesmo conceito é *Pacificando o Branco: cosmologias do contato no Norte-Amazônico*, de Bruce Albert e Alcida Ramos (2000). Os autores invertem as “situações de contato” entre povos indígenas e “o homem branco” no norte da Amazônia, e enfocam a construção do colonizador e da etnohistória dos europeus por parte dos índios. O espaço em que questões culturais são negociadas entre o colonizador e o colonizado é considerado ambivalente. Não pretendo reduzir o encontro a uma dicotomia entre conhecimento científico e conhecimento “tradicional” ou local, mas visualizá-lo embutido em um discurso colonial com aspectos de

poder, resistência e fusão de conhecimentos. De acordo com Albert e Ramos, as influências também vêm dos atores indígenas e não apenas, como tem sido a opinião corrente, dos europeus, muitas vezes vistos como ativadores de uma etnomedicina destituída de sua própria agência. Em sintonia com a abordagem desses autores, essa visão será questionada e reinterpretada com exemplos do meu próprio trabalho de campo.

Como parte do projeto colonial, cientistas visitaram povos indígenas e seus territórios com o intuito de coletar conhecimentos, informações e materiais para levar de volta à Europa, da mesma forma que os missionários tinham a tarefa de ensinar e disseminar o cristianismo. Alguns cientistas orientados para a ação e representantes de ONGs consideram-se engajados tanto no “aprendizado” quanto no “ensino” entre os povos indígenas, o que muitas vezes equivale à cientificização dos conhecimentos e práticas que já existem na aldeia. Muitas vezes, existe uma ambição de “cooperar” com o objeto que está sendo estudado, mas surge a pergunta: essa cooperação ocorre segundo os termos de quem? Os ativistas das ONGs geralmente estão profundamente engajados em uma questão, sobre a qual constroem uma meta comum com os povos locais. Por exemplo, ONGs ambientais agindo contra a destruição da floresta ou a construção de represas em territórios indígenas.

Os atores dos movimentos sociais internacionais carregam consigo conhecimentos de “peritos” e se valem de redes eletrônicas para disseminar globalmente as informações e mobilizar mais ativistas em busca de uma determinada meta. Intervêm na vida das pessoas e constroem uma zona de contato por intermédio das comunicações e atividades que empreendem (Albert e Ramos 2000; Apffel Marglin 1990; Greene 1998; Nandy e Visnathan 1990; Pigg 1992). Nos estudos supracitados, pode-se ver que os povos indígenas estão longe da passividade; ao contrário, possuem agência social. Novas formas de conhecimento e estruturas sociais evoluem no discurso colonial. Os seres humanos são agentes sociais que interagem e se comunicam em um fluxo contínuo dentro de seu próprio grupo lingüístico e com visitantes do mundo externo; em ambos os casos, acontece uma redefinição das identidades coletivas. Os ocidentais que interagem com grupos indígenas pertencem a instituições e organizações detentoras de agência social, mas constituem um grupo heterogêneo com ambições, motivações e influências variadas. Os povos indígenas, por sua vez, são igualmente heterogêneos nas suas formas de pensar e suas capacidades intelectuais e motivações também variam. Interessa conhecer a identidade coletiva quando se discute zona de contato e intermedialidade, ou seja, as tradições e heranças que constituem identidades nacionais e étnicas, e não os indivíduos.

Sem cair na armadilha de uma dicotomia simplificada, gostaria de investigar o encontro entre antropólogos médicos e profissionais de saúde, na condição de representantes de uma identidade ocidental polifônica, e povos indígenas, também possuidores de tradições e identidades polifônicas. A zona de contato específica, construída em um determinado loco – o encontro entre diferentes tradições médicas –, será definida e interpretada como *intermedialidade*, termo que Shane Greene (1998) emprega em um artigo sobre o xamanismo Aguaruna para examinar o desenvolvimento médico e demonstrar a importante agência social exercida pelos profissionais nativos. A intermedialidade, de acordo com Greene, é um espaço contextualizado de medicinas híbridas e agentes com consciência sociomédica (: 641). No discurso colonial do poder, dominação e conhecimentos médicos legítimos são enfatizados. A intermedialidade faz parte do discurso em que ocorrem confrontos, oposições e conflitos. Isto significa que atores externos, com uma história de quinhentos anos de intervenção na Amazônia, ainda agem assim por diversas razões relacionadas às questões de saúde: para melhorar a situação de saúde, salvar vidas ou almas, explorar recursos naturais ou coletar conhecimentos acerca de plantas e de outros itens de interesse.

Será enfatizado que os povos da Amazônia habitam a região há muitos milênios e dispõem de conhecimentos que os ocidentais consideram destituídos de agência. Os conhecimentos médicos dos povos indígenas têm sido tratados como algo não médico. A prática e a experiência da sobrevivência, o xamanismo, o uso de plantas medicinais e os conhecimentos das parteiras têm sido desvalorizados em relação aos conhecimentos biomédicos. Os “visitantes” ou *agências sociais* fazem parte de uma missão colonial de desenvolvimento, modernização e civilização. No encontro, constrói-se uma “experiência dialógica” em que ambos os lados são observadores e observados, mas apenas um deles tem o direito de fazer interpretações. Nas zonas de contato, há uma assimetria política com caráter e poder econômico específicos inerentes ao discurso. Historicamente, o poder colonizador detém o direito preferencial de interpretação e o direito de decidir qual o conhecimento deve ser valorizado. A história colonial consiste de três estágios: conquista territorial, inclusão de economias periféricas em um comércio dominado pelo centro e forte influência sobre religião e cultura e o uso da ciência (leia-se, biomedicina) como arma. No discurso colonial, a agência é criada, mas não se considera que o sujeito possua uma ideologia homogênea. Em vez disso, uma multidão de vozes forma uma resistência e molda o discurso.

Este trabalho questiona o modo como as instituições ocidentais, representadas por antropólogos médicos e ONGs da área de saúde presentes em uma comunidade, influenciam o processo pelo qual as pessoas escolhem como tratar de questões de saúde e doença. A transformação dos conhecimentos e da identidade dos atores também faz parte do estudo, ou seja, o que é construído no discurso colonial durante o trabalho de campo antropológico entre diversas formas de pensar, simplificado em categorias científicas e indígenas, com respeito ao conhecimento relacionado à saúde e à doença. A biomedicina continua sendo a forma preeminente de conhecimentos médicos e de ideologia, e isso não apenas por sua eficácia curativa, mas também como resultado da expansão da economia global de mercado. Há muitos estudos que revelam a aceitação entusiasmada da biomedicina por parte de povos indígenas (Brunelli 1989; Follér 1990; Langdon 1991). Isto não pode ser explicado apenas por argumentos como eficácia terapêutica ou tecnologia superior da biomedicina. Também precisamos levar em consideração fatores ideológicos e ecológicos. Há muitos registros na literatura sobre o exercício de poder por parte de missionários visando a converter os povos indígenas em bons cristãos. Outros exemplos são os de funcionários públicos que, além de extraírem o conhecimento local, agem em nome da saúde pública e tratam o povo com grande brutalidade e crueldade (Apffel Marglin 1990; Brunelli 1989).

Trabalho de campo entre os Shipibo-Conibo e o papel do antropólogo médico

Começarei com alguns exemplos do trabalho de campo entre os Shipibo-Conibo na Amazônia peruana, realizado no decorrer de diversas visitas entre 1985 e 1996. Oferecerei reflexões e reinterpretações acerca de situações observadas que se encaixam no espaço da intermedialidade. O trabalho de campo foi feito em aldeias indígenas por meio de observação participante, entrevistas e participação na vida cotidiana. O uso que os Shipibo-Conibo fazem das plantas medicinais e suas escolhas para o tratamento de males e sofrimento têm sido o enfoque de diversos de meus trabalhos (Follér 1990, 2001, 2002; Follér e Garrett 1996). A abordagem pode ser descrita como ecologia humana ou antropologia médica, e trata da forma como os Shipibo-Conibo percebem a doença e dos conhecimentos médicos que possuem. A construção do conhecimento entre povos indígenas no encontro entre biomedicina e etnomedicina tem sido de

grande interesse para mim (Follér 1990; Follér e Garrett 1996). A idéia de que o conhecimento biomédico é construído em um contexto cultural, especificamente o europeu, e está embutido na tradição cultural ocidental é de importância vital para minha abordagem. Na literatura antropológica, o conhecimento tradicional indígena muitas vezes é sinônimo de etnomedicina ou conhecimento “local”. Evitar esses conceitos é difícil. Embora transmitam uma conotação enganosa, já que todo conhecimento é construído localmente e em relação a uma tradição cultural ou identidade étnica, os termos etnomedicina, conhecimento local e conhecimento tradicional indígena serão usados, neste texto, como sinônimos.

A abordagem reflexiva, diferente de meu próprio material de campo, pode ser considerada um meta-estudo em que o conceito de intermedicalidade é aplicado. Também tenho exemplos dos *Medecins Sans Frontières* (MSF) e suas atividades nas comunidades Shipibo-Conibo. Esse encontro será avaliado como uma zona de contato entre agências sociais que interagem e negociam sobre qual tipo de conhecimentos médicos deve ser aplicado ao lidar com as doenças e com a morte.

Os Shipibo-Conibo vivem na região ocidental da floresta tropical na Amazônia peruana há milhares de anos. Os primeiros registros da etnohistória de Ucayali datam de 1557, quando Juan Salinas de Loyola, em sua busca do El Dorado, descreveu o povo que encontrou (Follér 1990). Hoje, povoadamentos são encontrados ao longo do rio Ucayali central e seus afluentes, e às margens dos lagos fluviais. Atualmente, a biomedicina ocidental é parte importante da realidade Shipibo-Conibo, e uma zona de contato que será reinterpretada com o conceito de intermedicalidade como ferramenta analítica.

Exemplos da intermedicalidade de meu trabalho de campo entre os Shipibo-Conibo

Produtos biomédicos, tais como medicamentos, muitas vezes são usados em novos contextos ou em tradições culturais que não as européias. Já vi diversas vezes xamãs Shipibo-Conibo acrescentarem comprimidos de aspirina aos remédios caseiros elaborados com plantas medicinais. A motivação do xamã é de que tal ação torne a cura mais potente. Essa forma de utilizar artefatos ou produtos de diversas tradições culturais é um fenômeno bastante comum (Follér 1990: 123). A aspirina se originou na sociedade ocidental e é um produto comercial de alta tecnologia. Sua inclusão na tradição médica Shipibo-Conibo, composta basicamente de produtos coletados na natureza, torna-se possível em razão da simultaneidade de modos de vida. Visões de mundo e práticas de diferentes tradições estão inseridas em um processo de interação. Os povos indígenas têm acesso à aspirina e outros produtos farmacêuticos nas suas aldeias, nas farmácias das cidades vizinhas e por meio de ocidentais que os trazem consigo. Graças a essa simultaneidade de tradições epistemológicas diferentes, os povos indígenas incorporam artefatos e idéias de terras longínquas, exercendo agência social e construindo algo novo.

Outros exemplos de intermedicalidade ocorrem quando os Shipibo-Conibo se referem a etiologias estranhas aos conhecimentos biomédicos, como *cupia*, *chantonami*, *iravan*, *maya nihue* e *yuto*, para explicar as origens das doenças (Follér 1990: 113-6). A origem de uma doença entre os povos indígenas pode muitas vezes ser encontrada na relação entre o ser humano enfermo e partes da natureza, tais como plantas e árvores, ou mesmo fenômenos como ventos ou remoinhos de água. Hoje em dia, esse tipo de explicação pode ser estendido e incluir fenômenos “modernos”, como aviões passando no céu e gases de combustão – contaminações. Estas são novas explicações para a construção das doenças que afligem as pessoas. Os Shipibo-Conibo

agem como agentes sociais, autopercebendo-se como pessoas modernas com acesso ao conhecimento de seus antepassados, bem como a tradições que tiveram origem em lugares muito longínquos. Cabe salientar que há simultaneidade no encontro em que os artefatos derivados de discursos médicos distintos são repentinamente misturados à forma que as pessoas têm de administrar práticas de saúde, preparar remédios caseiros e explicar doenças ou sintomas difíceis.

Mistura semelhante de epistemologias foi encontrada durante a epidemia de cólera que afetou os Shipibo-Conibo em 1991 (Follér e Garrett 1996). Ocorreram novas construções de intermedicalidade em que pessoas usaram conhecimentos de diferentes contextos, por exemplo plantas medicinais e produtos farmacêuticos, para resolver os efeitos dramáticos e letais dos surtos de cólera. Diferentes preparações de plantas medicinais foram misturadas com medicamentos que continham fármacos antimicrobianos ou outros produtos farmacêuticos. Decocções de muitos remédios vegetais foram usadas para prevenir a desidratação nos pacientes com cólera e alguns preparos especiais foram chamados de “antibióticos”. Isso pode ser interpretado como uma indigenização da biomedicina.

A mistura das fronteiras epistemológicas se torna ainda mais evidente quando os jovens Shipibo-Conibo saem de suas aldeias natais – unidades um tanto isoladas, geralmente uniétnicas, já que os povos indígenas e mestiços vivem em comunidades localizadas lado a lado, ao longo do rio. Podem se deslocar para uma cidade próxima na região, tal como Yarina ou Pucallpa, mas também viajam até Lima, capital do país, a centenas de quilômetros dos seus lares. Saem em busca de educação superior ou de emprego. As mulheres Shipibo vendem seu artesanato em Lima e no exterior. Muitas vezes, tornam-se mais conscientes de suas tradições e da identidade Shipibo-Conibo quando vão aos centros urbanos e interagem com a sociedade mestiça peruana. Alguns passam a ser o que poderíamos denominar xamãs “modernos”. Há um estudo sobre uma mulher xamã que se mudou para Lima e cujos clientes geralmente são da classe média de Lima (González 2002). Algumas aldeias Shipibo-Conibo com transporte via barcos e estradas para as cidades próximas têm sido invadidas por ONGs e projetos de desenvolvimento. Há uma aldeia Shipibo-Conibo cujos produtos de artesanato atraem turistas nacionais e internacionais. Algumas comunidades mantêm projetos de ecoturismo usando seus próprios meios. Um dos jovens me relatou que seu grupo estava cultivando *ayahuasca*, alucinógeno usado nas sessões de xamanismo, em um novo contexto. Havia iniciado sessões de *ayahuasca* com turistas norte-americanos que visitam a Amazônia em busca de experiências exóticas. Outro fenômeno semelhante é a troca de experiências entre “curanderos” da Argentina que visitam os Shipibo no Peru e vice-versa, compartilhando assim conhecimentos e experiências relacionados às sessões com *ayahuasca*.

Estes exemplos revelam um espaço em que pessoas vindas de regiões distantes criam uma zona de contato, por meio de intervenções biomédicas, trabalho de campo antropológico ou variedades de turismo, que resultam na criação de algo novo. O conhecimento tradicional indígena permanece aberto a novas influências e, de acordo com uma perspectiva “de baixo para cima”, influencia a forma ocidental de pensar. Mas qual é o papel do antropólogo médico – neste caso, eu própria – na construção da intermedicalidade? Atuar como agência social representando a biomedicina? Os Shipibo me pedem aspirinas e dinheiro para comprar injeções antibióticas, e me vêem como representante do discurso biomédico. Minha presença no campo também constitui um exemplo de agência social.

A construção da intermedicalidade entre *Médecins Sans Frontières* (MSF) e os Shipibo-Conibo

As equipes do MSF trabalham para promover a saúde em comunidades indígenas e mestiças na Amazônia peruana, criando uma zona de contato particular entre agências sociais. O MSF é uma ONG transnacional, parte de uma agência internacional coletiva de saúde, que tem como meta combater a pobreza, promover a saúde, salvar vidas e elevar os padrões de vida por intermédio de programas de educação em saúde e, assim, promover o “progresso”. O MSF trabalha sob o lema de um “imperativo humanitário” que inclui um senso de humanidade e responsabilidade transnacional para apoiar pessoas com necessidades agudas. Eles se vêem como representantes de pessoas excluídas e sua missão é proteger a dignidade dessas pessoas. A unidade do MSF em cada país age independentemente da organização internacional.

Mencionarei alguns exemplos de negociação entre os médicos do MSF e pessoas que vivem em aldeias Shipibo-Conibo. A equipe do MSF age de acordo com a racionalidade de uma tradição eurocêntrica de aplicar conhecimentos da biomedicina, higiene e saneamento segundo princípios científicos. Muitos indígenas morreram de cólera e, nas entrevistas que fiz, foi recorrente escutar a reclamação de que a equipe MSF não havia respeitado as formas costumeiras de cuidar dos mortos. Sentiram-se humilhados e violados. Esses conflitos foram descritos repetidamente pela equipe do MSF e também pelos Shipibo-Conibo, e exemplificam algo entendido como uma “barreira cultural” por vários médicos e enfermeiros do MSF, e que interpreto como um evento intermédico.

No decorrer dos anos, o MSF, especialmente as unidades francesas e espanholas, tiveram diversos escritórios na província de Ucayali em cidades como Pucallpa, Yarina e Contamana. Cooperei com eles e os entrevistei. O MSF-França desenvolveu seu projeto entre os Shipibo-Conibo de 1994 a junho de 2001. Um relatório do projeto “Aspectos sociais, econômicos e culturais de saúde: mulheres vivíparas. Experiências em Ucayali, Peru”, feito pelo sociólogo britânico Glyn Alcock, empregado pelo MSF-França em Pucallpa, descreve a missão do MSF de promover uma vida mais saudável entre os pobres. Ele acompanhou a equipe médica nas aldeias de setembro de 1999 a junho de 2001. Médicos e enfermeiros franceses e quatro Shipibo – dois homens e duas mulheres – formaram a equipe médica. Os Shipibo funcionavam como assistentes de saúde (*promotores de salud*) ou seja, pessoas com um certo grau de instrução na saúde biomédica. Os assistentes de saúde Shipibo mediavam o trabalho com as pessoas nas comunidades, em particular como tradutores, já que muitos Shipibo, especialmente mulheres, não falam espanhol. Tiveram de funcionar como ponte entre diferentes formas de abordar questões relacionadas à saúde e à doença, toda vez que médicos e enfermeiros do MSF sugeriam terapias e diagnósticos. Meu principal interesse de pesquisa foi o papel dos Shipibo como agentes sociais, pois pretendia descobrir o que as atividades empreendidas por eles significavam para a criação da intermedialidade.

Durante o trabalho de campo em junho 2001, um pequeno questionário foi distribuído entre 21 *promotores de salud* que participaram de um curso sobre a promoção da saúde realizado pelo MSF em Pucallpa. À pergunta se eram mestiços ou indígenas, homens ou mulheres, o grupo respondeu: cinco mulheres e onze homens Shipibo e duas mulheres e três homens mestiços. O mesmo questionário foi entregue a seis profissionais de saúde Shipibo-Conibo da Aplicación de Medicina Tradicional (Ametra), uma organização que venho acompanhando há mais de dez anos (Follér 1989, 1990).

Ametra é um projeto local de saúde que iniciou suas atividades em 1982, com apoio do sindicato dos Shipibo-Conibo que vivem ao longo do rio Ucayali e seus afluentes, e que visa a cooperação entre xamãs Shipibo-Conibo, praticantes tradicionais, trabalhadores de saúde Shipibo-Conibo e profissionais e pesquisadores suecos e peruanos. Trata-se de um projeto de

saúde local que vem recebendo apoio sueco há mais de uma década, com o objetivo de fortalecer a identidade Shipibo-Conibo e seus conhecimentos sobre saúde e plantas medicinais. Descrevi essa organização em um trabalho anterior (Follér 1989, 1990; Follér e Garrett 1996). Nesse pequeno estudo, não encontrei qualquer divisão étnica. Os profissionais Shipibo não tinham preferência pelos conhecimentos médicos indígenas e os mestiços não preferiam os conhecimentos e produtos biomédicos, tal como podia ser esperado. A divisão ocorreu em *promotores de salud* que trabalhavam com o MSF, organização que opera inserida no discurso biomédico. Muitos destes tinham uma atitude negativa em relação aos conhecimentos médicos indígenas. Em geral, tendiam a preferir conhecimentos biomédicos. Os *promotores* da Ametra, com sua meta de apoiar o que é denominado medicina “tradicional” Shipibo-Conibo, apoio econômico e humano de uma ONG sueca e “perfil étnico” distinto, entusiasmavam-se mais com conceitos como preservação do conhecimento tradicional indígena e do patrimônio cultural. Isso pode ser parcialmente interpretado como resultado de uma postura pragmática, em que os aspectos e a ideologia do poder são centrais. Aparentemente, os *promotores* do MSF pensam que aquele que, em determinada situação “dá seu emprego e salário” é aquele cujo conhecimento é mais apropriado para a situação, o que é visto não como oportunismo, e sim como estratégia de sobrevivência.

Com base em outras entrevistas com médicos e enfermeiros das equipes do MSF, as seguintes informações podem ser extraídas: a) operam de acordo com o lema humanitário supracitado; b) expressam a suposição de que o mundo é desigual e que sua missão é trabalhar com pobres e excluídos, e salvar vidas; e c) enfatizam sua auto-imagem de profissionais com conhecimentos e perícia na medicina científica e saúde pública. São prioridades: vacinações e cuidados com crianças, saúde preventiva incluindo saúde reprodutiva, higiene e a criação do que denominam farmácias comunais (*botequines comunales*). “A existência de uma farmácia comunal constitui um elemento-chave para facilitar o acesso a tratamento médico moderno, pois é encontrada na comunidade – ela é a proprietária – e é administrada por aldeões treinados” (Alcock 2002: 76). Isso ilustra a “crença” avassaladora que as equipes do MSF têm na biomedicina e nos medicamentos. Há forte tendência para uma abordagem que medicaliza os problemas sociais. Em muitos aspectos, o MSF difere das organizações missionárias e caridosas, mas sua forte crença no discurso biomédico é a mesma. Possuem uma idéia de desenvolvimento calcada na biomedicina como ferramenta para ajudar os povos indígenas a se tornarem modernos. Estão conscientes da situação socioeconômica marginalizada do povo com que trabalham. Alcock menciona as limitações econômicas que encontraram, nas quais os pacientes precisavam pagar pelos medicamentos. “Os aldeões consideram os preços dos medicamentos e o tratamento médico como estando fora do seu alcance” (: 74). No relatório, de acordo com a equipe do MSF, “barreiras culturais” são os principais obstáculos que impedem as pessoas, especialmente mulheres, de visitar os centros de saúde quando o MSF chega para fazer consultas.

As equipes do MSF são *pishtacos*, estrangeiros, geralmente norte-americanos ou europeus, que, segundo as narrativas orais dos povos indígenas, encontram-se nos Andes e na região de terras baixas. Diz-se que extraem gordura humana de pessoas locais para usá-la como óleo em carros e para outras necessidades técnicas. Essas narrativas, amplamente disseminadas, são discutidas quando os Shipibo-Conibo e os mestiços se reúnem. Muitas vezes, as histórias são contadas com voz abafada, mais pelas mulheres Shipibo que pelos homens. Dizia-se, por exemplo, que um médico MSF roubava bebês, e que os instrumentos usados pelos médicos eram usados para sugar a gordura ou o sangue das pessoas. Também ouvi histórias como essas narradas por médicos e enfermeiros do MSF acusados de serem *pishtacos* (Follér e Garrett 1996).

O MSF-Espanha saiu da região de Ucayali em razão de problemas de comunicação, de acusações de serem *pishtacos*, e de barreiras culturais em geral. Em seu relatório, Alcock escreve:

No decorrer do projeto, foi possível cultivar relacionamentos baseados em confiança na maioria das comunidades. Isso facilita muito o trabalho, pois encoraja uma participação mais ampla e a colaboração em atividades de apoio, superando assim alguns dos obstáculos que impedem seu desenvolvimento. Como conseqüência, em algumas comunidades foi observada uma mudança de atitude em relação às suas próprias iniciativas em encontrar soluções para alguns de seus problemas e dificuldades, não apenas na questão de saúde, mas também em outras áreas de suas vidas cotidianas” (2002: 77).

Esta é uma interpretação. Outra opinião me foi relatada pela diretora do MSF em Pucallpa. Ela disse que estavam trabalhando com comunidades receptivas, já que haviam sido expulsos das comunidades que rejeitavam sua presença. Não é fácil, para um ocidental, compreender um fenômeno como a crença em *pishtacos*. Não há um conceito correspondente em nossa visão de mundo. Interpretado de acordo com o discurso colonial, contudo, o conceito pode ser visto como resistência aos conhecimentos biomédicos que vêm de cima.

Antropólogos médicos e ONGs como o MSF asseveram possuir uma intenção honesta de entender pessoas com uma forma diferente de viver. Quando o assunto é levantado, a palavra mais usada, em entrevistas com o MSF, é *respeito*: “Nós respeitamos as suas tradições”. Em uma entrevista com a diretora do MSF, uma médica francesa, um sociólogo e um homem Shipibo, no escritório do MSF em Pucallpa, foi repetidamente enfatizado: “Falamos sobre plantas medicinais, e temos respeito e sabemos que as pessoas escolhem o curandeiro em primeiro lugar, mesmo quando há um *botequín* na comunidade”; “temos de respeitar o fato de que eles visitam o curandeiro primeiro”; “cada pessoa tem sua crença e temos de respeitar isso, mas não creio na bruxaria, embora ela exista na África e em outros lugares”. Minha interpretação é de que, ao mencionar “respeito”, querem dizer: “Temos de deixá-los usar as suas plantas medicinais e diversas decocções”. Essa parte da etnomedicina, compreendida e aceita pela equipe do MSF, torna-se cientificizada. Trata-se de um exemplo da inclusão de uma parte do conhecimento tradicional indígena em um ramo da ciência chamado etnofarmacologia. As plantas medicinais são analisadas e testadas em laboratórios para ver se possuem componentes químicos ativos. Mas em relação às sessões de xamanismo, a equipe do MSF confessa que elas vão além de seu entendimento profissional. Como a diretora disse, “é algo que temos de aceitar, mas se uma criança está morrendo, é difícil respeitar”. O pessoal do MSF se vê como negociador de terapias em um diálogo com uma pessoa doente que precisa de cuidados médicos. Havia também suspeitas acerca dos motivos pelos quais os Shipibo aceitavam cuidados de saúde biomédica, e comentou-se que “as pessoas aceitam os remédios quando são de graça”. Também discuti com os médicos do MSF a motivação dos povos indígenas em não aceitar o seu tratamento. Esta pode ser interpretada como decorrente do medo e da ansiedade, pois têm os médicos como *pishtacos*. Há também muitas histórias sobre a ansiedade dos povos indígenas na hora de ir ao hospital, o que, naturalmente, tem muitas causas. Durante meu trabalho de campo, encontrei muitos casos de Shipibo que tiveram a experiência de parentes que foram ao hospital e jamais voltaram.

O discurso colonial e a intermedicalidade

Os exemplos supracitados tentam interpretar o que acontece em uma situação de intermedicalidade. No discurso colonial, a transformação e reconfiguração do conhecimento e da

identidade ocorrem como resultado do encontro entre visitantes ocidentais e pessoas que vivem na Amazônia. Na história colonial, o retrato dos homens europeus os mostra ajudando os “nativos”, de acordo com os ideais do Iluminismo e em nome da biomedicina. A descrição hoje mudou, com novos tipos de visitantes, tais como antropólogos médicos e ativistas de ONGs, mas o encontro permanece inserido no mesmo discurso, e a negociação do conhecimento e da identidade ainda estão presentes. Em nome do “desenvolvimento”, novas agências sociais do hemisfério norte agem de acordo com um esforço de tornar o mundo um lugar mais equitativo. Tanto a medicina científica quanto a educação ocidental e a religião cristã integram o discurso colonial. O mundo social é construído por meio do discurso que usa a cultura, a identidade e o conhecimento como uma “barreira” para a melhoria das condições de saúde dos povos indígenas. Esses conceitos precisam ser esclarecidos no sentido de como fundamentam as explicações das falhas na comunicação com o outro.

Gostaria de frisar que o dilema colonial ainda perdura. Os antropólogos, desde os tempos coloniais, estão conscientes da ambivalência de seu papel. A alegada colaboração da Antropologia com os governos coloniais e a cumplicidade mais ampla com o empreendimento imperialista têm sido debatidas extensivamente. Esse dilema colonial é discutido, por exemplo, por Talal Asad em *Anthropologia e o encontro colonial* (1973), em que salienta e reflete sobre o papel de poder que os antropólogos desempenham. Stacy Pigg (1992) oferece outra valiosa ponderação acerca da reação, resistência e renegociação de pessoas no Nepal quando projetos de desenvolvimento são introduzidos. Outras contribuições que avaliam o dilema colonial são os artigos presentes em *Dominando conhecimento: desenvolvimento, cultura e resistência* (Apffel Marglin 1990), os quais abordam o desenvolvimento de um ponto de vista epistemológico. Seus autores examinam como o conhecimento biomédico ocidental extrai conhecimentos locais, os quais, em muitos casos, pareciam funcionar bem e exerciam papel relevante nos lugares em que eram aplicados.

Outra discussão sobre intervenção e conhecimento antropológicos é apresentada por Kirsten Hastrup e Peter Elsass (1990), em que argumentam que a intervenção é incompatível com a antropologia porque significa sair dos limites da profissão antropológica e entrar em um discurso “essencialmente moral” que envolve escolhas de interesses que não podem ser legitimados etnograficamente..

Levantou-se ainda a questão do papel de atores ocidentais que carregam consigo o poder, a ideologia, o conhecimento e a perícia embutidos em um campo discursivo. No discurso pós colonial, a universalidade e, em alguns casos, a validade do conhecimento biomédico são questionadas. Em vez disso, o conhecimento médico é discutido e interpretado como algo localmente construído e culturalmente delimitado. Portanto, os conhecimentos médicos, valores e terapias dos povos indígenas são considerados habilidades transmitidas de geração para geração, que se alteram com o tempo, característicos do local em que se originam e, portanto, impossíveis de serem simplesmente negados.

Conclusões

Tanto na prática quanto na teoria há sobreposição mútua dos conhecimentos médicos construídos nas variadas tradições, embora permaneçam limites e distinções, uma vez que cada corpo de conhecimentos se origina de um discurso diferente. Esses sistemas de conhecimento podem se adaptar mutuamente, competir ou interagir de várias formas – em dependência das estruturas de poder e resistência em jogo, resultando em um processo de reconstrução de conhecimentos. Há

um fluxo de conhecimento entre os discursos biomédicos e etnomédicos. A intermedicalidade significa que existe um elo pelo menos entre dois discursos de conhecimento. Às vezes, o papel do antropólogo médico é aproximar visões de mundo diferentes, neste caso a biomedicina e a etnomedicina, para articular o que emerge em uma zona de contato. O espaço *intermédico* é o novo discurso construído entre as tradições médicas anteriores.

Em um discurso colonial, a biomedicina e o conhecimento tradicional indígena são examinados de acordo com os mesmos pressupostos. O contexto cultural e histórico em que os conhecimentos médicos foram produzidos devem ser levados em consideração. O antropólogo médico age no ponto em que os discursos de conhecimento se sobrepõem. Na discussão sobre como o trabalho dos acadêmicos afeta o que acontece em campo, Mark Hobart afirma: “De fato, há o risco das suas publicações se tornarem parte do processo de hegemonia, aquilo que ostensivamente buscavam inicialmente criticar” (1993: 13). Essa perspectiva de poder-e-conhecimento deve ser incluída na discussão da intermedicalidade, se quisermos entender plenamente as escolhas das pessoas.

O colonialismo europeu teve enormes conseqüências para a ordem mundial atual. O processo acontece há quinhentos anos e, segundo o discurso colonial, existe uma zona de contato entre europeus e povos indígenas. Quando examinamos o encontro médico, a intermedicalidade constrói novas formas de hibridismo. Isso significa que as fronteiras entre as duas epistemologias, biomedicina e medicina indígena, têm se misturado. Com base em meu trabalho de campo, podem ser tiradas algumas conclusões. As respostas das entrevistas com trabalhadores de saúde, Shipibo-Conibo e mestiços, em contato com o MSF ou a Ametra, mostram a construção de uma epistemologia pragmática relacionada à questão da melhor terapia a ser empregada: biomédica ou etnomédica. Isso por si só, contudo, não explica a escolha. No ponto de contato, cria-se também uma zona de estratégia política ou uma resistência ao poder/conhecimento hegemônico, representado aqui como biomedicina. Constrói-se um espaço de intermedicalidade em que uma medicina híbrida continua a existir com características tanto da etnomedicina quanto da biomedicina. Membros dos povos indígenas selecionam e inventam soluções valendo-se dos conhecimentos e materiais da agência ocidental. Os elementos da biomedicina são incluídos, de acordo com as fontes, porque fortalecem a etnomedicina, o que constitui um processo de indigenização. Este meio-termo envolve tanto aceitar o conhecimento biomédico quanto resistir ao poder e à ideologia da biomedicina. As narrativas *pishtaco* podem ser englobadas nessa interpretação, pois distinguem *medicina* biomédica e *poder* biomédico. Esse novo conhecimento-e-prática sobrevive e passa por transformações contínuas. Trata-se de um projeto de negociação e renegociação, resistência cultural e ilustração da formação de uma identidade indígena como estado dinâmico e transitório.

Outra conclusão se refere à forma como antropólogos médicos e profissionais de saúde em geral interferem no que acontece em campo. O antropólogo médico influencia as escolhas feitas pelos povos indígenas não como indivíduo, mas sim como agência social ou representante do projeto de desenvolvimento ocidental, utilizado como ferramenta analítica para entender a construção de um espaço como a intermedicalidade.

O antropólogo médico deve ser, portanto, reflexivo e consciente da responsabilidade envolvida na discussão teórica de determinados conceitos, modelos e discursos, bem como nas explicações e recomendações para instituições de saúde ocidental que possuem um conhecimento incompleto acerca dos efeitos colaterais da sua prática e de seu impacto a curto e longo prazos sobre as condições de saúde dos povos indígenas.

Minha própria experiência sugere que o conhecimento tradicional indígena é dinâmico, criativo e sujeito a influências. A negociação e a renegociação com as diferentes formas do

conhecimento médico vêm acontecendo constantemente. As fronteiras entre diferentes formas de conhecimentos médicos são fluídas e produzem ativamente um espaço de intermedialidade. Isso não significa dizer que se trata de um espaço homogêneo. A medicina híbrida é um processo variável, contínuo e dinâmico no tempo.

Referências bibliográficas

ALBERT, B.; Ramos A. R. (ed.)

(2000) *Pacificando o Branco: cosmologias do contato no Norte-Amazônico*. São Paulo: Editora UNESP.

ALCOCK, G.

(2002) “Social, economic and cultural aspects of health: women of childbearing age”. Experiences from the Ucayali, Peru. Investigative Report. Pucallpa: Médecins Sans Frontières.

APFFEL MARGLIN, F.

(1990) “Smallpox in two systems of knowledge. Em: Apffel Marglin, F.; Marglin S. A. (org.). *Dominating knowledge, development, culture, and resistance*. Oxford: Clarendon Press.

ASAD, T.

(1973) *Anthropology and the colonial encounter*. London: Ithaca Press.

BRICEÑO-LEON, R.; MINAYO, M. C.S.; COIMBRA JR. C. E.A. (eds.)

(2000) *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

BRUNELLI, G.

(1989) *De los Espiritus a los microbios, salud y cambio social entre los Zoró de la Amazonía brasileña*. Quito: Abya-Yala/MLAL, Colección 500 años, nº 10.

COIMBRA Jr. C. E. A.

(1998) “Minorias étnico-raciales, desigualdad y salud: Consideraciones teóricas preliminares”. Em: Bronfman, M. N.; Castro, R. (org.). *Salud, cambio social y política: perspectivas desde América Latina*. Mexico City: Edamex, p. 151-61.

COIMBRA Jr., C. E. A.; FLOWERS, N. M. SALZANO, F. M.; SANTOS, R. V.

(2002) *The Xavante in transition: health, ecology and bioanthropology in Central Brazil*. Ann Arbor: The University of Michigan Press.

FOLLÉR, M. A.

(1989) “A new approach to community health among the Shipibo-Conibo in Eastern Peru”, *Social Science and Medicine*, vol. 28: 8: 819-28.

(1990) *Environmental changes and human health: a study among the Shipibo-Conibo in Eastern Peru*. Göteborg: Göteborg University

(2001) "Interactions between global processes and local health problems: a human ecology approach to health among Indigenous groups in the Amazon", *Cadernos de Saúde Pública*, Suplemento, vol. 17: 115-26.

(2002) "Del conocimiento local y científico al conocimiento situado e híbrido – ejemplos de los shipibo-conibo del este peruano. Em: *Anales, Nueva Época* n. 5, Göteborg: Instituto Iberoamericano, Universidad de Göteborg.

FOLLÉR, M. A.; GARRETT, M. J.

(1996) "Modernization, health and local knowledge: the case of the Cholera Epidemic among the Shipibo-Conibo in Eastern Peru. Em: Follér, M. A.; Hansson, L. O. (org.). : *Human ecology and health: adaptation to a changing world*. Göteborg: Göteborg University, p. 135-66.

GONZÁLEZ, M. E.

(2002) "In search for curing knowledge: the story of a female health specialist among the Shipibo-Conibo in the Peruvian Amazon", *Anales, Nueva Época* n. 5. Göteborg: Instituto Iberoamericano, Universidad de Göteborg.

GREENE, S.

(1998) "The shaman's needle: development, shamanic agency, and intermediality in Aguaruna Lands, Peru", *American Ethnologist* 25 (4): 634-58.

HASTRUP, K.; ELSASS, P.

(1990) "Anthropological advocacy: a contradiction in terms?", *Current Anthropology* 31: 301-11, 387-90.

HEMMING, J.

(1978) *Red Gold: the conquest of the Brazilian Indians*. Cambridge: Harvard University Press.

HOBART, M. (ed.)

(1993) *An anthropological critique of development: the growth of ignorance*. London: Routledge.

LANGDON, E. J.

(1991) "Percepção e utilização da medicina ocidental dos Índios Sibundoy e Siona no Sul da Colômbia". Em: Buchillet, D. (org.). *Medicina tradicional e medicina ocidental na Amazônia*. Belém: Museu Goeldi.

(2001a) "A tolerância e a política de saúde do índio no Brasil: são compatíveis os saberes biomédicos e os saberes indígenas?" Em: Grupioni, B. D. L.; Vidal, L. B.; Fischmann, R. (eds.). *Povos indígenas e tolerância construindo práticas de respeito e solidariedade*". São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, p. 157-65.

(2001b) "A nova política de saúde indígena no Brasil", *Encontros Teológicos* 31: 2: 117-31.

MAYBURY-LEWIS, D.

(1984) Demystifying the second conquest. Em: Schmink, M.; Wood, C. H. (org.). *Frontier expansion in Amazonia*. Gainesville: University of Florida Press, p. 127-34.

MORAN, E. F.

(1981) *Developing the Amazon*. Blomington: Indiana University Press.

NANDY, A.; VISNATHAN, S.

(1990) "Modern medicine and its non-modern Critics: a study in discourse". Em: Apffel Marglin, F; Marglin, S. (eds.). *Dominating knowledge: development, culture, and resistance*. Oxford: Clareton Press, p. 143-84.

PAHO – Pan American Health Organization

(1997) "Health of Indigenous peoples", *Pan American Journal of Public Health* 2: 357-62.

PIGG, S. L.

(1992) "Inventing social categories through place: social representations and development in Nepal", *Comparative Studies in Society and History* 34 (3): 491-513.

PRATT, M. L.

(1992) *Imperial eyes: travel writing and transculturation*. London/New York: Routledge.

RAMOS, A. R.

(1998) *Indigenism, ethnic politics in Brazil*. London: The University of Wisconsin Press.

SANTOS, R. V.; FLOWERS, N. M.; COIMBRA JR. C. E.A.; GUGELMIN, S. A.

(1997) "Tapirs, tractors, and tapes: the changing economy and ecology of the Xavante Indians of Central Brazil". *Human Ecology* 25: 545-66.

SCHMINK, M.; WOOD, C. H.

(1992) *Contested Frontiers in Amazonia*, New York: Columbia University Press.

VARESE, S.

(1973) *La sal de los cerros*. Lima: La Torre de Papel.