

Douglas Antonio Rodrigues

**Saúde e doença entre os Panará, Povo Indígena
Amazônico de contato recente, 1975-2007**

Tese apresentada à Universidade Federal de
São Paulo – Escola Paulista de Medicina, para
obtenção do título de Doutor em Ciências pelo
programa de pós-graduação em Saúde Coletiva

São Paulo
2013

Douglas Antonio Rodrigues

**Saúde e doença entre os Panará, Povo Indígena
Amazônico de contato recente, 1975-2007**

Tese apresentada à Universidade Federal de
São Paulo – Escola Paulista de Medicina, para
obtenção do título de Doutor em Ciências pelo
programa de pós-graduação em Saúde Coletiva

Orientadoras: Prof. Dra. Suely Godoy Agostinho Gimeno
Dra. Heloísa Pagliaro (in memorian)

Co-orientadora: Dra. Lavínia Santos de Souza Oliveira

São Paulo
2013

Ficha Catalográfica

Rodrigues, DA

Saúde e doença entre os Panará, Povo Indígena Amazônico de contato recente, 1975-2007. /Douglas A. Rodrigues. São Paulo, 2012. !XXX f.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Título em inglês: Health and disease among Panará, Amazonian Indigenous People of recent contact, 1975-2007

Palavras-chave: população indígena, demografia, epidemiologia, índios Parará, processo saúde-doença

Agradecimentos

Ao Professor Roberto Baruzzi, que generosamente compartilhou comigo ensinamentos médicos, científicos e o rico universo do indigenismo e, com paciência, apoiou todos os meus sonhos e atrevimentos e mostrou a possibilidade de juntar pesquisa e assistência com o único objetivo contribuir para a autonomia e qualidade de vida dos habitantes originários desta (agora) nossa terra;

Aos sábios indígenas, caciques, pajés, lideranças pela paciência com este estrangeiro ignorante ao compartilhar sua visão de mundo, da família, dos cuidados com a vida;

Aos Panará, pela acolhida carinhosa a cada período de campo

Sumário

1.	Introdução	1
1.1.	A ocupação indígena no Brasil	4
1.2.	Os índios e os europeus	4
1.3.	Os Caiapó do Sul e os Panará	8
2.	Objetivos	10
2.1.	Objetivo Geral	10
2.2.	Objetivos Específicos	10
3.	Aspectos Metodológicos	11
3.1.	Fontes dos dados	12
3.2.	Análise dos dados epidemiológicos e demográficos	20
3.3.	Aspectos éticos	20
4.	Resultados	21
4.1.1.	O Parque Indígena do Xingu, a Escola Paulista de Medicina e a vida dos Panará após o contato definitivo com nossa sociedade, em 1973	21
4.1.1.	A criação do Parque Indígena do Xingu e o indigenismo dos irmãos Villas Bôas	21
4.1.2.	O Parque Indígena do Xingu e a invenção do Projeto Xingu na Escola Paulista de Medicina	27
4.1.3.	A transferência dos sobreviventes: estratégia para evitar o extermínio?	33
4.1.4.	Aspectos da organização social dos Panará e seu retorno para Nãs'potiti no território tradicional	37
4.2.	Dinâmica demográfica e recuperação populacional dos Panará	47
4.2.1.	Evolução da população	47
4.2.2.	Composição por idade e sexo	49
4.2.3.	Mortalidade	50
4.2.4.	Mudanças na estrutura da população Panará entre 1975 e 2007	56
4.2.5.	O impacto das doenças advindas do contato entre indígenas e colonizadores.....	64
4.2.5.1.	A chegada dos Panará no Parque Indígena do Xingu e a dura adaptação ao novo ambiente e aos novos vizinhos	66
4.2.5.2.	Principais doenças que atingiram os Panará em decorrência do contato com a sociedade nacional	71
5.	Discussão e Considerações	93
5.1.	Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato	93
5.2.	Estratégias de enfrentamento	96
6.	Referências Bibliográficas	104

Lista de Siglas

BC	Batalhão de Combate - Exército Brasileiro
BCG	Bacilo de Calmette-Guérin
CEDI	Centro Ecumênico de Documentação Indigenista
CGIIRC	Coordenação Geral de Índios Isolados e de Recente Contato
CH II	Captura Híbrida
CID	Classificação Internacional das Doenças
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DIP	Doenças Infecciosas e Parasitárias
DMP	Departamento de Medicina Preventiva
EPM	Escola Paulista de Medicina
ERX	Expedição Roncador Xingu
FAB	Força Aérea Brasileira
FBC	Fundação Brasil Central
FMV	Fundação Mata Virgem
FPE	Frente de Proteção Etnoambiental
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
HDL	High Density Lipoproteins
HPV	Papilomavirus Humano
HSP	Hospital São Paulo
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
INCRA	Instituto Nacional de Reforma Agrária
IRA	Infecções Respiratórias Agudas
ISA	Instituto Socioambiental
LDL	Low Density Lipoproteins
MCT	Ministério da Ciência e Tecnologia
MS	Ministério da Saúde
NDI	Núcleo de Direitos Indígenas
OESP	O Estado de São Paulo (jornal)
ONG	Organização não-governamental
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PC	Perímetro da cintura
PIX	Parque Indígena do Xingu
RLU	Unidade Relativa de Luz
SASISUS	Subsistema de Atenção à Saúde Indígena
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SPDM	Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina

SPI	Serviço de Proteção aos Índios
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSA	Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas
TI	Terra Indígena
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
UAE	Unidade Aérea Especial do Ministério da Saúde
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo

Lista de Quadros

Quadro 1	Evolução da população Panará, 1975, 1995, 2007.....	48
Quadro 2	Distribuição da população Panará (%) segundo sexo, grupo etário e período de investigação.....	50
Quadro 3	Mortalidade Infantil dos Panará, Parque Indígena do Xingu (MT), aldeia Nãs'potiti (PA), 1975-84, 1985-94, 1995-2006.....	51
Quadro 4	Relação dos óbitos dos Panará ocorridos entre 1975 e 2007.....	52
Quadro 5	Mortalidade proporcional por sexo, segundo grandes grupos de causas, população Panará, Parque Indígena do Xingu (MT) e aldeia Nãs'potiti (PA), 1975-84, 1985-94, 1995-2006.....	55
Quadro 6	População Panará por casas, clãs, dimensão e área, aldeia Nãs'potiti (PA), 2007.....	57
Quadro 7	População por sexo e grandes grupos etários em junho de 2007, aldeia Nãs'potiti, (PA).....	58
Quadro 8	Distribuição por sexo e idade do grupo de 79 sobreviventes Panará atendidos pela equipe médica da EPM, no Posto Indígena Diauarum, PIX, em janeiro de 1975.....	67
Quadro 9	Cronologia do surgimento de anticorpos anti-influenza nos Panará, de antes do contato até 1975.....	74
Quadro 10	Distribuição da esplenomegalia, por grupo etário, em indígenas Panará, Parque Indígena do Xingu, 1975.....	76
Quadro 11	Distribuição dos casos de tuberculose em indígenas Panará, por grupo etário, diagnosticados de 1975 a 2006, Brasil.....	81
Quadro 12	Distribuição dos casos de escabiose e escabiose com piодermite, diagnosticados entre os indígenas Panará, Parque Indígena do Xingu, 1994.....	83
Quadro 13	Distribuição dos diagnósticos de citologia relacionados ao resultado de Captura Híbrida II (CH II), aldeia Nãs'potiti (PA), 2006.....	86
Quadro 14	Distribuição dos diagnósticos de citologia e sua relação com os testes de infecção pelo HPV de altíssimo (16/18/45) e alto risco, aldeia Nãs'potiti (PA), 2006.....	87
Quadro 15	Distribuição dos resultados das citologias e CH II segundo a faixa etária, Aldeia Nãs'potiti (PA), 2006.....	88
Quadro 16	Número e porcentagem de indígenas Panará maiores de 20 anos, segundo sexo e faixa etária aldeia Nãs'potiti (PA), 2006.....	90
Quadro 17	Valores médios de variáveis metabólicas e antropométricas de indígenas Panará maiores de 20 anos de idade, segundo o sexo, aldeia Nãs'potiti (PA), 2006.....	91
Quadro 18	Porcentagem de indígenas Panará maiores de 20 anos de idade, segundo sexo e presença de alterações metabólicas, aldeia Nãs'potiti (PA), 2006.....	91

Quadro 19	Médias das medidas da pressão arterial e índice de massa corporal entre os Panará maiores de 20 anos de idade em três períodos: 1975, 1988 e 2006.....	92
-----------	--	----

Lista de Figuras

Figura 1	Ficha Médica do Projeto Xingu - Escola Paulista de Medicina/UNIFESP....	15
Figura 2	Marcos mostrando o cruzamento das estradas BR 163 (ex BR 165) e BR - 80 (Xavantina-Cachimbo), em território tradicional Panará.....	34
Figura 3	Chegada ao Diauarum, em janeiro de 1975.....	36
Figura 4	Aldeias Panará no Peixoto de Azevedo e no Xingu.....	40
Figura 5	Os efeitos da colonização do território tradicional dos Panará.....	41
Figura 6	Foto aérea da aldeia Nãs'potiti em 2007.....	46
Figura 7	Pirâmide Etária Panará 1975.....	60
Figura 8	Pirâmide Etária Panará 1995.....	61
Figura 9	Pirâmide Etária Panará 2007.....	62
Figura 9	Classificação das esplenomegalias, segundo o volume do baço, proposta por Hackett.....	76
Figura 10	Hepatoesplenomegalia em jovem Panará, 1978.....	77

*Pois mataram índio que matou grileiro que matou posseiro
disse um castanheiro para um seringueiro que um estrangeiro
roubou seu lugar...*

Vital Farias, Saga da Amazônia

Para Sofia

Resumo

Rodrigues DA. Saúde e doença entre os Panará, Povo Indígena Amazônico de contato recente, 1975-2007. São Paulo, 2013. [Tese de Doutorado – Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo]

O objetivo deste estudo foi descrever e analisar o processo saúde-doença de um povo indígena amazônico num período de trinta e cinco anos, desde a quebra de seu estado de isolamento, em 1973, até o ano de 2007, tendo como referência a experiência da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, no Parque Indígena do Xingu. O caminho metodológico percorrido caracterizou este estudo na vertente exploratória e interdisciplinar, com triangulação entre a pesquisa etno-histórica, a abordagem sócio-epidemiológica do processo saúde-doença e a mensuração, pelos instrumentos da epidemiologia descritiva, de alguns dos principais agravos à saúde que atingiram os Panará ao longo dos anos que se sucederam à sua atração e contato com a nossa sociedade. As fontes de informações etno-históricas foram obtidas a partir de arquivos históricos da Fundação Nacional do Índio, pesquisas em veículos da mídia à época do contato, pesquisas acadêmicas e publicações sobre etnologia e história do Brasil colonial e da ocupação da região Centro-Oeste do país pelas frentes de colonização durante o século passado. Para a abordagem sócio-epidemiológica foi utilizada a base de dados do Projeto Xingu da EPM/UNIFESP e as informações de cadernos de campo do pesquisador e de relatórios de trabalho das equipes de saúde do Projeto Xingu. Para completar a análise foram utilizados resultados parciais de uma pesquisa realizada pela EPM/UNIFESP entre 2006 e 2007, da qual foram obtidas informações sobre aspectos antropométricos e sorológicos de todos os adultos Panará acima de 20 anos de idade, resultados de

exames citológicos do colo do útero das mulheres Panará com vida sexual ativa, que evidenciaram lesões precursoras do câncer do colo uterino, conseqüentes à infecção pelo papilomavírus humano (HPV) e alguns indicativos da emergência de doenças crônicas não transmissíveis (em especial as dislipidemias, obesidade, hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus). Constatou-se que o contato com a sociedade nacional determinou mudanças no processo saúde-doença do Povo Panará que permanecem até os dias atuais, caracterizadas pela alta morbi-mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias e, ao longo do tempo, com a intensificação das relações de contato e conseqüentes mudanças no estilo tradicional de vida, a emergência de doenças crônicas não transmissíveis. Concluiu-se pela necessidade de estruturação de políticas de saúde diferenciadas e que possam ser exequíveis no âmbito subsistema de saúde indígena para os povos que se encontram em contato inicial com a sociedade nacional e planos de contingência para aqueles que permanecem em isolamento voluntário no território brasileiro, para quando ocorrer a inevitável quebra do isolamento, tendo em vista as pressões continuadas que o modelo de desenvolvimento e crescimento da economia brasileira impõem sobre seus territórios.

Apresentação

Por que analisar o processo saúde-doença de um grupo indígena de contato recente?

A motivação para este estudo relaciona-se ao fato, para muitos surpreendente, que em pleno século XXI, estão identificados, no Brasil, 18 grupos indígenas que, por motivos ainda desconhecidos, decidiram permanecer isolados, sobrevivendo em regiões remotas, independentes da sociedade industrial capitalista. A eles somam-se outros 17 grupos cujo contato ocorreu nas últimas décadas e são considerados grupos de contato inicial ou de contato recente.

A experiência acumulada pelo Projeto Xingu da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e a existência de registros demográficos e de saúde dos Panará desde dois anos após o seu contato com nossa sociedade possibilitou o desenvolvimento do presente estudo, que pretendeu fazer uma descrição do processo saúde-doença em um grupo indígena a partir da quebra de seu estado de isolamento, analisando as principais causas de adoecimento e morte e sua recuperação populacional.

Muito se avançou na atenção à saúde dos povos indígenas no Brasil desde o início do século XX até os dias atuais. A atenção diferenciada à saúde dos indígenas, no contexto do Sistema Único de Saúde tornou-se uma possibilidade concreta, a partir da criação do subsistema de atenção à saúde indígena, para diminuir a iniquidade entre brasileiros e povos remanescentes dos que aqui viviam antes da chegada dos europeus.

Entretanto, ainda há muito a ser feito para que as diferenças entre os grupos indígenas e a nossa sociedade e mesmo a diversidade de relações de contato sejam

efetivamente levadas em consideração na estruturação da política e dos serviços de saúde destinados aos povos indígenas.

O estudo buscou fontes documentais históricas para a descrição do processo de atração e contato com os Panará levado a cabo por iniciativa do Estado brasileiro, no contexto da criação do Parque Indígena do Xingu. Utilizou também o arquivo do Projeto Xingu, que tem registros médicos e demográficos dos Panará desde 1975 até 2007. Posteriormente foi realizada a revisão bibliográfica dos artigos científicos a respeito da saúde e da etnohistória dos Panará e de outros povos xinguanos. Completando as fontes de informação, foram utilizados os registros do trabalho de campo, na forma de anotações e relatórios, abrangendo o período que se estende desde o primeiro contato do autor com o povo Panará, quando residiam na desembocadura do rio Suiá-Missu, em 1980, no PIX, até o trabalho realizado na aldeia Nãs'potiti, em 2006 e 2007.

A primeira parte da pesquisa procura situar, de forma sucinta, o contexto da ocupação indígena do território brasileiro até a chegada dos europeus, a relação entre indígenas e colonizadores e a etnohistória do povo Panará, além de descrever os aspectos metodológicos e objetivos do estudo. Resgata aspectos da criação do Parque Indígena do Xingu, primeiro território indígena demarcado no país, sua constituição num novo paradigma do indigenismo brasileiro, ao garantir aos indígenas autóctones e provenientes de áreas de conflito de seu entorno, um território no qual pudessem permanecer vivendo de acordo com seus usos e costumes, preparando-se para a inevitável intensificação do contato com a sociedade brasileira e suas consequências. Finalmente contextualiza o Projeto Xingu da EPM/UNIFESP, o mais antigo programa de extensão em saúde indígena no país, e o encontro com os Panará, a partir de sua transferência para o PIX, dois anos após o contato oficial.

A segunda parte contém aspectos da organização social dos Panará sua dinâmica demográfica e recuperação populacional, a partir da remoção para o PIX, sua difícil adaptação no novo habitat, onde permaneceram por 20 anos, até conseguirem retornar a seu território tradicional, entre 1995 e 1996.

A terceira parte analisa as principais causas de adoecimento e morte dos Panará após o contato definitivo com a sociedade nacional, buscando retratar as características do processo saúde-doença desde as doenças infecto-contagiosas até a emergência das doenças crônicas não transmissíveis.

A discussão final busca relacionar o processo saúde-doença dos Panará com situações semelhantes ocorridas em outros povos contatados na mesma época, mostrando pontos comuns e discutindo a necessidade de políticas de proteção e de saúde específicas para as situações de quebra de isolamento e de contato recente, alertando para o fato de existirem ainda hoje, no território brasileiro, diversos grupos que se mantêm isolados e que estão permanentemente ameaçados pelo modelo de desenvolvimento e pela necessidade de crescimento econômico do Brasil.

1. Introdução

Na manhã de 12 de janeiro de 1975, um avião da Força Aérea Brasileira decolou do Posto Indígena Diauarum, no Parque Indígena do Xingu, no estado de Mato Grosso, para uma missão inusitada: transferir um grupo de sobreviventes do Povo Panará, dizimado pela invasão de seu território, que havia sido cortado pelas rodovias Cuiabá-Santarém (BR-163) e Xavantina-Cachimbo (BR-80). A transferência do grupo havia sido decidida pelo governo brasileiro pouco antes, em 1974, como medida extrema para garantir a sobrevivência dos remanescentes do que foi chamado de “um dos episódios mais trágicos da moderna história do Brasil”⁽¹⁾.

Para coordenar a transferência foram designados os irmãos Cláudio e Orlando Villas Bôas, então diretores do Parque Indígena do Xingu (PIX). Fazia parte da estratégia de remoção oferecer assistência médica ao grupo bastante debilitado de exilados, o que foi possível com a presença de uma equipe médica do Projeto Xingu ligado ao Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina (EPM)⁽²⁾, uma escola federal de medicina que, na época, já colaborava com a assistência à saúde dos indígenas do PIX e hoje faz parte da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

Os 79 indígenas que chegaram ao Posto Indígena Diauarum no PIX era o que restara de um grupo outrora numeroso. Heelas⁽³⁾, com base em informações dos indígenas, fotografias aéreas e dados genealógicos, estimou que a população Panará na década de 1960 era de 425 a 525 indivíduos distribuídos em oito aldeias. Schwartzman^(4,5) tem estimativas semelhantes, de cerca de 350 a 600 indivíduos vivendo em nove aldeias, para a mesma época. As informações obtidas pelos dois

autores indicam que, do final dos anos 60 até a transferência para o Xingu, a população Panará reduziu-se a cerca de 13 a 15% do que fora antes do contato definitivo com a nossa sociedade. Pode-se inferir ainda, que a depopulação já era grande na época do contato oficial, em fevereiro de 1973, quando foram identificados entre 135 e 140 indivíduos ⁽⁶⁾. Neste período de dois anos, já sob a proteção do governo brasileiro por meio da Fundação Nacional do Índio (FUNAI), morreram cerca de 60 Panará (um terço dos sobreviventes ao período de contato), de doenças como gripe e malária, e da fome resultante da grande desestruturação socioeconômica consequente à invasão de suas terras para dar lugar a projetos de colonização, característicos do modelo de desenvolvimento econômico da época⁽¹⁾. A alta mortalidade e a situação degradante a qual estavam submetidos os Panará, mendigando à beira da recém aberta rodovia Cuiabá-Santarém (BR 163), contribuiu definitivamente para a decisão de remover o grupo para o PIX, tirando-o da influência da estrada e, ao mesmo tempo, desobstruindo definitivamente a área para a colonização⁽⁶⁾.

No momento de sua transferência para o PIX os Panará apresentavam-se assustados, apáticos, emagrecidos e pálidos⁽²⁾. Era evidente que se tratava de um grupo extremamente fragilizado e que necessitava cuidados especiais para não só garantir sua sobrevivência, mas buscar sua recuperação. Foi aberta uma ficha médica individual pela equipe do Projeto Xingu da EPM, para possibilitar o acompanhamento da saúde do grupo.

Entre 1975 e 1996, dentro do território do PIX, os Panará mudaram-se várias vezes de lugar, em razão de conflitos com os povos que habitavam o Parque antes de sua chegada, e em busca de local mais parecido e próximo de seu território de origem. Transcorreu um longo período até que os Panará voltassem a cantar, pintar o corpo,

enfim, sentirem-se fortalecidos para reconstituir a vida social. Recomeçar a correr com toras no Xingu, construir aldeias cada vez mais parecidas com as aldeias tradicionais e recuperar as práticas da medicina tradicional, foram momentos marcantes vividos juntamente com o aumento demográfico para o qual contribuíram a imunização, o controle da tuberculose e da malária e o acompanhamento sistemático das suas condições de saúde pelas equipes médicas do Projeto Xingu. O desejo de voltar para seu local de origem foi se avolumando e culminou com o retorno dos Panará para o seu próprio território, após o reconhecimento de seus direitos pelo governo brasileiro e a consequente devolução de parte das terras tradicionalmente habitadas aos Panará, nas cabeceiras do rio Iriri, na fronteira sudeste do estado do Pará com o estado de Mato Grosso.

1.1 A ocupação Indígena do Brasil

Sabe-se que a ocupação do território brasileiro por populações paleoíndias ocorreu há mais de 12 mil anos. São conhecidas e amplamente aceitas teorias migratórias a partir do nordeste da Ásia, utilizando a faixa de terra denominada Beríngia, que teria aflorado em consequência de glaciações que baixaram em cerca de 50 metros o nível do mar, colonizando inicialmente o Alasca e a América do Norte e posteriormente ocupando o restante do continente Americano.

Contudo, nem todas as pesquisas consideram essa migração como única fonte de povoamento das Américas. Sítios arqueológicos no sudeste do Piauí, na Bahia e Minas Gerais mostram indícios de ocupação humana no Brasil com datações de até 25.000 anos⁽⁷⁾. Assim, a presença humana na América do Sul pode ser da mesma época do que a da América do Norte, sugerindo que possam ter ocorrido outras formas de migração, além da terrestre por Behring e Alasca. A travessia do Pacífico com barcos, por navegação costeira e entre ilhas não está descartada, à semelhança do que teria ocorrido na ocupação da Austrália há 50 mil anos⁽⁸⁾. Embora possam divergir nos números e nas rotas migratórias, há consenso de que o continente americano era intensamente povoado por ocasião da chegada dos europeus ao continente americano.

1.2 Os índios e os europeus

Estudos que estimaram a população das Américas por ocasião da chegada dos europeus ao continente em 1492, caracterizam-se pela grande variabilidade de estimativas que vão de 1 a 8,5 milhões de habitantes para as terras baixas da América

do Sul. Esses estudos permitem afirmar, no entanto, que por ocasião da chegada dos portugueses havia, no Brasil, entre um milhão e 6,8 milhões de pessoas na Amazônia, Brasil Central e costa Nordeste^(9,10), o que equipararia a densidade demográfica do Brasil à da Península Ibérica em 1500.

O etnólogo Kurt Nimuendaju contabilizou cerca de 1400 povos indígenas - de grandes famílias linguísticas como Tupi-Guarani, Jê, Aruak, Karib, Xirianá, Tukano - no território que correspondia ao Brasil, registrando a imensa dispersão e diversidade de povos que habitavam o território brasileiro por ocasião da chegada dos portugueses⁽¹¹⁾. Na Europa do século XVI, após o primeiro impacto causado pela existência de *outros homens*, a imagem dos indígenas formou-se a partir dos relatos dos missionários, viajantes e nobres portugueses, franceses e holandeses, que atuaram como cronistas da vida no novo mundo, associando, por vezes, imagens a seus relatos como o fizeram Pero Magalhães Gandavo⁽¹²⁾, Jean de Léry⁽¹³⁾, Hans Staden⁽¹⁴⁾ e André Thevet⁽¹⁵⁾. As diferenças de costumes eram enfatizadas, sendo ressaltadas as práticas consideradas bárbaras como o antropofagismo, a poligamia e a feitiçaria, promovendo, no imaginário dos europeus, ideias ambíguas e negativas sobre os índios do Novo Mundo. Duas concepções opostas sobre a humanidade dos gentios (pagãos) circulavam na Europa no século XVI: a) os índios eram seres humanos que estavam degradados, vivendo como selvagens e canibais, mas possuíam todo o potencial para se tornarem cristãos; e b) eram seres inferiores, animais que nunca se tornariam cristãos podendo ser escravizados e mortos⁽¹⁶⁾. A primeira concepção prevaleceu, refletida no papel mediador das missões religiosas católicas nos primeiros séculos da colonização, como ilustra a Bula *Veritas ipsa* do Papa Paulo III, de 1537, formalizando a visão da igreja católica de que os indígenas eram seres racionais e livres por natureza⁽¹⁷⁾:

O papa Paulo III deseja, a todos os fieis Cristãos, que as presentes letras virem, saúde e benção Apostólica. A mesma Verdade, que nem pode enganar, nem ser enganada, quando mandava os Pregadores de sua Fé a exercitar este officio, sabemos que disse: Ide, & ensinai a todas as gentes. A todas disse, indifferentemente, porque todas são capazes de receber a doutrina de nossa Fé. Vendo isto, & envejando o comum inimigo da geração humana, que sempre se oppoem as boas obras, para que pereçam, inventou hum modo nunca dantes ouvido, pera estorvar que a palavra de Deos não se pregasse as gentes, nem ellas se salvassem. Para isto moveu alguns ministros seus, que desejosos de satisfazer a suas cobiças, presumem afirmar a cada passo, que os Indios das partes Occidentaes, & os do Meio dia, & as mais gentes, que nestes nossos tempos tem chegado a nossa noticia, hão de ser tratados, & reduzidos a nosso serviço como animaes brutos, a titulo de que são inhabeis pera Fé Catholica & socapa de que são incapazes de recebella, os poem em dura servidão, & os affligem, & opprimem tanto, que ainda a servidão em que tem suas bestas, apenas he tão grande como aquella copm que affligem a esta gente. Nos outros, pois, que ainda que indignos, temos as vezes de Deos na terra, & procuramos com todas as forças achar suas ovelhas, que andão perdidas fóra de seu rebanho, pera reduzillas a elle, pois este he nosso officio; conhecendo que aquelles mesmos Indios, como verdadeiros homens, não somente são capazes da Fé de Christo, senão que acodem a ella, correndo com grandissima promptidão, segundo nos consta: & querendo prover nestas cousas de remedio conveniente, com authoridade Apostolica, pello teor das presentes, determinamos, & declaramos, que os ditos Indios, & todas as mais gentes que daqui em diante vierem á noticia dos Christãos, ainda que estejam fóra da Fé de Christo, não estão privados, nem devem sello, de sua liberdade, nem do dominio de seus bens, & que não devem ser reduzidos a servidão. Declarando que os dittos Indios, & as demais gentes hão de ser atrahidas, & convidadas á ditta Fé de Christo, com á pregação da palavra divina, & com o exemplo de boa vida. E tudo o que em contrario desta determinação se fizer, seja em si de nenhum valor, nem firmeza; não obstantes quaesquer cousas em contrario, nem as sobredittas, nem outras, em qualquer maneira. Dada em Roma, anno de 1537, aos nove de Junho, no anno terceiro de nosso Pontificado.

O avanço da colonização, as guerras justas¹, de escravização e extermínio, somadas ao contágio de doenças como a varíola, gripe, sarampo e tuberculose causaram grande mortalidade entre povos indígenas⁽¹⁸⁾. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 2010 existiam 817.963 pessoas que se autodeclararam indígenas no Brasil. Destes, 315.000 vivem em áreas urbanas e 502.963 em áreas

¹ As guerras Justas foram definidas pela Carta Régia de 1570, de dom Sebastião, como procedimentos legítimos para a escravização dos indígenas. Segundo Jacob Gorender, definiam-se guerras justas como sendo aquelas autorizadas pela Coroa e pelos governadores coloniais ou aquelas travadas em legítima defesa contra ataque de tribos antropófagas. em GORENDER J. "O escravismo colonial" São Paulo: Ática, 1985 p. 490-491

rurais que se supõe serem Terras Indígenas⁽¹⁹⁾. Outras fontes como a Secretaria Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde² e o Instituto Socioambiental têm números semelhantes para indígenas vivendo em aldeias.

A história mostra que os povos indígenas não foram apenas vítimas passivas das doenças e da violência trazidas pelos colonizadores, resumindo sua história a extermínio e mestiçagem. O tamanho dessa população e sua dispersão, como sistematizado por Nimuendajú⁽¹¹⁾, juntamente com o espírito libertário e a criatividade desses indivíduos, possibilitaram diversas reações para escapar da escravidão e dos males trazidos pelos europeus. Essas reações variaram de revoltas armadas a grandes deslocamentos para o interior. As revoltas indígenas sugerem reelaborações sócio-culturais complexas variando de alianças com os colonizadores contra inimigos tradicionais a alianças entre diferentes povos indígenas contra os colonizadores. São exemplos: a “Guerra dos Bárbaros” no Nordeste e a revolta de Ajuricaba na Amazônia⁽²⁰⁻²³⁾.

Os Panará que sobreviveram após lutarem durante anos contra colonos e bugreiros, possivelmente optaram por fugir para o interior do território.

² A Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) trabalha com o número de 640.000 indígenas aldeados. http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=40846 (acessado em 14/11/2012)

1.3 Os Caiapó do Sul e os Panará

Há, na etnologia, referências a dois grandes grupos Caiapó: os Caiapó do Sul, ou meridionais e os Caiapó do Norte ou setentrionais. Essa distinção foi inicialmente proposta por Paul Ehrenreich (1892:28-38) citado por Giralдин ⁽²⁴⁾. Por sua classificação os indígenas da família linguística Jê foram divididos em orientais (Botocudo), centrais (Xavante e Caiapó) e ocidentais (Suiá). Esse autor dividiu também os Caiapó em três grupos: os do norte (Xikrin, Apinajé, Gavião, Gradaú, Krahô e demais Timbiras); os orientais (Suiá e Akwe); e os do sul (Caiapó e Kaingang).

Os Caiapó do Sul eram um grupo numeroso e guerreiro, que habitava a região sul de Goiás, Triângulo Mineiro, leste de Mato Grosso e norte de São Paulo. Eram temidos, ocupavam extenso território e foram intensamente combatidos durante os séculos XVIII e XIX em todo o Brasil Central. A última referência aos Caiapó do Sul na região data de 1910 e foi registrada pela Comissão Geológica e Geográfica do Estado de São Paulo, que encontrou um pequeno grupo Caiapó na margem direita do rio Grande, próximo à divisa entre São Paulo e o Triângulo Mineiro. A partir daí, vários autores deram o grupo como extinto ^(24,25).

Não se teve notícia dos Caiapó do Sul até a descoberta dos Panará, na década de 1960. Foi Heelas ⁽³⁾ quem, pela primeira vez, levantou a hipótese dos Panará serem um grupo descendente dos Caiapó do Sul. Para ele, os Panará poderiam ter fugido dos conflitos com os “brancos” em Goiás e na região do Triângulo Mineiro e sobrevivido ao migrar para a Amazônia. Schwartzman ⁽⁴⁾ acrescenta às evidências as histórias dos Panará, para quem seus ancestrais migraram do leste, de locais de campos mais abertos, fugindo dos inimigos.

Dados como extintos, o ressurgimento dos Panará tem os primeiros registros feitos por Orlando e Cláudio Villas Boas em 1949, quando da abertura do caminho entre os rios Xingu e Teles Pires, para atingirem a serra do Cachimbo, no contexto da Expedição Roncador-Xingu^(26, 27).

Toda essa trajetória pode ser analisada a partir de vários olhares. Este estudo focaliza a etno-história do Povo Panará e de seu contato com a sociedade nacional, em diálogo com a saúde coletiva mediante a relação dos fatos históricos com o processo saúde-doença⁽²⁸⁻³⁰⁾ que se estabelece a partir e como consequência da quebra de seu estado de isolamento, e com a atuação da Escola Paulista de Medicina (EPM) na assistência à saúde dos Panará, por meio do Projeto Xingu, programa de extensão ligado ao Departamento de Medicina Preventiva da EPM.

2. Objetivos

2.1 Objetivo Geral

O objetivo central do estudo foi conhecer e analisar o processo saúde-doença entre os Panará, enquanto povo indígena de recente contato³, considerando os aspectos do contexto sociocultural, ambiental e sanitário decorrentes de seu contato com nossa sociedade, com ênfase ao período de 1975 a 2007 que abrange: seu ingresso no Parque Indígena do Xingu dois anos após o contato oficial com a sociedade nacional, a saída do Xingu entre 1995 e 1997 de volta ao território tradicional e a seguir um período de 10 anos na aldeia denominada Nãs'potiti, no sudeste do estado do Pará.

2.2 Objetivos Específicos

- a) Descrever aspectos demográficos e analisar o perfil de mortalidade dos Panará em três recortes temporais: ano de ingresso do no PIX (1975), o período de início de sua mudança para a aldeia Nãs'potiti, de volta ao território de onde haviam sido expulsos (1995) e na atualidade (2006/2007);
- b) Descrever e analisar os principais agravos à saúde dos Panará desde sua transferência para o PIX até 2007;

³ Povos de recente contato ou contato inicial são povos que mantêm contato recente com a sociedade majoritarian. Podem ser também povos que, apesar de manterem contato por maior período de tempo não chegaram ainda a conhecer com exatidão os padrões e códigos de relação com a população majoritaria (retirado do documento Diretrizes de proteção para os Povos Indígenas em isolamento e em contato inicial da Região Amazônica, Grande Chaco e Região Oriental do Paraguay, Nações Unidas, Direitos Humanos, Escritório do Alto Comissariado, Genebra, 2012.

- c) Discutir metodologias de trabalho em saúde indígena e medidas de intervenção em grupos indígenas isolados, a partir da experiência acumulada pelo Projeto Xingu da EPM/UNIFESP, de forma a minimizar os impactos resultantes do contato com a nossa sociedade.

3. Aspectos Metodológicos

A abordagem etno-histórica dos Panará a partir de seu contato definitivo com a sociedade nacional, na década de 70 do século passado, o processo de contato, as perdas, a remoção para o Parque do Xingu como estratégia dramática de preservação física do grupo, as principais doenças e causas de morte durante seu exílio no PIX e seu retorno ao território ancestral, são aspectos da vida desse povo indígena que o presente estudo pretendeu reconstruir com o apoio da bibliografia pertinente e da vivência do autor com o grupo, em seu trabalho como médico e pesquisador do Projeto Xingu.

A reconstrução da etno-história dos Panará foi orientada por: a) análise documental; b) registros de conversas informais com os sobreviventes do contato; c) avaliação de indicadores demográficos e de saúde-doença. Deste modo o estudo abordou algumas questões relativas à sobrevivência do grupo no período 1975-2007, como a adaptação socioambiental e problemas de saúde enfrentados durante a permanência no PIX e na nova aldeia de volta ao território de onde haviam sido retirados. Novas ameaças sanitárias a serem enfrentadas no futuro próximo pelo povo Panará e outros povos indígenas em estágio de contato semelhante foram objeto das considerações finais.

Para melhor compreender as mudanças ocorridas no perfil de mortalidade

dessa população e contornar os efeitos dos pequenos números^(31,32), os indicadores de mortalidade analisados foram estimados para três períodos: 1975-84, 1985-94 e 1995-2006/2007. As taxas de mortalidade foram calculadas dividindo-se o número de óbitos registrados pelo total da população em cada período analisado. Para o cálculo da mortalidade proporcional por causas foram utilizados os registros de causas de óbitos existentes nas fichas médicas dos Panará, pertencentes ao Projeto Xingu, agrupados de acordo com os grandes grupos de causas da décima revisão da Classificação Internacional das Doenças (1993).

O trabalho está permeado por considerações sobre as relações entre o Estado, a Sociedade Brasileira e os Povos Indígenas e suas repercussões no processo saúde – doença experimentado pelo povo Panará, evidenciando o caráter social da determinação do adoecer e morrer nesse grupo humano, que apresenta dinâmicas sociais complexas, num contexto de privações⁽³³⁻³⁷⁾.

O caminho metodológico percorrido caracterizou este estudo na vertente exploratória^(38,39) e interdisciplinar, com triangulação^(40,41) entre a pesquisa etno-histórica, a abordagem sócio-epidemiológica⁽²⁸⁻³⁰⁾ do processo saúde-doença e a mensuração, pela metodologia da epidemiologia descritiva, de alguns dos principais agravos à saúde que atingiram os Panará ao longo dos anos que se sucederam ao seu contato com nossa sociedade.

3.1 Fontes dos dados

Foram utilizadas diferentes fontes de dados para as metodologias adotadas. A reconstrução da história recente do povo Panará foi feita em arquivos históricos, pesquisas acadêmicas e publicações sobre etnologia e história do Brasil colonial e da

ocupação do Centro-Oeste brasileiro pelas frentes de colonização durante o século passado.

A abordagem sócio-epidemiológica do processo saúde-doença entre os Panará foi inicialmente pautada em pesquisa bibliográfica nas bases de dados de periódicos e publicações relativas a estudos epidemiológicos sobre povos indígenas no Brasil. Com relação aos Panará especificamente, foi utilizada a base de dados constituída pelas fichas médicas do Projeto Xingu da EPM/UNIFESP (figura 1), e ainda informações obtidas a partir de registros em cadernos de campo do pesquisador durante os 26 anos em que atuou como médico do Projeto Xingu junto aos Panará, bem como relatórios das equipes de saúde do Projeto Xingu da EPM/UNIFESP que se deslocaram para atendimento aos Panará ao longo dos anos.

A mensuração quantitativa foi obtida a partir de resultados parciais de pesquisa de campo (vide item **b**) realizada em 2006 e 2007, intitulada *Levantamento das condições de saúde-doença dos Panará e medidas preventivas indicadas face à próxima reconstrução e pavimentação da BR-163 (Cuiabá-Santarém)*, coordenada por Roberto Baruzzi, docente da EPM/Unifesp e por este autor (Edital MCT-CNPq - 34-2005). Tal estudo teve delineamento transversal, no qual se obtiveram informações sobre aspectos antropométricos e sorológicos de todos os adultos Panará e citologia da cervix uterina de mulheres com vida sexual ativa. Essas informações permitiram, além da avaliação clínica da população, a investigação da emergência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) antes inexistentes entre os Panará em especial a obesidade, as dislipidemias, a hipertensão arterial e o diabetes mellitus do tipo 2, além do câncer do colo uterino.

a) Fichas médicas do Projeto Xingu

As fichas médicas do Projeto Xingu da EPM/UNIFESP constituem a base fundamental de dados da pesquisa (figura 1). Trata-se de conjunto de fichas médicas individuais, pertencentes ao acervo do Projeto Xingu, que foram abertas desde o primeiro dia da chegada dos Panará ao Parque Indígena do Xingu, em 1975, e atualizadas sistematicamente até os dias de hoje. Essas fichas, agrupadas por núcleos familiares e por casas, permitem a identificação de cada indivíduo Panará e suas relações de parentesco, possibilitando sua localização no grupo familiar e na aldeia. As fichas daqueles que morreram são separadas em um arquivo de óbitos, cujas causas, data e o local, em sua maioria, estão indicadas. Esse arquivo foi a base para análise dos aspectos demográficos da população, incluindo as causas de morte. As fichas possuem, em seu verso, anotações médicas de eventos relevantes constituindo um acervo de informações, inédito, que possibilitou a análise das condições de saúde dos Panará ao longo do tempo, com destaque para os principais agravos e causas de adoecimento e morte, como a malária e a tuberculose.

Figura 1. Ficha médica do Projeto Xingu – Escola Paulista de Medicina/UNIFESP

			<table border="1"> <tr><td>Nº</td><td>1968</td></tr> <tr><td>Tribo</td><td>K. Akarure</td></tr> <tr><td>Data</td><td>13/01/75</td></tr> </table>	Nº	1968	Tribo	K. Akarure	Data	13/01/75																																																																																																																								
Nº	1968																																																																																																																																
Tribo	K. Akarure																																																																																																																																
Data	13/01/75																																																																																																																																
Data 13.01.75	Data 12.01.75	Data 11/7/88	<table border="1"> <tr><td>Sexo</td><td><input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> F</td></tr> <tr><td>Nascido em</td><td>- / - / 63</td></tr> </table>	Sexo	<input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Nascido em	- / - / 63																																																																																																																										
Sexo	<input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> F																																																																																																																																
Nascido em	- / - / 63																																																																																																																																
<table border="1"> <tr><td>Data</td><td>Reside em</td></tr> <tr><td>13.01.75</td><td>Kam Akarure</td></tr> </table>		Data	Reside em	13.01.75	Kam Akarure	<table border="1"> <tr><td>Nome do adulto</td><td>ATINGO' (PATICO)</td></tr> <tr><td>Nome da criança</td><td></td></tr> <tr><td>p/ pai:</td><td></td></tr> <tr><td>p/ mãe:</td><td></td></tr> </table>		Nome do adulto	ATINGO' (PATICO)	Nome da criança		p/ pai:		p/ mãe:																																																																																																																			
Data	Reside em																																																																																																																																
13.01.75	Kam Akarure																																																																																																																																
Nome do adulto	ATINGO' (PATICO)																																																																																																																																
Nome da criança																																																																																																																																	
p/ pai:																																																																																																																																	
p/ mãe:																																																																																																																																	
<table border="1"> <tr><td>Casou-se com</td><td>Nº</td><td>Tribo</td></tr> <tr><td>Ponguadi</td><td>116</td><td>K. Akarure</td></tr> </table>		Casou-se com	Nº	Tribo	Ponguadi	116	K. Akarure	<table border="1"> <tr><td>Pai</td><td>Nº</td><td>Tribo</td></tr> <tr><td>COLOHOE</td><td>1925</td><td>K. Akarure</td></tr> <tr><td>Mãe</td><td>+</td><td>K. Akarure</td></tr> </table>		Pai	Nº	Tribo	COLOHOE	1925	K. Akarure	Mãe	+	K. Akarure																																																																																																															
Casou-se com	Nº	Tribo																																																																																																																															
Ponguadi	116	K. Akarure																																																																																																																															
Pai	Nº	Tribo																																																																																																																															
COLOHOE	1925	K. Akarure																																																																																																																															
Mãe	+	K. Akarure																																																																																																																															
<table border="1"> <tr><td>Filhos</td><td>Nº</td><td>Conjuge</td></tr> <tr><td>COLOHOE</td><td>155</td><td>Ponguadi</td></tr> <tr><td>TEUCOUCO</td><td>166</td><td>Ponguadi</td></tr> </table>		Filhos	Nº	Conjuge	COLOHOE	155	Ponguadi	TEUCOUCO	166	Ponguadi	<table border="1"> <tr><td>Filhos</td><td>Nº</td><td>Conjuge</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>		Filhos	Nº	Conjuge																																																																																																																		
Filhos	Nº	Conjuge																																																																																																																															
COLOHOE	155	Ponguadi																																																																																																																															
TEUCOUCO	166	Ponguadi																																																																																																																															
Filhos	Nº	Conjuge																																																																																																																															
<table border="1"> <tr><td colspan="2">PRIMEIRA OBSERVAÇÃO CLÍNICA 13.01.75</td></tr> <tr><td>Pele Sem lesões</td><td>Ganglios Ndm</td></tr> <tr><td>Oitos</td><td>Tórax</td></tr> <tr><td>Ouvidos</td><td></td></tr> <tr><td>Nariz</td><td></td></tr> <tr><td>Orofaringe Ndm</td><td>Pulmões MV toda área</td></tr> <tr><td>Coração BONE</td><td></td></tr> <tr><td>Abdome glabro, flácido, indolor</td><td></td></tr> <tr><td>Fígado não palpável</td><td>baço 0 7 dedos RCE</td></tr> <tr><td>Genitais</td><td></td></tr> <tr><td>Extremidades</td><td></td></tr> </table>			PRIMEIRA OBSERVAÇÃO CLÍNICA 13.01.75		Pele Sem lesões	Ganglios Ndm	Oitos	Tórax	Ouvidos		Nariz		Orofaringe Ndm	Pulmões MV toda área	Coração BONE		Abdome glabro, flácido, indolor		Fígado não palpável	baço 0 7 dedos RCE	Genitais		Extremidades		<table border="1"> <tr><td>T. Geral</td><td>36,5</td></tr> <tr><td>Temper.</td><td>36,5</td></tr> <tr><td>PA</td><td>92/55</td></tr> <tr><td>Pulso</td><td>104</td></tr> <tr><td>Peso</td><td>32,500</td></tr> <tr><td>Altura</td><td>149</td></tr> <tr><td>Ictericia</td><td>-</td></tr> <tr><td>Cianose</td><td>-</td></tr> <tr><td>Mucosas</td><td>coradas</td></tr> <tr><td>Tosse</td><td>-</td></tr> <tr><td>I. Espleo.</td><td>3</td></tr> </table>	T. Geral	36,5	Temper.	36,5	PA	92/55	Pulso	104	Peso	32,500	Altura	149	Ictericia	-	Cianose	-	Mucosas	coradas	Tosse	-	I. Espleo.	3																																																																																		
PRIMEIRA OBSERVAÇÃO CLÍNICA 13.01.75																																																																																																																																	
Pele Sem lesões	Ganglios Ndm																																																																																																																																
Oitos	Tórax																																																																																																																																
Ouvidos																																																																																																																																	
Nariz																																																																																																																																	
Orofaringe Ndm	Pulmões MV toda área																																																																																																																																
Coração BONE																																																																																																																																	
Abdome glabro, flácido, indolor																																																																																																																																	
Fígado não palpável	baço 0 7 dedos RCE																																																																																																																																
Genitais																																																																																																																																	
Extremidades																																																																																																																																	
T. Geral	36,5																																																																																																																																
Temper.	36,5																																																																																																																																
PA	92/55																																																																																																																																
Pulso	104																																																																																																																																
Peso	32,500																																																																																																																																
Altura	149																																																																																																																																
Ictericia	-																																																																																																																																
Cianose	-																																																																																																																																
Mucosas	coradas																																																																																																																																
Tosse	-																																																																																																																																
I. Espleo.	3																																																																																																																																
<p>Abdome glabro, flácido, indolor</p> <p>Fígado não palpável baço 0 7 dedos RCE</p> <p>Genitais</p> <p>Extremidades</p>			<p>OBS.</p> <p>CLIN. FICHA DE CAMPO</p> <p>06.779.370 (3-2)</p>																																																																																																																														
<table border="1"> <tr><td colspan="7">VACINAIS</td><td colspan="7">DATA</td><td colspan="1">OBS.</td></tr> <tr><td>Sabin</td><td>14.01.75</td><td>23.01.75</td><td>10.03.75</td><td>08.09.75</td><td>12.04.76</td><td>10.09.77</td><td>21.01.78</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Tríplice</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Tétano</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Varíola</td><td></td><td></td><td></td><td>01.09.75</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>BCC revul</td><td>14.01.75</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Sarampo</td><td></td><td></td><td>11.01.75</td><td>12/06/75</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>							VACINAIS							DATA							OBS.	Sabin	14.01.75	23.01.75	10.03.75	08.09.75	12.04.76	10.09.77	21.01.78											Tríplice																		Tétano																		Varíola				01.09.75														BCC revul	14.01.75																	Sarampo			11.01.75	12/06/75													
VACINAIS							DATA							OBS.																																																																																																																			
Sabin	14.01.75	23.01.75	10.03.75	08.09.75	12.04.76	10.09.77	21.01.78																																																																																																																										
Tríplice																																																																																																																																	
Tétano																																																																																																																																	
Varíola				01.09.75																																																																																																																													
BCC revul	14.01.75																																																																																																																																
Sarampo			11.01.75	12/06/75																																																																																																																													

b) Pesquisa de campo (estudo epidemiológico transversal) realizada pela equipe do Projeto Xingu da EPM/Unifesp no período de 2006 a 2007.

Os exames físicos e a coleta de material biológico foram realizados em outubro de 2006 e julho de 2007, na aldeia Nãs'potiti, na Terra indígena Panará, no sul do Pará. Foram examinados 320 indivíduos, de ambos os sexos e com idade até 66 anos (99,07 % do total de indígenas Panará).

Nos exames físicos dos indivíduos com idade ≥ 20 anos, além dos aspectos clínicos, obtiveram-se dados antropométricos, por profissionais treinados, segundo os procedimentos indicados pela Organização Mundial da Saúde ⁽⁴²⁾. Para a mensuração do peso e da altura utilizou-se balança eletrônica portátil (modelo Línea, KRATOS-CAS®, São Paulo, Brasil) e estadiômetro (modelo *Microtoise Setup*®, CMS Weighing Equipment Ltd, Londres, Reino Unido). Para a medição dos perímetros corporais utilizou-se fita métrica (modelo 17, *Grafco*®, São Paulo, Brasil). O perímetro do braço foi medido no ponto médio entre a distância do processo acromial e o olecrano, com o sujeito em posição ortostática e braços relaxados ao longo do corpo. O perímetro da cintura foi medido entre a última costela e a crista ilíaca.

As pressões arteriais sistólica (PAS) e diastólica (PAD) foram medidas em indivíduos com idade ≥ 20 anos usando esfigmomanômetros eletrônicos devidamente calibrados. Após os indivíduos terem repousado por 10 (dez) minutos, em posição sentada, foram feitas duas medições, sendo o valor final aquele que representou a média aritmética das medidas, ou feita terceira mensuração, quando houvesse disparidade maior nas duas primeiras.

Os indivíduos com idade ≥ 20 anos compareceram em jejum de 12 horas para os exames bioquímicos. Os níveis séricos de glicose foram determinados por meio de glicemia capilar (glicosímetro e fitas *Advantage*®). Amostra de sangue venoso foi obtida para determinação do perfil lipídico (colesterol total, frações e triglicérides).

O colesterol total e frações e os triglicérides foram determinados por *kits* enzimáticos e processados em analisador automático. Os valores de LDL foram obtidos segundo a fórmula de *Friedwald* e colaboradores⁽⁴³⁾.

O estado nutricional dos Panará com idade ≥ 20 anos foi definido a partir do índice de massa corporal $\left(IMC = \frac{\text{peso (kg)}}{\text{altura}^2(\text{m})} \right)$ e do perímetro da cintura (PC). Foram considerados com sobrepeso ou obesidade aqueles com IMC entre 25 e 29,9 kg/m² ou ≥ 30 kg/m², respectivamente, e, com obesidade abdominal, os com PC ≥ 80 cm ou ≥ 94 cm, para o sexo feminino e masculino, respectivamente⁽⁴²⁾.

Para classificação dos indivíduos quanto à pressão arterial foi utilizado o critério proposto no relatório do *Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure*⁽⁴⁴⁾ para adultos maiores de 18 anos, a saber: normal se PAS < 120 mmHg e PAD < 80 mmHg, pré-hipertenso se PAS estiver entre 120-139 mmHg e PAD entre 80-89 mmHg e hipertenso quando os valores de PAS e PAD forem, respectivamente, 140 ou 90 mmHg ou maiores.

A presença de dislipidemia foi definida a partir dos valores propostos *pelo National Cholesterol Education Program Expert Panel*⁽⁴⁵⁾, ou seja, concentração de colesterol total > 200 mg/dL ou triglicérides > 150 mg/dL ou LDL colesterol > 130 mg/dL ou HDL colesterol < 40 mg/dL.

Para a classificação dos indivíduos quanto ao grau de tolerância à glicose utilizou-se a recomendação da Sociedade Americana de Diabetes⁽⁴⁶⁾. Foram considerados normais os indivíduos com glicemia de jejum < 100 mg/dL, com

glicemia de jejum alterada os com valores de glicemia entre 100 e 125 mg/dL e com diabetes os com glicemia \geq 126 mg/dL.

Todas as mulheres acima de 12 anos de idade que referiram atividade sexual atual ou pregressa residentes na aldeia por ocasião do estudo (86 mulheres) foram convocadas para realizar o exame ginecológico com coleta de material cervicovaginal realizado por enfermeira experiente com retaguarda da equipe médica e ajuda de um agente indígena de saúde bilíngue (falante de português e Panará). Após a explicação dos procedimentos e da importância do trabalho, não houve recusa de nenhuma das mulheres em fazer o exame ginecológico. Apenas duas mulheres não se encontravam na aldeia na ocasião do exame. Foram realizadas duas coletas de material cervicovaginal que foram depositadas em meio líquido (UCM), sendo uma para colpocitologia, processada no laboratório de patologia da Escola Paulista de Medicina – UNIFESP, e a outra para detecção da presença do DNA-HPV de alto risco oncogênico pela técnica da Captura Híbrida (CH II) com pool de sondas para os seguintes tipos virais 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, conforme recomendação do fabricante (DNA-Citoliq System, Digene, São Paulo, Brasil).

As amostras positivas para o teste de DNA-HPV de alto risco foram processados em segundo tempo à nova reação de CH II utilizando-se de sonda denominada Probe Pack (Qiagen ®) para os HPV de altíssimo risco (16/18/45), que foram analisados no laboratório Digene. A amostra foi classificada como positiva quando a prova usada apresentou unidade relativa de luz (RLU), na leitura do luminômetro, igual ou superior ao valor do controle positivo (PC), ou seja, \geq 1,0 RLU/PC. A carga viral foi considerada alta quando o valor da RLU foi maior que 200, intermediária se o valor esteve entre 50-200 e baixa carga viral de 0-50.

A investigação de casos suspeitos de tuberculose foi feita por meio do exame físico de todas as pessoas, com maior atenção aos que referiam tosse por período superior a três semanas ou mais ^(47,48) e de contatantes de indivíduos com diagnóstico de tuberculose feito nos dois anos anteriores ao estudo. Em 112 pessoas foi feito o teste tuberculínico com PPD-RT 23, aplicada por via intradérmica no terço médio da face anterior do antebraço esquerdo utilizando a dose de 0,1ml, que contem 2UT – unidades de tuberculina. A leitura foi realizada 72 horas após a aplicação da tuberculina no maior diâmetro transversal da área do endurecimento palpável, com régua milimetrada transparente⁽⁴⁹⁾. O resultado foi registrado em milímetros.

A investigação da malária foi feita pelo exame clínico, em especial pela palpação do baço de todos os indivíduos.

c) As viagens de campo

No trabalho de campo são usadas sistematicamente fichas médicas e cadernos de campo. No decorrer do período de 1975-2007, a permanência das equipes entre os Panará variou de alguns dias a algumas semanas, de acordo com o trabalho a ser realizado. Foram visitados todos os domicílios e todas as pessoas foram examinadas clinicamente, dando atenção especial às portadoras de alguma afecção anterior ou com queixas atuais. Em algumas oportunidades, além do exame clínico, pode ser colhido material biológico para exames laboratoriais. Os produtos dessas viagens são organizados no formato de relatórios técnicos e de pesquisa e permanecem arquivados no acervo documental do Projeto Xingu.

3.2 Análise dos dados epidemiológicos e demográficos

Na descrição dos dados foram obtidas, para variáveis quantitativas, medidas de tendência central e de dispersão e porcentagens, para variáveis qualitativas. A existência de associação entre as presenças das doenças crônicas, estado nutricional, sexo ou idade foi avaliada pela estatística qui-quadrado ($p < 0,05$). Utilizou-se o teste t de *Student* para a comparação dos valores médios das variáveis biológicas dos indivíduos segundo sexo. O programa Stata (Statacorp, 2008. *Stata statistical software* release 10.01 College Station, TX Stata Corporation) foi utilizado em todas as etapas da análise.

3.3 Aspectos éticos

O desenvolvimento do presente estudo foi aprovado pelo comitê de ética da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) sob o protocolo de número 0190/06 e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) sob o protocolo de número 696/2006.

4. Resultados

4.1. O Parque Indígena do Xingu⁴, a Escola Paulista de Medicina e a vida dos Panará após o contato definitivo com nossa sociedade, em 1973.

4.1.1 A criação do Parque Indígena do Xingu (PIX) e o indigenismo dos irmãos Villas Bôas

A história dos Panará a partir de seu contato definitivo com nossa sociedade, em 1973, é indissociável da história do Parque Indígena do Xingu e do trabalho médico da Escola Paulista de Medicina naquela região, que ficou conhecido como Projeto Xingu.

O registro de contatos na região do Xingu remonta a 1884-87, a partir das expedições de Karl von den Steinen, quando Alto Xingu foi visitado várias vezes por expedições com objetivos que iam desde a exploração do território até a pesquisa científica, com registros de aspectos geográficos, da fauna e flora e antropológicos⁵. A todos impressionava a beleza e a riqueza da região e as perspectivas de pesquisas e achados que ali se descortinavam. Entretanto, o isolamento, as enormes dificuldades de acesso e deslocamento impostas pelo meio ambiente, limitaram os períodos de permanência dos visitantes durante meio século. Este quadro se modificou com a

⁴ Por ocasião de sua criação o que hoje se conhece como Parque Indígena do Xingu foi denominado Parque Nacional do Xingu. Utilizaremos a denominação atual no texto.

⁵ Depois de von den Steinen estiveram na região do Xingu, entre outros: Herrman Meyer e Karl Ranke (1896), Tenente Coronel Paula Castro à procura das Minas dos Martírios em 1897, Herrman Meyer e Koch Grünberg (1899), Max Schmidt (1901), Comandante Fontoura, a serviço da Comissão de Defesa da Borracha (1913), Capitão Noronha/Comissão Rondon (1913), Capitão Vasconcelos (1920), P.H. Fawcett, supostamente morto pelos Kalapalo (1926) V. M. Petruzzo (1931), Buell Quain nos Trumai (1938), Equipe Cinematográfica do SPI (1944-45).

chegada da vanguarda da Expedição Roncador Xingu (ERX) no rio Kuluene, em 1946, comandada pelos irmãos Villas Bôas, que se estabeleceram definitivamente no Alto Xingu. Foram os primeiros que ali vieram para ficar ⁽³³⁾.

Como consequência dessas penetrações em seu território, os efeitos na saúde dos indígenas xinguanos foram marcantes. Em 1952, Galvão e Simões contabilizaram 652 pessoas vivendo em 10 aldeias na mesma região na qual Von den Steinen, em 1894, relatou ter encontrado 3000 pessoas em 39 aldeias. Concluem os autores ter ocorrido uma perda populacional de 78,3% e uma redução de 74,4% no número de aldeias no período de 68 anos transcorridos a partir a primeira expedição do pesquisador alemão ⁽⁵⁰⁾.

Esse quadro não passou despercebido pelos irmãos Villas Bôas quando abriram o primeiro campo de pouso na região conhecida como Jacaré, num pequeno braço do rio Xingu, em 1947. Com visão fortemente influenciada pelas ideias humanistas de Rondon, logo perceberam a necessidade da adoção de medidas para evitar que se repetisse no Alto Xingu o que já se sabia ter ocorrido anteriormente: o morticínio e mesmo a extinção de povos indígenas decorrentes do contato com as frentes expansionistas da sociedade nacional.

Iniciam, assim, uma nova militância, que busca garantir aos indígenas do Alto Xingu a proteção e o apoio necessário à preservação da vida tradicional, o que só seria possível com a garantia de uso da terra ancestral. Tinha início uma nova etapa do indigenismo nacional caracterizada pela luta dos irmãos Villas Bôas para a criação do Parque Indígena do Xingu que viria a ser a primeira grande terra indígena demarcada no Brasil.

Em 1947, um convênio firmado entre a Fundação Brasil Central (FBC) e o Museu Nacional do Rio de Janeiro deu suporte a várias pesquisas no Alto Xingu, de

cunho zoológico, botânico e etnológico⁶. A facilidade de alcançar a região do Xingu por via aérea, e o apoio garantido pela estrutura implantada pela Fundação Brasil Central possibilitavam o acesso de pesquisadores, políticos, jornalistas e cinegrafistas, dando grande visibilidade aos que ocorria na região e fazia parte da estratégia dos Villas Bôas para consolidar, no imaginário nacional e internacional, a imagem do Alto Xingu e seus habitantes indígenas como uma área especial, representante do Brasil pré-colonial, que deveria ser preservada.

Na esfera federal, a presidência da FBC tinha claros interesses nas terras de Mato Grosso. A eleição de Filinto Müller para o Senado Federal por Mato Grosso em 1947, e a nomeação de seu irmão Julio Müller como interventor no estado concorreram para estabelecer uma aliança entre o poder federal e estadual, que culminou em grande especulação fundiária do território xinguano. Opunham-se distintas posições com relação ao território: entre a reserva indígena e a propriedade da terra, entre a tutela do Estado e a iniciativa privada que queria a posse das terras e o estabelecimento de contratos de colonização na região do Alto Xingu ⁽⁵¹⁾.

Orlando Villas Bôas conta, em entrevista concedida ao Centro Ecumênico de Documentação Indigenista – CEDI, em 22 de agosto de 1985, que Arquimedes Pereira Lima, Presidente da FBC, instituição à qual estava ligada a ERX, tinha um irmão, Acir Pereira Lima, que mantinha em Cuiabá um escritório especializado em venda de terras no Xingu. O esquema era tão sofisticado que oferecia aos possíveis compradores várias facilidades, que incluíam sobrevoos sobre a região loteada. Em represália às denúncias feitas pelos Villas Bôas sobre o loteamento e venda de terras na região dos formadores do Xingu, o presidente da FBC mandou fechar, em 1952, todos os postos avançados no Xingu, o que poderia ter sido um golpe mortal nas

⁶ Segundo Galvão e Simões (op cit), somente o Museu Nacional empreendeu inúmeras incursões na região do Alto Xingu no período de 1947 a 1952. Outros pesquisadores de diferentes instituições, entre elas o Museu Emílio Goeldi, estiveram na área no período.

ideias indigenistas dos Villas Bôas, não fosse sua capacidade de articulação e constituição de alianças.

Além do apoio explícito da cúpula do Serviço de Proteção aos Índios (SPI) e do Marechal Cândido Rondon, a proximidade de Orlando com os militares, construindo campos de pouso desde Xavantina até a serra do Cachimbo para a instalação de bases aéreas, facilitou o acordo entre a ERX, o Serviço de Proteção aos Índios (SPI) e a Força Aérea Brasileira (FAB). A aliança com os militares, além de se constituir numa fonte de apoio e abastecimento, deu uma nova perspectiva para a região, beneficiando a proposição dos Villas Bôas, de demarcação do território para proteger pessoas, culturas e ambiente. A preservação ambiental, o desenvolvimento de pesquisas e o apoio nas comunicações e no transporte corroboravam a ideia de reserva do território, excluindo a possibilidade de sua exploração fundiária pela iniciativa privada.

Em 1952, pela primeira vez, uma comissão de técnicos indigenistas proporia ao Congresso Nacional um anteprojeto de lei para a criação do Parque Nacional do Xingu ⁽⁵⁰⁾. Era o primeiro resultado concreto das articulações dos irmãos Villas Bôas em favor da reserva e proteção da região do Alto Xingu. Ao longo dos anos, no entanto, tiveram que enfrentar oposições ferrenhas dos adversários à criação do Parque e da prática indigenista ali desenvolvida.

A proposta de criação do Parque Indígena do Xingu foi uma revolução no indigenismo oficial e na concepção de terras indígenas no Brasil. Até então o pensamento predominante era de que os indígenas estavam fadados à assimilação pela sociedade nacional e caminhavam inexoravelmente para a integração com a nossa sociedade. Antes da criação do Parque, as terras destinadas aos índios pelo governo brasileiro eram de proporções bastante reduzidas e serviam basicamente ao propósito

de conversão dos povos indígenas em trabalhadores rurais, ainda que de forma gradual. A partir daí, suas terras poderiam se tornar colônias agrícolas ou serem liberadas para o mercado. Como um produto alternativo, mas também importante no pensamento assimilacionista, os aldeamentos indígenas constituiriam uma reserva de mão-de-obra rural.

O PIX foi o primeiro território demarcado no qual valorizou-se o modo de vida indígena em seu espaço natural. Tal proposição, situada no ideário preservacionista acolheria de imediato o trabalho de uma escola de medicina e moldaria estratégias muito bem sucedidas de saúde indígena como demonstraremos adiante.

O que mudou durante o período de invenção e criação do Parque Nacional do Xingu foi a perspectiva de preservação das culturas indígenas como testemunho de um Brasil anterior à colonização europeia ⁽⁵¹⁾. Reconhecia-se a forte relação desses povos com os ambientes naturais que habitavam, justificando a necessidade de preservar seus territórios tradicionais como forma de garantia de sua sobrevivência, assim como de suas culturas.

Ao sucesso dos Villas Bôas como sertanistas somava-se sua extrema dedicação aos povos indígenas. Mindlin avalia que os ideais dos irmãos Villas Bôas, pouco compreendidos e raros na época, foram transformados em ação graças a habilidade política de Orlando que, agindo num contexto histórico e político difícil, conseguiu angariar apoios e ter a paciência e firmeza necessárias para contornar situações difíceis, atravessando períodos autoritários e partidos políticos distintos, até a criação do Parque Nacional do Xingu, hoje Parque Indígena do Xingu ⁽⁵²⁾.

O Parque Nacional do Xingu foi criado pelo Decreto nº 50.455, de 14/04/1961, assinado pelo presidente Jânio Quadros. Sua área correspondia a apenas

um quarto da superfície que fora inicialmente proposta. O Parque foi regulamentado pelo Decreto nº 51.084, de 31/07/1961; ajustes foram feitos pelos Decretos nº 63.082, de 6/08/1968, e nº 68.909, de 13/07/1971, e a demarcação de seu perímetro foi feita em 1978.

De acordo com o Decreto da Presidência da República nº 51.084, de 31 de julho de 1961, o Parque seria dirigido por um Administrador Geral, diretamente nomeado pelo Presidente da República, conforme transcrição:

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, usando da atribuição que lhe confere o artigo 87, item I, da Constituição Federal, e tendo em vista o que do dispõe o art. 11 do Decreto nº 50.455, de 14 de abril de 1961,

Decreta:

Art. 1º O Parque Nacional do Xingu (P.N.X.), criado pelo Decreto nº 50.455, de 14 de abril de 1961, com os limites previstos no seu artigo 1º, terá as seguintes atribuições:

I - Preservar a flora e a fauna originais da área contra qualquer forma de exploração destrutiva ou de descaracterização, como amostra da natureza brasileira que, pelo seu valor paisagístico e científico constituem um patrimônio da nação.

II - Assegurar às populações indígenas localizadas na área do Parque, a posse das terras que ocupam, na forma do art. 316 da Constituição Federal.

III - Garantir às tribos indígenas a assistência médica, social e educacional indispensável para assegurar sua sobrevivência, com a preservação de seus atributos culturais.

IV - Favorecer a realização de pesquisas em todos os campos das ciências naturais e sociais dentro da área do Parque.

V - Superintender as atividades turísticas na área, evitando que tragam prejuízos de qualquer natureza aos grupos indígenas ou que ponham em risco o patrimônio cultural sob sua guarda'Art. 2º A direção executiva do Parque Nacional do Xingu caberá a um Administrador Geral, escolhido e nomeado pelo Presidente da República.

Art. 3º Compete ao Administrador-Geral:

a) na qualidade de delegado especial do Serviço de Proteção aos Índios, fazer cumprir, na área do Parque, a legislação brasileira de amparo ao indígena;b) na qualidade de delegado especial do Serviço Florestal e da Divisão de Caça e Pesca, do Ministério da Agricultura, proteger a flora, a fauna e as riquezas naturais da área do Parque, nos termos da legislação específica, concernente à matéria;c) fazer respeitar a lei e manter a ordem na área do Parque, podendo para isto requisitar forças armadas, quando indispensáveis à proteção dos índios, da flora e da fauna;d) autorizar, depois de cumpridas as formalidades legais, a entrada de pessoas ou grupos na área do Parque e providenciar a retirada de invasores;e) movimentar as verbas consignadas ao Parque e prestar contas de sua aplicação a quem de direito;f) representar o Parque ativa e passivamente, judicial e extra-judicialmente.

A categoria híbrida de Parque Nacional deveu-se ao duplo propósito que orientou sua criação - de proteção ambiental e das populações indígenas - permanecendo a área subordinada tanto ao órgão indigenista oficial quanto ao órgão ambiental. Foi apenas com a criação da Funai (em 1967, em substituição ao SPI) que

o Parque Nacional passou a ser designado Parque Indígena do Xingu (PIX) voltando-se, então, primordialmente, para a proteção dos povos que ali viviam.

Essa configuração, nova no contexto da política indigenista da época, transformou o PIX numa vitrine do indigenismo oficial e influenciou todos os processos posteriores de identificação e demarcação de terras indígenas no país.

4.1.2 O Parque Indígena do Xingu e a invenção do Projeto Xingu na Escola Paulista de Medicina (EPM)

Orlando Villas Bôas foi o grande idealizador e articulador do PIX e seu primeiro Administrador-Geral. Sua preocupação com a assistência à saúde sempre foi central. ⁽⁵³⁾

Em 1946, ano de nossa chegada aos formadores do Xingu, os seus povoadores indígenas eram, nas suas práticas e costumes, os mesmos encontrados pelo etnólogo Karl von den Steinen em 1884 e 1887, em suas expedições etnográficas. A única alteração constatável ocorrida na região, de 1887 para cá, foi a grande redução de quase metade do número de seus habitantes, tomando-se como verdadeiro o montante populacional calculado naquela ocasião. Atribuímos o atual mingramento da população indígena do Alto Xingu aos primeiros e violentos surtos gripais, disentéricos e de outras moléstias infecciosas irrompidos na região há uns trinta anos aproximadamente, quando grupos de índios moradores do baixo Kurizêvo começaram a subir este rio e entrar em contato com núcleos civilizados do Alto Paranatinga, do Posto Simões Lopes e outros.

Orlando afirma que a mortalidade infantil era muito alta em decorrência da precariedade da saúde das mães e da malária endêmica na região. Mais do que as guerras intertribais, as epidemias que grassavam anualmente eram responsáveis pela grande mortalidade de adultos e crianças:

É neste setor da saúde que a ajuda do civilizado pode ser de transcendente importância. Diante dos acessos violentos de malária, da gripe, da pneumonia, são impotentes os pajés. Se a esses índios for dada uma assistência conveniente não temos dúvidas que em poucos lustros teremos novamente o Alto Xingu como hábitat das mais fortes e expressivas nações indígenas do Brasil. Nenhuma outra região do país oferece melhores condições para um estudo profundo dos nossos índios como esta. Dos seus movimentos migratórios, da sua língua, dos seus costumes, da sua cultura material, nada se sabe.

E continua:

Nós chegamos a ver índios morrendo de coqueluche e gripe...Certa feita o sarampo matou 114 índios em 30 dias...Havia um general médico no Xingu... a própria FAB acudiu com médico e tudo mas não se conseguiu, absolutamente, diminuir essa mortandade fantástica. No primeiro dia o índio caía com febre, no segundo com disenteria e no terceiro dia morria.

Diante disso, estávamos cientes da necessidade de estruturar um serviço de saúde e assistência que desse amparo efetivo a essas comunidades, até então atendidas apenas pelo notório Dr. Noel Nutels, médico sanitário e criador do SUSA - Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas, por minha esposa Marina, que se ocupava da enfermagem no Parque e, mais esporadicamente por médicos da FAB que examinavam índios quando desciam com aviões no Parque.

A inserção de diretrizes, no decreto de criação do Parque, que remetiam à assistência à saúde e realização de pesquisas foi fundamental, pois seria uma tentativa de minorar as epidemias e controlar doenças e abria perspectivas para médicos e pesquisadores da área da saúde. Faltava quem se interessasse a aceitar a proposta e o desafio.

Em 1962, o médico Roberto G. Baruzzi, do corpo docente do Departamento de Clínica Médica da EPM, tomou conhecimento por meio do vespertino “A Gazeta”, de grande circulação em São Paulo, que uma caravana médica coordenada pelo Dr. Osvaldo Monteiro de Barros estava de partida para o Vale do Araguaia para prestar assistência às populações ribeirinhas ⁽⁵⁴⁾:

... De há muito era leitor assíduo de livros de aventuras e narrativas de viagens. Na década de 1940 havia acompanhado com grande interesse as reportagens de Willy Aureli sobre a Bandeira Piratininga, no Araguaia, e de Manoel Rodrigues Ferreira sobre a Expedição Roncador - Xingu da qual participaram os irmãos Cláudio, Leonardo e Orlando Villas Bôas. Essas reportagens, por vezes, descreviam o encontro com tribos indígenas ainda em relativo estado de isolamento em relação à sociedade nacional ou mesmo hostis ao contato.

Seu interesse o levou a participar das duas caravanas seguintes, em 1963 e 1964, que contaram também com alguns alunos e médicos residentes da EPM. O atendimento se estendeu aos indígenas Tapirapé, Karajá, Kuben-Kan-Kren e Gorotire, em Goiás e no sul do Pará. A primeira experiência de Baruzzi no Xingu se deu por meio de uma casualidade ⁽⁵⁴⁾:

No retorno a São Paulo, em julho de 1964, o avião da FAB, depois de recolher as equipes médicas em Conceição do Araguaia e Santa Isabel do Morro, na ilha do Bananal, mudou sua rota para deixar um piloto militar no Posto Leonardo Villas Bôas, no Parque Nacional do Xingu. Logo que a aeronave pousou, uma pessoa veio ao nosso encontro, identificando-se como Álvaro Villas Bôas, irmão mais moço de Cláudio e Orlando. Perguntou se havia médico a bordo para atender um índio que estava no Posto. Em resposta, para lá me dirigi, enquanto os demais companheiros aguardavam para prosseguir o voo.

A semente estava plantada. Ao retomar suas atividades, Baruzzi procurou encontrar-se com Cláudio e Orlando Villas Bôas, em uma de suas vindas para São Paulo. Sua curiosidade e interesse pelo Parque do Xingu, movidos pelo seu perfil humanista, aventureiro e apaixonado pelos indígenas viriam marcar indelevelmente sua carreira como médico, pesquisador, professor e indigenista e trazer notáveis desdobramentos no âmbito da EPM, como a formação de gerações de profissionais de saúde dedicados ao campo da saúde indígena. Depois de duas tentativas de aproximação sem resultados concretos, a oportunidade surge e é assim descrita ⁽⁵⁴⁾:

O encontro desejado se concretizaria quando o Orlando, algum tempo depois, apareceu no Hospital São Paulo acompanhando o Boca Rica, que precisava de cuidados médicos. Boca Rica era um sertanejo que trabalhava no Posto Leonardo Villas Bôas, no Xingu, andara por garimpos e tinha todos os dentes da boca recobertos de ouro. Deste encontro com Orlando se originou o convite para que um grupo de médicos da Escola Paulista de Medicina fosse ao Parque, para avaliar as condições de saúde da população.

Uma equipe médica da EPM, com o apoio da Força Aérea Brasileira, esteve no PIX em julho e setembro de 1965, centralizando o atendimento aos índios do Alto Xingu no Posto Leonardo Villas Bôas. A partir da avaliação das condições de saúde da população e do quadro epidemiológico reinante ficou evidente a necessidade de ser desenvolvido um programa de saúde que incluísse medidas curativas e preventivas e tivesse assegurada sua continuidade, proposta que recebeu plena acolhida por parte da direção do Parque.

Tratava-se de uma forma revolucionária de promover acesso a ações e serviços de saúde para populações indígenas, em contraposição ao modelo prevalente na época, com base em equipes volantes de saúde que, de forma assistemática,

visitavam as áreas indígenas numa modelagem puramente assistencial, baseada no modelo de queixa e conduta, no qual as ações preventivas resumiam-se na administração de esquemas básicos de vacinação. Ao cotejar os interesses da academia, de pesquisa e ensino, com os da direção do PIX, de promover acesso a serviços de saúde para os indígenas foi possível o desenvolvimento de um modelo de atenção que tinha suas bases tanto na Clínica como na Epidemiologia e no paradigma da integração docente-assistencial ⁽⁵⁵⁾.

Foi firmado, no mesmo ano, um acordo entre o Departamento de Medicina Preventiva da EPM, na pessoa de seu diretor, o Professor Walter Leser, e o Parque Indígena do Xingu, na pessoa de Orlando Villas Bôas. Nesse acordo, a EPM comprometia-se a colaborar na assistência à saúde dos índios e o Parque a dar o apoio necessário para as ações de campo.

Era mais um termo de cooperação, de intenções, sem cláusulas impositivas, deixando em aberto a participação de outras instituições. Assim, estabeleceu-se desde o início a colaboração com o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas do Ministério da Saúde (SUSA), comandadas pelo médico sanitarista Noel Nutels, que fazia o controle da tuberculose no interior do país ⁽⁵⁶⁾.

Em virtude do acordo, o PIX passava a contar com a participação de uma escola médica no atendimento de sua população, ao passo que na EPM abria-se um novo e interessante campo de ensino, extensão e pesquisa. De acordo com Baruzzi, as condições estavam dadas: vontade e possibilidade ⁽⁵⁴⁾.

“O grande desafio não é simplesmente implantar no Parque um modelo de assistência à saúde calcado na medicina ocidental, com mera transferência de tecnologia e alocação de recursos. O real desafio é trazer benefícios à saúde do índio sem causar danos irreversíveis à sua cultura, sem destruir suas crenças e sua medicina tradicional. A busca de resultados imediatistas poderia significar um dano irreversível para essa população no decorrer do tempo, dentro do conceito amplo de saúde definido pela OMS como um estado de completo bem estar físico, mental e social.”

O programa de saúde, iniciado em julho de 1966, tinha como estratégia o envio regular de equipes médicas e, eventualmente, em situações epidêmicas. As equipes médicas faziam a imunização dos indígenas e atendiam as ocorrências clínicas. A retaguarda hospitalar era dada pelo Hospital São Paulo da Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina - SPDM, hospital-escola da EPM. Essa retaguarda era possível, pois existiam voos semanais da FAB do PIX para São Paulo, onde ficava o escritório de representação do PIX, no bairro do Sumaré.

As equipes contavam com a participação voluntária de médicos, dentistas, enfermeiras e estudantes que, uma vez formados, iriam assegurar a continuidade do programa. Nascia um modelo de cooperação entre uma escola pública de Medicina e o Parque Indígena do Xingu, que se mantém até os dias de hoje, na forma do mais longo e contínuo programa de extensão e pesquisa em saúde indígena no país.

Uma estratégia fundamental adotada pelo Projeto Xingu desde seu início foi a criação de um cadastro médico da população que possibilitasse a identificação de todos os habitantes e o registro das atividades das equipes médicas periódicas. Além disso, esse cadastro era a ferramenta básica para a realização de pesquisas de base populacional, um dos principais interesses dos integrantes das equipes.

Esse cadastro, mantido até os dias atuais, tem como base uma ficha médica, (figura 1) com informações sobre o indivíduo e sua família, além de registros médicos relevantes e das vacinas aplicadas. A identificação dos indígenas não é tarefa simples. A maioria não tem documentos de identificação, os nomes são difíceis de guardar e de escrever. Somam-se as peculiaridades culturais relativas à mudança de nomes de acordo com a fase da vida da pessoa. Em várias etnias, uma criança pode ter mais que um nome até entrar na puberdade. São como apelidos, nomes provisórios, dados pelo pai, pela mãe e pelos avós. O indivíduo, ao entrar numa fase diferente da vida, quase

sempre marcada por um rito de passagem como furação de orelhas ou reclusão pubertária, recebe um novo nome. Esse novo nome pode pertencer aos avós, tios ou mesmo aos pais. Isso leva a dupla mudança de nomes: do receptor e do doador do novo nome, que agora passa a usar um diferente. Uma estratégia que se mostrou eficaz para contornar essa situação foi a utilização de fotografias nas fichas médicas individuais. Essas fotografias são atualizadas de tempos em tempos, e constituem um recurso importante para a correta identificação individual.

As fichas individuais, agrupadas por famílias e aldeias, são atualizadas regularmente pelas equipes de saúde e constituem um acervo único de informações médicas, epidemiológicas e etnográficas de cada etnia, garantindo o acompanhamento ao longo do tempo das condições de saúde da população e de cada indivíduo isoladamente.

Com o passar dos anos o Projeto Xingu desenvolveu no PIX um sistema local de atenção à saúde que serviu de referência para a atual conformação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde ⁽⁵⁷⁾.

Muitas nuances dessa experiência não foram bem compreendidas na conformação burocrática do subsistema de saúde indígena, talvez determinadas dentre outros motivos pela dificuldade em se compor, no âmbito da burocracia estatal, um diálogo intercultural eficiente e em se estabelecer uma relação mais sensível e localizada com cada povo indígena, princípios que nortearam o Projeto Xingu desde o seu início.

4.1.3 A transferência dos sobreviventes Panará para o PIX: estratégia para evitar o extermínio?

Foi no contexto do convênio entre a EPM e a FUNAI, à época da transferência dos Panará para o PIX, que se deu a participação dos médicos do Projeto Xingu na frente de atração dos Panará e na avaliação das condições de saúde dos sobreviventes que chegaram no PIX.

Em 10/02/1973 o Jornal O Estado de São Paulo publicou uma matéria a respeito do segundo e definitivo contato com os Panará:

“Os irmãos Villas Bôas riram e dançaram ao manter, em menos de 5 dias, o segundo contato com índios gigantes, a 800 metros do acampamento erguido na margem direita do rio Peixoto de Azevedo. Apesar do contato ter sido feito apenas com dois índios, os sertanistas o classificaram como o mais difícil até agora e também o mais definitivo. O encontro ocorreu por volta das 12 horas da quinta-feira, minutos depois da chegada ao acampamento do médico Rubens Belfort de Mattos (da EPM), que foi verificar se havia alguém gripado na expedição (...) Imediatamente os sertanistas, o médico e os índios xinguanos que integram a expedição (...) tomaram um batelão e remaram para a outra margem do rio. À medida que o barco avançava lentamente pelo rio Cláudio e Orlando acenavam mostrando colares, facões e machados. Os Kranhacarores retribuíaam aos acenos levantando feixes de flechas. Devido ao número de pessoas no barco, Cláudio receava que os índios se intimidassem e fugissem. Mas eles ficaram na outra margem, embora um pouco afastados, entre as árvores.” (OESP, 10/02/1973).

Ao longo do processo de aproximação, que teve início em 1967⁽⁵⁸⁾, os Panará sofreram acentuada perda populacional. Ao se dar o contato, em 1973, a população era de 140 a 150 indivíduos; estudos indicam que no início da década anterior esse número situava-se entre 350 e 600^(3,4,59). Em 11 de janeiro de 1975, dois anos após o contato oficial, face à contínua queda populacional e aos riscos decorrentes da proximidade da BR-163, os Panará foram levados por avião ao Posto Diauarum no Parque Indígena do Xingu (PIX), onde passou a se desenrolar uma nova etapa de sua trágica trajetória. Foi uma medida que encontra justificativa, mas que causou polêmica na época que persiste até os dias atuais, pois se possivelmente salvou-os da

extinção iminente, desobstruiu definitivamente a região para a ocupação de seu território pelas novas frentes de colonização.

Os Panará aguardaram a remoção por quase duas semanas abrigados em duas miseráveis barracas de galhos e folhas erguidas no campo de pouso do acampamento do Batalhão de Combate do Exército Brasileiro (9º BC) denominado Posto de Vigilância e que ficava a seis quilômetros do rio Peixoto de Azevedo, num local conhecido como Arrastão, onde atualmente fica a cidade de Matupá, uma das 23 cidades e povoados que surgiram no território habitado pelos Panará. A poucos metros das barracas, dois marcos assinalavam o cruzamento da BR 163 (Cuiabá-Santarém) com a BR – 80 (Xavantina - Cachimbo). Em março do ano anterior havia sido comemorado o cruzamento das duas estradas, marcando a dupla penetração no território Panará.



Figura 2. Marcos mostrando o cruzamento das estradas BR-163 (ex BR 165) e BR 080 (Xavantina – Cachimbo) cortando o território tradicional Panará (foto: Roberto Baruzzi, acervo Projeto Xingu EPM/UNIFESP).

Sem ter ideia do que os aguardava, os Panará chegaram ao Diauarum com poucos pertences e sem provisões alimentares, talvez imaginando que retornariam logo a seguir às suas aldeias no Peixoto de Azevedo. Alguns carregavam quatis de estimação; outros levavam consigo machados que haviam recebido de presentes dos invasores de suas terras, mulheres portavam cestos de palha amarrados com embira e cabaças.

Foram transferidas 79 pessoas, em dois voos da FAB, diretamente do acampamento da rodovia Cuiabá-Santarém até o Posto Indígena Diauarum, localizado na região central do PIX e comandado por Cláudio Villas Boas.

No Diauarum foi preparada uma recepção com a participação de lideranças da região. O objetivo era demonstrar aos Panará que, embora entre estranhos e mesmo entre alguns temidos inimigos como os Kayapó, estariam em segurança. A emblemática presença de Raoni, grande líder Kayapó, era a expressão mais importante desse recado aos Panará e pode estar relacionada, de acordo com Magalhães, citado por Turin ⁽⁶⁰⁾ a um “instinto associativista”, no qual seria nutrida uma simpatia natural entre povos inimigos para sua preservação como um todo.

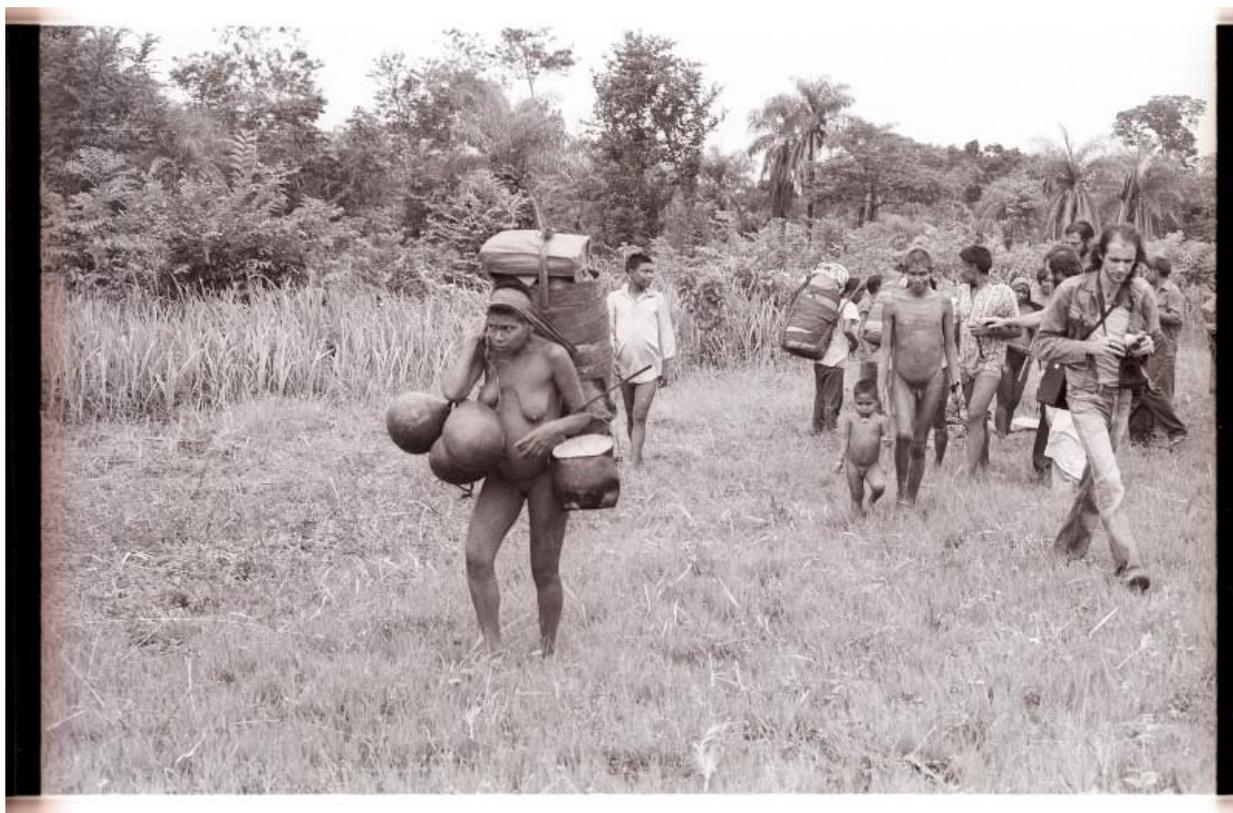


Figura 3. Chegada ao Diauarum, em janeiro de 1975 (foto: acervo Projeto Xingu EPM/UNIFESP)

Segundo relato de informantes Panará (Kiompé, Tesseia) eles estavam tão famintos que tudo comeram rapidamente, pedindo mais alimentos em seguida.

Após a recepção, todo grupo foi examinado por uma equipe médica da Escola Paulista de Medicina e do Serviço de Unidades Sanitárias Aerotransportadas (SUSA) do Ministério da Saúde, voltada para o controle da tuberculose em populações indígenas e rurais. Foi aberta uma ficha médica individual com número de registro, que possibilitaria o acompanhamento da saúde do grupo ao longo dos anos, conforme sistema já implantado pela EPM no PIX desde 1966.

4.1.4 Aspectos da organização social dos Panará e seu retorno para Nãs'potiti, no território tradicional

Pessoas e grupos exilados de forma compulsória sempre alimentam o desejo de retorno à sua pátria, ao seu local de origem. Isso também ocorria com os Panará. Mesmo protegidos dentro do PIX acalentavam e verbalizavam, no início de forma tímida, o desejo de retornarem ao seu antigo território. Por que essa insistência se afinal a remoção o Xingu os havia salvado da extinção iminente? Em busca de melhor entender a verdadeira obsessão que se tornou o retorno a seu local de origem, é necessário entender melhor o funcionamento da sociedade Panará, sua organização social.

Os Panará tinham pelo menos nove aldeias em 1967, quando Cláudio e Orlando Villas Bôas deram início à montagem da expedição com a finalidade contatar os “índios gigantes”. Uma das aldeias ficava no alto rio Iriri e oito na bacia do rio Peixoto de Azevedo ^(3,4,6). O mapa da figura 4 foi desenhado pelos Panará em uma oficina temática denominada “História do Território Panará”, coordenada pelo

Instituto Socioambiental (ISA) em 2006, mostra a localização das aldeias antigas. Quatro anos após, em 2010, foi realizada, também pelo ISA, a “Expedição Panará aos Sítios Históricos” que produziu a figura 5, mostrando a localização das aldeias antigas e o impacto que se seguiu à construção da BR 163 cortando seu território tradicional (61).

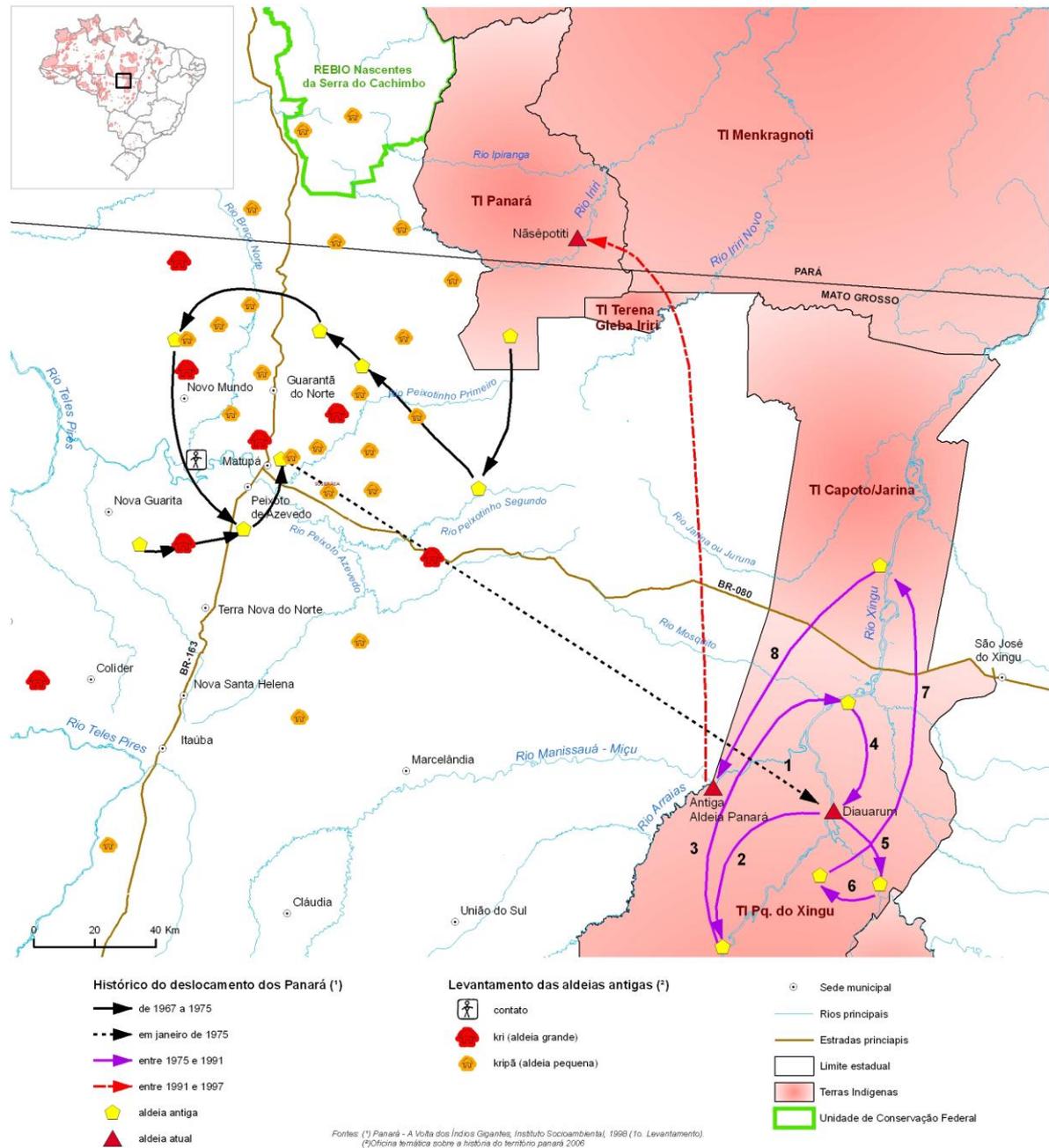
A área de ocupação tradicional Panará abrangia a bacia do rio Peixoto de Azevedo, incluindo as cabeceiras dos rios Iriri e Ipiranga além da Serra do Cachimbo. Tratava-se, na época, de área de floresta amazônica fechada. As aldeias localizavam-se perto de pequenos rios, evitando os mais caudalosos, razão pela qual, como já foi dito, não dominavam tecnologia de produção e manejo de canoas. As aldeias eram ligadas por uma rede de trilhas e caminhos que possibilitavam constantes andanças dos diferentes grupos Panará para a obtenção de produtos da floresta, especialmente frutos, castanhas e conchas, além de serem rotas para caça. Serviam também para visitar parentes e mesmo para fugir de eventuais conflitos e lutas entre facções e clãs.

Expedições guerreiras para áreas mais distantes, como o território dos Mekragnotire no rio Xixé ou mesmo nas proximidades do rio Xingu, eram organizadas com certa frequência e faziam parte do jeito de ser dos homens Panará. Nessas lutas não faziam prisioneiros, matavam seus inimigos.

A configuração espacial de uma aldeia é de grande importância na sociedade Panará, que se divide em quatro grupos denominados grupos de descendência ou clãs^(3,4), de tal forma que todo indivíduo pertence a um deles (o grupo de sua mãe). As relações sociais e de parentesco entre os Panará remetem-se invariavelmente aos clãs. Os disposição dos clãs na aldeia está relacionada ao “caminho do sol no céu” ou seja, o eixo leste-oeste. Na sociedade Panará a pessoa nasce e morre no mesmo clã, pertence a ele por toda vida. Os clãs são fundamentais para o equilíbrio social. São

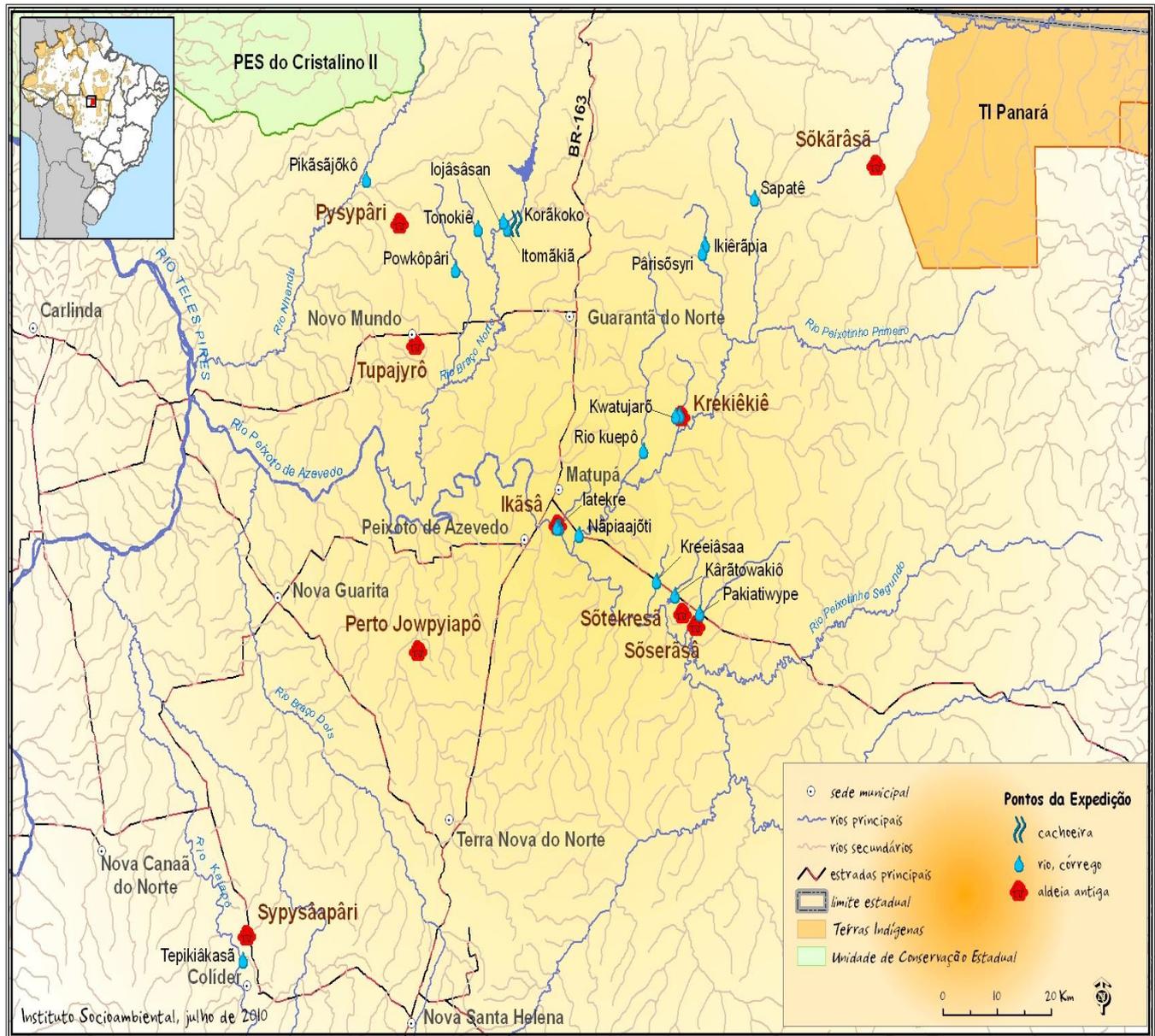
opostos complementares e determinam várias relações sociais como casamentos, transmissão de certos bens, conhecimentos, cooperações e rituais.

Figura 4. Aldeias Panará no Peixoto de Azevedo e no Xingu



Fonte: Expedição Panará aos Sítios Históricos, ISA 2010.

Figura 5 . Os efeitos da colonização do território tradicional Panará (ISA, 2010).



Fonte: Oficinas de territorialização Panará, ISA 2006.

Os quatro clãs exogâmicos⁷ da sociedade Panará refletem o processo temporal, de maturação, de vida e morte, dos corpos e espíritos, do crescimento e reprodução.

⁷Condição em que o casamento ocorre entre pessoas de clãs distintos

Numa aldeia Panará os clãs se distribuem em sentidos opostos, dois a dois: no sentido do movimento do sol ou leste/oeste e em sua oposição o nordeste/sudeste. São eles:

- Kwakyatantera onde: kwa= buriti (espécie de palmeira *Mauritia flexuosa*), kyat=raiz e antera=sufixo coletivo para humano, portanto “povo da raiz do buriti”;
- Kwatsôtantera onde: kwa=buriti, tsô=folha ou folhas e antera=sufixo coletivo para humano, portanto povo da folha do buriti;
- Kukrenôantera onde: kukre = casa, nô= sufixo de negação e antera = sufixo coletivo para humano, portanto povo sem casas;
- Kwôtsitantera onde: kwôtsi = costela ou costelas, portanto povo da(s) costela(s)

Os nomes dos clãs referem-se às pessoas aos quais pertencem. Para designar sua localização muda-se o sufixo de “antera” para “pe”:

- a leste – lugar do sol nascente – fica o lugar do clã Kwakiatipe;
- a oeste – lugar do sol poente – fica o clã Kwasôtipe (kwa = buriti; sôti = folha). A localização em lados opostos da aldeia simboliza um todo: da raiz até a folha.
- a sudeste ficam as casas do clã Kukrenôpe – que significa “povo sem casas”. Representam a origem “o tempo em que eles ainda não tinham as casas”.
- a noroeste, ficam as casas do clã Kwasôtipe – povo da costela, do osso, o que sobra do corpo após a morte, a representação da finitude com corpo. Assim os clãs Kukrenôpe e Kwasôtipe são também complementares: da origem à morte do corpo.

A aldeia é a representação da totalidade espaço-tempo, do início ao fim, desde antes deste mundo existir até quando ele deixar de existir, “passar”. Esse equilíbrio é fundamental para a manutenção da sociedade Panará. Equilíbrio que nunca seria alcançado no Xingu. Sua insatisfação crescente estava relacionada principalmente à exiguidade do território, que já estava dividido entre etnias que ali habitavam antes da sua chegada, como os Kaiabi, Kisêdjê, Kayapo Metuktire e Juruna; ao pouco conhecimento que os Panará tinham do ecossistema xinguano, de grandes rios e floresta de transição, em contraste ao grande conhecimento que possuíam da região ancestral; à posição de inferioridade que os moradores mais antigos do PIX lhes reservavam. Tudo isso impossibilitava a forma Panará de viver bem, o *Masuankin* ⁽⁴⁾.

Em 1991, os Panará haviam se mudado sete vezes desde sua chegada ao Xingu em 1975 e estavam vivendo na aldeia localizada no rio Maritsawá-Missu, próxima à desembocadura do rio Arraias, no limite oeste do PIX. Nessa nova aldeia, a oitava no PIX e última antes do retorno ao seu território tradicional, pela primeira vez, pode-se observar a presença de pajés. Eram vários, a maioria mulheres. O fortalecimento do grupo era evidente assim como seu desejo de retornar ao antigo território.

Por vezes, ao se aventurarem fora dos limites do PIX em expedições de caça, pesca e coleta, eles entravam em conflito com trabalhadores rurais de fazendas vizinhas. Numa dessas ocasiões, em abril de 1991, um trabalhador acabou sendo morto, provocando a intervenção da FUNAI e da Polícia Federal, que os advertiu que não poderiam sair dos limites do Parque, o que os fez desejar ainda mais retornar a seu território de origem.

Os Panará conseguiram apoio da Fundação Mata Virgem, organização não governamental presidida à época pelo antropólogo e ex-diretor do PIX Olympio

Serra, do Centro Ecumênico de Documentação e Informação (CEDI), que por meio do programa Povos Indígenas do Brasil fazia monitoramento remoto de terras indígenas, do Núcleo de Direitos Indígenas (NDI), organização não governamental de advogados com sede em Brasília⁸, e do Environmental Defense Fund – EDF, organização ambientalista com sede em Washington, na qual militava o antropólogo Stephan Schwartzman, estudioso da cultura Panará. Os Panará fizeram uma primeira viagem de ônibus até a cidade de Matupá, constatando a grande destruição causada pelos garimpos e fazendas que ocuparam a região.

A indignação dos Panará com o que os *hi'pe* (os outros, os inimigos, os brancos) haviam feito com suas terras, longe de desanimá-los, acirrou ainda mais seu desejo de lutar para conseguir que o governo reparasse os danos causados aos Panará desde o contato.

Nas palavras de Aky, liderança Parará em entrevista ao antropólogo Stephen Schwartzman em 1992 essa indignação fica evidente⁽⁶²⁾:

“Eu vou buscar o velho (a autoridade, o governo). O velho terá que me escutar. Nossa terra foi raspada, a nossa terra foi comida. Muitas riquezas foram comidas (...). O velho deve me pagar, deve pagar (...). A nossa terá foi raspada. A terra boa acabou, as muitas fruteiras acabaram. É isso que eu vou buscar. Eu vou, agora. O velho terá que me escutar, agora. Ele mesmo vai me pagar. É assim que eu vou obter bens (...) Farei isso com o pagamento que o velho dará pela destruição. Isso é o que eu digo.

Ainda em 1992, um grupo Panará fez um sobrevoo na área ancestral em uma pequena aeronave, descobrindo uma parte do território que permanecia sem invasores. Essa descoberta estimulou os Panará a reivindicarem seu retorno àquele pedaço intocado de seu território tradicional.

No ano seguinte, em 1993, um grupo de seis Panará acompanhados de Hécio Souza⁽⁶³⁾, da Fundação Mata Virgem, utilizando uma caminhonete cedida pelo

⁸Em 1994 o CEDI e o NDI juntaram-se e deram origem ao Instituto Socioambiental (ISA)

Projeto Xingu saíram da estrada BR-80, no PIX, foram a Garantã do Norte e de lá alcançaram uma pista de pouso anteriormente identificada por imagens de satélite, dentro da área remanescente do território tradicional, encontrando ali uma casa habitada por um capataz. Descobriram então que estava em curso o levantamento topográfico da região, com a intenção de promover nova grilagem de terras. Com essa informação caminharam a pé até o rio Iriri, iniciaram uma pequena roça e retornaram ao Xingu.

Era o início do retorno para casa. Os Panará, com auxílio de imagens de satélite, identificaram a área intocada nas cabeceiras dos rios Iriri e Ipiranga, ao norte do estado de Mato Grosso, na divisa com o Pará. A área incluía uma gleba do Instituto Nacional de Reforma Agrária (INCRA) e um pequeno pedaço da antiga base aérea da FAB na serra do Cachimbo, onde pela primeira vez foram vistos por não indígenas, em 1967.

Um documento assinado pelas lideranças Panará: Aky, Kiompè, Kôkrit e Kokè foi entregue, com apoio dos advogados do NDI, ao então presidente da FUNAI Sidney Possuelo, que se comprometeu a apoiar a demarcação das terras reivindicadas.

Em fevereiro do ano seguinte (1994) uma expedição com cinco Panará saindo da aldeia Kayapó de Kubenkokre, no Pará, viajou dois dias de canoa até um lugar chamado de Lagoa Grande (InkôTunsi), conhecida pela grande fartura de peixes. No Alto rio Iriri encontraram terra boa para plantio de roças. Estava definido o lugar da nova aldeia e os preparativos para sua construção começaram de imediato. Ao mesmo tempo corria na burocracia pública o pedido para a demarcação das terras, que só viria a se concretizar em 1996, pela Portaria n° 667 do Ministério da Justiça, que deu posse permanente aos Panará da Terra Indígena Panará, com 495.000 hectares nos municípios de Garantã do Norte (MT) e Altamira (PA).

A mudança para Nãs'potiti foi feita com grande organização e alegria. Inicialmente um pequeno grupo foi se mudando, entre 1995 e 1996, abrindo roças e preparando casas para os que ficaram no Xingu, que não viam a hora de mudar para a terra natal. Em 1996 eram 76 pessoas em Nãs'potiti e 89 pessoas na aldeia no rio Manissauá-Missu, no PIX. Finalmente em março de 1997, com as roças e casas prontas, o restante do grupo, que permanecera no Xingu, mudou-se definitivamente para Nãs'potiti (nome Panará para o rio Iriri). Era o fim do exílio forçado no Xingu.



Figura 6. Aldeia Nãs'potiti em 2007 (foto: Helio Mello, acervo Projeto Xingu EPM/UNIFESP)

A reconquista de parte de seu território tradicional do qual haviam sido expulsos para abertura de novas fronteiras de colonização é um fato emblemático de sua resiliência e das novas possibilidades para os direitos indígenas criadas a partir da Constituição de 1988.

4.2 Dinâmica demográfica e recuperação populacional dos Panará

4.2.1 Evolução da População

As únicas estimativas da população Panará à época do contato foram feitas por Heelas e Shwartzman. Ambos os autores concluem pela existência 8 a 9 aldeias Panará onde viviam entre 350 e 600 pessoas ^(3,4, 59). A partir dessas informações pode-se concluir que a transferência dos Panará para o Xingu, em 1975, interrompeu um processo de alta mortalidade deflagrado pela forma como se deu seu contato. No período de oito anos, entre 1967 e 1975 teriam morrido entre 268 e 518 pessoas ou 33,5 a 64,75 pessoas por ano, mortalidade que colocava o grupo em risco de extinção.

Em 1990, o rio Peixoto de Azevedo, território tradicional dos Panará, não era o mesmo da década de 1970. Fora invadido por garimpeiros que, em busca de ouro, contaminaram suas águas com mercúrio, agredindo a flora e fauna locais. Onde antes havia mata, instalaram-se fazendas, projetos de assentamento rural e cidades. Mesmo informados dessa situação, os Panará insistiram no retorno a região, tendo sido escolhida uma área a ser explorada, próxima à cabeceira do rio Iriri, que mostrava poucos sinais de ocupação.

Depois de muita luta e após duas décadas de exílio no Parque Indígena do Xingu (PIX), os Panará reconquistaram uma área de 500 mil hectares nas cabeceiras dos rios Iriri e Ipiranga, na fronteira entre o Pará e o Mato Grosso, declarada posse permanente pelo Ministério da Justiça em 1996 ⁽⁶⁾. A mudança do PIX para o novo território foi gradativa e teve início em 1995, quando algumas famílias começaram a fazer roças e construir casas na nova aldeia situada na margem esquerda do rio Iriri.

Em 1996, na primeira viagem feita, pela equipe do Projeto Xingu, ao local, a aldeia Nãs'potiti, nome Panará para o rio Iriri, possuía 75 habitantes, onze casas, um posto da FUNAI e um campo de pouso para aviões pequenos. Nesse ano, a população Panará era de 183 pessoas, incluindo o grupo que ainda vivia no Xingu e o que já se mudara para Nãs'potiti. Em 2007, viviam em Nãs'potiti 323 Panará e 27 pessoas das etnias Kayapó e Kaiabi, casados com homens e mulheres Panará, totalizando 350 habitantes.

Entre 1975 e 2007, a população Panará cresceu 4,5% ao ano, passando de 79 indivíduos em 1975 para 323 em 2007. Entre 1995 e 2007, o ritmo de crescimento dessa população atingiu 5,9% ao ano (Quadro 1).

Quadro 1. Evolução da população Panará, 1975, 1995, 2007.

Ano	População	Taxa de Crescimento ao ano (%)
1975	79	
		3,7
1995	162	
		5,9
2007	323	
1975 - 2007		4,5

Fonte de dados brutos: Projeto Xingu, EPM/UNIFESP

4.2.2 Composição por idade e sexo

Uma primeira aproximação sobre as características demográficas dos Panará pode ser feita por meio de sua composição por idade e sexo, que reflete as alterações nas variáveis responsáveis pela dinâmica populacional.

Os dados disponíveis nas fichas médicas do Projeto Xingu da EPM/UNIFESP, permitiram recompor as estruturas por idade e sexo dos Panará em 1975, momento de ingresso do grupo no PIX; em 1995, ano em que iniciaram a mudança para a nova morada no rio Iriri (PA), após um período de vinte anos no Xingu; e em 2007, aproximadamente dez anos após a mudança do grupo para aldeia Nãs'potiti, no território reconquistado. Isso permitiu acompanhar as mudanças demográficas ocorridas nessa população durante o período de permanência no PIX e após a mudança para o rio Iriri.

As configurações das estruturas por grandes grupos de idade e sexo da população Panará, no período 1975-2007, refletem a ocorrência de mudanças demográficas significativas. Do grupo de 79 indivíduos que ingressou no PIX em 1975, 43% eram crianças ou adolescentes (≤ 14 anos) e 57% possuíam de 15 a 49 anos, não havendo nenhum sobrevivente com mais de 50 anos de idade estimada. Entre os homens, 50% tinham menos de 15 anos de idade, e entre as mulheres 35,9% se encontravam nesta faixa etária. Em 1995, vinte anos após o ingresso do grupo no PIX, a proporção da população de menores de 15 anos era de 62,4%, e a de 50 ou mais anos já representava 4,9% do total. A estrutura da população permanecia, em 2007, extremamente jovem, quando os menores de 15 anos representam 59,1% do total, embora com sinais de aumento da longevidade, caracterizada pelo aumento da

população com 50 ou mais anos que constituía 5,9% da população total (quadro 2 e figuras 6, 7, 8).

A média de idade estimada para a população, em 1975, foi de 17,3 anos e a idade mediana de 16,3 anos. Em 1995, a média de idade diminuiu para 14 anos e a mediana situava-se em 12 anos. Em 2007, a média de idade aumentou para 15,9 anos e a mediana diminuiu para 10 anos.

Quadro 2 – Distribuição da população Panará (%) segundo sexo, grupo etário e período de investigação.

Idade (anos)	1975			1995			2007		
	Masculino (n=41)	Feminino (n=38)	Total (n=79)	Masculino (n=71)	Feminino (n=91)	Total (n=162)	Masculino (n=154)	Feminino (n=169)	Total (n=323)
0 a 14	50,0	35,9	43,0	57,7	65,9	62,4	59,1	59,2	59,1
15 a 49	50,0	64,1	57,0	36,7	29,7	32,7	34,4	35,0	35,0
≥ 50	-	-	-	5,6	4,4	4,9	6,5	5,8	5,9
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100

4.2.3 Mortalidade

Durante o período de 1975-2006 foram registradas 66 mortes entre os Panará (anexo 1), sendo o número de óbitos do sexo masculino (30) menor do que o do sexo feminino (36).

As taxas de mortalidade infantil (TMI) apresentaram tendência de declínio ao longo dos anos avaliados, diminuindo drasticamente de 227,3 no período 1975-84, para 44,9 óbitos por mil nascidos vivos, de 1995 a 2006 (Quadro 3).

Quadro 3. Mortalidade infantil dos Panará, Parque Indígena do Xingu (MT), aldeia Nãs'potiti (PA), 1975-84, 1985-94, 1995-2006

Períodos	Nascimentos	Óbitos	TMI
1975-84	44	10	227,3
1985-94	82	5	61,0
1995-2006	178	8	44,9
1975-2006	304	23	75,7

Fonte de dados brutos: Projeto Xingu/DMP/UNIFESP/EPM

Quadro 4. Relação dos óbitos dos Panará ocorridos entre 1975 e 2007

Nome	Sexo	idade	data do óbito	Local	Causa do óbito
IAQUIU	M	11 meses	08/08/87	XINGU	diarréia + desidratação
CUCRE	M	23	01/02/75	XINGU	malária, pneumonia
TAPION	M	38	01/02/75	XINGU	pneumonia
CAUBUTU	F	9	14/03/75		malária
TICRÉ	M	22	25/03/75	XINGU	malária + pneumonia
PARIDI	M	14 meses	29/03/75	XINGU	malária
POREPRO	F	30	01/07/75		malária
COTEI	F	20	01/08/75	XINGU	malária
MONTUI	M	8 meses	01/08/75	XINGU	causa ignorada
IAPA	M	22	01/09/75	XINGU	malária
QUIAQUEMÁ	M	9	01/10/75		malária
CRETUDI	M	19	01/11/75	XINGU	afogamento
	M	15 dias	25/03/78	XINGU	premature, faleceu c/ 15 dias
PAÚ	M	7	01/07/78		Infecção respiratória aguda com derrame pleural
PODIU	F	8 meses	18/01/80	XINGU	malária
	?	1 dia	01/01/81	XINGU	morto ao nascer
SEM NOME	M	1 dia	01/04/81	XINGU	causa ignorada, recém-nascido
SOQUIERA	M	10 dias	10/04/81	XINGU	torção de testículo, evolução com necrose e septicemia
SOQUEIA	F	11 meses	01/06/81	XINGU	pneumonia + diarreias+ septicemia
CURIMIMION	F	12 meses	20/08/82	XINGU	malária
SEM NOME	M	6 meses	09/12/82	XINGU	brocopneumonia
PONQUIA	F	38	01/01/83		pneumonia
COACÁ	F	33	16/01/83	XINGU	Edema agudo de pulmão
SIKONKIR	F	2 meses	20/01/83	XINGU	broncopneumonia + septicemia
TUTIDE	F	18	01/02/83		infecção puerperal
NHONSIM	M	3	01/07/83	XINGU	malária
PRINCI	F	28	01/10/83	XINGU	intoxicação exógena com mandioca brava (cianeto)
TEQUIA	F	12 meses	08/10/83	XINGU	malária
PRINSUA	M	4	01/01/84	XINGU	febre aguda/convulsão e urina sanguinolenta
TUCÁ	F	39	01/07/84	XINGU	intoxicação exógena com mandioca brava (cianeto)
PANTIÚ	F	35	24/07/84	XINGU	intoxicação exógena com mandioca brava (cianeto)
QUIATUM	F	2	18/11/84	XINGU	meningite
TUATUTUM	M	4	14/12/86	XINGU	malária
SINSSIA	F	3	06/08/88	XINGU	micopolissacaridose
TANCO	M	24	27/07/89	XINGU	varicela hemorrágica
KREKAN	M	10 meses	22/09/91	XINGU	corpo estranho traqueobrônquico
COTI/COACI	M	26	02/10/91	XINGU	traumatismo cranioencefálico
SATE	F	3 meses	07/04/92	XINGU	pneumonia
POPOA	M	45	05/12/92	XINGU	Esplenomegalia Hiperreativa malárica
SEM NOME	F	4 meses	17/05/94	XINGU	broncopneumonia
PORITÓ	F	59	14/12/94	XINGU	Tuberculose pulmonar
Becoiti	F	ignorado	ignorado		ignorada
KUIAPU	M	9	01/04/95	ALDEIA	diarreia aguda
SEIASSE	F	1	25/05/95	ALDEIA	pneumonia
	M	2 dias	01/07/95	PIX	brocopneumonia
NOCREIA	F	7 meses	18/03/97	COLIDER	infecção respiratória aguda
PUPO	F	10 meses	10/04/97	IRIRI	infecção respiratória aguda
PAQUE	F	5 dias	11/04/97	IRIRI	infecção respiratória aguda
	M	1 mês	24/04/97	IRIRI	infecção respiratória aguda
KREKON	M	63	27/04/98	ALDEIA	insuficiência cardíaca congestiva
PEPIOTARI	F	9	01/07/98	ALDEIA	afogamento
COMPU	F	8	01/07/98	ALDEIA	ignorada
COASSANRAPI	F	5	01/10/99	ALDEIA	traumatismo cranioencefálico
COCRIDE	M	63	07/10/98	ALDEIA	Tuberculose pulmonar
PORIPORE	F	2 meses	01/01/99	?	ig
SACRESÁ	F	1 mês	01/01/99	CUIABA	doença diarreica DIP
COCOTI	M	1 mês	17/06/99	?	Mal formação sem diagnóstico
	F	11 meses	01/07/99	IRIRI	quadro asmático e cianótico em criança síndrômica
QUIEMPÚ	F	17	03/08/01	COLIDER	morte após parto por cesareana por morte fetal
PAPIÓ	M	24	14/05/02	?	ferimento por arma de fogo
POTITEN	M	< 1 ano	01/07/02	COLIDER	acidente doméstico - queda em panela fervente
YORITINHOPORI	F	< 1 ano	01/07/02	COLIDER	diarreia aguda
COQUIAN	F	12	01/07/03	COLIDER	hematêmese, portador de Síndrome de Bernardinelli
Tepapian	F	< 1 ano	01/07/03	Cuiabá	diarreia aguda e pneumonia
ARITOECRÉ	F	61	01/07/04	ALDEIA	Pneumonia
PORECRETON	F	21	03/09/06	COLIDER	3 dias após partopor infecção puerperal
Tekiã	M	< 1 ano	22/06/07	IRIRI	diarreia aguda
Kokotita	F	< 1 ano	01/01/07	Colider	meningite
CORI	F	2	01/12/06	Colider	meningite

Fonte: Fichas médicas do Projeto Xingu, EPM/UNIFESP.

No que diz respeito à mortalidade proporcional por sexo e idade, no período 1975-84, a maior proporção de óbitos (37,9%) ocorreu no grupo de 20 a 49 anos, sendo particularmente influenciada pela elevada mortalidade proporcional no sexo feminino neste grupo etário (39,0%). Nos períodos posteriores, é no grupo de menores de 1 ano que se verifica a maior proporção de óbitos, 35,7% em 1985-94 e 38,1% em 1995-2006, valores que refletem a estrutura etária jovem dessa população (quadro 5).

No tocante ao perfil da mortalidade por causas, no período 1975-84, as Doenças Infecciosas e Parasitárias (Cap I da CID 10 – A00 a B99) foram o grupo mais frequente de causas de morte (38,7%). Das 12 mortes por estas causas, dez foram por malária, uma por meningite bacteriana e uma de causa ignorada. O segundo grupo mais importante de causas de morte nesse período foi o das Doenças do Aparelho Respiratório (Cap. X da CID 10 – J00 a J99), com oito óbitos por pneumonia consequentes a infecções respiratórias agudas de etiologia viral (25,8%). As Causas Externas (Cap. XX da CID 10 – V01 a V98) constituíram o terceiro grupo mais importante de causas nesse período (12,9%), tendo sido registrados três óbitos por intoxicação exógena por ingestão de mingau mal preparado de mandioca brava (as mulheres Panará desconheciam esse preparo, típico das culturas altoxinguanas e dos Kisêdjê/Suiá, e um afogamento. As Afecções Originárias do Período Perinatal (Cap XVI da CID 10 – P00 a P96) representaram 6,5% das mortes. Dentre as causas de menor importância destacam-se as mortes por afecções da Gravidez, Parto e Puerpério (Cap. XV O00 a O99) com 3,2% do total de mortes.

Ao analisar as diferenças da mortalidade por sexo nesse período, para os homens, os grupos de causas mais relevantes foram as Doenças Infecciosas e Parasitárias e as Doenças Respiratórias Agudas, ambas com 33,3% do total de óbitos.

Entre as mulheres destacam-se as DIP (43,8%), as IRA (18,8%) e as Causas Externas (18,8%) associadas à intoxicação exógena por mandioca brava.

No período 1985-94, as DIP continuaram sendo as principais causas de óbito (46,2%), com dois óbitos por doenças diarreicas, um por tuberculose, um por varicela e dois por malária. O segundo posto foi ocupado pelas Doenças do Aparelho Respiratório (30,8). As Causas Externas ocuparam o terceiro posto (15,4%), com dois óbitos por traumatismo cranioencefálico e corpo estranho traqueobrônquico respectivamente. As Malformações Congênitas (7,7%) aparecem em quarto lugar com um óbito por mucopolissacaridose. Cabe ressaltar que, nesse período, todos os óbitos registrados tiveram suas causas básicas definidas.

No período entre 1995 e 2006 as DIP e Doenças do Aparelho Respiratório continuam as principais causas de morte com 23,1% cada uma. As causas externas representam a terceira causa de morte com quatro óbitos sendo um por traumatismo cranioencefálico, um por queimadura, um afogamento e um acidente com arma de fogo (quadro 5).

Quadro 5. Mortalidade Proporcional por sexo, segundo grandes grupos de causas. População Panará, Parque Indígena do Xingu (MT) e Aldeia Nãs'potiti (PA), 1975-84, 1985-94 e 1995-2006.

Grupos de Causas	1975-84						1985-94						1995-2006					
	Masculino		Feminino		Total		Masculino		Feminino		Total		Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Doenças Infecciosas e Parasitárias	5	33,3	7	43,8	12	38,7	5	62,5	1	20,0	6	46,2	2	28,6	4	21,1	6	23,1
Doenças do Aparelho Respiratório	5	33,3	3	18,8	8	25,8	1	12,5	3	60,0	4	30,8	1	14,3	5	26,3	6	23,1
Causas Externas	1	6,7	3	18,8	4	12,9	2	25,0	–	–	2	15,4	2	28,6	2	10,5	4	15,4
Afecções Originárias do Per. Perinatal	1	6,7	1	6,3	2	6,5	–	–	–	–	–	–	–	–	2	10,5	2	7,7
Malformações Congênitas	–	–	–	–	–	–	–	–	1	20,0	1	7,7	1	14,3	2	10,5	3	11,5
Gravidez, Parto e Puerpério	–	–	1	6,3	1	3,2	–	–	–	–	–	–	–	–	2	10,5	2	7,7
Demais Causas	1	6,7	1	6,3	2	6,5	–	–	–	–	–	–	1	14,3	–	–	1	3,8
Causas Desconhecidas	2	13,3	0	–	2	6,5	–	–	–	–	–	–	–	–	2	10,5	2	7,7
Total	15	100,0	16	100,0	31	100,0	8	100,0	5	100,0	13	100,0	7	100,0	19	100,0	26	100,0

Fonte de dados brutos: Projeto Xingu EPM/UNIFESP

4.2.4 Mudanças na estrutura da população Panará entre 1975 e 2007

Em junho de 2007, a aldeia Nãs'potiti possuía 16 casas situadas na periferia de um círculo de aproximadamente 200 metros de diâmetro em sua parte interna. Na ocasião, mais uma casa estava sendo construída para abrigar a família de um Panará que, órfão por ocasião da transferência para o Xingu, havia ficado entre os Kaiabi, e que voltava, com sua família Kaiabi, para Nãs'potiti.

As malocas Panará abrigam famílias extensas, compostas por diversos núcleos familiares e por outras pessoas de grau próximo de parentesco. A distância das casas até o curso do rio Iriri é de aproximadamente cem metros. A média de habitantes por casa é de 22, variando de 7 a 53 indivíduos. As casas possuem paredes de toras de madeira e teto de palha trançada conforme o padrão Kaiabi, assimilado pelos Panará durante sua permanência no PIX. A menor casa possui 6 m de comprimento por 3,5 m de largura e, a maior possui 26 metros de comprimento por 5 m de largura (Tabela 6).

A localização das casas na aldeia obedece à posição ocupada pelos quatro clãs como referido no capítulo anterior. O quadro 6 mostra a distribuição das 16 casas da aldeia, por pertencimento aos quatro clãs, população, dimensões e seus respectivos chefes.

Quadro 6. População Panará por casas, clãs, dimensão e área, aldeia Nãs'potiti (PA), 2007.

Casas	Chefes	No. de hab.	Comprimento	Largura	Área construída
<i>Kwakiatipe (Kwakyatantera) - povo da raiz do buriti, localização Leste, sol nascente</i>					
1	Samokride/Kupêe	37	20	5	100
12	Seiakia/Sekian	31	16	7	112
13	Pansuá	8	8	4	32
14	Ioutu	7	6	3,5	21
15	Patkô	9	9	5	45
16	Sykian/Tiempá	24	10	5	50
<i>Subtotal</i>		116			
<i>Kwasôtipe (Kwatsôtantera) - povo da folha do buriti, localização Oeste, sol poente</i>					
9	Kiompê	14	9	4	36
10	Suiakâre	34	11	5	55
11	Keirôn	20	9	5	45
<i>Subtotal</i>		68			
<i>Kukrenôpe (Kukrenôantera) - povo sem casas, antigos, localização sudeste</i>					
2	Tesséia	53	26	5	130
3	Kokà	23	12	3,5	42
4	Pokà	21	12	3,5	42
<i>Subtotal</i>		97			
<i>Kwosôtipe (Kwôtsitantera) - povo da costela, do osso, localização noroeste</i>					
5	Akà	8	9	5	45
6	Pyrô	15	10	6,5	65
7	Sokride	12	20	5	100
8	Kiakampó	34	9	4	36
<i>Subtotal</i>		69			
Total Geral		350			

Fonte: Projeto Xingu, EPM/Unifesp

No centro da aldeia localiza-se a casa dos homens, uma construção de aproximadamente 10 metros de diâmetro. Ali os Panará organizam seus rituais e cerimônias e os chefes, em discursos diários, conclamam os integrantes da comunidade a cultivar a generosidade (*Mansuankin*) e os jovens a perpetuar as tradições do grupo.

Em 2007, a população de Nãs'potiti era de 350 habitantes: 168 do sexo masculino e 182 do feminino, sendo a razão de sexo do conjunto da população de 92,3 homens a cada cem mulheres. Neste computo estão incluídos 25 Kaiapó Mekragnotire, 13 do sexo masculino e 12 do feminino, um Kaiapó Metuktire e uma mulher Kaiabi, totalizando 27 não-Panará residentes na aldeia (Quadro 7).

Quadro 7. População por sexo e grandes grupos etários, em junho de 2007, Aldeia Nãs'potiti (PA).

Grandes Grupos Etários (anos)	Masculino	Feminino	Total	Razões de Sexo
0 a 14	96	105	201	91,4
15 a 49	62	68	130	91,2
50 e +	10	9	19	111,1
Total	168	182	350	92,3

Fonte: Projeto Xingu/EPM/Unifesp

A população exclusivamente Panará era de 323 indivíduos, sendo 154 do sexo masculino e 169 do feminino (Quadro 8). Destes, aproximadamente 70% nasceram após a mudança dos Panará para Nãs'potiti entre 1996 e 1997. Todos falam a língua Panará, sendo o português falado apenas por alguns homens e poucas mulheres com idades superiores a 20 anos. A composição por sexo da população exclusivamente Panará (n=323) também se caracterizava pela predominância de mulheres, registrando-se, em seu conjunto, uma razão de sexo de 91,1 homens a cada 100 mulheres.

A distribuição por grandes grupos etários mostra que 59,1% da população era composta por menores de 15 anos, 35% entre 15 e 49 anos, e 5,9% com 50 anos ou mais.

As principais mudanças observadas nas pirâmides etárias que fundamentam o processo de transição demográfica dos Panará são o alargamento da base, o estreitamento localizado nas idades jovens e adultas e a elevação da cúspide. O alargamento da base reflete a combinação do aumento do número de nascimentos e da sobrevivência nessas idades. O estreitamento dos retângulos que representam a população jovem e adulta reflete a alta mortalidade das gerações nascidas antes de 1975. A elevação da cúspide, que em 1975 atingia apenas o grupo etário de 40-44 anos, atingiu, em 1995, o grupo de 55-59 anos, e em 2007 supera os 60 anos, indicando redução dos níveis de mortalidade e, por consequência, aumento da longevidade (figuras 6, 7 e 8).

Figura 7. Pirâmide Etária dos Panará em 1975

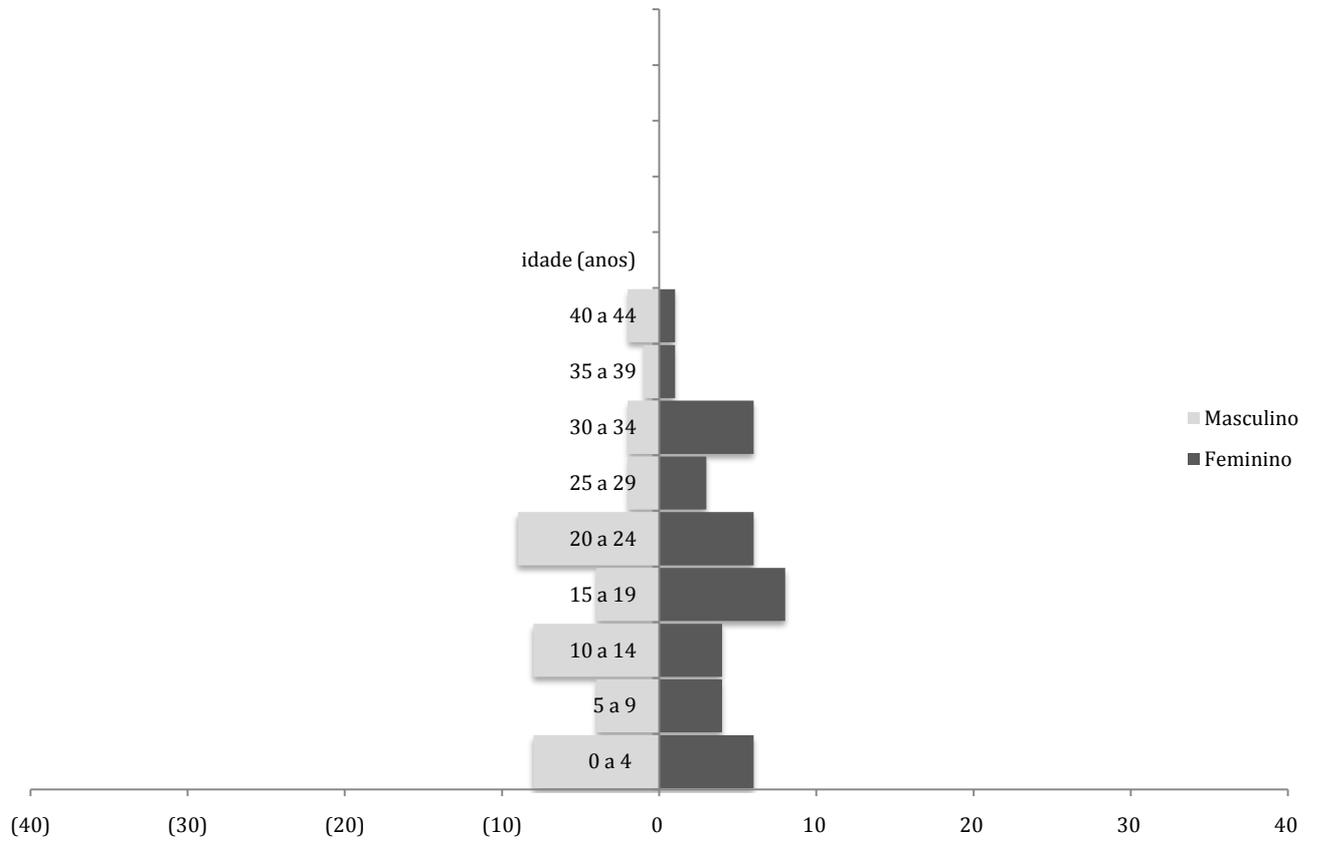


Figura 8. Pirâmide Etária dos Panará em 1995

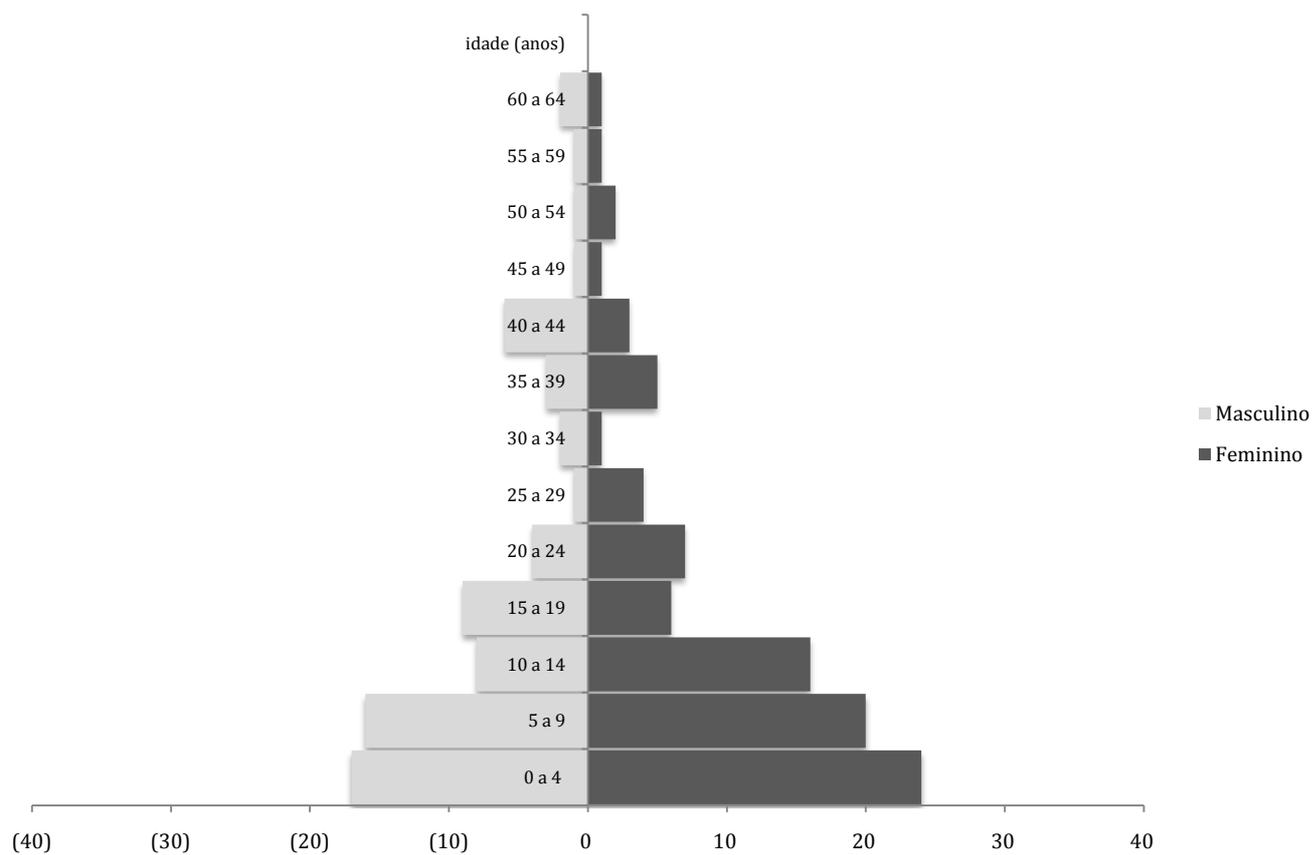
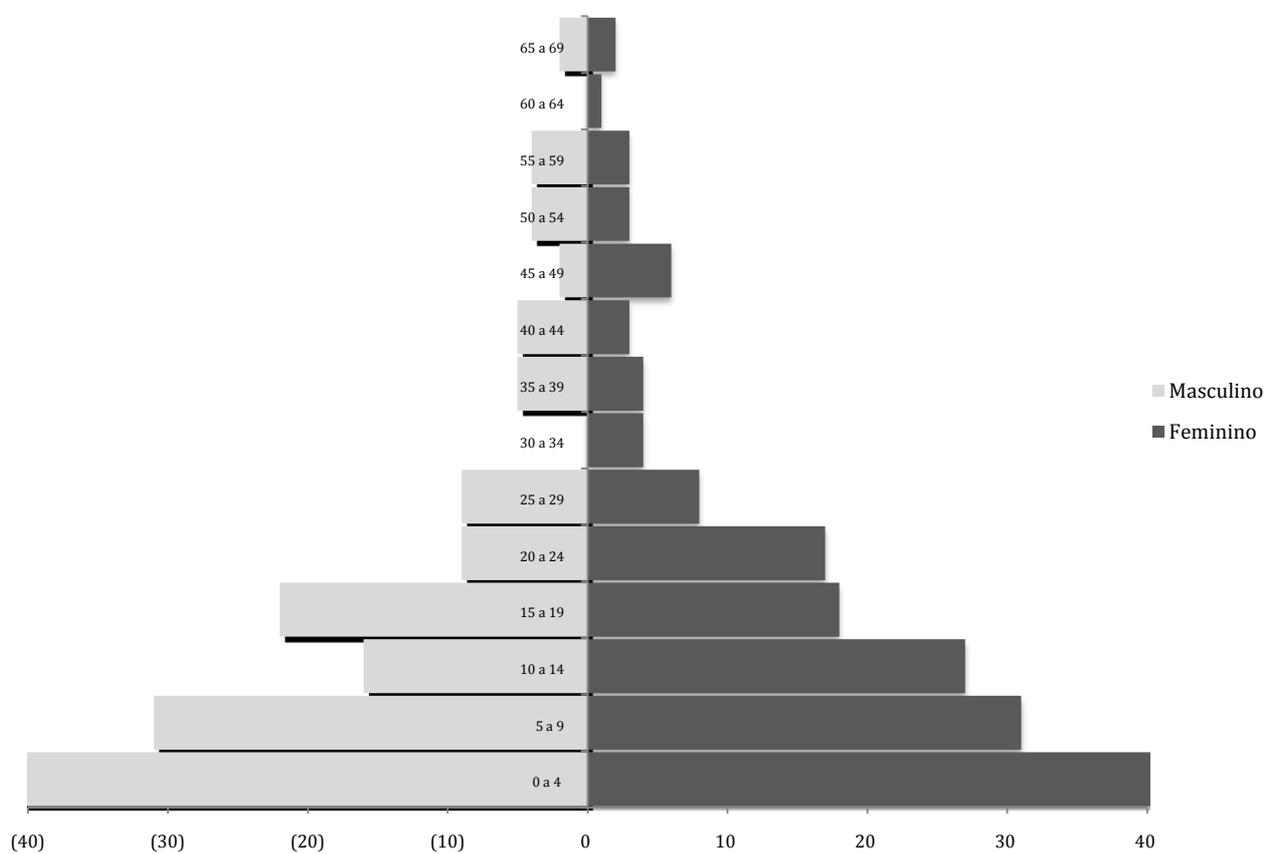


Figura 9. Pirâmide Etária dos Panará, 2007



Na pirâmide etária referente ao ano de 2007 (Fig. 8) observa-se uma estrutura populacional jovem que reflete a recuperação demográfica dos Panará desde sua remoção para o PIX, em razão dos altos níveis de natalidade verificados. Essas porcentagens são ainda maiores a partir de 1997, quando o grupo já vivia em Nãs'potiti. Exemplo disso é que as 148 crianças com menos de 10 anos, e portanto, sobreviventes das nascidas a partir de junho de 1996, representaram, em 2007, 45,8% do total da população.

Outro fator que contribuiu para a manutenção da estrutura populacional jovem foi o elevado nível de mortalidade vivenciado pelos Panará nos anos que precederam a sua mudança para o Xingu (1975) e nos primeiros anos de sua permanência no Parque⁽⁶⁴⁾. Os retângulos da pirâmide de 2007, nas idades superiores a 30 anos, representam os 45 Panará (20 homens e 25 mulheres) nascidos nas aldeias do rio Peixoto de Azevedo, antes da mudança para o Xingu, em 1975, que correspondem a 13,9% do total da população. Estes têm idades estimadas em 31 anos, o mais jovem, e 71 anos, o mais velho. A idade mediana desses sobreviventes é de 49 anos para o sexo masculino e 46 para o feminino.

Destaca-se, ainda, que a irregularidade do desenho dessa pirâmide se deve às oscilações provocadas pelo pequeno volume da população e a alta mortalidade no passado recente.

Embora o crescimento populacional tenha sido desejado pelos Panará, observou-se grande preocupação das atuais lideranças em relação à continuidade da organização social do grupo, ao seu futuro e à manutenção de suas tradições. Os jovens já não querem mais permanecer na casa dos homens para receber a formação para a vida adulta, estão namorando e se casando muito cedo (por volta dos 15 anos) e perambulando pela aldeia sem se ocuparem das roças e das atividades culturais e

sociais do grupo. As meninas estão iniciando precocemente o seu período reprodutivo (por volta dos 13 anos) sem também estarem preparadas para enfrentar a vida adulta e cumprirem seu papel social na comunidade.

4.2.5 O impacto das doenças advindas do contato entre indígenas e colonizadores

Grupos indígenas vivendo em condições de isolamento atingem, ao longo do tempo, uma relação estável com agentes de doenças infecciosas presentes em seu habitat natural, em especial as arboviroses, levando a um estado de equilíbrio. Quando essa relação é rompida pelo contato com outros povos que carregam consigo diferentes agentes de doenças até então por eles desconhecidos ocorre, invariavelmente, grande aumento da mortalidade dada à grande vulnerabilidade aos novos patógenos, especialmente os vírus ^(65, 66). É amplamente conhecido o ocorrido com os grupos indígenas que habitavam o Brasil ao entrarem em contato com as sociedades europeias e africanas durante os primeiros séculos da colonização e que levou vários deles à extinção. Nessa troca de patógenos, os indígenas foram os grandes perdedores uma vez que, a não ser por certas micoses como o Tokelau ou Tinha Imbricata, de pequena gravidade e pouco potencial de expansão, e da treponematose conhecida como Pinta ou Bouba, não são conhecidas doenças que foram transmitidas aos colonizadores pelos povos originários do Brasil.

Entre as doenças adquiridas pelos indígenas no convívio com nossa sociedade, a gripe assume grande importância na mortalidade, a ponto de vários grupos indígenas atribuírem nomes para a doença antes desconhecida. De acordo com Darcy Ribeiro ⁽⁶⁵⁾, seu impacto é tão grande na mortalidade que logo lhe é atribuído um nome e um significado sobrenatural. Assim, os Urubu chamam-na de *catar* (catarro), os Kaingang de *cofuro* (tosse, espirro) e os Tucano de *chon*.

Os Xokleng de Santa Catarina, antes de sua pacificação, teriam contraído gripe de duas crianças doentes, roubadas de colonos, que a disseminaram em suas aldeias ocasionando muitas mortes, o que os levou a matá-las, tal o pavor com o ocorrido.

A perda populacional que segue ao contato, quando não extingue totalmente o povo indígena, pode atingir proporções alarmantes, que chegam a mais de 80%. Assim ocorreu com os Kaingang paulistas, que tiveram sua população reduzida a menos da metade nos primeiros anos após o contato. Darcy Ribeiro refere-se ao relato do Dr. Luiz Benedito Horta Barboza, que testemunhou o ocorrido⁽⁶⁵⁾:

“Só esse incômodo, a influenza ou cofuro como eles o denominaram pois não o conheciam antes das relações conosco, matou até agora mais de metade das crianças, mulheres e homens que existiam no princípio de 1912! Houve mesmo um grupo, o do Congue-Hui (nome de liderança), que foi totalmente aniquilado no curto espaço de alguns dias. Isso se deu de março a abril de 1913. Quando nos chegou, no Ribeirão dos Patos, a notícia de estar o povo daquele chefe morrendo de cofuro, para lá partiram os abnegados auxiliares da inspetoria; mas ao chegarem, nada mais encontraram senão ossadas à flor da terra!”

Os indigenistas do SPI em São Paulo e Santa Catarina passaram a proibir os Kaingang e Xokleng de realizarem suas grandes cerimônias, nas quais se juntavam pessoas de várias aldeias, pois notaram que a cada uma delas se seguia grandes ataques de gripe, muitas vezes fatais.

Noel Nutels, médico sanitariano pioneiro no atendimento à saúde de populações indígenas no Brasil, relata a morte de 25 indígenas Kalapalo, em 1946, durante uma epidemia de gripe que se seguiu a seu primeiro contato com a vanguarda da Expedição Roncador-Xingu. Em 1950, nova epidemia da doença matou 12 pessoas entre os Kamayurá⁽⁶⁷⁾.

A gripe foi, sem sombra de dúvida, a principal causa de morte também entre os Panará no período de aproximação e contato. Os sobreviventes relatam que, ainda antes do contato oficial, muitos começaram a apresentar tosse, febre, dores no peito, sintomas que levavam adultos e crianças rapidamente à morte^(3,6).

Além da introdução de novos patógenos, a mudança radical no modo de viver que sobrevêm ao contato é produtora de doenças determinadas socialmente. Neste contexto, descreve-se, as principais doenças – infecciosas e pela mudança de modos de viver - que acometeram os Panará a partir de sua chegada no PIX em 1975 até 2007, quando encerrou-se o trabalho de campo desta tese.

4.2.5.1 A chegada do Panará no Parque Indígena do Xingu e a dura adaptação ao novo ambiente e aos novos vizinhos.

Os Panará apresentavam-se assustados, apáticos, emagrecidos e pálidos, chamando atenção a presença de esplenomegalia na grande maioria dos examinados, por vezes bastante acentuada. Tratava-se de um grupo extremamente fragilizado e que necessitava cuidados especiais para não só garantir sua sobrevivência, mas em busca de sua recuperação.

Dos 79 Panará que chegaram ao Diauarum, quatro apresentavam precárias condições de saúde e os demais se encontravam em regular estado de saúde. O grupo era composto por 41 homens e 38 mulheres. A idade aproximada foi calculada com base no aspecto físico e exame da arcada dentária⁽²⁾ (quadro 8).

Quadro 8. Distribuição por sexo e idade, do grupo de 79 sobreviventes Panará atendidos pela equipe médica da EPM, no Posto Indígena Diauarum, PIX, em janeiro de 1975.

Faixa etária (anos)*	Sexo		Total	
	Masculino	Feminino	N	%
0 - 2	2	2	4	5,1
3 - 10	12	9	21	26,6
11 - 20	11	14	25	31,6
21 - 30	10	9	19	24
> 30	6	4	10	12,7
Total	41	38	79	100

Fonte: arquivos Projeto Xingu/EPM/UNIFESP

*idade estimada

Apresentavam déficit de peso em relação à altura 37% dos homens, 23% das mulheres e 6% das crianças abaixo de 12 anos de idade. A dosagem da hemoglobina, realizada em 66 indivíduos, confirmou anemia em 51 (75%), com níveis inferiores a 10g/100 ml. Em nove pessoas (15%) a dosagem foi inferior a 8g/100 ml, caracterizando quadro de anemia grave. Dezesete (21,5%) indígenas tinham medidas de temperatura acima de 37° C dos quais 13 apresentavam alterações na ausculta pulmonar, sugerindo infecções respiratórias. Esplenomegalia acentuada, atingindo ou ultrapassando a linha umbilical, foi identificada em 11 indígenas (13,9%). Os exames laboratoriais e o quadro histológico hepático evidenciaram tratar-se de Esplenomegalia Hiperreativa da Malária, anteriormente denominada Síndrome da Esplenomegalia Tropical, descrita em áreas de intensa transmissão malárica na África e na Nova Guiné ⁽⁶⁸⁾. Foram analisadas amostras de fezes de 35 indivíduos (44,3%) tendo sido constatada multiparasitose em 97% dos exames, com predominância de ancilostomídeos (97,1%) e de *Trichuris trichiura* (75,7%). O quadro geral era de alta prevalência de desnutrição e doenças infecciosas e parasitárias. As pesquisas do bacilo

de Koch no escarro foram negativas. Todos foram vacinados com BCG intradérmico e Sabin, pois havia informação de terem recebido a vacina contra o sarampo no acampamento da estrada, antes da remoção para o PIX. Um dado importante no exame físico geral foi a ausência de alterações da pressão arterial. Chamava atenção o ótimo estado da dentição, sem cáries e raras perdas dentárias.

Em 14 de janeiro de 1975, após receberem tratamento médico, os Panará saíram do Diauarum sendo levados à uma aldeia Kayabi cujo chefe, Prepuri, era um antigo aliado dos irmãos Villas Boas. Nessa aldeia foram-lhes destinadas duas casas e uma roça pequena. Ao chegarem à aldeia do Prepuri os Panará, debilitados e dependentes do apoio da FUNAI, tiveram grandes dificuldades em se adaptar. A existência de apenas duas casas impossibilitou que se alojassem de acordo com seus costumes, fazendo com que pessoas de clãs diferentes se vissem obrigadas a um convívio doméstico não desejado, causando insatisfação no grupo.⁹

A alimentação fornecida pela roça mostrou-se insuficiente, esgotando-se em seis semanas⁽³⁾. Os Panará não sabiam pescar com anzóis e linha e desconheciam a construção e manejo de canoas, não estando habituados a viver próximos a grandes rios. Outro fator negativo era a localização da aldeia, à beira do rio Xingu, local de passagem e de parada para descanso de várias pessoas, especialmente de doentes que se dirigiam ao Posto Diauarum em busca de tratamento médico. Possivelmente, essa foi a razão pela qual dias depois da chegada à aldeia do Prepuri sobreveio nova epidemia de gripe que, junto com a malária, resultou em cinco óbitos num período de seis semanas: 2 por gripe e 3 por malária⁽³⁾. Os óbitos e a escassez de alimento inviabilizou a permanência naquele local. Uma criança órfã, de nome Paressun, ficou com a família de Prepuri e lá vive até os dias atuais.

9. Ver no Cap 4 a importância dos clãs e de sua distribuição espacial na vida dos Panará.

Voltaram então ao Diauarum, agora em número de 73, para uma curta permanência, e passaram a reivindicar seu retorno ao Peixoto de Azevedo. Foram, levados para a aldeia Kretire, dos Kayapó Metuktire, seus antigos inimigos. Essa decisão teria sido tomada por ser o Kretire a comunidade que mais tinha excedentes de roça para a alimentação do grupo e havia se comprometido a construir casas separadas para os Panará. Segundo relato de dos informantes, os Panará não gostaram dessa nova mudança. Afinal, várias mulheres viúvas haviam perdido seus maridos no ataque Kayapó de 1967⁽⁵⁸⁾, que tinham em viva memória.

Chegaram à aldeia Kretire em 31/05/1975⁽³⁾. O clima entre eles era de pessimismo e nova decepção com a terra prometida. Embora houvesse mais comida, as casas não haviam sido feitas conforme o combinado e os Panará foram distribuídos nas casas dos Kayapó, de acordo com critérios arbitrários de seus anfitriões. Ao que tudo indica os Kayapó, deliberadamente, buscavam assimilar o grupo, menosprezando suas práticas culturais.

O convívio era difícil, com suspeitas de ambos os lados por conta do passado de brigas, mortes e raptos. Como houvesse, na ocasião, um excedente de homens solteiros entre os Kayapó Metuktire, as mulheres jovens e viúvas Panará eram a oportunidade de conseguirem esposas, o que deixou os Panará bastante desgostosos e irritados com a situação. Um fato marcante foi a passagem de três homens adolescentes para o grupo de homens Kayapó, eles tiveram seus corpos pintados e os cabelos crescidos, conforme o uso dos anfitriões. Esse episódio teria sido considerado um insulto pelos mais velhos, já que a pintura corporal e o corte dos cabelos marcavam a identidade Panará⁽³⁾. A assimilação pelos Kayapó em curso desagradou os Panará, que reivindicaram nova mudança e reiteraram sua vontade de retornar ao Peixoto de Azevedo, para assim se livrarem da situação degradante à qual estavam

submetidos. Nova epidemia de gripe, em outubro de 1975, deflagrou sua remoção da aldeia Kretire. Retornaram ao Diauarum e lá permaneceram um mês em tratamento. Nos cinco meses que viveram com os Kayapó o grupo Panará perdeu mais 13 pessoas: seis por óbitos decorrentes de diversas causas e sete adolescentes que permaneceram na aldeia Kretire vivendo com os Kayapó.

Após se recuperarem no Diauarum, os Panará foram novamente removidos, em novembro de 1975, para um novo local construído pelos Kisêdjê (Suiá), próximo de sua própria aldeia. As coisas começavam a melhorar. A proximidade com o Diauarum possibilitava acesso a ferramentas e outros bens doados pela FUNAI. A relação menos opressiva com os Kisêdjê, a localização mais isolada da aldeia, no rio Suiá-Missu, tributário da margem direita do Xingu, o correto número de casas disponibilizadas para seu uso e o acesso livre às roças dos novos anfitriões animaram o grupo. Teve início um rápido processo de adaptação ao novo ambiente. Aprenderam a fazer e utilizar canoas, a pescar com anzóis, e começaram a ensaiar o reinício de seus rituais.

Fortalecidos, decidiram fazer sua própria aldeia num local de uma antiga aldeia Kaiabi, próximo ao Posto Diauarum. Era o ano de 1977. Em dois anos eles haviam mudado cinco vezes de lugar e perdido 18 pessoas. Nessa nova aldeia, a primeira aldeia Panará no Xingu, “as coisas realmente começaram a melhorar” (Kiompé, entrevista na aldeia em junho de 2010). Duas mulheres engravidaram e tiveram filhos, o que não ocorria desde sua chegada no PIX. Entretanto, além do incômodo das doenças, permanecia forte o desejo de retornar a seu território tradicional, onde as terras eram melhores, havia mais frutas, mais bichos para caçar, mais remédios no mato, menos feitiços e inimigos (Tesséia, traduzido por Kiompé, entrevista na aldeia em junho de 2010).

Com a autoestima sendo gradativamente recuperada, começaram a vislumbrar a possibilidade de retomar sua forma tradicional de viver. Os clãs foram se reorganizando, novas lideranças surgiram e vários rituais foram reiniciados, como as corridas de toras. Parecia que os Panará tinham claro que quanto mais isolados estivessem, melhor seria. O grande número de doenças e a ocorrência de novas mortes levaram a outra mudança do grupo, em maio de 1983, desta vez para mais longe, na direção noroeste, na margem esquerda do rio Xingu, abaixo da BR-80, local relativamente distante de outras aldeias.

Ali foi construída a segunda aldeia Panará no Xingu, desta vez com a tradicional casa dos homens ao centro. Estavam buscando se acostumar, se adaptar à nova realidade. Nessa aldeia morreu Tenkô, filho de Aky, importante liderança. Sua morte, consequência de varicela (para os profissionais de saúde) ou de feitiço (para os Panará), foi um dos fatores que desencadeou nova mudança de aldeia.

Subindo o rio Xingu entraram em um de seus tributários, o rio Maritsawá-missu, novamente em território Kaiabi, cerca de 4 horas rio acima ergueram nova aldeia, a terceira no Xingu, próxima à desembocadura do rio Arraias. Era o ano de 1989 e a sétima mudança em 14 anos de exílio, a partir do ingresso no Posto Diauarum.

4.2.5.2. Principais doenças que atingiram Panará em decorrência do contato com a sociedade nacional

Neste item, descrevem-se as principais doenças que atingiram os Panará a partir de seu contato definitivo com nossa sociedade com o referencial do caráter histórico e social da doença⁽²⁸⁻³⁰⁾. Tal abordagem sócio-histórico-epidemiológica foi feita a partir de doenças consideradas, por sua relevância, demonstrativas do processo

de adoecimento e morte que se abateu sobre os Panará a partir da quebra do isolamento, em especial a gripe, a malária, doenças de pele e mais recentemente as doenças crônicas não transmissíveis.

Gripe (Influenza)

Em 1980, cinco anos após sua remoção para o PIX, foram coletadas, em uma das viagens de campo, 40 amostras de sangue de um grupo Panará com média de idade de 28 anos.

A importância de estudar a presença de anticorpos anti-influenza em grupos isolados deveu-se à característica do vírus de sofrer frequentes alterações, levando à produção de novos subtipos que se espalham pelo mundo alguns meses após seu aparecimento, dada sua alta infectividade. Além disso, todos os grupos etários são igualmente suscetíveis e a infecção gera anticorpos específicos para cada subtipo. Dessa forma, é possível saber se um dado grupo humano entrou em contato com determinado subgrupo do vírus influenza que circulou em determinado período de tempo. Outra observação é que um grupo autóctone não precisa, necessariamente, ter seu isolamento quebrado para entrar em contato com o vírus, bastando que haja contato, ainda que esporádico e curto, com outros grupos infectados pelo vírus⁽⁶⁹⁻⁷¹⁾.

Com o intuito de documentar o contágio dos Panará com o vírus da gripe, principal causa de mortalidade à época do contato e da remoção para o Xingu, foram realizados testes de hemoaglutinação com amostras de cadeias virais de subtipos do vírus influenza A cedidas pela Centro de Referência e Pesquisa em Influenza da Organização Mundial de Saúde (OMS) de Londres, a saber: A/New Jersey/5/76 (H5N1), antigenicamente semelhante à influenza suína responsável pela pandemia

de 1918 (gripe espanhola); A/PR/8/34, representando os subtipos H1N1 que circularam no planeta entre 1934 e 1957; A/Singapore/1/57, representativa do subtipo H2N2 que circulara entre 1957 e 1968; A/Hong Kong/1/68, representativa do subtipo H3N2 que circulara entre 1968 e 1980, época do estudo.

Também foram testadas outras variantes do vírus influenza que haviam aparecido desde 1972: A/England/42/72 (H3N2) prevalente entre 1972 e 1974 fornecida pela UFRJ; A/Victoria/3/75 circulante entre 1975 e 1978 e A/Bangkok/1/79, que circulara entre 1979 e 1983, fornecidos pelo Centro de Referência da WHO de Atlanta, assim como os subtipos H1N1 A/Brazil/11/78, variante do subtipo A/USSR/90/77.

Os resultados do estudo de anticorpos anti-influenza entre os Panará revelaram ausência de anticorpos para os subtipos que circularam até 1968. Foram encontrados dois resultados positivos (5%) para os subtipos A/Hong Kong/1/68 (H3N2), que circulou entre 1968 e 1980, e 22 resultados positivos (55,0%) para o subtipo A/England/42/72 (H3N2), que circulou entre 1972 e 1974. Para os demais subtipos testados os resultados foram negativos, confirmando que os Panará desconheciam o vírus da gripe por ocasião dos primeiros contatos em 1967/1968⁽⁷¹⁾.

Quadro 9. Cronologia do surgimento de anticorpos anti-influenza nos Panará, de antes do contato até 1975.

	Até 1967	Entre 1967 e 1973	Entre 1973 e 1975
Estágio de convívio com a sociedade brasileira	Isolamento	Quebra crescente do isolamento até o contato oficial	Período que permaneceram próximos à BR 165 até a transferência para o PIX
Presença de anticorpos anti-influenza	Nenhum anticorpo anti-influenza detectado	Detectados anticorpos anti-influenza em 5% dos sobreviventes	Detectados anticorpos anti-influenza em 55% dos sobreviventes
População	Entre 350 e 600 (estimada)	Entre 140 e 150 (FUNAI)	79 sobreviventes (Projeto Xingu/EPM)

Malária

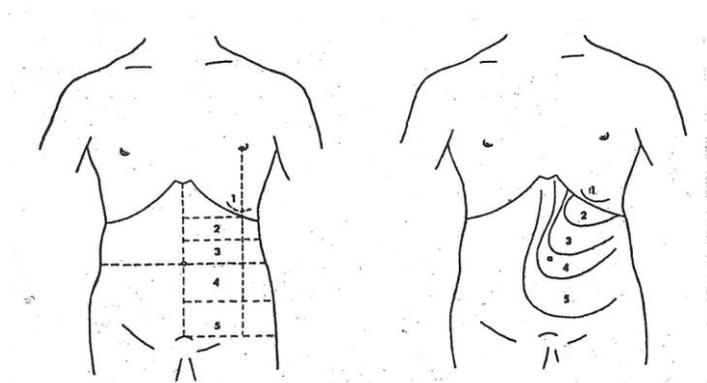
Considera-se que a malária é uma doença autóctone na Ásia e na África, tendo sido trazida ao continente americano pelos colonizadores europeus e escravos africanos⁽⁷²⁾. Das quatro espécies de plasmódium que causam a malária humana, três foram introduzidas no Brasil: *P. vivax*, *P. falciparum* e *P. malariae*. O pesquisador Karl E. Ranke que, em 1896, visitou a região do PIX, observou a existência de numerosos casos de malária, referindo ser esta a principal causa de mortalidade, especialmente em crianças⁽³⁴⁾. Black et alii demonstraram a presença de esplenomegalia e parasitas de malária em sangue periférico em 19% de 299 pessoas examinadas entre os Xikrin e os Mekragnotire, no Pará⁽⁶⁶⁾. Entre 1968 e 1973, Baruzzi registrou entre 22 óbitos de indígenas xinguno adultos, sete foram devidos a episódios de hematêmese e melena por possível ruptura de varizes esofagianas por hipertensão portal decorrente da Síndrome da Esplenomegalia Hiperreativa da Malária⁽⁷²⁻⁷⁴⁾.

A malária pode, eventualmente, ser a causa única da morte. Na maioria das vezes, entretanto, cursa concomitantemente a outras infecções, especialmente as respiratórias referidas anteriormente, agravando seu quadro pela debilidade que acomete seus portadores. Foi a segunda causa da alta mortalidade que se seguiu ao contato com os Panará.

O achado de baços volumosos em cerca de 40% dos 79 indígenas Panará examinados pela primeira vez pela equipe médica da EPM no Posto Indígena Diauarum em janeiro de 1975, a presença de anticorpos para malária com altos títulos em cerca de 95% dos examinados e a confirmação de alterações hepáticas em quatro pacientes removidos para tratamento no HSP confirmaram o diagnóstico de Esplenomegalia Hiperreativa da Malária⁽⁷⁴⁾. Esses dados indicavam que os Panará procediam de uma área de intensa transmissão malárica, o que na época também ocorria no PIX.

A avaliação do tamanho do baço foi feita adotando-se o método proposto por Hackett⁽⁷⁵⁾, que classifica a esplenomegalia de 0 a 5, como mostra a figura 9. Os resultados são apresentados no quadro 10.

Figura 9. Classificação das esplenomegalias, segundo o volume do baço, proposta por Hackett.



Classificação Hackett	Descrição
0	Baço normal ou não palpável mesmo com inspiração profunda
1	Baço palpável logo abaixo do rebordo costal esquerdo
2	Baço palpável abaixo do rebordo costal esquerdo, não ultrapassando a metade da área entre rebordo costal esquerdo e o umbigo
3	Baço palpável projetando-se abaixo da metade da área entre rebordo costal esquerdo e o umbigo
4	Baço palpável abaixo do nível do umbigo mas não se projetando além da linha média entre o umbigo e a sínfise púbica
5	Baço palpável além do limite da classificação 4

Fonte: Adaptado de Gillies H, Warrell D. Bruce-Chwat's essential malariology

Quadro 10. Distribuição da esplenomegalia por grupo etário em indígenas Panará, Parque Indígena do Xingu, 1975.

Esplenomegalia (índice de Hackett)	Grupo etário (anos)					Total
	0 - 2	3 - 10	11 - 20	21 - 30	> 30	
0 - 1 - 2	3	14	14	12	6	49 (62%)
3 - 4 - 5	1	6	12	7	4	30 (38%)

Fonte de dados brutos: Projeto Xingu, EPM/UNIFESP

Todos os indivíduos examinados, exceto um, tinham baços palpáveis ao exame físico. Em 16 indivíduos (20%) o baço alcançava ou ultrapassava a linha

umbilical, correspondendo aos níveis 4 e 5 da classificação de esplenomegalia proposta por Hackett.



Figura 10. Hepatoesplenomegalia em jovem Panará, 1978. (foto: acervo Projeto Xingu EPM/UNIFESP)

A pesquisa de anticorpos contra o plasmódio foi positiva em 70 indivíduos (88,6%) sendo que em 65 (93%) o título foi superior a 1/500.

Para avaliar o comportamento da malária entre os Panará, novos inquéritos foram realizados nos anos de 1991 e 1998, com base no exame físico e reações sorológicas. Em janeiro de 1991, foram examinados 48 indivíduos, sendo que todos

havia participado do inquérito de 1975. O baço foi palpável em 26 dos examinados (54%), não ultrapassando os níveis 1 e 2 da classificação de esplenomegalia de Hackett⁽⁷⁵⁾. No inquérito de 1998, os Panará haviam deixado o PIX para se fixarem na aldeia Nãs'potiti, no sul do Pará, tendo sido examinados 76 indivíduos, dos quais 36 (47%) haviam participado dos dois inquéritos anteriores. Foi constatado que o baço não era palpável em nenhum dos examinados.

Nos dois inquéritos posteriores a 1975, foi feita a dosagem de anticorpos IgG antiformas eritrocitárias de *P. falciparum*. Todas reações foram positivas em 1991, 61,8% das reações foram positivas em 1998, havendo nítida redução no título com o passar dos anos, mostrando a diminuição da importância da transmissão malárica entre os Panará, permanecendo, entretanto, a necessidade de dar continuidade às medidas de controle.

Tuberculose

A teoria mais aceita para explicar a ocorrência de tuberculose em humanos está relacionada à domesticação do gado bovino, o que teria ocorrido há 8000 anos com o objetivo de consumir sua carne e leite^(76,77).

As grandes epidemias de tuberculose entre os indígenas americanos que se sucederam à intensificação de seu contato com os colonizadores europeus indicam sua grande vulnerabilidade para a doença. Cabe assinalar que os achados arqueológicos de restos mumificados com lesões tuberculosas, especialmente em ossos e pulmões, restringem-se às regiões andinas e desérticas da América Espanhola, nunca tendo sido encontrados na Amazônia⁽⁷⁷⁾

Nutels descreve os primeiros achados de tuberculose em indígenas do PIX em 1960, ocasião em que submeteu à prova tuberculínica um grupo recém contatado de 42 Suiá, tendo encontrado sete reatores fortes e um reator fraco, estimando a taxa de infecção em 19%. No mesmo ano, encontrou taxas de infecção de 3,2% entre os Kayabi e 5,3% entre os Meinaco, que haviam permanecido alguns meses em São Paulo⁽⁷⁸⁾.

O mesmo autor, em 1967, realizou inquérito tuberculínico em 13 etnias do PIX com reatores fortes em sete, sendo as maiores taxas as encontradas entre os Kayapó Metuktire (28,9%) e os Suiá (29,9%).

Por ocasião do primeiro exame dos 79 Panará removidos para o PIX em 1975, realizado por equipes médicas da EPM e da Unidade Aérea Especial do Ministério da Saúde - UAE, alguns dos examinados apresentavam alteração à ausculta pulmonar mas a pesquisa de BAAR no escarro foi negativa e não eram reatores ao PPD, sugerindo que a doença ainda não existia entre eles. Todos receberam a vacina BCG intradérmica na ocasião⁽²⁾.

Os dois primeiros casos de tuberculose diagnosticados e tratados entre os Panará, no Xingu, datam de 1976 e 1977. Vale lembrar que eles haviam morado com os dois grupos do PIX nos quais Nutels havia encontrado as maiores taxas de infecção: a aldeia Kretire dos Kayapó Metuktire, em maio de 1975, e a aldeia Ricô dos Kisêdjê (Suiá) no final do mesmo ano. Esses fatos sustentam a hipótese que a tuberculose foi introduzida entre os Panará após sua mudança para o Xingu.

Durante o período xinguano surgiram vários casos de tuberculose entre os Panará, que foram sendo diagnosticados e tratados pelas equipes do Projeto Xingu/EPM ao longo dos anos. Aqui vale ressaltar a dificuldade para o diagnóstico de tuberculose nas aldeias indígenas, nas quais é frequente a presença de sintomáticos

respiratórios, em parte associada ao hábito do tabagismo e a surtos de influenza. A duração da tosse (entre duas e três semanas) que leva à suspeita de tuberculose é difícil de precisar, tendo em vista que os indígenas não contam o tempo em dias, como nós o fazemos.

Outro fator de importância, levantado inicialmente por Noel Nutels⁽⁷⁸⁾ e corroborado pela experiência da EPM no Xingu, é que os indígenas têm como característica serem paucibacilíferos, fato que associado às dificuldades inerentes ao trabalho de campo dificulta o achado do bacilo da tuberculose em pesquisas no escarro, tornando a radiografia torácica, nem sempre possível de ser realizada, exame de suma importância para o diagnóstico. A Abreugrafia, amplamente utilizada pelo Serviço de Controle de Tuberculose de Nutels e seus seguidores, ao cair em desuso, contribuiu para a dificuldade diagnóstica em áreas isoladas.

No PIX de 1975 a 1995 foram diagnosticados e tratados 23 casos de tuberculose enquanto em Nãs'potiti, de 1996 a 2006, foram diagnosticados e tratados mais 19 casos, totalizando 42 casos entre 1975 e 2006. O quadro 11 mostra a distribuição, por grupo etário, dos casos de tuberculose diagnosticados em cada um dos períodos considerados. Dos 42 pacientes arrolados nos dois períodos, o xinguano e Nãs'potiti, quatro apresentaram recidiva em intervalos que variaram de 4 a 11 anos. Dos casos diagnosticados, 36 (85,7%) apresentaram a forma pulmonar da doença, 4 a ganglionar, uma intestinal, uma óssea e uma meníngea. Dos 66 óbitos registrados entre os Panará, no período de 1975 a 2006 a tuberculose foi a causa principal em 3 casos (4,5%): dois em indivíduos idosos e 1 em uma mulher de 21 anos de idade⁽⁶⁴⁾.

Quadro 11. Distribuição dos casos de tuberculose em indígenas Panará, por grupo etário, diagnosticados de 1975 a 2006, Brasil.

Grupo Etário (anos)	1975 – 1995 (Período xinguano)		1996 – 2006 Nãs'potiti		Total	
	< 10	8	35%	7	37%	15
10 a 20	2	9%	3	16%	5	12%
21 a 30	3	13%	3	16%	6	14%
31 a 40	7	30%	1	5%	8	19%
> 40	3	13%	5	25%	8	19%
Total	23	100%	19	100%	42	100%

Fonte: base de dados do Projeto Xingu, EPM/UNIFESP.

Mudanças do modo de viver e doenças de pele: o caso da Escabiose

Os Panará viviam em várias aldeias e em acampamentos temporários distribuídos na mata densa que caracterizava seu território tradicional. Seus hábitos higiênicos podem ser considerados precários, quando vistos à luz da cultura ocidental. É comum ver restos de alimentos espalhados no interior e entorno das casas, animais de estimação como quatis, macacos, pequenos porcos do mato e aves convivem no interior das residências sem o menor constrangimento. Escarram no chão normalmente e defecam no mato próximo à suas residências. Em seu estilo de vida anterior ao contato viviam nus, dormiam no chão sobre folhas da bananeira brava (*Canna latifolia*).

O fato de não usarem roupas e o hábito de banhos frequentes em igarapés, possivelmente eram fatores protetores para as doenças de pele. Quando do primeiro exame médico em 1975, no Diauarum (PIX) apenas quatro indivíduos apresentavam lesões de pele concêntricas e descamativas, diagnosticadas como *Tinha imbricata* ou

Tokelau, tendo como agente etiológico o *Trichophyton concentricum*, um fungo dermatófito⁽²⁾.

Após o contato e a convivência com representantes de nossa sociedade e com indígenas xinguanos passaram a usar algumas peças de roupas, dormir em redes ou em estrados de madeira cobertos com panos como os Kayapó Metuktyre. Moravam todos numa mesma aldeia com poucas opções de mudança de local, dada a exiguidade do território disponível no PIX e ao ecossistema diferente daquele da região do Peixoto de Azevedo, que dominavam com grande sabedoria.

Quando conseguiam uma camiseta, um calção, calça ou cobertor, usavam-nas diariamente. Não tinham o hábito de lavar suas roupas e nem acesso a produtos industrializados como sabão, sabonetes e outros produtos de higiene. Essas alterações na forma tradicional de vestir, dormir e morar levaram, ao longo do tempo, ao aparecimento de numerosos casos de doenças de pele, especialmente piodermites e escabiose.

Uma situação emblemática do que ocorrido com a mudança dos modos de viver foi documentada em 1994, quando os Panará moravam na aldeia do rio Maritsawá-Missu. Numa das visitas da equipe médica do Projeto Xingu para imunização e assistência, foi constatado que 91,7% dos os 168 habitantes estavam com escabiose disseminada por todo o corpo, alguns com lesões infectadas, especialmente as crianças, causando grande incômodo. Referiam não conseguir dormir por causa da coceira intensa que sentiam, especialmente durante a noite. As crianças menores, principalmente aquelas em aleitamento materno, apresentavam lesões extensas, muitas vezes infectadas, com risco de complicações importantes. Diante do quadro epidemiológico verificado, foi desencadeada uma grande operação

de tratamento coletivo da escabiose e de informação para a comunidade a respeito da transmissão da ectoparasitose para que pudessem evitar epidemias futuras⁽⁷⁹⁾.

O quadro 12 mostra a distribuição dos casos de escabiose diagnosticados associados ou não à piодermite.

Quadro 12. Distribuição dos casos de escabiose e escabiose com piодermite, diagnosticados entre os indígenas Panará, Parque Indígena do Xingu, 1994.

Idade (anos)	Escabiose		Escabiose e piодermite		Total	
	N	%	N	%	N	%
< 1	2	50	2	50	4	100
1 – 4	19	63,3	11	36,7	30	100
5 – 14	73	98,6	1	1,6	74	100
> 15	60	100	-	-	60	100
Total	154	91,7	14	8,3	168*	100

*População total residente na aldeia

Fonte: Lofredo et al, 2001.

O câncer do colo uterino e suas lesões precursoras entre as mulheres Panará.

Os primeiros registros da presença de doenças sexualmente transmissíveis e de infecção pelo Papilomavírus humano no PIX são da década de 1990, por ocasião da realização de um rastreamento em 423 mulheres de 15 etnias, incluindo 38 mulheres Panará. O rastreamento foi realizado com grande participação e apoio das comunidades, preocupadas com o aparecimento de doenças de transmissão sexual, antes desconhecidas por todos⁽⁸⁰⁾.

Como antecedentes, as equipes de saúde haviam atendido a surtos de gonorreia em duas etnias, que tiveram início após a relação de homens indígenas com prostitutas nas cidades do entorno do PIX¹⁰.

Durante o rastreamento, realizado por equipes multiprofissionais de saúde ligadas ao Projeto Xingu, verificou-se a elevada ocorrência de vaginites e cervicites, que foram tratadas de imediato, quando a etiologia era clinicamente evidente. A impressão clínica inicial de alta prevalência de infecções cérvico-vaginais nas mulheres indígenas do PIX ficou evidente com os resultados citológicos. Na ocasião, somente 12% das mulheres apresentavam flora vaginal normal, sendo de 84% a prevalência de atipias celulares inflamatórias. Em 2% das mulheres foi encontrada a infecção pelo HPV.

A maior ocorrência de lesões precursoras e de câncer do colo uterino em mulheres de populações nativas, tem sido demonstrada em estudos que relacionam esses achados a fatores de risco bastante conhecidos e presentes entre a maioria dos grupos indígenas como: o início da atividade sexual das meninas logo após a menarca, maior número de parceiros sexuais (em várias etnias, incluindo os Panará, são comuns casamentos poligâmicos/poligênicos) e o grande número de filhos por família, fundamental na economia das famílias indígenas, razão da multiparidade frequentemente documentada entre as mulheres indígenas⁽⁸¹⁻⁸³⁾. Como agravante é comum que essas populações vivam em lugares isolados, onde é difícil o acesso a programas de controle da doença.⁽⁸⁴⁻⁸⁹⁾

¹⁰Entre 1980 e 1995, pelos menos nove municípios foram criados no entorno do PIX em consequência à exploração de madeira e à pecuária extensiva. A maior facilidade de acesso a esses municípios e fazendas intensificaram rapidamente as relações entre indígenas xinguano e a sociedade envolvente.

Novos rastreamentos das lesões por meio da citologia oncótica do colo uterino foram realizados junto às mulheres Panará em três oportunidades: 1994, no Parque Indígena do Xingu, 1998 e 2006 em Nãs'potiti.

Nas duas primeiras abordagens (1994 e 1998) foram examinadas, respectivamente, 91% e 89% das mulheres com vida sexual ativa tendo sido encontradas exclusivamente lesões inflamatórias leves (NIC I, II ou Classes I e II de Papanicolaou). Nenhuma lesão sugestiva de infecção do colo uterino pelo HPV foi encontrada.

Em julho de 2006 os exames ginecológicos foram realizados na aldeia Nãs'potiti, com ajuda de um agente indígena de saúde bilíngue, falante de português e Panará, fundamental na organização do trabalho e no diálogo com as mulheres, que não dominam a língua portuguesa. Após a explicação dos procedimentos e da importância do trabalho, não houve recusa de nenhuma das mulheres em fazer o exame ginecológico. Apenas duas mulheres não se encontravam na aldeia na ocasião do exame. Foram examinadas 84 (97,4%) mulheres maiores de 12 anos de idade com vida sexual ativa. A idade das mulheres variou de 12 a 66 anos, com média 31,1 anos e mediana 26,5 anos.

Foram encontradas atipias celulares em nove mulheres (10,7%). Destas, três (33,3%) apresentaram ASC-US, duas (22,2%) apresentaram lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL) e outras duas (22,2%) lesão intraepitelial de alto grau (HSIL). Duas mulheres (22,2%) apresentaram atipias de células glandulares (AGC) e atipias de células escamosas respectivamente. Nestas não foi possível excluir lesão de alto grau (ASC-H). A infecção pelo HPV de alto risco identificada pela captura híbrida foi encontrada em 24 mulheres (28,6%). Em 16 mulheres (21,3%) com CH II positiva, a citologia mostrou-se negativa como mostra o quadro 13.

Das nove mulheres que apresentaram atipias citológicas, oito realizaram exame colposcópico, que se mostrou alterado em seis mulheres, todas submetidas à biópsia. Em três mulheres o resultado anatomopatológico foi cervicite crônica, em duas neoplasia intraepitelial grau I (NIC I) e em uma NIC III, esta tratada por cirurgia com ondas de radio frequência (Coraf).

Quadro 13. Distribuição dos diagnósticos de citologia relacionados ao resultado de Captura Híbrida II (CH II), aldeia Nãs'potiti (PA), 2006.

Diagnóstico	CH II +	CH II -	Total
	N (%)	N (%)	N (%)
Normal	16 (21,3)	59 (78,7)	75 (100)
ASC-US	2 (66,7)	1 (33,3)	3 (100)
LSIL	2 (2,4)	-	2 (100)
ASC-H	1 (1,2)	-	1 (100)
HSIL	2 (2,4)	-	2 (100)
AGC	1 (1,2)	-	1 (100)
Total	24 (28,6)	60 (71,4)	84 (100)

Fonte: base de dados do Projeto Xingu, EPM/UNIFESP

Dos 24 resultados positivos para HPV, dez (41,6%) foram positivos para os tipos de altíssimo risco (16, 18 e 45) e 14 (58,3%) foram positivos para os outros tipos de HPV de alto risco. Das nove mulheres que apresentaram atipias celulares ao exame citopatológico, oito tiveram resultados positivos para a infecção pelo HPV, sendo quatro para um ou mais de um dos tipos 16, 18 e 45 e quatro para outros tipos de HPV. Um caso de ASC-US teve o resultado da CH II negativo, provavelmente por se tratar de processo reativo, comprovadamente não HPV induzido (quadro 14). Na avaliação da carga viral, foi verificado que em 75 casos (89,3%) a carga viral foi baixa, cinco casos (6,0%) apresentaram alta carga viral e em quatro casos (4,7%) a carga viral foi intermediária.

Quadro 14. Distribuição dos diagnósticos de citologia e sua relação com os testes de infecção pelo HPV de altíssimo (16/18/45) e alto risco, aldeia Nãs'potiti (PA), 2006.

Diagnósticos Citologia	Número de amostras positivas			Total
	HPV 16/18/45	Outro HPV +	HPV -	
Normal	6 (8,0)	10 (13,3)	59 (78,7)	75 (100)
ASC-US	-	2 (6,7)	1 (33,3)	3 (100)
LSIL	2 (100)	-	-	2 (100)
ASC-H	-	1 (100,0)	-	1 (100)
HSIL	2 (100)	-	-	2 (100)
AGC	-	1 (100,0)	-	1 (100)
Total	10 (11,9)	14 (16,7)	60 (71,4)	84 (100)

Fonte: base de dados do Projeto Xingu/EPM.

A idade média das mulheres com exame positivo para qualquer tipo de HPV foi de 25,6 anos e das mulheres positivas para tipos de HPV de altíssimo risco foi de 20,8 anos. A prevalência de infecção latente foi de 16 casos (19%) e infecção subclínica 9 casos (10,7%). Nas mulheres com menos de 30 anos foi encontrada a maior prevalência das atipias citológicas com todos os tipos de HPV, de alto e altíssimo risco. Nas atipias citológicas LSIL e HSIL os resultados foram compatíveis com a presença do HPV 16/18/45; naquelas acima de 30 anos a citologia HSIL foi compatível com o HPV de altíssimo risco (quadro 15).

Quadro 15. Distribuição dos resultados das citologias e CH II segundo faixa etária, Aldeia Nãs'potiti (PA), 2006.

Citologia*	Nº exames	HPV 16/18/45	Outro HPV +
Idade < 30			
Normal	41	6 (12.8%)	7 (14.9%)
ASC-US	3	-	2 (4.2%)
LSIL	2	2 (4.2%)	-
ASC-H	-	-	-
HSIL	1	1 (2.1%)	-
AGC	-	-	-
Total	47	9 (19.1%)	9 (19.1%)
Idade >= 30			
Normal	34	-	3 (8.1%)
ASC-US	-	-	-
LSIL	-	-	-
ASC-H	1	-	1 (2.7%)
HSIL	1	1 (2,7%)	-
AGC	1	-	1 (2.7%)
Total	37	1 (2.7%)	5 (13.5%)

Fonte: base de dados do Projeto Xingu, EPM/UNIFESP

A prevalência da infecção pelo HPV foi maior nas mulheres jovens (12-19 anos) por meio das duas técnicas biomoleculares diagnósticas, para todos os tipos de alto risco com decréscimo nas outras idades; houve pico naquelas de idade 40-49 anos. Na faixa etária de 20-29 anos foi mais prevalente a presença de outros tipos de HPV.

Mudança no modo de viver doenças advindas da intensificação das relações de contato: obesidade, dislipidemias, diabetes mellitus e doenças cardiovasculares.

A obesidade e o sobrepeso são, nos dias atuais, grandes preocupações da saúde pública e ocorre tanto em países desenvolvidos como em regiões com menor aporte econômico, onde ocorrem rápidos processos de urbanização^(90,91). Dietas pobres em fibras, ricas em açúcares e gorduras, associadas à pouca atividade física têm sido considerados os principais fatores no aumento da obesidade e do sobrepeso no planeta. A obesidade, por sua vez, está associada ao diabetes, doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, colecistopatias e dislipidemias⁽⁹²⁻⁹³⁾.

No Brasil, a maioria dos estudos epidemiológicos com povos indígenas realizados até 2000 não apontavam a obesidade, o diabetes, a hipertensão e doenças cardiovasculares como problemas relevantes de saúde, embora relatos isolados alertassem para sua emergência⁽⁹⁴⁾. Em anos recentes estudos com algumas etnias passaram a registrar a ocorrência de obesidade, diabetes e hipertensão arterial em algumas populações como os Xavante, os Bororo, os povos do Xingu, os Suruí de Rondônia, e os Gavião-Parakajeté entre outros⁽⁹⁵⁻¹⁰¹⁾.

A ocidentalização da dieta é visível entre os Panará. A alimentação tradicional, de forma acelerada, vem sendo substituída por produtos industrializados. Açúcar industrializado, sal de cozinha, arroz, macarrão, biscoitos doces e refrigerantes são facilmente encontrados no interior das casas em Nãs'potiti.

No estudo de campo foram avaliados parâmetros antropométricos e metabólicos de 93 (95,8%) Panará maiores de 20 anos de idade de ambos os sexos (quadro 16).

Quadro 16. Número e porcentagem de indígenas Panará maiores de 20 anos segundo sexo e faixa etária, Aldeia Nãs'potiti (PA), 2006.

Faixa etária	Sexo		Total (%)
	Masculino (%)	Feminino (%)	
20 a 29 anos	17 (39,5)	21 (42,0)	38 (40,9)
30 a 39 anos	9 (20,9)	12 (24,0)	21 (22,6)
40 a 49 anos	8 (18,6)	10 (20,0)	18 (19,3)
50 a 59 anos	8 (18,6)	3 (6,0)	11 (11,8)
60 anos ou mais	1 (2,4)	4 (8,0)	5 (5,4)
Total	43 (100)	50 (100)	93 (100)

Fonte: base de dados do Projeto Xingu, EPM/UNIFESP

Verificou-se que, de acordo com o índice de massa corporal (IMC), 37% dos Panará maiores de 20 anos de idade tinham algum grau de excesso de peso, sendo essa distribuição semelhante entre homens e mulheres.

A porcentagem de obesidade abdominal, avaliada pelo perímetro da cintura (PC), foi maior em mulheres, com valores sempre superiores a 80 cm, em todas as faixas de idade. Entre os homens, valores alterados de PC (PC superiores a 94 cm) só foram registrados na faixa etária acima dos 50 anos. A maior obesidade abdominal observada nas mulheres foi estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

Foram encontrados 56,7% de indígenas Panará maiores de 20 anos de idade com algum tipo de dislipidemia, sendo que 14,4% apresentaram hipercolesterolemia, 43,3% tinham níveis baixos de HDL colesterol, e 13,3% apresentaram hipertrigliceridemia. As alterações dos lipídios séricos foram maiores entre os homens.

A maioria dos examinados (94,6%) apresentaram níveis glicêmicos normais e 5,4% apresentaram glicemia de jejum alterada (valores entre 100 e 125 mg/dl). Nenhum caso de diabetes foi encontrado (quadros 17 e 18).

Quadro 17. Valores médios de variáveis metabólicas e antropométricas de indígenas Panará maiores de 20 anos de idade, segundo o sexo, aldeia Nãs'potiti (PA), 2006.

Variável	Sexo		Teste t de <i>Student</i> (valor de p)
	Masculino	Feminino	
Índice de massa corporal (kg/m ²)	24,7 (3,1)	23,7 (3,4)	0,091
Circunferência da cintura (cm)	86,9 (8,4)	86,5 (7,6)	0,406
Pressão arterial diastólica (mmHg)	72,7 (9,1)	64,8 (7,3)	< 0,001
Pressão arterial sistólica (mmHg)	120,7 (13,3)	112,1 (12,1)	0,001
Colesterol total (mg/dL)	157,4 (29,1)	170,5 (38,5)	0,039
Triglicérides (mg/dL)	110,2 (58,2)	103,1 (65,7)	0,296
HDL colesterol (mg/dL)	36,4 (10,0)	50,2 (12,7)	< 0,001
LDL colesterol (mg/dL)	99,1 (22,2)	98,9 (28,7)	0,487
Glicemia de jejum (mg/dL)	86,8 (9,0)	82,3 (9,5)	0,022

Fonte de dados brutos: Projeto Xingu, EPM/UNIFESP

Quadro 18. Porcentagem de indígenas Panará maiores de 20 anos de idade, segundo sexo e presença de alterações metabólicas, aldeia Nãs'potiti (PA), 2006.

Variável	Sexo		p
	Masculino	Feminino	
Excesso de peso**	18 (43,9)	12 (30,0)	0,193
Obesidade central	10 (25,0)	34 (87,2)	< 0,001
Pré hipertensão	5 (19,2)	-	0,005
Hipertensão	4 (15,4)	2 (5,3)	
Intolerância à glicose	3 (10,0)	1 (2,3)	0,149
Dislipidemia	33 (80,5)	18 (36,7)	< 0,001

Fonte: Dados brutos Projeto Xingu, EPM/UNIFESP

** Sobre peso ou obesidade

A medida da pressão arterial foi normal em 82,8% dos examinados, enquanto 9,4% apresentaram hipertensão arterial e 7,8% apresentaram pré-hipertensão. As alterações dos níveis pressóricos foram maiores entre os homens, quando comparados às mulheres. Em ambos os sexos os níveis pressóricos permaneceram estáveis com o aumento da idade ($p>0,05$).

As médias das medidas de obesidade (IMC) e pressão arterial, quando comparadas àquelas registradas por ocasião da chegada dos Panará ao PIX em 1975 e aos resultados obtidos em 1986 pelo projeto INTERSALT ^(102,103) não apresentam diferenças significativas (quadro 18). Entretanto, a presença de obesidade central e de casos de hipertensão arterial sugerem que os Panará estão experimentando a emergência das doenças crônicas não transmissíveis, à semelhança do que vem ocorrendo em outros grupos indígenas nas Américas e no Brasil ⁽¹⁰⁴⁻¹⁰⁷⁾.

Quadro 19. Médias das medidas da pressão arterial e índice de massa corporal entre os Panará maiores de 20 anos de idade, em 3 períodos: 1975, 1988 e 2006.

	PAS média	PAD média	IMC médio
	mmHg	mmHg	Kg/m ²
1975	103,7	64,7	23,0
1988	99,8	62,2	
2006	116,4	68,7	24,2

Fonte de dados brutos: Projeto Xingu, EPM/UNIFESP

Esse conjunto de afecções (acrescida da introdução recente de bebidas alcoólicas, que não foi abordada neste trabalho) compõe o atual perfil epidemiológico dos Panará, e configuram a transição epidemiológica pela qual estão passando,

resultado das rápidas mudanças no modo de vida decorrentes da quebra de seu isolamento e do contato cada vez mais intenso com nossa sociedade.

5. Discussão e Considerações

5.1 Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato

A reflexão sobre a trajetória do Povo Panará e os desdobramentos de seu contato com a sociedade envolvente, em seus diferentes períodos, nos remete a uma grande questão:

Seria esse um caminho inexorável a ser seguido pelos povos indígenas de contato recente e pelos grupos que ainda permanecem isolados, quando da quebra inevitável de seu estado de isolamento?

Esse questionamento relaciona-se ao fato, para muitos surpreendente, que em pleno século XXI, estão identificados, no Brasil, 18 grupos indígenas os quais, por motivos que ainda desconhecemos, decidiram permanecer isolados, sobrevivendo em regiões remotas, independentes da sociedade industrial capitalista. A eles somam-se outros 17 grupos considerados de recente contato ⁽¹⁰⁸⁾.

A partir do início do século XX, quando o Estado brasileiro assume de forma mais efetiva a formulação e execução da política indigenista, a principal estratégia de proteção dos povos indígenas remanescentes ao processo de colonização, era fazer sua atração, contato e “pacificação” com o intuito de integrá-los à sociedade nacional.

Entretanto, ao longo da história da formação do território brasileiro, o contato entre índios e colonizadores teve consequências desastrosas para os primeiros:

usurpação de seus territórios tradicionais, grandes e rápidas mudanças em sua organização social e no modo de viver, que levaram a alterações profundas no processo saúde-doença tendo como desfecho recorrente a morte.

É muito recente a mudança de paradigma no trato com indígenas isolados na política indigenista brasileira. A avaliação dos efeitos deletérios do contato forçado entre esses grupos indígenas e a sociedade nacional suscitou um movimento capitaneado por sertanistas¹¹, indigenistas, ONGs e FUNAI, convertendo a ação do contato para o não-contato que culminou com a criação, na FUNAI, das Frentes de Proteção Etnoambiental (FPE)⁽¹⁰⁹⁾, ligadas a uma Coordenadoria Geral de Índios Isolados e de Recente Contatados (CGIIRC)¹².

A CGIIRC trabalha com uma metodologia de acúmulo e qualificação de informações a respeito de índios isolados que é dividida em quatro categorias que vão desde a informação sobre a existência de índios isolados em determinada região, que pode ser fornecida por qualquer pessoa, até a confirmação da existência de um determinado grupo indígena, sua localização e a interdição do território com a finalidade de protegê-lo. O sistema de proteção a índios isolados da FUNAI trabalha com as seguintes categorias:

1. **Informação sobre índio isolado:** é todo e qualquer relato sobre a possível existência de índio ou grupo indígena isolado numa determinada região do território nacional;
2. **Referência sobre presença de índio isolado:** trata-se de um conjunto de

¹¹ Nos anos 1960, na FUNAI, foi criado o cargo de sertanista, reunindo servidores que realizavam atrações de povos indígenas e tinham diversas origens funcionais. Atualmente, o cargo é regulamentado através da Portaria FUNAI 3628/87 (06/11/1987).

¹² As frentes de Proteção Etno-Ambiental foram criadas pela portaria FUNAI Nº 290/2000. A Coordenadoria Geral de Índios Isolados e de recente contato foi criada pela reforma administrativa da FUNAI em 2012

informações sobre a existência de índio ou grupo indígena isolado devidamente qualificado pela CGIIRC e referendado pelo Comitê. Por conjunto de informações compreende-se todo tipo de relato sobre presença de indígenas ou de objetos de seu uso, de malocas, conflitos, saques e vestígios diversos que caracterizem ocupação de local por indígena além de documentos administrativos, informações bibliográficas, cartográficas, entre outros relatos ou registros que comprovem a existência de índios isolados. Somente o trabalho realizado em campo por uma equipe técnica da CGIIRC poderá comprovar ou refutar a existência de índio ou grupo indígena.

3. **Referência de Índio Isolado confirmada:** quando o trabalho de campo da equipe especializada da CGIIRC comprova a existência de índio ou de grupo indígena isolado e determina sua localização geográfica. A partir desse ponto, caso a região não seja uma Terra Indígena (TI) devidamente identificada, os procedimentos de regularização do território (interdição e demarcação como TI).
4. **Referência de Índio Isolado refutada:** quando a equipe especializada da CGIIRC não constata, no trabalho de campo, a existência de índio ou grupo indígena isolado a partir das informações recebidas.

Utilizando essa metodologia a FUNAI contabilizou 96 informações, em 2012, sobre índios isolados dos quais 18 são referências confirmadas, 14 referências permanecem em estudo, 24 informações foram refutadas, restando 40 a serem investigadas.

Se a categoria índio isolado é mais fácil de ser definida, o mesmo não ocorre com a categoria “índios de recente contato”. O termo “recente contato” nos remete a

uma ideia enganosa de temporalidade. Entretanto, essa caracterização é mais complexa pois refere-se à assimetria da relação intercultural que se estabelece a partir do contato. Assim, povos indígenas de recente contato são tanto aqueles que mantêm um contato recente com segmentos da sociedade nacional, como grupos indígenas com reduzida compreensão dos códigos e valores das sociedades nacionais majoritárias para fazer frente à situações de vulnerabilidade que ameaçam sua integridade física e sócio-cultural, como é o caso dos Panará⁽¹¹⁰⁾.

Não há nada sistematizado sobre o monitoramento e vigilância das questões de saúde desses grupos, embora as referências confirmadas de grupos isolados e de recente contato encontram-se em Terras Indígenas e conseqüentemente na área de abrangência de algum dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas que compõe o subsistema de saúde indígena, formato atual de atenção à saúde dos povos indígenas no contexto do Sistema Único de Saúde. Não existem metodologias e tecnologias claras para os cuidados de saúde desses Povos. Existem algumas experiências incipientes em andamento, como entre os Zo'é, no Pará, mas que se revelam extremamente frágeis quando se considera o despreparo e a precária formação dos profissionais que atuam em campo. Este é um tema bastante complexo que deve ser desvendado e desenvolvido em outros espaços, de preferência com a participação de especialistas de várias áreas das ciências sociais, saúde e de outros povos que passaram por situação semelhante.

5.2 Estratégias de Enfrentamento

O processo saúde-doença entre os Panará após o contato com a sociedade nacional e seus prováveis desdobramentos no âmbito da saúde, sustentabilidade e

sobrevivência serão objeto desta discussão, assim como a reflexão sobre as estratégias a serem desenvolvidas junto a outros povos em situações semelhantes.

A alta mortalidade observada durante o contato com os Panará, entre os anos 1970 e 1980, aconteceu com outros grupos contatados na mesma época. Para citar alguns exemplos, os Xikrin do rio Catete, no Pará, tiveram sua população reduzida à metade entre 1962 e 1963⁽¹¹¹⁾. Dos 800 Suruí existentes em Rondônia, em 1980, na época do contato, 600 haviam morrido em 1986⁽¹⁰⁷⁾. Os Waimiri-Atroari forçados ao contato para a abertura da rodovia BR 174 (Manaus – Boa Vista), foram reduzidos de cerca de 3000 para apenas 500 indivíduos⁽¹¹³⁾ e os Cinta Larga de Rondônia tiveram sua população reduzida de mais de 5000 nos anos 1960 para cerca de 1000 indivíduos nos primeiros anos após o contato oficial⁽¹¹⁴⁾.

As principais causas de morbimortalidade seguem uma trajetória que se inicia, além de frequentes atos de violência, pelas epidemias de doenças infecciosas entre as quais destacam-se as de etiologia viral. Estudos soro-epidemiológicos realizados nas décadas de 1970 e 1980 evidenciaram a alta vulnerabilidade dos grupos isolados a doenças virais comuns como a gripe, o sarampo e a varicela, sugerindo que sua vulnerabilidade não se deve a deficiências no funcionamento do sistema imunológico e sim por constituírem populações susceptíveis, de pouca variabilidade genética, situação ideal para que as epidemias ocorram de forma explosiva, com altíssima mortalidade^(115,116).

Além dos efeitos da própria patologia, quando o grupo todo adoce há uma quebra brusca na economia de subsistência, agravando a situação. Fome e sede se instalam rapidamente quando todos ficam imobilizados pela doença ao mesmo tempo, sem poder colher e processar os produtos das roças, sem poder caçar, pescar, coletar

ou mesmo buscar água para beber. Instala-se uma situação de calamidade e de medo:
- o que está acontecendo conosco? Por que isso está acontecendo?

A busca por explicações, entre os Panará, levavam à suspeita que as epidemias eram provenientes de feitiços, o que provocou pelo menos mais 11 mortes, agora por homicídio, de pessoas acusadas de feitiçaria⁽³⁾. Entre estes acusados muitos eram pajés, pois estes detinham o conhecimento e a proximidade com o sobrenatural. Em situações de graves epidemias, em geral, e entre Panará não foi diferente, o tecido social sofre um esgarçamento capaz de romper a organização social com repercussões imprevisíveis para a sobrevivência enquanto Povo Indígena.

A ausência de anticorpos contra influenza entre os Panará e seu aumento nos anos que se seguiram ao contato são evidências de como o grupo estava à mercê das epidemias. A imunização adequada, desde os dois primeiros anos que se seguiram ao contato demonstrou ser uma importante estratégia de proteção e evitou que epidemias por doenças imunopreveníveis atingissem os Panará, provando sua competência imunológica.

Os primeiros casos de tuberculose, outra importante causa de adoecimento e morte em grupos indígenas recém contatados, surgem, na maioria das vezes, após os primeiros anos de contato e estão associados, além da vulnerabilidade já abordada, ao acesso desses grupos a serviços de saúde adequados. A falta de diagnóstico precoce, tratamento adequado e controle da transmissão da tuberculose facilitam sua propagação em níveis epidêmicos com alta mortalidade, como ocorreu, por exemplo, entre os Suruí de Rondônia nos anos de 1980⁽¹¹⁷⁾.

Entre os Panará, é possível pensar que o contágio pelo bacilo da tuberculose tenha ocorrido após a transferência do grupo para o PIX, hipótese corroborada pelo fato de que foram colocados a conviver com os dois grupos nos quais Noel Nutels

havia documentado a maior prevalência da doença: os Kayapó (Txukarramãe) e os Suiá (Kisêdjê) ⁽⁶⁷⁾. O acompanhamento sistemático por equipes de saúde foi fundamental para o controle da doença e sua baixa mortalidade entre os Panará.

Durante os anos que se seguiram ao contato, as equipes da EPM realizaram sucessivas ações de busca ativa de sintomáticos respiratórios, exames clínicos, de escarro e radiológicos na área indígena, evitando remoções com fins diagnósticos para centros maiores, sempre difíceis e pouco resolutivas⁽⁶⁸⁾. Com o auxílio de agentes indígenas de saúde treinados especialmente para essas ações, todos os sintomáticos respiratórios eram examinados, o que por vezes implicava no exame de todos os moradores de uma comunidade, devido às altas taxas de infecções respiratórias agudas além de serem, em sua maioria, tabagistas.

Se as estratégias de enfrentamento e controle de doenças transmissíveis podem ser de manejo relativamente simples para uma equipe de saúde capacitada, mais complexa é a abordagem dos problemas e necessidades de saúde decorrentes das mudanças no estilo de vida dos povos indígenas em função de seu contato com a sociedade envolvente. Trabalhos com populações indígenas das Américas, em especial no Canadá e Estados Unidos demonstram a emergência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como a obesidade, hipertensão arterial e diabetes mellitus do tipo 2 em populações indígenas ao longo dos anos, em alguns casos com prevalências maiores do que as das doenças infecciosas e parasitárias⁽¹¹⁸⁻¹²⁰⁾. No Brasil os estudos em algumas etnias apontam para quadros epidemiológicos semelhantes. O tempo em que se estabelece esse quadro depende da intensidade do contato e consequentes mudanças no estilo de vida e na dieta tradicional, indicando a importância da manutenção de políticas que possibilitem aos grupos indígenas manterem sua forma tradicional de viver, e especialmente seus territórios. ^(100,121-124)

A mudança para Nãs'potiti, significou a troca da relativa segurança do Parque Indígena do Xingu por uma área vulnerável, aberta junto à uma das fronteiras de expansão econômica da Amazônia. Essa decisão acarretava sérios riscos, que os Panará decidiram enfrentar. Além do desafio de morarem próximos a outras cidades, vizinhos de madeireiros e outras frentes de exploração econômica, os Panará passaram por um processo de monetarização extremamente rápido. A partir de 1997, os Panará passaram a receber dinheiro, pois ganharam uma ação indenizatória que condenou o governo federal a pagar dois salários mínimos por mês a cada Panará morto entre 1973 (quando se deu o contato oficial e a interdição da área) até 1975 (quando foram transferidos para o PIX) pelo período correspondente à expectativa de vida de cada um deles, além de quatro mil salários mínimos por danos morais, acrescidos de juros e correção monetária ⁽¹²⁵⁾.

Em Nãs'potiti começa a ocorrer a intensificação do contato dos Panará com a sociedade do entorno. Visitas a fazendas vizinhas e a cidades como Guarantã do Norte e Colider tornaram-se cada vez mais frequentes. Para receber o dinheiro da ação indenizatória foi criada a Associação Yakiô. Os recursos recebidos facilitaram a introdução, cada vez maior, de usos e costumes diferentes dos tradicionais, como o maior consumo de alimentos industrializados e bebidas alcoólicas, além do contágio com agentes de doenças sexualmente transmissíveis, adquiridas pelos homens Panará em suas incursões aos bordéis nas cidades próximas. Em 2007, por exemplo, um acidente de automóvel na estrada que liga Guarantã do Norte a Peixoto de Azevedo, vitimou o motorista Panará, que estava alcoolizado, e hoje é tetraplégico. A vulnerabilidade social aumentou significativamente e novos fatores produtores de doenças foram introduzidos, desta vez relacionados com doenças crônicas não

transmissíveis e a doenças sexualmente transmissíveis, com destaque para a infecção pelo HPV.

A magnitude e o impacto das doenças crônicas não transmissíveis entre os Panará certamente estão relacionados à condução das políticas públicas que envolvem os indígenas e à precariedade dos serviços de saúde aos quais eles têm acesso, dificultando a implantação de medidas preventivas adequadas. Exemplo disso é o acesso cada vez maior dos Panará a programas governamentais de distribuição de alimentos e renda, constituindo o que Boaventura Santos caracterizou como situações em que a igualdade (no caso entre indígenas e não indígenas) descaracteriza e prejudica⁽¹²⁶⁾.

“(...)as pessoas e os grupos sociais têm o direito a ser iguais quando a diferença os inferioriza, e o direito a ser diferentes quando a igualdade os descaracteriza.”

Essas novas doenças passam a conviver com os antigos problemas, como as sucessivas epidemias de doenças respiratórias e diarreicas, parasitoses intestinais, transmissão da tuberculose e de endemias como a malária, caracterizando um percurso de morbimortalidade pós contato, que se inicia pelas doenças transmissíveis às quais se associam às doenças crônicas não transmissíveis, que por sua vez convivem com os transtornos mentais, o consumo abusivo de bebidas alcoólicas e a drogadição, estas últimas atingindo especialmente as gerações mais jovens.

O trabalho da saúde frente a esse quadro é desafiador. Até 1999, a atenção à saúde indígena era de responsabilidade da FUNAI, com ações pontuais do Ministério da Saúde no fornecimento de imunobiológicos, no controle da tuberculose e de endemias, em especial a malária. O modelo de assistência da FUNAI, era baseado no trabalho de Equipes Volantes de Saúde que se dirigiam periodicamente para as áreas

indígenas, desenvolvendo ações campanhistas e emergenciais. Durante este período a mobilidade dos povos nas áreas indígenas era mais restrita. Os municípios do entorno bem menores e o acesso muito difícil.

A partir de 1999, foi criado no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS), com o objetivo de mudar o modelo de atenção, priorizando a promoção da saúde e as especificidades culturais, epidemiológicas, territoriais e de vulnerabilidade dos diferentes povos indígenas e assim reduzir os indicadores de morbimortalidade entre estes povos, sempre piores do que o da população brasileira como um todo ^(127,128). O avanço representado pela criação do SASISUS configura-se na possibilidade de respostas significativas para a maior vulnerabilidade dos povos indígenas, de desenvolver uma política de atenção diferenciada à saúde indígena, que leve em consideração seus modos de viver, suas concepções sobre adoecimento e morte e suas formas tradicionais de cuidado, levando as ações de saúde ao interior das Terras Indígenas, favorecendo seu protagonismo e o controle social. Do ponto de vista teórico a Política Nacional de Saúde Indígena e a concepção do SASISUS é inovadora e pioneira nas Américas. Mas, infelizmente, até o presente momento, a atenção à saúde indígena tem encontrado dificuldades em mudar as suas práticas. O modelo assistencial permanece médico-centrado, campanhista e emergencial, não levando em consideração as distintas situações de contato com a sociedade envolvente ⁽⁷⁰⁾, fator decisivo na determinação do processo saúde-doença nas comunidades indígenas. A formação das pessoas, indígenas e não-indígenas, também não avançou, acirrando o preconceito e a distância entre os sujeitos que produzem saúde nos territórios indígenas.

A constatação do complexo quadro de morbimortalidade entre os Panará, construído ao longo de décadas de contato com a sociedade nacional, apresentado

neste trabalho, aponta para a necessidade de se implementar estratégias alternativas de aproximação e enfrentamento dos problemas de saúde de povos de recente contato.

Quais devem ser as estratégias de enfrentamento destes problemas do ponto de vista do cuidado e das práticas de saúde?

Um processo de aproximação e diálogo, troca de informações, fortalecimento do protagonismo indígena, envolvimento de todos os interlocutores e formação de pessoal na área da saúde é uma estratégia adotada pelo Projeto Xingu no trabalho com os povos indígenas que tem logrado repercussão importante nos indicadores de saúde dessas populações.

As respostas podem passar pelo desenvolvimento de políticas de saúde diferenciadas, que possam ser exequíveis no âmbito subsistema de saúde indígena, para os povos que se encontram em contato inicial com a sociedade nacional e planos de contingência para aqueles que permanecem em isolamento no território brasileiro, para quando ocorrer a inevitável quebra desse isolamento, tendo em vista a pressão continuada que o modelo de desenvolvimento e crescimento da economia brasileira exerce sobre seus territórios.

Referências Bibliográficas

1. Davis SH. Victims of the Miracle – Development and the Indians of Brazil. New York: Cambridge University Press, 1977.
2. Baruzzi RG; Marcopito LF; Serra MLC; Souza FAA; Stabile C. The Kreen-Akarôre: A recently contacted indigenous tribe. Ciba Foundation Symposium, 49 (new series):179-211.Elsevier/Excepta Médica, Amsterdam, 1977.
3. Heelas R. The Social Organization of Panara [tese]. University of Oxford, 1979.
4. Shwartzmann S. The Panara of the Xingu National Park: The transformation of a Society [tese]. University of Chicago, 1987.
5. Shwartzmann S. Panará, a saga dos índios gigantes. Ciência Hoje. abr 1996: p. 27-29.
6. Arnt R, Pinto LF, Pinto R. Panará, a volta dos índios gigantes. Instituto Socioambiental 1998.
7. Guidon, N. As ocupações pré-históricas do Brasil. In: Cunha MC, organizadora. História dos Índios do Brasil. São Paulo: Cia das Letras; 1992, p. 38-9.
8. Meltzer, DJ. Why don't we know when the first people came to North America. American Antiquity. 1989; 54(3):471:90.
9. Sapper, Karl (1924); Kroeber, Alfred (1934); Rosemblat (1954); Borah (1964); Dobyns (1966); Chaunu (1969); Denevan (1976); Hemming, John (1978). In: Handbook of American Indians, Smithsonian Institute.
10. Carneiro MC. Política Indigenista no Século XIX. In: Cunha MC organizadora. História dos Índios do Brasil. São Paulo: Cia das Letras; 1992, p. 133-154.

11. Mapa Etno Histórico de Curt Nimuendaju/IBGE edição fac-similar. Rio de Janeiro: IBGE [Brasília-DF]: Ministério da Educação, 2002. 94 p.
12. Gandavo, PM. Tratado da Terra do Brasil. História da Província de Santa Cruz. Belo Horizonte, Itatiaia, São Paulo, EDUSP, 1980.
13. Léry, J. Viagem à Terra do Brasil. Belo Horizonte, Itatiaia, São Paulo, EDUSP, 1980.
14. Staden H. Duas Viagens ao Brasil. Belo Horizonte, Itatiaia, São Paulo, EDUSP, 1974.
15. Thevét A. As singularidades da França Antártica. Belo Horizonte, Itatiaia, São Paulo, EDUSP, 1978.
16. Oliveira JP e Freire CAR. A presença indígena na formação do Brasil. Brasília: MEC; 2006.
17. Chronica da Companhia de Jesus do Estado do Brasil e do que obrarão seus filhos nesta parte do Novo Mundo, pello Padre Simão de Vasconcellos. Lisboa: Anno MDCLXIII, pp. 101-103
18. Gorender J. O escravismo Colonial. São Paulo: Ática, 1985 p. 490-91.
19. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasília – DF; censo 2010.
20. Pompa, C. Religião como tradução: missionários, tupi e “tapuias” no Brasil colonial. Bauru, SP: EDUSC, 2003.
21. Puntoni, P. A guerra dos bárbaros: povos indígenas e a colonização do sertão nordeste do Brasil, 1650-1720. São Paulo: Hucitec/Edusp/FAPESP, 2002.
22. Souza, M. A expressão amazonense: do colonialismo ao neocolonialismo. São Paulo: Alfa-Omega, 1978.
23. Souza, M. A guerra popular de Ajuricaba. Manaus: Porantim jul 1979. Ano II,

- n.9, p.8-9.
24. Giraldin O, Cayapó e Panara: luta e sobrevivência de um povo Jê no Brasil Central. Campinas: Editora da UNICAMP, 1997.
 25. Marco de Ataídes, J. Sob o signo da violência: colonizadores e Kayapó do Sul no Brasil Central. Goiânia: Editora UCG, 1992.
 26. Villas Bôas O, Villas Bôas C. A marcha para o Oeste. A epopéia da Expedição Roncador Xingu. São Paulo: Globo editora; 1994. p 491-92.
 27. Baruzzi RG. Do Araguaia ao Xingu. In Baruzzi RG e Junqueira C organizadores. Parque Indígena do Xingu Saúde, Cultura e História. São Paulo: Terra Virgem editora, 2005.
 28. Laurell AC. La salud-enfermedad como processo social. Revista Latinoamericana de Salud, México, 2, 1982, p. 7-25.
 29. Almeida-Filho N. A problemática da determinação social da Saúde. Revista Saúde em Debate. v. 33, n. 83, set./dez. São Paulo, 2009.
 30. Fleury-Teixeira P, Bronzo C. Determinação Social da Saúde e Política. In Nogueira RP organizadores. Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária. Rio de Janeiro: Coleção Pensar em Saúde, CEBES, 2010.
 31. Adams K, Price D. Introduction. The demography of small scale societies: case studies from Lowland South America. South American Indian Studies 1994; 4:1.
 32. Pagliaro H. Povos Indígenas do Brasil. Introdução. Caderno CRH: Revista do Centro de Recursos Humanos da UFBA. Salvador, 2009.
 33. Hemming J. A Pax Xinguana. In: Baruzzi RG e Junqueira C. organizadores. Parque Indígena do Xingu Saúde, Cultura e História. São Paulo: Terra Virgem editora, 2005, p 26.

34. Galvão E, Simões MF. Mudança e sobrevivência no Alto Xingu, Brasil Central. In: Schaden E organizador. Homem Cultura e Sociedade no Brasil. Seleções da Revista de Antropologia. Petrópolis: Editora Vozes, 1972.
35. Menezes MLP. Parque Indígena do Xingu: a construção de um território estatal. Campinas: Editora UNICAMP, 2000.
36. Villas Bôas O. Orlando Villas Bôas Histórias e Causos. São Paulo: Editora FTD, 2006.
37. Villas Bôas O. Xingu seus índios e seus mitos. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 1970.
38. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4a ed. São Paulo: Atlas, 2002. v. 1. 171 p.
39. Minayo MC, Deslandes SF organizadores. Desafios do conhecimento: epistemologia e método. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2002.
40. Mays, N. Pope C. Qualitative Research in health care: assessing quality in quantitative research. BMJ 2000: 320-322.
41. Miles MB; Hubermann AM. Quantitative data analysis: a expanded source. 2^a ed. Thousand Oaks. Sage. 1995.
42. World Health Organization – Physical Status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. Geneva: WHO, 1995. (Technical Report Series n. 854).
43. Friedwald WT, Levy RI, Friedrickson DS. Estimation of the concentration of low-density lipoprotein cholesterol in plasma, without the use of the preparative ultracentrifugate. Clin Chem 1972, 18:499-502.
44. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR et al. The Seventh Report of the Joint National committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of

- High Blood Pressure: The JNC 7 Report. JAMA 2003, 289: 2560-2572.
45. NCEP. Executive summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults. JAMA 2001; 285, 2486-2497.
46. The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Follow-up report on the diagnosis of diabetes mellitus. Diabetes Care 2003, 26: 3160-3167.
47. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. pag 24.
48. Santha, T. et al. Comparison of cough of 2 and 3 weeks to improve detection of smear-positive tuberculosis cases among out-patients in India. International Journal of Tuberculosis and Lung Disease. Paris, v. 9, p. 61-68, 2005.
49. Howard, TP, Solomon DA. Reading the tuberculin skin test, who, when and how. Archives of Internal Medicine. Chicago, v. 148, n. 11, p. 2457-2459, 1988.
50. Galvão E, Simões MF. Mudança e sobrevivência no Alto Xingu, Brasil Central. In: Schaden E organizador. Homem Cultura e Sociedade no Brasil. Seleções da Revista de Antropologia. Petrópolis: Editora Vozes; 1972.
51. Menezes MLP. Parque Indígena do Xingu: a construção de um território estatal. Campinas: Editora UNICAMP, 2000.
52. Mindin B. Diversidade e respeito ao outro. In: Villas Bôas organizador. Histórias e Causos. São Paulo: Editora FTD. p 9-13.

53. Villas Bôas O. Trinta e Cinco anos de Assistência e Pesquisa: a Escola Paulista de Medicina e o Parque Indígena do Xingu. In: Baruzzi RG, Junqueira C organizadores. Parque Indígena do Xingu Saúde, Cultura e História, São Paulo: Terra Virgem editora, 2005, p. 49 - 58.
54. Baruzzi RG. Do Araguaia ao Xingu: a Escola Paulista de Medicina e o Parque Indígena do Xingu. In: Baruzzi RG, Junqueira C organizadores. Parque Indígena do Xingu Saúde, Cultura e História, São Paulo: Terra Virgem editora, 2005.
55. Marsiglia RG. Relação ensino/serviço: dez anos de integração docente assistencial (IDA) no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1995, 135 p.
56. Costa DC. Política Indigenista e Assistência à Saúde: Noel Nutels e o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, 4(3):388-401, out/dez, 1987.
57. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf, consultado em 3/5/2013.
58. Cowell A. The Tribe that hides from man. Book Club Associates, London, 1974, p. 89-118.
59. Shwartzmann S. Os índios gigantes voltam à sua terra. São Paulo: SBPC - Ciência Hoje. 1996 20:(119): 26-27.
60. Turin R. Entre “antigos” e “selvagens”: notas sobre os usos da comparação no IHGB. Revista de História: edição especial (2010):131-146.
61. Junqueira P. Oficina Temática: História do Povo Panará. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2006.
62. Entrevista de Aky Panará a Stephen Schwartzmann. PIB-CEDI, 1992,

gravação.

63. Souza HM. Relatório das atividades com o grupo Panará – maio a julho de 1993 (mimeo). Brasília: Fundação Mata Virgem, 1993, 12 p.
64. Baruzzi RG, Barros VL, Rodrigues DA, Pagliaro H. Saúde e Doença em índios Panará (Kren-Akarôre) após vinte e cinco anos de contato com o nosso mundo, com ênfase na ocorrência de tuberculose (Brasil Central). Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 17(2):407-412, março/abril, 2001.
65. Ribeiro D. Convívio e Contaminação. In: Os índios e a civilização: a integração das populações indígenas no Brasil moderno. Sétima edição brasileira. São Paulo: Companhia das Letras, 1996 p. 305-345.
66. Black FL, Hierholzer W, Pinheiro F, Evans AF, Woodall JP, Opton EM et al. Evidence for persistence of infectious agents in isolated human populations. Am. J. Epidemiol. 1974 100(3): 230-250
67. Nutels N 1968, PAHO, Seventh Meeting of Advisory Committee on Medical Research, Washington D.C. Junho de 1968.
68. Marsden PD, Crane GG. The Tropical Esplenomegaly Syndrome. A Current Appraisal. Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo, 18:54-70, 1976.
69. Bennet FJ, Barnicot NA, Woodburn, JS, Pereira MS, Henderson, BE. Studies on viral, rickettsial and treponemal diseases in the Hadza of Tanzania and a note of injuries. Human Biology, 1973.
70. Posey DA. Contact before contact: typology of post-colombian interaction with Northern Kayapó of de Amazon Basin. Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi, Série Antropológica, N^o 3, 1987.

71. Nascimento J.P., M.M. Krawczuk, L.F. Marcopito & R.G. Baruzzi, 1985.
Prevalence of antibody against influenza A viruses in the Kren-Akarore, an Indian tribe of Central Brazil, first contacted in 1973. *Journal of Hygiene (Cambridge)*, vol. 95, pp. 159-164.
72. Mello DA. Malária entre populações indígenas do Brasil. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 1 (1): 25-34, jan/mar 1985.
73. David de Moraes JA: Esplenomegalia macroglobulinêmica de Charmot ou “Síndrome de Esplenomegalia Tropical”: apresentação do primeiro caso diagnosticado em Angola e revisão da literatura mundial. *Anais do Instituto de Higiene e Med. Trop* 1977/1978; (5) 1-4: 294-323.
74. Baruzzi RG et al. The association between splenomegaly and malária in Indians from Alto Xingu, Central Brazil, R. *Inst Med Tropical, S. Paulo*, 18 (5): 322-48,1976.
75. Gillies H, Warrell D. Bruce-Chwat's essential malariology. London: Edward Arnold, 1993.
76. Nowak RM. Walker's Mammals of the World. John Hopkins University Press, Baltimore, p.1425-1431.
77. Prat JG, Mendonça de Souza SMF. Tuberculosis in America: Adding Comments to a literature review. *Mem. Inst. Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro*. Vol 98 (Suppl. 1): 151-159, 2003.
78. Nutels N. medical problems of newly contacted indian groups. In *Biomedical challenges presented by the American Indian*. PAHO Scientific Publication N^o 165, Washington, 1968. Pag 68-76.
79. Lofredo SM, Rodrigues DA, Oliveira CB, Pereira IMTB, Maeda S. *Investigação e Controle de Epidemia de Escabiose: uma experiência educativa*

- em aldeia indígena. *Saúde e Sociedade* 10(1):65-86, São Paulo, 2001.
80. Taborda WC, Ferreira SC, Rodrigues D, Stávele, JN, Baruzzi, RG. Rastreamento do câncer de colo uterino em índias do Parque Indígena do Xingu, Brasil Central. *Revista Panamericana de Salud Pública*.2000; 7:92-96.
81. Pagliaro H. A revolução demográfica dos povos indígenas: a experiência dos Kaiabi do Parque Indígena do Xingu, Mato Grosso. In: Pagliaro, H, Azevedo MM, Santos RV organizadores. *Demografia dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Abep; 2005,p. 79-102.
82. Pagliaro H, Junqueira C. Recuperação demográfica e fecundidade dos Kamaiurá, povo Tupi do Parque Indígena do Xingu, Brasil Central, 1970-2003. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, 16(2):37-47, 2007.
83. Pagliaro H, Carvalho NS, Rodrigues DA.; Baruzzi RG. Dinâmica demográfica dos Suyá, povo Jê do Parque Indígena do Xingu, Brasil Central, 1970-2004. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(5):1.071-1.081, 2007.
84. Speck NMG, Pereira ER, Schaper M, Rodrigues DA, Almeida P, Sakano CR, et al. Cytopathological screening in indigenous women from Parque Indígena do Xingu. *Eur J Gynaec Oncol*. 2009; 30(5): 512-13.
85. Speck NMG, Pereira ER, Schaper M, Tso FK, Freitas VG, Ribalta JCL. Uterine cervical neoplasia prevention in Parque Indígena do Xingu. *Eur J Gynaec Oncol*. 2009 a; 30(4):415-17.
86. Pereira ER. Prevenção do câncer do colo do útero em população feminina do Parque Indígena do Xingu, Mato Grosso. [tese]. Escola Paulista de Medicina/UNIFESP.
87. Schmidt-Grimminger DC, Bell MC, Muller CJ, Maher DM, Chauhan SC, Buchwald DS. HPV infection among rural American Indian women and urban

- white women in South Dakota: an HPV prevalence study. *BMC Infectious Diseases* 2011, 11:252.
88. Jiang Y, Brassard P, Severini A, Goleski V, Santos M, Leamon A, Chatwood S, Lys C, Johnson G, Wong T, Kotaska A, Kandola K, Mao Y. Type-specific prevalence of human papillomavirus infection among women in the northwest territories, Canada. *J Infect Public Health*. 2011;4(5-6):219-27.
89. Tonon SA, Picconi MA, Zinovich JB, Nardari W, Mampaey M, Galuppo JA, et al. Prevalencia de la infección cervical por virus papiloma humano (HPV) en población caucásica y guaraní, residente em la provincia de Misiones, Argentina. *Rev Argent Microbiol*. 2003; 35: 205-13.
90. Popkin, BM. Nutritional patterns and transition. *Population and Development Review* 19:138-57, 1993.
91. Popkin, BM. The nutrition transition in low income countries: an emerging crisis in *Nutrition Reviews* 52:285-98, 1994.
92. WHO. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of WHO consultation on obesity. Document WHO/NUT/NCD/98.1. Geneva, 1995.
93. NIH (National Institute of Health). Consensus Development Panel on the Health implications of Obesity. *Annals of Internal Medicine* 103:1073-77.
94. Vieira Filho, JPB. O Diabetes Mellitus entre os índios dos Estados Unidos e os do Brasil. *Revista de Antropologia* 21 (1):53-60, 1978.
95. Leite M. Avaliação do estado nutricional da população Xavante de São José, Terra Indígena Sangradouro-Volta Grande, Mato Grosso [tese]. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, 1998.

96. Vieira Filho JPB. Problemas de aculturação alimentar entre os Xavante e Bororo. *Revista de Antropologia*. São Paulo 24:37-40, 1981.
97. Vieira Filho JPB. Emergência do diabetes melito tipo II entre os Xavante. *Revista da Associação Médica Brasileira* 42:61-62.
98. Santos RV, Coimbra Jr CEA. Socioeconomic differentiation and body morphology in the Suiuí of Southwestern Amazonia. *Current Anthropology* 37:851-56.
99. Salvo LMA, Rodrigues D, Baruzzi R, Pagliaro H, Gimeno SGA. Perfil Metabólico e antropométrico entre os Suiá, Parque Indígena do Xingu, Brasil Central. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2009; 12(93) 458-68.
100. Gimeno SGA, Rodrigues DA, Pagliaro H, Cano EN, Baruzzi RG. Perfil metabólico e antropométrico de índios Aruák: Mehináku, Waurá e Yawalapití, Alto Xingu, Brasil Central, 2000/2002. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(8):1946-1954, ago, 2007.
101. Gimeno SGA, Rodrigues DA et al. Cardiovascular risk factors among Brazilian Karib indigenous peoples: Upper Xingu, Central Brazil. *J Epidemiol Community Health* 2009;63;299-304.
102. Mancilha-Carvalho JJ, Souza e Silva NA. Os Yanomami no Intersalt. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* 80:289-94, Rio de Janeiro, 2003.
103. Intersalt Cooperative Research Group. Intersalt: an international study of electrolyte excretion and blood pressure. Results for 24 hour urinary sodium e potassium excretion. *BMJ* 297:319-328, 1988.
104. Narayan KMV. Diabetes mellitus in Native Americans: The problem and this implications. In Sandefur GD, Rindfuss RR and Cohen B (eds). *Changing*

- numbers, changing needs. National Academy Press, pg 262-2881996, Washignton, EUA.
105. OPAS (organização Panamericana da Saúde). La salud de los pueblos indigenas. In: Salud en las Americas, Volume 1 pg 95-105. Publicación Científica No. 569, Washington DC, 1998.
 106. West KM. Diabetes in American Indians and other native populations of the New World. *Diabetes* 23:841-855, 1974.
 107. Young K. Diabetes mellitus among Native Americans in Canada and United States: An Epidemiological review. *American Journal of Human Biology*, 5: 399-413.
 108. FUNAI. Relatório de gestão CGIIRC. 2012 (mimeo).
 109. FUNAI. Portaria 290/2000.
 110. Alto Comissionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Diretrizes de proteção para los pueblos indígenas en aislamiento y en contato inicial de la Región Amazónica, el Gran Chaco y la Región Oriental de Paraguay. Genebra, Suíça, 2012.
 111. Frikel, P. Notas sobre a situação atual dos índios Xikrin do rio Catete. *Rev. Mus, Paulista* NS14:145-153, São Paulo, 1963.
 112. Fleming-Moran, M.; Santos, RV.; Coimbra, CA Jr. Blood pressure levels of the Suruí of the Brazilian Amazon: group and sex-specific effects resulting from body composition, health status and age. *Human Biol.* 63:835-861, EUA, 1991.
 113. Sabatini, S. Massacre. São Paulo: Ed. Loyola, 1998.239 p.

114. Senado Federal. Relatório parcial número 2 de 2005, Estado de Rondônia.
<http://www.senado.gov.br/atividade/materia/getPDF.asp?t=78856&tp=1>
consultado em 18/09/2013 9:00 h.
115. Van Mazilk J, Pinheiro FP, Black FL. Measles and measles vaccine in isolated Amerindian tribes. The Tyrio epidemic. *Trop. geogr. Med*, 34, p. 3-6, EUA, 1982
116. Baruzzi RG, Abdala N, Black FL. Measles and measles vaccine in isolated Amerindian tribes. The Xingu epidemic. *Trop. geogr. Med*, 34, p. 7-12, EUA, 1982.
117. Basta PC, Coimbra Jr CEA, Escobar AL, Santos RV. Aspectos epidemiológicos da tuberculose na população indígena Suruí, Amazônia, Brasil. *Rev. Soc. Bras. Med. Tropical* 37 (4):338-342. Jul Ago 2004.
118. Narayan, KMV, Diabetes mellitus in Native Americans: The problem and this implications. In: Sandefur GD, Rindfuss RR and Cohen B (eds) *Changing numbers, changing needs*. National Academy Press, pg 262-288 1996, Washington, EUA.
119. OPAS (Organização Panamericana da Saúde). La salud de los pueblos indigenas. In: *Salud en las Americas, Volume 1* pg 95-105. Publicación Científica No. 569, Washington DC, 1998.
120. West KM. Diabetes in American Indians and other native populations of the New World. *Diabetes* 23:841-855, 1974.
121. Salvo LMA, Rodrigues D., Baruzzi RG, Pagliaro H., Gimeno SGA. Perfil Metabólico e antropométrico entre os Suiá, Parque Indígena do Xingu, Brasil Central. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2009; 12(3) 458-68.

122. Cardoso AM, Mattos IE, Koifman RJ. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares na população Guarani M'Byá do estado do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública* 2001; 17: 345-54.
123. Welch JR, Ferreira AA, Santos RV, Gugelmin SA, Werneck G, Coimbra Jr SEA. Nutrition transition, Socioeconomic differentiation and gender among adult Xavant Indians Brazilian Amazon. *Human Ecology* 2009; 37: 13-26.
124. Vieira Filho JPB. Emergência do diabetes melito tipo II entre os Xavante. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 42(1) 61, Janeiro-março 1992.
125. Sentença Nº. 1142/1997, de 22 de outubro de 1997 do Juiz Federal da Sétima Vara Novely Vilanova da Silva Reis (favorável à Ação Ordinária Nº. 94.15665-0).
126. Santos BS. Por uma concepção multicultural de direitos humanos. São Paulo: Lua Nova, 1997, nº 30, p. 105-124.
127. Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde. Relatório de Gestão 2003-2005. Brasília-DF, 2005. disponível em http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/uploads/2011/10/relatorio_2003_2005.pdf. consultado em 9/9/2011.
128. Fundação Nacional de Saúde. Departamento de Saúde Indígena. Vigilância em saúde indígena: síntese dos Indicadores 2010. Brasília: FUNASA, 2010. disponível em http://www.paho.org/bra/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=1187&Itemid=423. consultado em 12/08/2011.