

Migrations et pratiques de santé : indiens urbanisés et systèmes de santé en amazonie brésilienne

Evelyne Marie Therese Mainbourg
Instituto Leônidas e Maria Deane de la Fundação Oswaldo Cruz, Manaus,
Brésil
evelyne@amazonia.fiocruz.br

Aparecida Gourevitch
CERU/USP (Centre d'Etudes Rurales et Urbaines de l'Université de São Paulo)
aparecida@wanadoo.fr

Résumé :

Au Brésil, la santé des populations indiennes a été ces vingt dernières années le centre de débats quant aux stratégies du système de santé. Après des décennies d'actions immédiatistes suivies d'années d'alternance de ministères à la tête de la politique de santé indienne, un nouveau sous-système de santé spécifique de ces populations a été créé en 1999, en cheville avec le SUS (Système Unique de Santé) qui est le système national de santé du Brésil. Ce sous-système spécifique est basé sur 34 Districts Sanitaires Indiens qui sont chacun caractérisés par une région délimitée géographiquement, des ethnies habitant cette région et un ou deux centres urbains à peu près équipés en hôpital et laboratoire, traduisant le profil géographique, ethnique et épidémiologique spécifique de chaque district. Dans chacun d'eux, une équipe de médecin et infirmières, basée dans la ville principale, travaille en circulant d'un village à l'autre, appuyée par les agents communautaires de santé indiens qui réalisent des activités de prévention, de diagnostic précoce et de suivi de traitements, chacun dans leur village. La population indienne qui habite les villes, soit pour y avoir émigré, soit pour y être née, n'est pas incluse dans ce système de santé puisqu'il est fait pour les populations indiennes qui résident dans les territoires indiens et qui sont trop éloignées des villes et ont donc difficilement accès au SUS. Tous ces indiens émigrés ou nés dans la ville se trouvent dans la même situation que la population en générale sans aucun droit à une assistance sanitaire spécifique. Or, on sait que le SUS permet difficilement de prendre en compte les caractéristiques culturelles et parfois linguistiques de cette population : interprétation de la maladie et des mesures thérapeutiques spécifiques, itinéraires thérapeutiques, diète alimentaire durant l'hospitalisation, thérapie de chamanes en parallèle... Les efforts réalisés pour dépasser ces difficultés, de la part des professionnels de santé et des Secrétariats à la Santé de chaque commune ou État sont encore limités et informels. Mais les tentatives d'insertion de cette problématique dans la formation des personnels de santé sont chaque fois plus importantes. La migration des populations indigènes au Brésil est un phénomène récent encore peu étudié, surtout celle en direction des villes. Les causes en sont diverses : conflits ou limitation des moyens de subsistance sur les territoires indigènes, infrastructures et services publics essentiels insuffisants (enseignement scolaire et centres de santé)... De plus, on observe une certaine hétérogénéité entre les différentes ethnies qui ont émigré ou émigrent vers les villes. Quelques ethnies comme celle des Baré ont une longue histoire de contact avec la société

nationale. Par ailleurs, l'histoire de migration et de colonisation vécue par le Brésil montre, à travers la figure du *caboclo* (descendant d'indien et d'europpéen mélangés) que de nombreux traits culturels empruntés aux peuples indigènes sont encore très présents dans la culture urbaine de la population non indienne. Témoin en est l'usage des plantes médicinales par les populations urbaines. A partir de deux études réalisées en Amazonie, l'une à Manaus, capitale de l'État d'Amazonas qui compte environ 11.000 indiens sur une population de 1.800.000 habitants, et l'autre dans la région de São Gabriel da Cachoeira, commune d'Amazonas située au nord-ouest et peuplée de 17 ethnies (dont les Baré), nous nous proposons de montrer comment, par l'effet de la migration des indiens vers la ville et celui de séjours temporaires de professionnels de santé dans les territoires indigènes, on assiste d'une part à une influence des pratiques de santé traditionnelles sur le système de santé, et d'autre part, à une influence des pratiques du système de santé national sur les pratiques traditionnelles de santé.

Mots-clé : systèmes de santé, pratiques de santé, amérindien urbanisé, Baré, Brésil.

Introduction

Les recherches sur les populations amérindiennes du Brésil sont chaque année plus nombreuses, en épidémiologie et assez récemment en démographie, mais surtout en anthropologie de la santé. Sans compter la population indienne urbaine, il existe au Brésil 510.812 indiens enregistrés par le SIASI (Système d'Information de l'Assistance médicale des Indiens). Plus de la moitié des indiens des Territoires Indiens (54,2%) se trouve en Amazonie et 44% dans la Région Nord (SIASI, 2009). Il y a 216 ethnies dont la grande majorité en Amazonie (Ricardo, 2000).

Les populations indiennes qui ont émigré vers les grandes villes ou qui y sont nées représentent moins d'1% du total de la population du pays (Teixeira, 2009). Manaus est la capitale de l'Amazonas, État le plus grand et le moins peuplé du Brésil. En l'an 2000, il y avait 7.894 indiens à Manaus et en 2007, plus de 11.000 (Mainbourg et al. 2008 b), alors que la commune de Manaus, d'après le recensement simplifié officiel de 2007 relevait 1.646.602 habitants au total. On comptait 47 ethnies à Manaus parmi un échantillon représentatif de 753 personnes.

La population indienne de Manaus est relativement éparpillée dans la ville, avec une concentration géographique par ethnie, phénomène bien connu dans le monde entier (Farias *et al.*, 2009). On comptait 70 Baré parmi les 330 indiens de la région du haut Rio Negro qui habitaient Manaus, et l'ethnie Baré venait en troisième position *ex-aequo* avec les Ticuna (de la région du Solimões) (Mainbourg *et al.*, 2008 b). La miscigénation avec les non indiens est de plus en plus nette (Carvalho *et al.*, 2009).

À l'opposé de Manaus, São Gabriel da Cachoeira, seule ville de la commune de même nom, compte 28.000 habitants. Cette commune de 39.130 habitants (IBGE, 2007) dont 80% de la population est indienne fait frontière avec la Colombie et le Venezuela, et n'est accessible de Manaus que par petit avion ou par bateau. La zone rurale est entièrement territoire indigène. La ville, fondée par les missionnaires catholiques est le centre administratif de la

commune et possède une base militaire. La population de la ville est en grande majorité indienne et la proportion de l'ethnie Baré est importante.

L'objectif de ce travail est de montrer comment dans deux contextes urbains différents, les pratiques de santé pour les populations indiennes reflètent l'influence du système officiel de santé, comme celle de la médecine traditionnelle, bien que dans des proportions différentes dans l'un et l'autre cas. Le contexte de Manaus a été l'objet d'une recherche quanti-qualitative ; et celui de São Gabriel d'une recherche qualitative.

L'immigration

Dans l'ensemble, la population de Manaus présente un fort contingent d'immigrants. Les indiens viennent autant des régions proches que de celles plus éloignées de la capitale, et en particulier de la commune de São Gabriel da Cachoeira. Dans une enquête réalisée à Manaus en 2007, la quantité d'immigrants, constituait près des deux tiers de la population indienne interrogée ; et parmi eux, 80% étaient nés sur un territoire indien. Les Baré, quatrième ethnie majoritaire dans l'échantillon étudié, comptaient 68,2% d'immigrants (Mainbourg *et al.*, 2008b).

Dans l'enquête réalisée à Manaus en 2001 par Mainbourg *et al.* (2002 et 2008a) à partir d'un échantillon de 1.085 indiens, on a pu observer que la distribution ethnique était grosso modo semblable à celle de 2007, mais avec un contingent plus important de Tukano. Le lien avec le village d'origine était maintenu en dépit de l'obstacle financier, par plus de la moitié des chefs de famille, essentiellement par ceux qui avaient un revenu régulier, mais 25 % d'entre eux n'avaient fait qu'une seule visite à leur local d'origine.

Quant à São Gabriel da Cachoeira, un nombre croissant d'immigrants s'y installe chaque année, venant de la zone rural, c'est à dire du territoire indien, pour des raisons d'accès aux études lycéennes et supérieures et de recherche d'emploi moins dur que les activités de production traditionnelle.

Le système de santé au Brésil et à Manaus

Le système national de santé ou SUS (Système Unique de Santé) appelé ainsi en raison de la diversité de systèmes de santé qui était en vigueur auparavant, a été créé à partir de la Constitution Fédérale de 1988, et implanté en 1990. L'assistance médicale est organisée selon son degré de complexité au sein de chaque ville. L'assistance de base est organisée à partir d'UBS (Unités de Base de Santé) qui sont des centres de santé ou dispensaires où on pratique la médecine générale et la médecine préventive avec des consultations de Protection Maternelle et Infantile et des programmes spécifiques de diagnostic et de suivi pour des groupes à risque (hypertension artérielle et diabète...). Lorsque nécessaire, le médecin peut acheminer le patient vers un spécialiste dans une polyclinique ou un hôpital spécialisé ou non. Pour les cas d'urgence, les patients se présentent dans les Services d'Urgence ou les Services de Garde. Il existe aussi dans certaines villes, comme à Manaus, le Programme de Santé de la Famille qui se situe en-deçà de l'Unité de Base de Santé qui vient d'être décrite, et qui réalise les activités de prévention, diagnostic et suivi des patients grâce à une équipe de plusieurs professionnels de santé, y compris d'agents communautaires de santé. Ce

Programme de Santé de la Famille ne couvre actuellement que 32% de la population de Manaus. La population qui n'a pas les moyens financiers d'accéder aux services privés ne dispose que du système public, où les conditions ne permettent pas de répondre à la demande, malgré des tentatives d'amélioration.

La situation est pire dans les communes de province, à l'intérieur des États, en particulier dans les régions Nord et Nord-Est. On assiste donc à de grandes inégalités entre les patients de conditions socio-économiques différentes. Il y a aussi inégalité entre ceux qui habitent la capitale et ceux qui vivent dans une petite ville (ou, pire, en zone rurale).

Le sous-système de santé pour les indiens dans les territoires indiens

Pour la population indienne des territoires indiens, un nouveau sous-système de santé a été créé en septembre 1999 (loi n° 9.836), en cheville avec le système national de santé. Et très récemment, un Secrétariat d'État à la Santé des populations indiennes a été créé au sein du Ministère de la Santé. Ce sous-système est sous la responsabilité d'un organe interne au Ministère de la Santé : la FUNASA (Fondation Nationale de Santé) qui structure et organise l'assistance médicale et sanitaire par le biais de 34 DSEI (Districts Sanitaires Spéciaux Indiens) créés à cet effet. Le personnel de santé est embauché par des organisations non gouvernementales ou/et les municipalités elles-mêmes, grâce à une convention établie avec la FUNASA qui leur transmet les fonds financiers nécessaires et les contrôle. Chaque district sanitaire spécial indien correspond à une région délimitée géographiquement, des ethnies habitant cette région, et l'existence d'un centre urbain ayant un hôpital. Dans chacun d'eux, une équipe de médecins, infirmières et dentistes, ayant reçu une petite formation sur la façon de travailler pour les populations indiennes, et basée dans la ville principale, travaille en circulant d'un village à l'autre, appuyée par les agents communautaires de santé indiens qui travaillent chacun dans leur village.

L'articulation entre les districts sanitaires et le système national de santé se produit essentiellement lorsqu'un problème de santé ne peut être résolu sur place. Le patient et son accompagnant sont alors emmenés jusque dans la ville la plus proche, si possible après avoir pris rendez-vous, par le biais de la Maison de Santé de l'Indien (CASAI) qui dépend aussi de la FUNASA. Dans la pratique, les choses ne sont pas simples car les hôpitaux sont submergés et il y a des délais pour tout acte. Ceci augmente considérablement les coûts de toutes sortes, le stress, le manque à gagner de l'accompagnant retiré de ses fonctions de production, le déséquilibre fonctionnel de la vie au village et surtout les risques d'aggravation et de mort des patients, en particulier des enfants.

À l'occasion d'une évaluation par les indiens des améliorations observées dans la pratique de ces districts sanitaires, en l'espace de 4 ans (Mainbourg et Oliveira, 2006), l'amélioration des personnels de santé (non indiens) a été perçue par 11% comme ayant été effective et par 41% comme n'ayant pas avancé. Quant à la question de la reconnaissance et de l'usage des pratiques traditionnelles, les résultats ont été considérés comme encore insuffisants : 19% ont déclaré que les choses avaient avancé et 47% qu'elles n'avaient pas changé. Étant donné que la troisième alternative dans cette évaluation était l'option « les choses sont en route », on peut être optimiste,

d'autant que l'analyse portait sur une période assez courte (4 ans), même s'il y a encore du chemin à faire.

Le système de santé et les indiens de Manaus

La population indienne qui habite les villes, soit pour y avoir émigré, soit pour y être née, n'est pas incluse dans le système de santé présenté ci-avant. Tous ces indiens urbains ou urbanisés reçoivent l'assistance médicale directement du système national de santé, comme n'importe quel autre groupe de population urbaine.

On sait pourtant que des adéquations culturelles seraient nécessaires dans les pratiques du système de santé et du personnel de santé, telles que le respect d'une diète alimentaire spécifique durant l'hospitalisation, l'acceptation de thérapies parallèles en milieu hospitalier, comme le chamanisme, et une plus grande réceptivité quant à l'interprétation de la maladie et du traitement, ainsi que des itinéraires thérapeutiques.

Certaines municipalités, comme celle de Manaus tentent de trouver des solutions de façon à amenuiser les difficultés de la population indienne dues aux spécificités culturelles, mais peut-être surtout sociales. Actuellement, il existe au Secrétariat Municipal de la Santé une équipe de divers professionnels de santé dans chacun des quatre secteurs sanitaires de la ville, chargée de l'assistance médicale de la population indienne. Une opération de localisation des indiens a été commencée en 2007, dans le but d'élaborer un plan pour la politique municipale d'assistance médicale des indiens habitant Manaus (Mainbourg, *et al.*, 2008 b). Mais les difficultés sont nombreuses, et ces difficultés viennent s'ajouter à celles encore non surmontées du réseau de services de santé de la ville.

Conditions et conduites de santé des indiens de Manaus

Dans l'étude réalisée à Manaus en 2001 citée plus haut (Mainbourg *et al.*, 2002 et 2008a), relative aux conditions et aux conduites de santé, on a fait la comparaison entre les indiens et leurs voisins non indiens, et observé qu'il y avait peu de différence, montrant plutôt la prévalence du facteur économique dans les conduites.

Cependant, près d'un tiers (30,86%) des familles indiennes a affirmé connaître un guérisseur - *rezador* (diseur de prières) ou *benzedor* (donneur de bénédictions) -, mais dans les familles non indiennes habitant le voisinage, le pourcentage a été de 38,16%, la différence étant statistiquement significative ($p = 0,039$), ce qui est un peu inespéré, mais peut avoir des explications, entre autres le fait que les indiens ne voulaient pas dire qu'ils avaient recours à ce type de praticien, par crainte de préjugés.

En ce qui concerne l'usage de plantes médicinales, c'était le cas dans 88,71% des familles indiennes contre 80,19% des familles non indiennes, la différence étant statistiquement significative ($p = 0,001$), ce qui montre, d'une part, la permanence de la phytothérapie, comme pratique culturelle très forte dans la population indienne, dans le traitement des maladies, et, d'autre part, que cette pratique est aussi très habituelle pour la population non indienne, mais néanmoins amazonienne, résultat des migrations des populations.

Les indiens Baré et la médecine traditionnelle à São Gabriel da Cachoeira, Amazonas

Les Baré sont de la famille Arawak venue du sud-ouest amazonien et des Andes (Meggers, 1977 :56). Au Brésil, en 2007, l'ethnie baré comportait 10.275 personnes réparties en 183 communautés installées en autant de villages dans la région du haut Rio Negro, ainsi que dans la ville de São Gabriel da Cachoeira où notre recherche a été réalisée. Les praticiens et soignants en médecine traditionnelle sont : les *pajés* (chamanes), les *rezadores* ou *benzedores* ou encore *curandeiros* (guérisseurs) et les matrones. Le chamane, figure aujourd'hui rare, est le chef spirituel, dépositaire autorisé de la science traditionnelle (Casado, 1943 : 291). Son rôle très important autrefois est maintenant souvent réduit à celui de *rezador*, *benzedor* ou *curandeiro*, à tel point que ces termes sont parfois utilisés par les indiens eux-mêmes, comme synonymes, ce qui n'est pas toujours le cas. Le chamane baré traite surtout les maladies provoquées par des êtres surnaturels. Il le fait par « succion » de l'endroit du corps malade et il utilise de nombreuses plantes médicinales. Le *rezador* ou *benzedor* ou *curandeiro* prie, défait l'envoûtement, et utilise aussi des plantes médicinales. Il guérit des maladies provoquées par la sorcellerie ou le mauvais œil. Plus rarement, il guérit, comme le chamane, des maladies provoquées par des êtres surnaturels. Le *rezador* traduit aussi dans sa pratique sa croyance au monde des *encantados* (êtres surnaturels). La matrone a un rôle important dans la région car elle prend en compte l'aspiration des femmes à respecter les dimensions religieuses et culturelles qui entourent la naissance (Boyer, 2006). Outre le suivi de la grossesse et la réalisation de l'accouchement qu'elle est presque toujours la seule à pouvoir faire dans les villages, certaines maladies propres à la femme peuvent être guéries par elle.

Conditions et conduites de santé des indiens Baré à São Gabriel da Cachoeira

Les Baré urbanisés, à São Gabriel da Cachoeira, au-delà de pouvoir faire aisément appel aux services officiels de santé, continuent, en cas de besoin, à recourir à la médecine traditionnelle : utiliser des herbes médicinales ou aller consulter le guérisseur ou le chamane. Cette décision dépend en général de la catégorie de maladie dont ils sont victimes: « maladie de blancs » (naturelle, guérie par la biomédecine), ensorcellement par des *encantados* (êtres surnaturels), ou ensorcellement par des humains.

Il convient aussi de signaler que la population indienne, comme celle non indienne, consulte le chamane ou le guérisseur devant des maladies graves, et en particulier quand la médecine classique ne peut plus rien faire. Les guérisseurs constitueraient alors le dernier espoir. Les Baré ont sciemment recours aux différents thérapeutes en fonction de la compétence de ceux-ci et du type de problème à résoudre. Ils ont souvent recours au médecin et en parallèle au guérisseur, pour mettre en synergie leurs savoir-faire spécifiques. S'ils se trouvent à l'hôpital, ils cherchent à associer les pratiques de la médecine occidentale avec des remèdes traditionnels pour le traitement souhaité. L'un de nos informateurs nous racontait comment il avait procédé pour soigner une intoxication provoquée par des plantes de la forêt, en se

faisant apporter des remèdes traditionnels en cachette, car il savait que les antidotes de l'hôpital ne seraient pas efficaces pour guérir son empoisonnement. La diète alimentaire à base de bouillie et de *chibè* (farine de manioc dans de l'eau froide) est considérée importante pour le traitement, ce qui oblige les indiens à en apporter en cachette car l'hôpital ne les fournit pas ou pas systématiquement. Il arrive donc que certains patients renoncent à revenir à l'hôpital à cause de l'interdiction de s'y voir apporter des plats typiquement indiens destinés à participer au processus de guérison.

A São Gabriel da Cachoeira, quand les médecins ne croient pas aux maladies qui n'appartiennent pas à la taxonomie de la médecine classique officielle, les aides-soignants indiens qui assument leur propre culture, conseillent discrètement aux patients non seulement de prendre les médicaments de l'hôpital, mais aussi de rechercher un autre traitement à base de plantes médicinales ou de recourir à un chamane ou un guérisseur. Mais, quand les indiens perçoivent que les médecins ne croient pas aux maladies de leur culture traditionnelle, ils cachent leurs maladies. Cependant, quand le médecin connaît bien la région et respecte la culture locale, ils discutent ensemble de la maladie d'un patient qui est aux limites de la biomédecine.

L'un de nos aide-soignants informateurs affirma qu'il est important de disposer en terre indigène des deux médecines afin de valoriser la médecine locale puisque, s'il n'y a pas d'acceptation de la médecine indigène, le patient n'a pas recours à la biomédecine.

Alors que la majorité des médecins se tient en dehors des autres pratiques thérapeutiques pour des « maladies qui dépassent la biomédecine », la population indienne considère que tous les types de thérapeutes sont indispensables. De même, des guérisseurs sont conscients de l'importance des différentes pratiques thérapeutiques et sans entrer dans la compétition affirment l'importance de l'articulation entre ces pratiques. Alors que des aides-soignants envoient des malades chez les guérisseurs, ceux-ci de leur côté envoient parfois des malades chez les médecins.

L'efficacité du guérisseur

L'efficacité du guérisseur est liée au fait qu'il donne des réponses aux maladies provoquées par d'autres personnes et par des êtres surnaturels. Quant aux « maladies des Blancs », certains guérisseurs les traitent, grâce à leur connaissance de plantes médicinales de la forêt. Notons que l'efficacité du guérisseur n'est pas seulement dans la cure des maladies. Le guérisseur est l'intermédiaire entre la communauté et le monde surnaturel. Ainsi, le chamane ou le guérisseur est là pour soigner des maladies non guérissables par les médecins, telles que l'envoûtement par des êtres surnaturels dû à la transgression d'un interdit, ensorcellement par des personnes, ou empoisonnement. Il est là aussi pour inciter le malade ou sa famille à réaliser certains rituels ou un certain régime alimentaire important pour la guérison du malade.

La population Baré, immigrée en zone urbaine, en générale, parvient à garder ses croyances sur les maladies surnaturelles et à continuer à recourir à

la médecine traditionnelle. Les chamanes et les guérisseurs sont sollicités par les immigrés, ou viennent s'installer en ville pour exercer leur activité.

Conclusion

L'analyse de la façon dont le système de santé fonctionne à Manaus a montré que les conditions d'accès au système national de santé sont à peine moins difficiles pour les non indiens que pour les indiens, en raison des nombreuses difficultés opérationnelles et autres. L'usage des plantes médicinales est plus marqué chez les indiens que chez les non indiens, mais le recours au guérisseur est une pratique amazonienne, héritage des indiens. Chez les Baré, mais aussi chez les non indiens de São Gabriel da Cachoeira, on a observé plus précisément que même si le recours au chamane ou au guérisseur dépend souvent du type de maladie, ce recours en alternance ou de façon concomitante avec la médecine hospitalière peut correspondre autant à la recherche de l'efficacité qu'à celle de la complémentarité des deux types de pratiques thérapeutiques, étant donnée la vision holistique que les indiens Baré ont de la santé et de la maladie. Mais il semble que les guérisseurs soient plus enclins à envoyer parfois certains patients chez le médecin que le contraire. De fait, la médecine classique occidentale a été imposée aux populations indiennes qui y ont trouvé leur compte pour certaines maladies, mais les thérapies traditionnelles n'ont pas encore toute l'acceptation des personnels de santé (non indiens) formés à une conception individualiste et biomécaniciste de la santé et de la maladie. Cependant, à l'occasion d'expériences de travail dans les territoires indiens d'une part, et de tentatives d'adéquation culturelle du système de santé en ville, les professionnels de santé sont chaque fois plus nombreux à acquérir une autre vision des systèmes et des itinéraires thérapeutiques. L'immigration des indiens vers la ville et le déplacement de professionnels de santé vers les territoires indiens ont permis un métissage des pratiques de santé, même s'il est encore limité.

Bibliographie

Boyer, V. 2006, « Le mouvement des sages-femmes traditionnelles dans l'Amapá : une mobilisation féminine exemplaire et les limites du développement local », Nuevo Mundo, <http://nuevomundo.revues.org/index1965.html>.

Carvalho, A.S.S. de, Mainbourg, E.M.T., Pinheiro, C.X.S.P., Cruz, G.J.S., Lopes, E.J.S. e Araújo, M.I.: Etnias e alianças interétnicas entre indígenas (e não indígenas) na cidade de Manaus, Amazonas. Poster présenté à la Réunion de la SBPC (Sociedade Brasileira de Pesquisa Científica), 16/07/09, Manaus, 2009.

Cascudo, L. C., *Antologia do Folclore Brasileiro*, Coleção "A marcha do Espírito", vol. XV), São Paulo, Martins, 1943, 502 p.

Farias, M.B., Cruz, G.J.S., Pinheiro, C.X.S.P., Desmoulière, S.J.M., Araújo, M.I. ET Mainbourg, E.M.T.: Espacialização dos domicílios indígenas na cidade de

Manaus, Amazonas. Poster présenté à la Réunion de la SBPC (Sociedade Brasileira de Pesquisa Científica), 16/07/09, Manaus, 2009.

IBGE: <http://www.ibge.gov.br>

Mainbourg, E.M.T., Araújo, M.I., Almeida, I.C : Populações indígenas da cidade de Manaus: Inserção na cidade e ligação com a cultura, Communication Orale présentée à la XIIIème Rencontre Nationale d'Études des Populations (ABEP), réalisée à Ouro Preto-MG, 2002, disponible sur le site de l'ABEP: http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/Com_IND_ST6_Mainbourg_texto.pdf

Mainbourg, E.M.T. et Oliveira, C.O.: Análise dos avanços da política de saúde indígena na visão dos conselheiros indígenas de saúde. Poster présenté au congrès de l'ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva), Brasília, 2006.

Mainbourg, E.M.T., Araújo, M.I., Almeida, I.C : Conduitas/Condições de Saúde em Manaus, Amazonas: Comparação entre indígenas e não indígenas, Communication Orale présentée à la XVIème Rencontre Nationale d'Études des Populations (ABEP), réalisée à Caxambú-MG, Anais do XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP, Caxambú, 2008a, v.1, disponible sur le site de l'ABEP: http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docsPDF/ABEP2008_1446.pdf 2008 a

Mainbourg, E.M.T., Teixeira, P., Araújo, M.I., Lopes, E.J. S., e Rocha, E.S.C.: População indígena da cidade de Manaus: demografia e SUS in: Almeida, A.W.B. et Santos, G.S.dos (Org): Estigmatização e território – Mapeamento situacional dos indígenas em Manaus, Manaus: EDUA, 2008 b.

Meggers, B.J., 1977, *Amazônia: a ilusão de um paraíso*, traduit de l'anglais par M. Y. Linhares, Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 207 p.

Ricardo, C.A. (éditeur). Povos indígenas no Brasil, 1996-2000, São Paulo: Instituto Socioambiental, 2000.

SIASI (Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena), COMOA, DESAI, Fundação Nacional de Saúde: communication orale de César Dantas Guimarães, Chef du SIASI/COMOA/DESAI/FUNASA, réunion de l'ABEP, 13/08/09, Belo Horizonte-MH, 2009.

Teixeira, P., Mainbourg, E., Araújo, M.I. et Rocha, E.S.C. : Démographie et santé en zone urbaine en Amazonie brésilienne: Étude comparative entre indiens et non indiens à Manaus, ville la plus peuplée de la région, accepté pour publication, 2009.