

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGIA E MUSEOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA.

PAULIDAYANE CAVALCANTI DE LIMA

**SABERES E PRÁTICAS TRADICIONAIS DE CURA:
estudo sobre a transmissão das terapêuticas entre os Kapinawá**

Recife

2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGIA E MUSEOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA.

PAULIDAYANE CAVALCANTI DE LIMA

**SABERES E PRÁTICAS TRADICIONAIS DE CURA:
estudo sobre a transmissão das terapêuticas entre os Kapinawá**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Antropologia.

Área de concentração: Antropologia da saúde

Orientador: Prof. Dr. Renato Monteiro Athias

Recife

2018

Catálogo na fonte
Bibliotecária Maria do Carmo de Paiva, CRB4-1291

L732s Lima, Paulidayane Cavalcanti de.
 Saberes e práticas tradicionais de cura : estudo sobre a transmissão das
 terapêuticas entre os Kapinawá / Paulidayane Cavalcanti de Lima. – 2018.
 116 f. il. ; 30 cm.

 Orientador: Prof. Dr. Renato Monteiro Athias.
 Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH.
 Programa de Pós-Graduação em Antropologia, Recife, 2018.
 Inclui referências e anexos.

 1. Antropologia. 2. Saúde. 3. Doença. 4. Cura. 5. Índios Kapinawá. 6.
 Xamanismo. I. Athias, Renato Monteiro (Orientador). II. Título.

301 CDD (22. ed.)

UFPE (BCFCH2019-102)

PAULIDAYANE CAVALCANTI DE LIMA

SABERES E PRÁTICAS TRADICIONAIS DE CURA:
ESTUDO SOBRE A TRANSMISSÃO DAS TERAPÊUTICAS ENTRE OS KAPINAWÁ

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Antropologia.

Aprovada em: 23/03/2018

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Renato Monteiro Athias (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr^a Ana Cláudia Rodrigues (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Saulo Ferreira Feitosa (Examinador Externo)
Universidade Federal de Pernambuco – Campus Agreste

*Este trabalho é dedicado a todo o Povo Kapinawá,
e aos Encantos de luz que permitiram sua realização.*

AGRADECIMENTOS

Os caminhos que levaram a conclusão desta etapa foram longos e por vezes desafiadores, são cerca de três anos desde a concepção desta dissertação até sua finalização. Várias foram as/os que estiveram caminhando ao meu lado nesta estrada, sou muito agradecida a todas e todos.

Não poderia deixar de agradecer declaradamente aos que se seguem:

Primeiramente, gostaria de agradecer aos meus pais Ivanice Cavalcanti de Oliveira Lima e Paulo Gabriel de Lima, pela compreensão e apoio às minhas escolhas acadêmicas. A minha irmã Vanessa Cavalcanti de Lima, pelo companheirismo e apoio incondicional nestes longos anos.

Agradeço à minha tia Ivaneide Cavalcanti de Oliveira (*in memoriam*) que durante toda a minha vida lançou incentivos de independência à mim. Deixo aqui registrado todo reconhecimento as mulheres desta família pela sua força e sua luta para conquistar seu espaço no mundo. Eu sou cada uma de vocês em mim.

Ao professor e amigo Dr. Renato Athias, meu orientador do Trabalho de Conclusão de Curso (graduação em Museologia da UFPE) e também no Mestrado, por todos os anos de trocas de experiência, por todas as viagens a terras indígenas, por todo ensinamento que me deste enquanto profissional e ser humano. Meu mais profundo e verdadeiro: Muito obrigado!!

A Alexandre Oliveira Gomes, meu grande mestre e professor, que durante estes sete anos compartilhou de seus conhecimentos e mudou o rumo de minha vida acadêmica a partir da militância na museologia social e como indigenista. Você é o exemplo de profissional que dedica sua vida, como quem se dá ao irremediável destino, ao indigenismo. Agradeço pela tua existência que sopra esperança nesses tempos tão difíceis.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal de Pernambuco (PPGA/UFPE) que foram fundamentais para a minha formação enquanto profissional.

Especialmente a Ana Cláudia e a Saulo Feitosa, além de vossas presenças na defesa deste trabalho, são para mim exemplos de profissionais que se dedicam com muito esmero ao fazer acadêmico e também as lutas sociais.

A todos da Secretária do Programa de Pós-Graduação em Antropologia da UFPE e Fabiana Leite, que sempre esteve disposta a ajudar nas emergências cotidianas.

As/aos colegas Gilvanildo Ferreira, Flávia Vieira, Lara Andrade, entre outros, muitíssimo obrigado pela companhia e pelas trocas de ideias durante este período temeroso em que estivemos juntos na Pós-graduação.

Não poderia deixar de agradecer ao Júnior Aguiar, meu amigo de sorriso e coração largos, que durante minha preparação para a seleção do Mestrado abriu as portas da sua casa, a Casa de Xamanismo Centro da Terra onde pude desfrutar de toda tranquilidade e inspiração para escrever e estudar. A família do Caminho do guerreiro que em suas jornadas de medicina me levaram a outra compreensão de mundo, sem a qual este trabalho não seria possível. E a Liga autônoma de mulheres cientistas, na pessoa de Cibelle Ferreira que em 2017 foi fundamental para o meu rompimento com a perspectiva biomédica nas relações de saúde, da minha própria saúde.

Por fim, agradeço a todos que me receberam em suas casas e suas vidas em Kapinawá, vocês que se tornaram minha família e meu apoio, que não deixaram que as dúvidas me levassem a desistência.

Em Mina Grande meu profundo agradecimento a Maria Bezerra (Dona Mocinha), e seus filhos, em especial Beatriz Bezerra que me acompanhou durante as entrevistas; Claudeonoura que em momentos de difícil comunicação sempre esteve prestativa para fazer a ponte entre mim e Mocinha via Whatsapp. A Cleide que durante o encontro de pajés abriu sua casa para mim receber. Wilma Moura por dividir comigo seu espaço e suas brilhantes reflexões. A Adenoura, Luzia, Dona Alzira, Dona Dôra, Dona Terezinha, Dona Iracema, Sr. Arlindo, Sr. Zé Galego e Sr. Zé Caetano, e tantos outros, muito obrigado pela abertura e pelas conversas.

Em Malhador, a Família de Dona Socorro e Sr. Audálio, aos seus filhos, filhas, netos e noras, em especial ao Ronaldo, meu agradecimento pelo cuidado e profundo amor com o qual me receberam, a acolhida de vocês neste processo foi de grandiosa importância. Sei que hoje posso me considerar parte da família, nossa família!

Gratidão!

“Como trágica ladainha a memória boba se repete. A memória, viva, porém, nasce a cada dia, porque ela vem do que foi e é contra o que foi.” (GALEANO, 2016, p.122)

RESUMO

Esta dissertação tem o objetivo de buscar compreender as formas de transmissão dos conhecimentos tradicionais de cura a partir de observações etnográficas do sistema terapêutico Kapinawá, povo que vive no agreste pernambucano nos limites do município de Buíque, cerca de 351 km do Recife. Para chegar ao objetivo proposto, foram observados aspectos da cultura Kapinawá correlatos à concepção de saúde e doença e reestabelecimento pelo grupo, dentre elas estão questões que envolvem a família, o território e a cosmologia. Através do mapeamento das práticas por meio das categorias locais de detentores de saberes, chega-se aos processos de transmissão de conhecimentos terapêuticos. Os detentores ocupam posição diferenciada no referido sistema e são eles os meios pelos quais os conhecimentos tradicionais de cura se propagam, aqui privilegia-se as narrativas e seus significados dos detentores de saber Kapinawá das aldeias de Mina Grande e Malhador. Portanto, este trabalho se insere no campo disciplinar da Antropologia da Saúde indígena, e leva em consideração as construções sociais e simbólicas que se relacionam com a saúde. Por fim, o sistema terapêutico é descrito e compreendido como parte integral da cultura Kapinawá que está inserido em um sistema xamânico local.

Palavras-chave: Kapinawá. Medicina tradicional. Antropologia da saúde. xamanismo.

ABSTRACT

This dissertation aims to understand the ways of transmitting traditional knowledge of healing from ethnographic observations of the Kapinawá therapeutic system, a people living in rural area of Pernambuco state, within the limits of the municipality of Buíque, near 351 km from Recife. To reach the proposed objective, Kapinawá culture aspects related to the conception of health and illness and reestablishment by the group were observed, among them are questions that involve family, territory and cosmology. Through the mapping of practices through the local categories of knowledge holders, one arrives at the processes of transmission of therapeutic knowledge. The holders occupy a differentiated position in the said system and are the means by which the traditional knowledge of healing propagates, here the histories and their meanings of the holders of know Kapinawá of the villages of Mina Grande and Malhador are privileged. Therefore, this work falls within the disciplinary field of the Anthropology of Indigenous Health, and takes into account the social and symbolic constructions that relate to health. Finally, the therapeutic system is described and understood as an integral part of the Kapinawá culture that is embedded in a local shamanic system.

Keywords: Kapinawá. Traditional medicine. Anthropology of health. Shamanism.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 —	Mapa do Território indígena Kapinawá	17
Figura 2 —	Sr. Audálio Siqueira.....	20
Figura 3 —	Cartaz do grupo de discussão	21
Figura 4 —	Terezinha Monteiro e Maria Bezerra (mocinha)	71

LISTA DE SIGLAS

AIS	Agente indígena de saúde
APOINME	Articulação dos Povos e Organização Indígenas do Nordeste, Minas Gerais e Espírito Santo.
ASB	Auxiliar de saúde bucal
CIMI	Conselho Indigenista Missionário
COJIPE	Comissão de jovens indígenas de Pernambuco
CONDISI	Conselho Distrital de Saúde Indígena
COPIPE	Comissão de Professores/as Indígenas em Pernambuco
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena.
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FUNASA	Fundação Nacional
NEPE	Núcleo de Estudos e Pesquisas em Etnicidade
SAS/MS	Secretaria de assistência a saúde/ Ministério da Saúde.
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SUS	Sistema púnico de Saúde
TI	Terra Indígena
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	Caminhos da pesquisa	17
1.2	Escolhas teórico-metodológicas	22
2	ANTROPOLOGIA DA SAÚDE NO CONTEXTO KAPINAWÁ	33
2.1	Sistema Terapêutico Kapinawá.....	37
2.2	Cosmologia e cuidados com o corpo	42
2.3	Os detentores de saberes	44
2.4	Conhecimentos tradicionais	46
2.5	Saúde e doença	49
2.5.1	Políticas de saúde	52
3	O SISTEMA TERAPEUTICO KAPINAWÁ	57
3.1	Os detentores de saberes Kapinawá	58
3.2	As práticas de cura	62
3.2.1	As rezas	62
3.2.2	Os remédios	66
3.2.3	O “pegar menino”	70
3.2.4	As práticas na vida cotidiana	74
3.3	Doenças de branco e de índio	77
3.3.1	Itinerários terapêuticos	81
4	A TRANSMISSÃO DOS CONHECIMENTOS TRADICIONAIS.....	86
4.1	Detentores de saberes e a construção dos conhecimentos	86
4.2	As formas de aprender: família e dom.....	90
4.3	Xamanismo e saúde entre os Kapinawá: ritos , práticas e cuidados	97
4.4	Intermedicalidade	102
5	CONCLUSÃO	106
	REFERÊNCIAS	111
	ANEXO A – Entrevista Semi-estruturada	114
	ANEXO B – Parecer Consubstanciado CEP/CONEP	115
	ANEXO C – Capítulo V do PNASPI	116

1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação tem por objetivo compreender as formas de transmissão dos conhecimentos tradicionais a partir da descrição do sistema terapêutico Kapinawá. O povo Kapinawá, está situado entre três municípios: Buíque, Tupanatinga e Ibitimir a cerca de 300km da capital Pernambucana. A população indígena do Estado de Pernambuco há muito tempo sofre as consequências do seu contato com a sociedade envolvente. As violências do Estado contra os povos originários ocorreram em diversas esferas e níveis sociais, desde a declaração de sua extinção pelos discursos oficiais, que ocorre historicamente depois da promoção da miscigenação pelo diretório pombalino (1755) no qual além de estimular casamentos e relações interétnicas com o objetivo de destituir esses sujeitos de sua identidade indígena, até a reunião de diversas etnias em aldeamentos que posteriormente foram extintos por ordem oficial. Estes fatos foram estratégias estatais de promover no imaginário da população a ideia de que os indígenas haviam sido extintos em conjunto com os aldeamentos.

[...] Todos os atuais povos indígenas no Sertão do Nordeste são segmentos sociais originários de aldeamentos implantados por ordens missionárias católicas ao longo dos séculos XVII e XVIII, a maioria deles transferidos à administração das Diretorias de Índios ao longo do século XIX e em seguida extintos de direito, mas nem sempre de fato. Estes agrupamentos foram freqüentemente formados com população de origens culturais e lingüísticas diversas, muitas vezes deslocadas dos seus territórios originais (...) Foi também através daquelas administrações coloniais -religiosa ou estatal- que tais territórios lhes foram destinados e regularizados, sob formas diversas, nos períodos colonial e ou imperial.(SAMPAIO, 1994,p. 03).

Este processo social se reflete no imaginário social até a culminância do movimento de emergência étnica (Arruti, 1995) nos anos 70 e 80 do século XX, quando finalmente estes povos retomam sua visibilidade enquanto populações tradicionais frente à sociedade majoritária. Contudo, nos processos sociais vivenciados pelos grupos indígenas em Pernambuco, podemos destacar que apesar das implacáveis ações políticas genocidas e do abusivo contato interétnico estabelecido desde o século XVII, esses grupos resistem de formas bem particulares as duras investidas sociais que lhes envolvem e são protagonistas de sua própria história.

O caso dos Kapinawá não se diferencia das demais etnias de Pernambuco. As origens dos Kapinawá reportam, segundo Oliveira e Sampaio (1993), aos índios Prakió ou Paratió, que habitavam o Aldeamento do Macaco.

Macacos original muito certamente não perdurou -independentemente de qual tenha sido o seu sítio- além dos meados do século XVIII (...) Pela mesma razão, não podemos esperar contar com a documentação missionária para acompanhar a história desses aldeamentos nas décadas finais do século XVIII e até as iniciais do século seguinte, quando se estrutura a administração estatal sobre os aldeamentos sobreviventes (SAMPAIO; 1994,p.05).

Por consequência do intenso contato com os colonizadores que adentraram o sertão pernambucano, e após inúmeras e variadas repressões, deixaram de serem considerados índios, e tornaram-se conhecido como caboclos. O termo ‘caboclo’ inicialmente usado de forma pejorativa para destitui-los de sua indianidade e consequentemente seu direito às terras que tradicionalmente habitavam, foi usado posteriormente para ressignificar seus traços culturais que os diferenciavam da população local, com a finalidade de resgatar seus direitos perante as autoridades Estatais.

Os Kapinawá contam que sabendo que eram denominados de ‘caboclo’ pela população local, que isto significava para a sociedade local que ascendiam dos índios do extinto Aldeamento do Macaco e após sofrerem inúmeras tentativas de invasão de suas terras por parte dos fazendeiros locais, enviaram uma de suas lideranças em busca de ajuda em Kambiwá, etnia localizada em Ibimirim, município vizinho. Lá Zé Galego, encontrou com as lideranças e trouxe dois deles para a Mina Grande, para ajuda-los no ‘Levantamento de Aldeia’¹: O ‘Velho’ Dôca e Zé Índio, que se tornaram, respectivamente, cacique e pajé posteriormente. O etnônimo Kapinawá segundo os próprios indígenas foi recebido durante um ritual de Toré, já no processo chamado de emergência étnica dos anos 80 do século XX.

Do final da década de 70 até meados de 85, os indígenas travaram uma batalha contra os fazendeiros que investiam contra seu território, essa época é marcada na história local como a época do “corte dos arames”, nome dado em referencia as atividades da luta pela terra, que consistia em cortar os arames dos cercados que os fazendeiros colocavam de forma invasiva dentro do território no qual os Kapinawá viviam. Acrescenta-se a estas atividades alguns conflitos mais diretos durante esse período, que são narrados pelos moradores. Outro relato importante sobre a época do corte

¹ Chama-se de Levantamento da Aldeia o movimento de organização social interna que durante a chamada emergência étnica(Arruti, 1995) que ocorreu nos anos de 1980 reivindicou o reconhecimento étnico do grupo.

dos arames é sobre a visibilidade que os conflitos tiveram após a chegada do representante do CIMI, Fábio Santos, conhecido como Fabião, a partir de sua assessoria conseguiram dialogar com a FUNAI.

Os Kapinawás são reconhecidos oficialmente como grupo indígena em 1982, como resultado do estudo antropológico emitido pela antropóloga Maria Rosário Carvalho, com equipe do Programa de Pesquisa Povos Indígenas no Nordeste da UFBA. O levantamento das terras, por sua vez, foi realizado em 1985, e a homologação da TI Kapinawá ocorreu em 1991.

Segundo a memória do grupo, suas terras, doadas por D. Pedro II e pela Princesa Isabel, ainda no século XIX, formavam uma figura retangular cujos limites eram, ao sul, do lado de Tupanatinga, a Baixa da Quixaba, o Serrote do Moxotó, o Olho D'água da Gameleira, a Imburana do Vento caindo na Lagoa do Puiú; pelo lado oposto, Palmeira, Amargoso Grosso, fazendo ponto na serra do Pititi, ao riacho do Catimbau, caindo no riacho do Coqueirinho e daí até a lagoa do Puiú, ao poente. Ao nascente o limite segue pela serra do Pinga. Dentro desse território tradicional estariam ainda as serras do Macaco, do Quiri d'Alho e a Serra Grande. A área demarcada pela FUNAI, no entanto, possui uma forma triangular com base na serra do Pinga, seguindo uma linha pelo riacho do Catimbau e a outra pelo riacho do Macaco, até a confluência de ambos, o que forma o vértice da figura. Desse modo, ficam de fora da área indígena o Catimbau, ao norte, a Lagoinha, ao sul, a maior parte da serra do Quiri D'Alho, ao oeste, e uma fazenda de propriedade de um regional conhecido como Estácio, ao leste. (ALBUQUERQUE, 2005, p.10)

Os problemas de demarcação das terras Kapinawá apontados por Albuquerque (2005), são as causas do surgimento da chamada 'Área nova' que ocorreu pela mobilização das famílias da região do Catimbau como forma de reivindicação de seus direitos, como explica Andrade (2014). Isto demonstra um dos desafios vivenciados ainda por esta população em relação à luta pela terra. (figura I).

No fim da década de 1990 outros agrupamentos familiares, principalmente situados ao norte da T.I. regularizada, começam a se organizar também em torno da identidade indígena Kapinawá, e pela regularização do território, então denominada de Área Nova. (ANDRADE, 2014, p.19)

A situação da não demarcação total do território Kapinawá, reflete na vida cotidiana e na sua organização social por meio de alguns conflitos internos, expressos principalmente pelos moradores da denominada "área velha" em relação com os membros da considerada "área nova" em decorrência da falta de participação do

segundo grupo na luta pela demarcação e desintrusão das terras ocorrido nos anos de 1980, embora identifiquem-se como um único povo.

Por fim, é dentro deste contexto que pode ser observado os aspectos relacionados à saúde entre os Kapinawás que seguem uma lógica própria, diferenciando-os dos demais regionais. Dentre eles estão a relação entre cosmologia e aspectos sociais do seu cotidiano, que envolve a construção social do que é estar saudável ou doente. Essas construções são responsáveis pela delimitação das fronteiras étnicas² (Barth, 2000), neste caso, percebidas pelo modo como a saúde é elaborada socialmente. Dentro do sistema médico indígena os atendimentos aos doentes ocorrem a partir do princípio que saúde é a harmonização do todo, objetivando o seu reestabelecimento além do tratamento do sintoma. Ao se referir à saúde no contexto Kapinawá como sistemas terapêuticos, faz-se uso da perspectiva trazida por Langdon e Wilk (2010) :

O sistema cultural de saúde ressalta a dimensão simbólica do entendimento que se tem sobre saúde e inclui os conhecimentos, percepções e cognições utilizadas para definir, classificar, perceber e explicar a doença. Cada e todas as culturas possuem conceitos sobre o que é ser doente ou saudável. Possuem também classificações acerca das doenças, e essas são organizadas segundo critérios de sintomas, gravidade etc. As suas classificações, tanto quanto os conceitos de saúde e doença, não são universais e raramente refletem as definições biomédicas. (LANGDON E WILK, 2010, p.179)

Logo, o uso da termo sistema terapêutico ocorre por ele ser compreendido como um conjunto que une vários aspectos culturais que estão relacionados com a saúde do grupo, a partir da concepção interna do que caracteriza saúde e doença. No sistema estão inclusos tanto os especialistas, as práticas terapêuticas, quanto as noções de saúde e doença e os percursos e métodos adotados para o reestabelecimento do doente. Por fim, daqui em diante serão denominadas de práticas tradicionais as ações voltadas para o reestabelecimento da saúde dos Kapinawá promovidas e elaboradas

² Barth trabalha com uma noção de cultura enquanto processo onde as diversas culturas definem-se justamente nos fluxos culturais, nas trocas, nos intercâmbios, realizados sempre na fronteira. As fronteiras podem ser pensadas de acordo com Barth como locais ou situações onde ocorrem trocas interculturais e atuam como meios de manutenção da identidade, uma vez que ao se reconhecer o sinal de diacrítico na cultura do outro ocorre o reconhecimento no imaginário social da pluriethnicidade. Desta forma também, Barth deixa claro que não há sociedades isoladas e trocas ocorrem nesta zona fronteira, onde são feitas as escolhas dos itens que vão compor os repertórios culturais dos grupos étnicos, que devem ser entendidos como produtos de uma atuação e seleção políticas desses grupos.

por eles, e de sistema terapêutico Kapinawá o conjunto destas práticas, incluso nele os remédios do mato, preparações específicas, dietas e rezas.

Figura 1 — Mapa das Aldeias Kapinawá



Fonte: Livro Kapinawá: Território, memória e saberes. p.31.
Centro de cultura Luiz freire, Olinda, 2016.

1.1 Caminhos de pesquisa

O interesse pela temática surgiu através das situações desencadeadas a partir de 2012 quando começo a me envolver acadêmico e politicamente com questões relacionadas aos povos indígenas de Pernambuco. Quando ainda graduanda em Museologia na Universidade Federal de Pernambuco participei da seleção para um projeto de extensão universitária que tratava de incentivar as iniciativas de memória entre os povos indígenas³ desenvolvido no âmbito do Núcleo de Estudos e Pesquisas

³ O Projeto de Extensão Universitária Museus Indígenas em Pernambuco foi elaborado como continuidade das ações que vem sendo desenvolvidas desde 2006 através de parcerias entre o NEPE (Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Etnicidade) e os povos indígenas do estado de Pernambuco, no que se refere à salvaguarda e pesquisa sobre patrimônio cultural, à formação de coleções museológicas e a organização de museus indígenas. A partir da formação de uma equipe de pesquisadores reunindo estudantes do curso de Museologia da UFPE e jovens indígenas, foram elaborados diagnósticos dos processos de musealização em cada uma das áreas indígenas em Pernambuco, identificando coleções e fazendo um inventário de objetos musealizáveis. O projeto teve coordenação de Renato Athias, Alexandre Oliveira Gomes e financiamento da UFPE.

em Etnicidade (NEPE) da UFPE. A partir deste projeto, tive a oportunidade de ter uma formação densa em antropologia e história indígena no Nordeste, com foco nos processos de reconhecimento e na chamada emergência étnica ou etnogênese (Oliveira, 1999). No decorrer do projeto, conheci representantes dos povos indígenas do estado ligados a COJIPE, COPIPE e APOINME, e tive a oportunidade de estar pela primeira vez em Território Indígena (Daqui para frente sempre aparecerá como T.I) para a realização das oficinas de diagnósticos museológicos⁴. Enquanto bolsista do projeto 'Museus indígenas em Pernambuco', viajei a campo para ministrar oficinas nas T.Is de Entre-serras Pankararu e Atikum. Durante estas oficinas já havia percebido a ligação das questões de cuidado com a saúde e o saber tradicional que são transmitidos pelas gerações. As relações simbólicas e as especificidades dos membros das etnias na concepção de doença, saúde e remédios já se destacaram no decorrer do diálogo, justo pela associação da memória com a transmissão de tais conhecimentos e por ela ser compreendida de importância fundamental neste processo.

Ainda na fase de articulação do projeto 'Museus indígenas em Pernambuco' com as lideranças e representantes indígenas, tive contato com os Kapinawás, nas pessoas de Ronaldo Siqueira e o seu pai, o senhor Audálio, que se destacaram durante o processo pela dedicação dispensada com as iniciativas de memória, tal empenho resultou no ano de 2015 na inauguração do museu como fruto das ações do referido projeto com o apoio de organizações indigenistas. Em julho 2015 chego na T.I Kapinawá para a inauguração do Museu Indígena Kapinawá na Aldeia Ajuká, e também para participar durante 4 (quatro) dias do I Fórum de museus indígenas de Pernambuco. Na oportunidade da inauguração do Museu indígena Kapinawá e do I fórum ocorreram situações que resultaram na elaboração desta investigação sobre a transmissão das terapêuticas tradicionais entre o povo Kapinawá.

Destaco a situação vivida durante uma manhã do fórum pode ser apontada como responsável pela concepção da problemática que deu origem a esta investigação.

⁴ As oficinas era parte do Projeto já citado, e tinha com o objetivo preparar os participantes para elaboração de diagnósticos museológicos, através de uma metodologia participativa que visa estimular o protagonismo indígena no processo de musealização. O documento final foi elaborado com o intuito potencializar processos de musealização e gestão-administração da memória por parte dos movimentos indígenas e possibilitar a criação de museus e centros de cultura indígenas

Durante o Fórum de Museus ocorreu uma visita a ‘Furna dos Caboclos’⁵, espaço considerado sagrado da T.I Kapinawá. Na ocasião uma colega de curso teve um mal estar, que consistia em fortes dores estomacais, indisposição e enjoo. Na interpretação dos colegas que a acompanhavam acreditava-se que isto ocorreu pela mudança alimentar dos dias na aldeia. Entretanto, mesmo se sentindo mal ela decidiu acompanhar a programação do evento e seguir até a referida Furna. Enquanto ela caminhava na trilha que resulta na entrada da furna seus sintomas se intensificaram, diante da situação, o Sr. Audálio Siqueira se aproxima e pergunta se o que esta acontecendo já que a percebeu estranha, ela explica os sintomas, e logo Sr. Audálio se disponibiliza a buscar um tipo de casca que serve para curar os sintomas que ela sente e nos convida para irmos junto com ele até o local onde se localizava a planta que serviria como remédio do mato.

Durante a extração ele explica um pouco sobre os remédios do mato e sobre a sabedoria das matas e dos encantos que vivem nela (Figura II). Após voltar ao alojamento foi feita a infusão das cascas retiradas e ao passar de algumas horas a colega já se sentia melhor. À noite ao comentar com o Sr. Audálio como a rapidez do remédio em solucionar as dores nos surpreendeu, ele fala mais sobre os remédios do mato, o contextualiza dentro de sua cosmologia e relata que alguns muitos desses conhecimentos sobre remédios e cura estão apenas na ‘cabeça dos mais velhos’⁶, por falta de interesse dos jovens. Neste contexto fui introduzida ao universo da medicina Kapinawá e dos seus detentores de saberes.

⁵ As chamadas “furnas” são cavernas incrustadas nas pedras das serras. (Andrade, 2014)

⁶ Expressão local que se refere a oralidade, as coisas que estão na cabeça dos mais velhos, são as memórias e as histórias do povo e dos seus antepassados.

Figura 2 — Sr. Audálio Siqueira



Durante a ida a fuma dos caboclos em 2015, Audálio Siqueira explica sobre os remédios do mato.

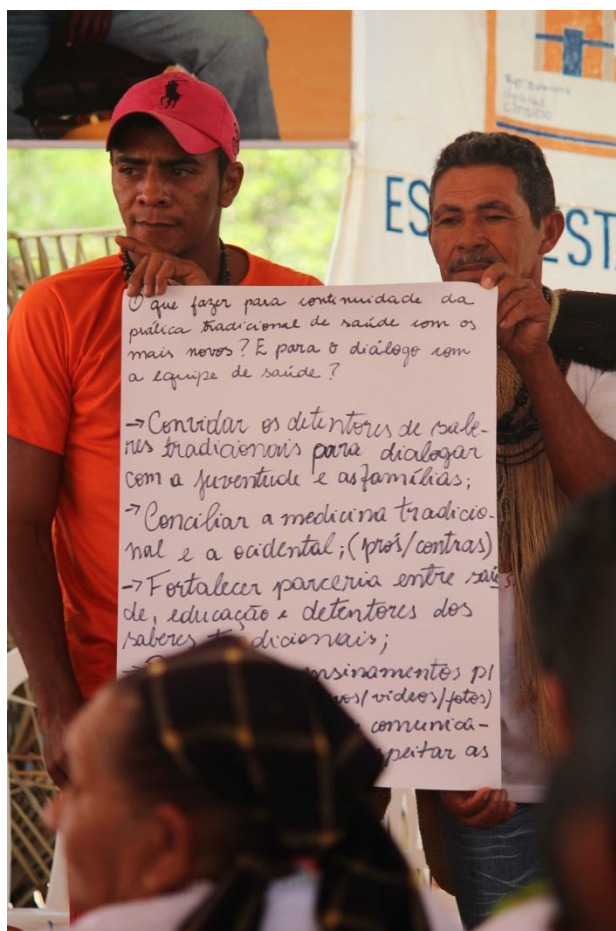
A partir das conversas que ocorreram durante o referido Fórum e da preocupação explícita de Sr. Audálio sobre a dispersão do interesse dos jovens em relação as prática terapêuticas tradicionais surgiram algumas questões sobre como ocorre a transmissão dos conhecimentos que resultou na elaboração da proposta desta investigação. No ano seguinte, 2016, ingresso na Pós-graduação em antropologia da UFPE, com a proposta de estudar as formas de transmissão do conhecimento tradicional em saúde entre o povo Kapinawá, com prévia autorização por parte do povo na figura do Cacique Robério Francisco Maia, e do meu interlocutor Ronaldo Siqueira.

No primeiro ano de mestrado, que consiste no aprimoramento da proposta, participei de alguns eventos que exerceram fundamental importância para chegar a forma como a temática da saúde com ênfase nas praticas tradicionais de cura e suas formas de transmissão foram abordadas neste trabalho. Entre eles estão o II Encontro de pajés, que ocorreu na T.I Pankararu no mês de julho onde reencontrei com alguns detentores de saberes Kapinawá, e novamente foi colocada em evidência durante os debates a preocupação com a transmissão de conhecimentos, inclusos em grupos de discussão entre os detentores (figura III). Em Agosto volto a T.I Kapinawá, desta vez na Aldeia Mina grande para outro evento de museus e já com o olhar direcionado para as

questões da saúde indígena observo os detentores de saberes e sua participação na vida cotidiana da comunidade.

Retorno novamente a Mina grande em novembro junto com a Antropóloga Lara Andrade, com o objetivo de gravar alguns depoimentos para o documentário que narra as memórias da época dos ‘Corte dos arames’, período de luta pela terra que ocorreu anos de 1980. Na ocasião também acabei por participar e registrar uma das oficinas do projeto memórias indigenistas do Nordeste, na qual são restituídas para o povo Kapinawá, especialmente para os integrantes da já citada aldeia as fotos produzidas pelo CIMI nos anos 80 durante o referido período.

Figura 3 — Cartaz do grupo de discussão.



Grupo de Discussão, durante o Encontro de Pajés, 2016 Aldeia do Brejo dos Padres, Pankararu.

Entretanto, por questões burocráticas institucionais, como a espera da liberação do parecer do conselho de ética, acabo por retornar apenas em junho de 2017, para iniciar a pesquisa. Durante o espaço entre a ida em novembro de 2016 a T.I Kapinawá e o meu retorno em 2017, foram feitos inúmeros contatos com as pessoas das comunidades de forma mais direta e continua com Maria Bezerra da Aldeia mina Grande e Ronaldo Siqueira da Aldeia Malhador, estas pessoas, lideranças em suas aldeias, foram meus interlocutores e sempre contribuíram e demonstraram bastante compreensão com a demora que ocorreu para o início do trabalho de campo, apesar de explanarem sobre sua ansiedade em ver o projeto começar pela significativa importância que atribuíam a ele.

Por fim, retorno em junho a T.I Kapinawá para começar de fato a pesquisa e mantive a frequência de idas até novembro. Durante minha estadia, fiquei na casa das pessoas nas aldeias conforme era convidada e pelo tempo que se disponibilizavam em me receber, acompanhei diversas atividades sociais e espirituais neste período e me chamou atenção como os cuidados com saúde estão presentes em sua rotina, desde aulas de campo na escola até a escolha do que comer ou não comer dependendo das funções que se irá exercer durante o dia, questões estas que serão descritas no decorrer deste trabalho.

1.2 Escolhas teórico-metodológicas

Para realização deste estudo foram realizadas consultas á trabalhos provenientes da área da antropologia da saúde, em especial aqueles que tratam do tema de saúde indígena, com a finalidade de buscar subsídios para a análise das constatações iniciais acerca da transmissão das terapêuticas tradicionais. Nestas bibliografias (Follér (2004), Langdon (2012, 2014), Langdon e Wilk (2010) , Menendez (1994), Athias e Machado (2001), Monteiro, Vieira, Oliveira e Neves (2013), e por fim Silva (2007).) constatou-se que as formas de transmissão dos conhecimentos são ainda pouco exploradas por pesquisadores, que detém o foco de suas pesquisas nos processos de cura, medicalização e políticas públicas, sem se ater em como estes saberes foram apreendidos e como são repassados. Como constata Athias (2007):

“As pesquisas antropológicas na área da saúde indígena, aqui entendida como um campo de conhecimento, especialmente do âmbito da antropologia da saúde, têm, nestes últimos anos, centrado a atenção na organização dos serviços de saúde, nas transformações

sócio-culturais, em avaliações de programas de saúde, como também nas adequações epidemiológicas desses programas às realidades indígenas específicas.” (p.35)

Esta constatação pode ainda ser validada por meio do mapeamento da antropologia e saúde indígena elaborado por Teixeira e Silva (2013), neste trabalho as autoras apresentam a história da disciplina no Brasil e evidenciam dados de suma importância que esclarecem e apresentam em números o conteúdo das produções desta área. Inicialmente, as autoras verificaram que:

[...] em consulta feita à base de teses e dissertações da Capes, que de nove teses e dissertações produzidas na década de 1990, passamos para um total de 36 no período entre 2000 e 2010, ou seja, observa-se que este número quadruplicou em 10 anos. (TEIXEIRA e SILVA, 2013,p. 36)

Esta verificação é justificada adiante em suas constatações, da seguinte maneira:

A primeira década do século XXI mudaria esse panorama, registrando uma explosão de investigações no tema: 282 teses e dissertações sobre saúde indígena com diferentes inserções disciplinares – direito, genética, psicologia, enfermagem, geografia, nutrição, engenharia civil, história, odontologia, educação, desenvolvimento sustentável, linguística etc. Os programas de saúde pública/ coletiva consolidaram sua liderança nesse campo (77 teses e dissertações). Já os programas de ciências sociais (ciências sociais, antropologia, política pública/ social) ampliaram sua produção para 36 teses e dissertações. Se tomarmos uma concepção menos restritiva de ciências sociais e incluirmos abordagens afins como, por exemplo, os programas de pós-graduação em direito, história, geografia, administração e governo, sociedade e cultura e saúde e desenvolvimento, este número se eleva para 64 teses e dissertações. (TEIXEIRA e SILVA, 2013,p. 36)

Ou seja, de acordo com estes dados verifica-se que o aumento da produção dos estudos em saúde indígena se relaciona a dois fatores: O processo de redemocratização do país e a implantação do Subsistema de saúde indígena. Este segundo marco elevou como mostram os dados, a produção sobre a temática a partir dos anos 2000, porém as abordagens destas produções mantiveram o foco nos itinerários terapêuticos indígenas, nas políticas públicas e nos processos de adoecimento e cura, este último abordado na perspectiva da epidemiologia e concentrando-se nas escolhas dos tratamentos com o objetivo de fornecer dados para a melhoria das demandas do subsistema de saúde.

Percebe-se também que embora estejamos – este comentário está voltado tanto aos indígenas quanto aos não indígenas - dentro de uma sociedade cada vez mais

globalizada, a saúde, que inclui tanto o cuidado com o corpo quanto outros fatores que se relacionam com o estar bem, são interpretados e compreendidos de formas diversas nas diferentes organizações sociais. Entretanto, de forma contrastante do que ocorre com as pesquisas com povos indígenas, existem inúmeros livros sobre as diversas terapêuticas (tais como a ayurvédica, a chinesa, a tailandesa entre outras) que em suas narrativas abordam sua história, desde quando surgiram até os dias atuais.

Logo, foi a partir dessas considerações e de conversas junto aos indígenas sobre a importância da transmissão dos conhecimentos tradicionais pela oralidade, que resolve-se traçar uma investigação que contemple, ainda dentro do campo da antropologia da saúde voltada a povos indígenas, aspectos da transmissão dos conhecimentos tradicionais conferindo-lhes ênfase.

A narrativa oral ainda é o veículo para a transmissão de conhecimentos tradicionais dentro das comunidades indígenas, sendo considerada também uma das principais estratégias de resistência cultural. Embora a situação educacional em T.Is tenha avançado com clara melhorias – Comparando-as com as situações vivenciadas até os anos 80 século passado, onde o acesso dos indígenas à escolas era algo raro em decorrência tanto da distancia das escolas das áreas indígenas quanto por questões político-sociais excludentes. - e isto tenha desencadeado o processo de empoderamento dos profissionais de educação, no caso de Pernambuco através da Comissão de Professores Indígenas de Pernambuco – COPIPE, em que estes profissionais se tornam ativos na produção de trabalhos acadêmicos de autoria própria, e que são elaborados com a finalidade de ter voz ativa nas reflexões sobre a cultura do seu povo, registrando em livros destinados as escolas indígenas os principais aspectos de sua cultura, percebe-se que no espaço social, de forma geral, as narrativas contadas pelos mais velhos ainda são percebidas como a forma tradicional de se repassar os conhecimentos antigos do grupo. Isto ocorre devido a transmissão dos conhecimentos tradicionais compreender um amplo processo que inclui além das narrativas orais, a experiência e a apreensão de significados por ela transmitidos através das práticas cotidianas.

A partir disto, levanta-se a hipótese de que os conhecimentos sobre saúde em Kapinawá são transmitidos através das narrativas orais, elaboradas e proferidas pelos

indivíduos que são reconhecidos dentro da comunidade como membros do que aqui é chamado de sistema terapêutico Kapinawá. Logo, as seguintes definições foram tomadas como meios que apontam para uma direção dos caminhos que levam esta investigação: Os conhecimentos tradicionais em saúde são percebidos como a forma específica do grupo de entender saúde e doença, os cuidados com o corpo e o conjunto de práticas (utilizados para diagnosticar desequilíbrios e harmonizar a vitalidade do indivíduo) que são transmitidos por gerações. Enquanto os detentores dos saberes são vistos como agentes que criam e mantêm o sistema terapêutico a partir do seu papel social. Enquanto a memória e a experiência a partir de sua conversão em narrativas orais, são percebidas como elementos responsáveis pela constituição dos conhecimentos tradicionais e por passá-los adiante através das gerações. Estas memórias estão relacionadas com os detentores de saberes, pois, é a partir deles e os seus relatos que se torna possível construir um panorama das práticas tradicionais na comunidade, e por consequência possibilitam entender como ocorre a transmissão dos conhecimentos.

Para averiguar o pressuposto de que as experiências pessoais e a memória transformadas em narrativas orais são meios que permitem a construção do conhecimento tradicional dentro do sistema terapêutico, algumas categorias foram escolhidas para análise, dentro destas está considerações sobre a memória que se apresenta nesta investigação por meio de duas definições: A primeira a estabelece como memória individual e a segunda como memória coletiva, desta forma podem auxiliar a análise de como os conhecimentos tradicionais são elaborados e transmitidos.

Para esta discussão se optou a fazer uso da concepção de memória elaborada por Durkheim (1969), ele afirma que a memória se instaura a partir da consciência do pertencimento grupal, onde o indivíduo social elabora sua memória a partir das experiências vividas em grupo, em diálogo com Halbwachs (1990) que classifica a memória em individual e coletiva, onde a primeira se constitui pelos marcos particulares das experiências individuais e a segunda pela experiência compartilhada pelo grupo. No caso dos conhecimentos tradicionais nota-se que a experiência individual e os referenciais coletivos se convergem, configurando uma transição da

fronteira entre indivíduo e coletividade que resulta nas práticas exercidas dentro do sistema terapêutico.

Com relação a memória enquanto um referencial social que pode ser acionado no presente de forma a justificar as práticas coletivas e individuais, encontramos em Cohn (2001) a categoria “passado significante” que foi elaborado por Price (1983, apud Cohn 2001), que ao fazer referencia a uma teia de conhecimentos fragmentados dos antepassados nos dá indicio de como a memória de um indivíduo e os conhecimentos por ele elaborado quase sempre é fruto de uma experiência coletiva fragmentada que é transmitida porém não referenciada. A autora pontua:

Assim, a transmissão deste conhecimento não se limita a uma fonte única, mas é concebida como um processo que se inicia, para cada indivíduo, com o relato fragmentário por um parente mais velho, tendo continuidade ao longo de sua vida, agora desvinculada de um parente e de uma situação formal. Tratando-se de um conhecimento essencial para fornecer sentido ao presente, o autor demonstra que a fragmentação na transmissão pode ser uma estratégia para reprodução e permanência desse saber, gerando conhecimentos muito individualizados. (COHN, 2001, p.38)

Faz-se importante salientar que na T.I Kapinawá, a memória se tornou uma categoria muito recorrente nas aldeias que fizeram parte do processo de identificação de atividades museológicas iniciado em 2012, referenciado anteriormente. Hoje, a categoria ‘memória’ está amplamente difundida e apropriada pelos moradores, eles a definem como algo que define e lembra a importância da sua cultura e que pode ser encontrada em diversas partes do seu território, além da ‘cabeça dos mais velhos’. É comum ouvir deles que os mais velhos são as memórias vivas, assim como o seu território também é. Esta memória associada ao território é viva e dinâmica, e se caracteriza por conduzir os seus integrantes temporalmente, transformando-se no decorrer das interpretações, e traz elementos do passado para o presente e vice-versa em cada narrativa proferida e a cada memória acionada.

O passado que continua presente é construído a partir da memória, que é o agente fundamental da etno-história. Numa etnografia modernista, a memória coletiva e individual, nos seus múltiplos sinais e expressões, é tomada de fato como prova do autoreconhecimento, ao nível local da identidade. (MARCUS, 1991,p, 206)

Neste contexto, a memória pode ser percebida como algo que está além do indivíduo, configurando assim os lugares de memória⁷ difundidos pelo território, dentro de uma noção que o espaço físico também pode ser propagador de conhecimento. Neste caso o território e particularmente os lugares onde se encontram plantas medicinais utilizadas como suporte para a formação de um conhecimento coletivo. Em suma, os chamados lugares de memória são desta forma, locais do território Kapinawá que estão vinculados a narrativas, dentre elas as que se relacionam com aspectos da saúde, principalmente aos rituais de cura.

Para além das questões relacionadas com a memória, quando a temática sobre medicina tradicional é abordada a problemática inicial que surge é definir o que estamos chamando de medicina tradicional. A Organização Mundial da Saúde (OMS) a define como “a soma dos conhecimentos e praticas utilizados no diagnostico de desequilíbrios, que são transmitidos por gerações, na forma oral ou escrita”. Esta definição esta inclusa dentro de um contexto mais amplo no qual a medicina tradicional é inserida, o campo das Práticas Integrativas e Complementares que a partir de 2002 passa a denominar em conjunto medicina tradicional e complementar/alternativa (MT/MCA) . Este campo tem como objetivo contemplar sistemas médicos, definidos como complexos, ou seja, que se distinguem da biomedicina e outros recursos terapêuticos tais como cromoterapia.

Foi a partir de elementos encontrados nessa definição dada pela OMS que surgiram algumas perguntas que auxiliam na busca pela compreensão do que dentro do povo Kapinawá pode ser considerado como conhecimento e pratica tradicional. As questões geradoras para dar início à investigação foram: O que os indígenas definem como tradicional? Como são elaborados tais conhecimentos? Quais os meios de transmissão? E quais são as práticas? Estas são as questões que direcionaram a investigação ao seu objetivo que é compreender o sistema terapêutico Kapinawá.

Para responder estas questões torna-se fundamental lançar atenção a alguns aspectos anteriormente identificados no sistema terapêutico, dentre eles os papeis sociais gerados dentro do sistema onde os detentores de saberes⁸ estão inseridos e

⁷ Este termo foi usado por Nora, 1993. Porém é empregado neste trabalho a partir d alógica local de que dentro do T.I Kapinawá existem lugares que por si são detentores de memorias e conhecimentos.

⁸ Dentro do contexto Kapinawá, observa-se que as funções dos especialistas de cura percorrem várias esferas de vida social da comunidade, destinando-se desde a atenção primaria até aos casos espirituais (Carvalho, 1998).

as suas diversas categorias, as especificidades no tratamento ou atendimento que estes indivíduos oferecem à comunidade. Pois, o sistema terapêutico Kapinawá se estabelece a partir das práticas elaboradas e exercidas por estes detentores. Logo, acredita-se que são eles que formam uma rede de transmissão e formação destes conhecimentos.

Consequentemente, busca-se identificar a noção local (ou noções locais) de saúde e doença e como elas podem estar ligadas a um processo mais amplo que também foram identificados em outros povos indígenas nas bibliografias consultadas, que envolve o território, as dietas, a missão de vida, a espiritualidade, entre outras possibilidades, como as demonstradas por Guarín (1995) e McCallum (1998), que são responsáveis pela manutenção do bem estar social e físico dos membros destas sociedades (Athias & Machado 2003).

No itinerário terapêutico que ocorre no sistema de cuidados Kapinawá, que aqui chamo de sistema terapêutico Kapinawá, a atenção volta-se sobre ele pode possibilitar a identificar as práticas vigentes pelas escolhas de tratamento dos membros da comunidade. Este pressuposto parte da noção de que dentro do itinerário terapêutico cada indivíduo desempenha uma função própria, ou seja, o itinerário que o indivíduo segue reflete no acionamento ou não do sistema terapêutico, como assinala Langdon e Wilk (2010):

“No universo de cada grupo social, os especialistas têm papel específico a desempenhar frente ao tratamento de determinada doença, e os pacientes têm certas expectativas sobre como tal papel será desempenhado, quais doenças o especialista pode curar, assim como uma ideia geral acerca dos métodos terapêuticos que serão empregados.” (LANGDON e WILK, 2010,p. 179).

Por fim, busca-se observar as situações de intermedicalidade (Fóller, 2004), com objetivo de perceber o espaço e as relações criadas entre os conhecimentos tradicionais e a biomedicina, voltando assim à ideia das fronteiras étnicas (Barth, 2003) em que limites e permissões ocorrem na medida em que se desenvolve o itinerário terapêutico. A definição de saúde/doença por ser construída socialmente (Kleinman, 1970) está em constante reconfiguração e interlocução, nele a

No entanto, a categoria de identificação ‘detentor de saber’ foi observada como uma categoria genérica, que abrange diversos atores sociais, que são detentores dos conhecimentos tradicionais de sua etnia e dentro delas são identificados de formas próprias.

contextualização social da pessoa tem diversos significados e apreensões variáveis culturalmente, desta forma, nota-se que ao se deparar com as possibilidades de tratamentos de dois sistemas distintos a interpretação sobre a causa da doença é objeto decisivo na efetivação da escolha.

A partir destas escolhas teóricas que direcionam este trabalho, optou-se por um modelo metodológico qualitativo, os dados foram coletados no Território Indígena Kapinawá entre os meses de junho e novembro de 2017, através de entrevistas semiestruturadas (ANEXO I) contendo perguntas geradoras aliadas ao método de observação participante e registro em diário de campo. No total foram entrevistadas 8 pessoas, obedecendo o critério destas serem reconhecidas como detentores de saberes pelos membros da comunidade.

A metodologia de coleta e a posterior análise de dados seguiu desta forma: A proposta da pesquisa foi apresentada oficialmente por intermédio do Ronaldo França, liderança da Aldeia Malhador, as demais lideranças Kapinawá, incluindo o Cacique Robério na ocasião do lançamento do livro “Kapinawá: território, memórias e saberes” no Centro de Cultura Luiz Freire no dia 10 de março de 2017. Posteriormente foram mantidos contatos por meio de telefones e mensagens para articulação das idas até a T.I Kapinawá, e quando ocorreu em junho Maria Bezerra (Dona Mocinha) e Ronaldo Siqueira, meus dois interlocutores, me indicaram por meio de listagem os nomes de pessoas que deveriam ser entrevistadas, estas pessoas eram reconhecidas na comunidade como os detentores de saberes. Neste momento, detectou-se que as lideranças assim como a comunidade reconhecem como detentores de saberes pessoas com faixa etária superior a 50 anos. Dentre os jovens apenas uma garota de 16 anos é reconhecida como detentora de saber, sendo ela rezadeira, que na época em que se realizou a coleta de dados estava a residir no Estado de São Paulo.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (sob o parecer consubstanciado de no. 2.028.213) (ANEXO II) todos os entrevistados aceitaram, livremente, participar da entrevista, e foi apresentada por meio da interlocução de lideranças locais aos entrevistados, estas lideranças acompanharam as entrevistas realizadas. Antes de realizar a gravação de voz a pesquisa foi novamente explicada e o Termo de Consentimento Livre Esclarecido foi lido, apenas após a realização da entrevista foi solicitado à assinatura do TCLE, para

garantir a certeza do desejo do entrevistado em participar da pesquisa. Durante as visitas para apresentar os objetivos da pesquisa, houve apenas uma negativa por parte de uma rezadeira da Aldeia Malhador em dar entrevista e até mesmo conversar sobre o assunto. Na mesma Aldeia, houve uma entrevista na qual o participante autorizou a fazer anotações e usar os dados, porém não autorizou a gravação do diálogo.

A análise do conteúdo ocorreu por meio da transcrição das entrevistas gravadas, os dados foram organizados de acordo com as categorias analíticas preestabelecidas e a eles foram somadas as anotações feitas no diário de campo.

Por fim, esta dissertação foi organizada em três capítulos, divididos da seguinte forma, respectivamente: No primeiro capítulo intitulado 'Antropologia da saúde no contexto Kapinawá' são apresentadas as escolhas teóricas que norteiam o olhar acerca do sistema terapêutico Kapinawá, como forma de contextualizar os caminhos percorridos pela disciplina da antropologia da saúde no Brasil e os conceitos provenientes que dela se derivam escolhidos para análise. Neste capítulo, a teoria antropológica aparece como meio provedor de subsídios para investigar as formas como o sistema terapêutico Kapinawá procede na vida cotidiana da comunidade, nele a noção de sistema terapêutico é desenvolvido, e em seguida as formas como o sistema pode ser observado através das conjunturas nas quais se encontra inserido. No capítulo seguinte, 'O sistema terapêutico Kapinawá', foram descritos os aspectos do sistema terapêutico Kapinawá observados durante a realização da pesquisa na T.I Kapinawá, a partir de situações observadas e dos dados coletados em entrevistas. O sistema terapêutico em questão foi observado a partir dos detentores de saberes reconhecidos pelos membros da comunidade e consequentemente pelas práticas que estes indivíduos desenvolvem no seu cotidiano. Tais observações levam a análise sobre as relações que se estabelecem entre estes indivíduos e os elementos de sua cultura na vida cotidiana. No terceiro capítulo, desenvolve-se a análise sobre as formas que se transmitem os conhecimentos tradicionais, esta reflexão se desenvolve a partir de considerações acerca da relação entre os detentores de saberes, as práticas vigentes e os itinerários encontrados nos sistema terapêutico, contextualizando-os dentro da dinâmica social da comunidade. Por fim, chega-se nas conclusões onde foram

estabelecidos apontamentos acerca dos dados coletados e das teorias aplicadas sobre eles.

2 ANTROPOLOGIA DA SAÚDE NO CONTEXTO KAPINAWÁ



2 ANTROPOLOGIA DA SAÚDE NO CONTEXTO KAPINAWÁ.

Neste capítulo serão abordados de forma ampla as teorias antropológicas que oferecem subsídios para investigar as formas como o sistema terapêutico Kapinawá age na vida cotidiana da comunidade. Para realizar a sua descrição a partir das categorias analíticas provindas da antropologia da saúde é necessário traçar algumas considerações sobre a disciplina no Brasil e os caminhos por ela percorrido até os dias atuais, esta contextualização se faz necessária na medida em que esta área de investigação se apresenta bastante abrangente em seus estudos.

Os estudos antropológicos sobre saúde e doença tem uma ampla abrangência no que se refere às temáticas abordadas e vêm se consolidando desde a década de 1960. No Brasil, duas referencias importantes para entender o desenvolvimento desta disciplina estão em Canesqui (2012) que faz um levantamento bibliográfico de importância ímpar para a disciplina e aponta as temáticas abordadas dentro do campo da antropologia médica, que busca refletir sobre o papel das ciências humanas na saúde, em especial a antropologia. A segunda é Langdon (2014) que traça um breve histórico sobre o caminhar desta disciplina, ao abordar as escolas teóricas dos Estados Unidos e da França (que em seu conteúdo traz influencia de Geertz, Turner e Schneider, autores que atribuem análise simbólica as construções sócio-culturais) e suas teorias refletidas no Brasil.

Das correntes antropológicas a antropologia simbólica, categoricamente influencia a antropologia da saúde/doença francesa, pois, preza o entendimento coletivo. Nesta perspectiva a cultura é percebida como um sistema de símbolos e significados compartilhados por um grupo. Enquanto pertencente a um sistema cultural o sistema terapêutico é composto por símbolos que são construídos socialmente e continuamente, e estes símbolos são dependentes dos contextos em que estão inseridos podendo de fato sofrer modificações frente a novas conjunturas. Neste caso, além de considerar os processos simbólicos que constituem o sistema ele também considera que as interpretações simbólicas podem variar de acordo com os contextos em que se envolvem. Desta forma, categorias provenientes da antropologia da saúde apresentam correlações com a antropologia simbólica ou interpretativa - como

também é chamada esta vertente - pois levam em consideração elementos simbólicos na sua investigação.

Nas duas referências citadas, podemos observar durante sua leitura as diferenças das temáticas e linguagens abordadas na chamada saúde coletiva, onde se aproxima a produção de Canesqui, e na Antropologia da saúde, onde se situa a produção de Langdon. Vale salientar que as denominações antropologia Médica e Antropologia da saúde/doença se distinguem pela sua vinculação às escolas teóricas das quais procedem. Logo, a antropologia médica recebe influencia da Escola Americana e de Frankfurt, desenvolvendo reflexões sobre o processo de adoecimento e cura com base na interdependência entre as dimensões biológicas, psicológicas e culturais. Motivo pelo qual esta escola recebe com frequência diversas críticas pelo seu “viés biológico” (Duarte, 1993), que surgem pelo fato do uso da cultura como ferramenta auxiliar na interpretação médica, com a finalidade de distinguir o que é biológico ou não dentro da lógica das ciências médicas, esvaziando as lógicas locais de sentidos próprios. Enquanto a antropologia da saúde/doença tem influencia da Escola britânica e francesa, com foco na fabricação social do corpo e a construção simbólica da pessoa, por esta razão leva em consideração as narrativas como meio de compreender a saúde e doença dentro de uma perspectiva mais ampla, ou seja, neste caso cultural.

A escolha de iniciar este capítulo de forma didática com a distinção entre as duas escolas antropológicas se justifica pela abordagem epistemológica que este trabalho segue. Optou-se pela abordagem desenvolvida pela antropologia da saúde/doença decorrente das escolas Britânica e Francesa justo pela perspectiva com que esta escola aborda os processos simbólicos, que ocorre a partir das noções sobre a saúde/doença como construções sociais e simbólicas. Para esclarecer esta distinção, lembro Langdon (2012) que resume bem a trajetória da pesquisa antropológica na área de saúde no Brasil da seguinte forma:

[...] Em suma, a pesquisa antropológica em saúde foi crescendo no Brasil a partir de estudos sobre vários tópicos, como medicina popular, “nervos”, cultura da psicanálise, mudança nas práticas tradicionais, ideologias e representações, bem como saúde indígena. As primeiras revisões bibliográficas sobre esse campo de conhecimento (Queiroz & Canesqui, 1986a, 1986b) identificaram as pesquisas como

“antropologia da medicina”, ou das medicinas, se considerarmos o foco nos estudos das medicinas populares, tradicionais, “religiosas”, “eruditas”, “medicina oficial moderna” etc. (LANGDON, 2012. p.59)

E

Diferente das antropologias do Atlântico Norte, o discurso antropológico brasileiro sobre saúde insiste nas forças culturais e sociais como fatores determinantes das práticas e das representações nesse campo. (LANGDON, 2012,p.76)

Em outro momento a autora reforça como o campo da antropologia da saúde/doença no Brasil traçou caminho em contraposição a corrente norte-americana:

“Estes antropólogos vêm argumentando que os processos de saúde e doença precisam ser entendidos através das noções de práticas de autoatenção, intermedicalidade, autonomia, coletividade, agência e práxis em oposição à perspectiva biomédica caracterizada como universalista, biologista, individualista e a-histórica.” (LANGDON, 2014. p. 1020)

Na década de 70, um marco nos estudos em saúde indígena ocorreu quando o Museu Nacional publica um artigo no qual “propõem pensar o corpo como o paradigma central para a compreensão das sociedades e das cosmologias ameríndias (Seeger et al., 1987)” (Langdon, 2012,p.58). Desde os anos 80 a antropologia da saúde nas chamadas terras baixas vem se dedicando ao estudo da concepção de pessoa e corpo como paradigma central, incluindo nele os estudos sobre práticas e cuidados com a saúde em sociedades indígenas.

Embora as noções de corpo sejam um paradigma presente na maioria das antropologias desde os anos 1980, os debates no Brasil têm bastante afinidade com a antropologia clássica francesa, com as obras de Durkheim, Mauss, Dumont, mas também Foucault (Duarte, 2003; Minayo, 1998; Leibing, 2007), e menos com a abordagem reconhecida como “biocultural”, da antropologia médica do Atlântico Norte. (LANGDON, 2012,p.74)

Percebe-se que o campo de atuação da disciplina se desenvolve desde então a partir de perspectivas próprias da lógica brasileira, refletidas nos trabalhos desenvolvidos na área, o que inclui uma marcante contraposição a abordagem norte-americana, considerada de forte cunho biológico. Em suma, o objeto de estudo da antropologia da saúde/doença, de forma contrária ao da antropologia médica, se torna as

construções sociais e simbólicas das diversas formas de se entender a saúde no território brasileiro.

Posteriormente, outro aspecto que se torna importante para esclarecer a escolha pela antropologia da saúde/doença é distinguir seu objeto de estudo em contraposição ao da saúde pública. Esta distinção pode ser elaborada pela observação dos seguintes divergências:

- a) Campos disciplinares diferentes: enquanto a primeira se concentra nas ciências humanas, a segunda está nas ciências médicas;
- b) na saúde coletiva a atenção é direcionada para o indivíduo, enquanto na antropologia da saúde o foco recai sobre o coletivo ou grupal;
- c) A saúde coletiva serve como subsidio para políticas públicas, enquanto a antropologia da saúde pode também servir como subsidio para tais finalidades, porém, o seu papel primordial é compreender o grupo social e suas lógicas internas.

Ou seja, uma abordagem antropológica da saúde em grupos indígenas deve se ater as suas especificidades enquanto organização social e levar em consideração as construções sociais simbólicas presente nas lógicas internas. Sem, contudo, tentar prestar papel de tradutor cultural, nem tampouco reduzir lógicas locais e próprias a terminologias ocidentais e biologizantes⁹. Para isto compreender quais são as concepções de saúde e doença, seus itinerários terapêuticos e cosmovisão se tornam fundamentais para a elaboração de investigações científicas que deem conta das especificidades dos grupos estudados. É diante disto que uma abordagem simbólica se configura como essencial, a partir dos significados construídos e transmitidos que constituem as percepções do grupo sobre saúde, doença e outros aspectos sociais que se relacionam a ela.

⁹ Embora seja evidente que exista um deslocamento das praticas tradicionais para outros contextos, principalmente quando isto envolve políticas públicas de saúde, o argumento aqui defendido tenta esclarecer a importância de contextualizar as concepções de saúde e doença entre grupos indígenas a partir de um olhar direcionado de forma ampla a vida social cotidiana desses grupos, levando em consideração diversos aspectos seus. Desta forma, as construções simbólicas devem ser compreendidas à medida que sem elas haveria um esvaziamento do conteúdo que permeia as relações sociais e simbólicas de saúde e doença.

A antropologia da saúde no contexto brasileiro se caracteriza justo por elaborar a correlação dos conceitos saúde e doença (ou designações congêneres) com outros aspectos sociais como, a já citada, construção do corpo e cosmologia. Enquanto isto as práticas terapêuticas, os papéis sociais dos especialistas em cura e a transmissão dos conhecimentos tradicionais de saúde, aparecem dentro das bibliografias da disciplina em segundo plano nas investigações acadêmicas. Deste modo, este trabalho tem como intenção quebrar com este paradigma a medida que se evidencia estes aspectos que até então permaneceram distantes das reflexões da disciplina. Afinal, acredita-se que ao tratar de povos indígenas, enfatizar os conhecimentos tradicionais são fundamentais para compreender as lógicas próprias destes grupos sobre a saúde e doença e como estas concepções estão presentes dentro do grupo.

2.1 Sistema Terapêutico Kapinawá

Para denominar o conjunto de práticas utilizadas para a manutenção e/ou reestabelecimento do equilíbrio do corpo entre os Kapinawá, optou-se por usar o termo “Sistema terapêutico Kapinawá”. Embora se faça uso da palavra sistema, tal termo dentro da lógica da antropologia da saúde não deve ser tratado como algo imutável, uma vez que como enuncia Langdon e Wilk (2010) dentro deste contexto ele é um sistema além de tudo cultural, que está sempre em interação com outros sistemas e sujeitos:

O sistema de atenção à saúde é tanto um sistema cultural quanto um sistema social de saúde. Define-se, aqui, sistema social de saúde como aquele que é composto pelas instituições relacionadas à saúde, à organização de papéis dos profissionais de saúde nele envolvidos, suas regras de interação, assim como as relações de poder a ele inerentes. (LANGDON e WILK, 2010, p.179)

Como enunciado pelos autores, o sistema terapêutico pode ser entendido também como um sistema cultural, esta lógica pode ser corroborada ao tomar de empréstimo o sentido empregado por Geertz (2008), que designa sistema cultural como:

“Um padrão de significados transmitido historicamente, incorporado em símbolos, um sistema de concepções herdadas expressas em formas simbólicas por meio das quais os homens comunicam, perpetuam e desenvolvem seu conhecimento e suas atividades em relação à vida”. (GEERTZ, 2008, p.66)

O sistema terapêutico concebido como um sistema cultural pode ser composto por “experiências das doenças, papéis sociais, práticas terapêuticas e instituições relacionadas à saúde” (Langdon e Wilk, 2010) que exprimem construções sociais simbólicas (Geertz, 2008) ligadas as experiências individuais e coletivas do indivíduo, com isto neste sistema estão inclusos a participação em rituais, elaboração de remédios, práticas de dietas e aspectos cosmológicos.

Encontramos ainda em bibliografias, da área da antropologia da saúde indígena, a noção de medicina indígena abordada por meio do uso de diversos termos como sistemas médicos, sistema de cuidados, modelos, terapêuticas. Todos eles tentam dar conta das diversas formas de atenção à saúde dentro do conhecimento tradicional dos povos indígenas. Neste trabalho, como já explicito anteriormente, resolve-se fazer uso do termo “sistema terapêutico” Kapinawá, a partir do momento que entender este sistema como um conjunto de técnicas, ações e símbolos que visam a manutenção e reestabelecimento de aspectos saudáveis ao indivíduo.

Dado a definição de sistema terapêutico Kapinawá, e o entendendo com um complexo que envolve vários aspectos sociais, para compreender a transmissão dos conhecimentos é necessário reconhecer primeiramente como ele se constitui, ou seja, traçar um panorama sobre quem está inserido e/ou excluído dele, quais os papéis sociais dos seus membros e as relações deste sistema com os outros aspectos sociais, como a cosmologia e território.

A transmissão e a elaboração dos conhecimentos podem ser entendidas como elementos do sistema terapêutico que ocorrem por meio de uma relação dinâmica e interdependente de diversos fatores, entre eles esta a seleção e/ou as restrições de quem pode ou não saber determinados aspectos relacionados às práticas tradicionais. Isto faz com que alguns elementos possuam caráter multifacetado de acordo com sua posição dentro do sistema, como exemplo disto temos as narrativas orais, que podem ser relatadas de forma direta ou indireta aos demais membros da comunidade e do sistema terapêutico.

A respeito deste modo de transmissão Cohn (2001) elabora a categoria de ‘relatos fragmentados’ (Cohn, 2001) estes relatos não se limitam a uma fonte única, partem de outros parentes mais velhos que aprenderam com outros parentes e assim por

diante. Este imenso quebra-cabeça geracional segue por vezes contendo restrições ao seu acesso, que variam entre tabus envolvidos e restrições simples, nas quais certos conhecimentos devem ser relatados apenas a pessoas selecionadas ou preparadas dentro da lógica de permissão, ou seja, no universo das práticas tradicionais nem todo mundo pode saber de tudo, é assim que os ‘segredos’ são elaborados. Como observa Cohn:

No caso dos relatos, a fragmentação é determinada em grande parte pela atribuição de perigos sobre-humanos que podem ser gerados no momento do relato; o medo é, porém, balanceado pela necessidade de que o conhecimento não se perca, e o resultado é uma “narrativa parcial dirigida a parentes selecionados (COHN, 2001, p.38)

Ou seja, as restrições e permissões são quem determinam inicialmente as formas de transmissão dos conhecimentos, e criam por consequência papéis sociais que diferem dentro do sistema terapêutico as categorias de detentores de saberes, deste modo também marcam um contraste entre aqueles que estão inseridos neste sistema e os que estão fora dele¹⁰.

De forma transversal as terapêuticas tradicionais percebe-se a presença de alguns elementos sociais como território, tradição e família. Estes elementos se relacionam com a saúde a partir das concepções locais a respeito da mesma, que os colocam como aspectos determinantes para a transmissão dos conhecimentos, desta forma não há como descrever o sistema terapêutico sem lançar o olhar sobre eles. O território aparece nesta relação por meio de diversas formas, a primeira delas se relaciona com os lugares onde a memória coletiva¹¹ é construída e ele oferece suporte aos conhecimentos tradicionais. Neles estão contidas as práticas sociais coletivas, e também se encontram os recursos para a confecção dos remédios do mato e os elementos rituais¹², por esta razão ele se configura como local de aprendizado e

¹⁰ Destaco que ao mencionar os que estão fora dele, estou referindo-me àqueles que não desempenham papéis ativos no sistema terapêutico Kapinawá, ou seja que não são detentores de saberes. Esta colocação é delicada a medida que como um sistema cultural o sistema terapêutico envolve todos aqueles que o acionam, independente de serem estes os detentores ou as pessoas que recorrem a ele.

¹¹ Esta noção é um ressignificação do chamado lugares de memória (Nora, 1993) dentro de uma noção que o espaço é o meio propagador da mesma, onde o espaço físico como é o suporte para a formação de uma memória coletiva.

¹² Denomina-se aqui elementos rituais todo conjunto de símbolos que dão conta da prática cosmológica do povo, entre elas o pisar/dançar o toré e as histórias sobre os encantos que habitam o território.

construção do conhecimento na vida cotidiana da comunidade. Esta construção coletiva possibilita ao indivíduo ter acesso também a elementos de identificação étnica. A relação entre saúde e território, embora passe também por questões epidemiológicas, no seu contexto cultural foi descrita de forma notável por Guarín (2015):

Los determinantes sociales que más afectan y causan enfermedades en las comunidades indígenas tienen que ver con: a) la falta de un territorio, b) el conflicto armado, c) desplazamiento forzoso, d) discriminación del género femenino, e) la enajenación de los lugares sagrados, y f) un sistema de seguridad social en salud que no tiene en cuenta las particularidades propias de las culturas. (GUARÍN, 2015,p.149)

Entre estes determinantes socais os que mais são enfáticos para a saúde dos povos indígenas no nordeste são os que se relacionam com a falta de um território e a separação por motivos exógenos e forçosos dos lugares sagrados¹³, acrescentando-se a eles ainda os conflitos étnicos, tais como questões de auto identificação¹⁴. A estreita ligação entre saúde e território também pode ser entendida a partir das relações estabelecidas com o entorno no cotidiano.

Estas construcciones culturales proceden de las relaciones particulares que los indígenas establecen con los diferentes componentes de la cotidianidad y de las distintas formas de percibir, conocer y vivir en el mundo. Todos contamos con bases sensoriales similares, pero los procesos cognitivos, de carácter esencialmente cultural, son los que determinan percepciones que se refieren a significados culturales relevantes. (GUARÍN, 2015, p.154)

As especificidades das relações mantidas entre os povos indígenas e o território, se configuram a partir das distintas percepções sobre o mundo em que vivem. Estas percepções por sua vez são difundidas por meio das narrativas orais, elas são tidas como a principal forma de assegurar a difusão desses conhecimentos em sociedades vistas como tradicionais. Este é o ponto no qual deparamo-nos com a problemática da definição do que é tradição ou tradicional. Em primeiro lugar devemos (re)pensar a tradição como algo que continuamente é reelaborado, e não como repetição habitual e automática de ações. Explico, no caso dos conhecimentos tradicionais quando se

¹³ Um exemplo disto é o caso dos Pankararu em Pernambuco que tiveram o seu lugar sagrado a cachoeira de Itaparica destruída pela construção da barragem que leva o mesmo nome, assim como os Truká com a transposição do Rio São Francisco.

¹⁴ Este é o caso, por exemplo, dos conflitos de auto identificação que envolve quilombolas e indígenas no estado de Pernambuco.

enfrenta um novo contexto de doença ou manifestação espiritual, as relações com o antigo o tradicional se mantém, porém podem ser percebidas e manifestadas de acordo com o contexto atual na qual esta inserida. Como exemplo, podemos observar o uso das medicações, tanto dos chamados remédios do mato quanto os remédios de farmácia, que são algumas vezes associados com as rezas ou orações, que por vezes fazem referências aos seres encantados e também a termos católicos. Ou seja, as correntes culturais¹⁵ (Barth, 1984; 2000) produzem o espaço social da comunidade, logo a tradição pode ser vista como um conjunto de saberes que são dinâmicos e plurais.

A percepção das dinâmicas sociais e culturais exige que se atente não apenas às tradições, como também à inovação; não se nega, assim, a reprodução social, mas ampliasse a noção de reprodução social, de modo que inclua a possibilidade de mudança. (COHN 2001 p.37)

No caso da família ao partir das definições elaboradas por Durhan (1978) que apresenta diversas similitudes com as formulações de Lévi-Strauss (1982) verifica-se que os sistemas de parentesco são concebidos como estruturas formais que se constituem de forma básica por três relações: as de descendências (entre pai/filhos e/ou mãe/filhos), de consangüinidade (entre irmãos) e de afinidade (criadas pelo casamento).

Nota-se em comunidades tradicionais que a família e as relações de parentesco estão estritamente relacionados a transmissão dos conhecimentos em conjunto com o território e as narrativas orais são as bases que formam as redes de transmissão e geração dos conhecimentos tradicionais. A noção de descendência é aplicada ao observar que as narrativas orais que elaboram os conhecimentos tradicionais são emitidas por pessoas mais velhas a partir de um discurso de autoridade que lhe é conferido pela experiência de vida, e que em sua maioria tais pessoas tem laços sanguíneos que ascendem com aqueles que o ensinaram sobre as práticas tradicionais.

¹⁵ Refere-se às interpretações e os esquemas de significação que são atribuídos a uma sociedade pelos membros a ela pertencentes, estas correntes ou fluxos culturais podem ser bem observadas no caso dos índios do Nordeste que a partir do movimento de emergência étnica que ressignificou vários elementos do seu cotidiano.

2.2 Cosmologia e cuidados com o corpo

O processo saúde/doença em sociedades indígenas, porém não só nelas, mantém forte relação com aspectos cosmológicos do grupo, a noção de equilíbrio e bem-estar estão inclusas no sistema simbólico que organiza o mundo, ou seja, nas formas como eles se relacionam entre si e com as práticas espirituais de seu povo. Esta relação ocorre no espaço destinado ao reestabelecimento da saúde, as práticas de cura são preenchidas de inúmeros símbolos rituais e segredos, que restringem o acesso a eles a determinados grupos, estas restrições de acesso criam a noção de exclusividade que conferem significados aos que curam e as suas práticas.

Neste caso são bastante relevantes para compreensão destes aspectos os estudos elaborados dentro da perspectiva da Antropologia simbólica dos anos 70, em especial o elaborado por Turner (1975), que contribui para a apreensão da dimensão transformadora do ritual para a experiência social. Dado que dentro da concepção de doença trazida como construção social, os aspectos simbólicos também são fundamentais para entender o processo de adoecimento e cura, incluindo fatores sociais tais como a cosmovisão onde a ação de seres pertencentes a dimensão extra-humana pode levar a cura e/ou o adoecimento em determinadas situações.

A compreensão da doença como construção sócio-cultural permite discutir as práticas terapêuticas, as religiosas e outras como “processos simbólicos desenvolvidos para transformar e restaurar o estado do doente, sem rotulá-las como “crenças” ou “superstições.” (Langdon, 2012, p.1024). Esta concepção nos leva a observar as relações entre o curador/médico e o enfermo/paciente em uma perspectiva de eficácia simbólica desenvolvida por Lévi-Strauss (1963), onde se percebe que a construção imagética da intersubjetividade e a crença na sua eficácia se faz presente nessa relação por meio da confiança que se estabelece na capacidade do outro, neste caso médico ou curador, em auxiliar no seu reestabelecimento. Tomemos, como exemplo, os rezadores e rezadeiras que não fazem uso de métodos invasivos para auxiliar no reestabelecimento de quem os acionam para conseguir algum tipo de cura: Podemos observar a ação simbólica sendo evidenciada através de gestos e palavras que para o doente aciona seu reequilíbrio e lhe proporciona chegar no resultado pretendido.

Além disto, a dimensão simbólica da concepção de saúde permeia a relação com o território, sendo este elemento de fundamental importância para a manutenção de sua saúde. Pois, é no território que os encantados fazem morada, assim como outros seres que habitam o imaginário local, estes encantados e seres das matas, como chamam os Kapinawá, são agentes espirituais de cura, e devem ser preservados tanto nos cuidados com seu habitat, ou seja os locais de moradas dos seres encantados que estão no território, quanto através de rituais que os cultuam. Guarín (2015) descreve que esta relação aparece tanto como de responsabilidade individual quanto coletiva.

La salvaguardia del territorio, como sustrato espacial significado, es de responsabilidad individual y colectiva mediante la obediencia y acatamiento de la cosmovisión para garantizar la armonía y el equilibrio que garantizan la salud de las personas. Los preceptos de la cosmovisión deben cumplirse tanto individual y colectivamente, en lo material y en el pensamiento. Para las comunidades indígenas, la existencia de un orden colectivo en el territorio es garantía de salud para las comunidades. (GUARÍN, 2015, p. 158)

No caso dos grupos indígenas situados no Nordeste brasileiro em geral os princípios da cosmovisão estão relacionados com o complexo da jurema¹⁶ (Mota & Barros, 2002). Dentro desse complexo, o toré é um fenômeno social e também está ligado com a saúde do grupo. O ritual, dançar toré, é um elemento mantenedor da ordem cosmológica. Dentro do ritual são realizadas curas e limpezas espirituais, que são identificadas por algum transtorno que tire o indivíduo do seu estado harmônico e é nele e através dele que os agentes de cura espiritual podem se manifestar de forma mais explícita. O espaço ritual voltado para a cura é também um espaço de criação de categorias sociais, onde papéis sociais são criados conforme a participação do indivíduo no ritual, como observa Albuquerque (2005) no próprio território Kapinawá:

[...] Curandeiro também é uma categoria nativa que engloba a função e a atividade de pessoas que dirigem algum tipo de trabalho – algum tipo de “culto de jurema” – onde se tem como objetivo principal reconstituir um self, ou seja, produzir através da manipulação de elementos religiosos incluídos no “complexo da jurema” um processo de restauração da saúde física, emocional e (ou) espiritual. (ALBUQUERQUE, 2005, p.66-67)

¹⁶ Um conjunto de representações que envolvem concretamente plantas chamadas Jurema e as concepções que sobre elas recaem.

Nesta perspectiva é cabível fazer uma reflexão sobre o Xamanismo e a saúde, as práticas tradicionais de cura estão irremediavelmente relacionadas com aspectos cosmológicos e com os rituais dos povos. Logo, são inúmeros os exemplos nos quais o desequilíbrio na saúde do indivíduo tem causas determinadas por interferências espirituais ou extra-humanas. Isto vai desde as doenças mais simples como o quebranto ou mau-olhado que é causado pelo lançamento de energias contrárias sobre uma pessoa, até mesmo o caso de doenças mais complexas como crises convulsivas, entendidas como provenientes de mediunidade mal desenvolvida ou corrente não trabalhada. Logo, este complexo simbólico que envolve os processos de cura pode ser denominado de práticas xamânicas, nas quais se faz necessária a presença de um mediador entre o mundo terreno e o mundo cosmológico para assegurar o reestabelecimento do indivíduo.

Fazer uso da categoria xamanismo neste caso é também um posicionamento político, pois devido ao extenso contato entre os indígenas do estado de Pernambuco com a sociedade envolvente, como exposto anteriormente no início deste texto, foram impressos no imaginário social que os povos indígenas perderam ou enfraqueceram sua espiritualidade devido ao seu contato com outros grupos. Este é um discurso essencialista que permeia o senso comum, na medida em que se considera apenas como xamanismo a manifestação e as práticas espirituais vistas como ‘puras’, ou seja, aquelas nas quais não se reconhecem traços do contato interétnico. Esta concepção além de retrógrada também nega os fluxos culturais que envolvem esses povos ao longo da história. Hoje sem dúvidas ao observar as práticas tradicionais de cura, é possível falar em um xamanismo no nordeste no qual a espiritualidade, o território e as reivindicações políticas e sociais estão interligados, e desta forma se configura uma nova forma de resistência frente aos desafios do cotidiano.

2.3 Os detentores de saberes

Os detentores de saberes são dentro dos povos indígenas uma categoria que engloba diversos atores sociais e suas funções no interior da sua etnia. Tais pessoas que são especialistas têm funções específicas dentro da lógica social do seu povo e da especialidade ao qual atende. Buscar compreender quais os papéis desses sujeitos

sociais no sistema terapêutico em questão e na organização da vida social se constitui o objetivo destas considerações.

No universo de cada grupo social, os especialistas têm papel específico a desempenhar frente ao tratamento de determinada doença, e os pacientes têm certas expectativas sobre como tal papel será desempenhado, quais doenças o especialista pode curar, assim como uma ideia geral acerca dos métodos terapêuticos que serão empregados. (LANGDON e WILK, 2010, p.179)

Cada especialista atende de acordo com sua função dentro do sistema, isto faz com que certas categorias sejam criadas. De forma geral, para efeito de ilustração algumas categorias identificadas e suas funções sociais entre as etnias do estado de Pernambuco foram:

- a) O curador ou curandeira: São pessoas aptas à prescrever remédios do mato, assim como os elaborar e fazer ritualísticas de cura, papel muito parecido com o dos pajés, mas se diferencia pelo seu papel político, o pajé representa em sua pessoa a espiritualidade do seu povo.
- b) Pajés: Liderança política e religiosa, responsável pela manutenção da ordem espiritual da comunidade, seu papel embora semelhante ao do curador/curandeira se difere pelo seu acesso direto ao mundo cosmológico e pela sua autoridade perante ele. Esta função é comumente desempenhada por homens.
- c) Rezadeira ou benzendeira: Pessoas que tem o dom de curar e proteger pelo uso de gestos e 'palavras encantadas'¹⁷. Costumeiramente fazem uso de ervas junto às palavras ditas. Em geral esta função é desempenhada por homens e mulheres, embora ainda se note o número maior de mulheres sendo procuradas para prestar atendimentos.
- d) Parteira: Função desempenhada por mulheres que responsáveis por trazer a vida, embora esta função seja apreendida pela transmissão dos conhecimentos no âmbito familiar (onde filha aprendeu com a mãe, que aprendeu com a avó), também é vista como um dom. A função de especialista de cura das parteiras esta especialmente ligada à sua

¹⁷ As palavras encantadas são as palavras que exercem poder sobre algum aspecto da vida, podendo ser elas bênçãos ou maldições, no entanto sempre são ditas em conjunto com a fé no que se fala, e esta é apontada como a diferença em falar palavras ou palavras encantadas entre os Kapinawá

assistência pós parto, onde toda uma conjuntura envolve os cuidados com a mãe e o recém nascido.

Inicialmente, pode-se observar que são elaboradas categorias sociais pelo povo, que se caracterizam por trazerem junto as nomeações atributos e deveres sociais, estas categorias conferem aos indivíduos dentro da sua comunidade posições de autoridade, uma vez que o significado social os distingue dos demais membros. Ou seja, dentro desta lógica o indivíduo dentro do sistema terapêutico adquire uma posição social diferenciada que lhe confere um tipo de *status* simbólico. Contudo, essas categorias por estarem dentro de um sistema que também é cultural estão em continua ressignificação.

A pergunta que se lança dentro deste cenário é como este indivíduo aprende, compreende, e transmite os conhecimentos que lhe são atribuídos, e como o ato de ensinar ou não tais conhecimentos a outros indivíduos se reflete no sistema terapêutico vigente? Entender o papel social dos detentores dentro do sistema terapêutico e na organização social da comunidade é fundamental para a obtenção desta respostas, assim como para se fazer um levantamento acerca das práticas vigentes e como elas são acionadas dentro do espaço comunitário do povo.

2.4 Conhecimentos tradicionais

Os povos indígenas elaboram seus conhecimentos tradicionais e as práticas terapêuticas a partir das memórias, experiências e narrativas orais que são as responsáveis pela transmissão de tais conhecimentos e consequentemente pelo processo de elaboração das praticas vigentes. Todavia, o conhecimento tradicional deve ser observado como algo dinâmico, justo por ser passível de interpretações e reinterpretações pelas gerações as quais são transmitidas. O termo tradicional se refere ao sentido da lógica local de classificação, no qual a tradição é concebida como tudo aquilo que os mais velhos sabem e aprenderam através de outros mais velhos, que também se transmite por meio de gerações. Especificamente, entre o povo Kapinawá o 'tradicional' é usado com frequência para designar a 'coisas dos mais velhos' ou "do tempo dos meus avós", ou seja, se remete que o tradicional em questão é uma construção social de costumes geracionais de no mínimo 3 (três) gerações,

fora isto marca a forma diferenciada de se realizar algo, pois as coisas feitas do 'jeito dos mais velhos' sempre marcam o lugar de autoridade sobre o saber fazer.

Dentro da chamada tradição ou costume¹⁸ Kapinawá a oralidade é bastante presente, tanto nas rodas de conversas promovidas pelo conselho local quanto nas conversas de fim de tarde nos quintais e calçadas. É através dessa oralidade na vida cotidiana que são construídos os conhecimentos tradicionais, e as narrativas são passadas de geração em geração.

A oralidade como forma de passar experiência já foi observada por Walter Benjamin (1987) assim como as mudanças na forma de experiência dos indivíduos, que muito bem ilustra as queixas dos mais velhos acerca do desinteresse da juventude sobre os costumes locais. Benjamin constatou que estamos vivendo uma nova barbárie: a da não experiência. Essa que não se limita à incapacidade de traduzir os eventos de nossa vida em experiências significativas, mas, na incapacidade de nos apropriarmos dos eventos que ocorrem ao nosso redor e traduzi-los. A não apropriação da juventude dos costumes ou tradições, é o que pode ser colocado como desafio para a transmissão dos conhecimentos, uma vez que além de ouvir e aprender com os mais velhos, as experiências individuais são elementos que constituem tais conhecimentos.

Logo, a tradição é colocada como algo não rígido, e sim como um elemento cultural que se molda de acordo com as gerações e as apropriações feitas por elas. Contudo, mesmo que os mais jovens façam uso de tecnologias como forma de registrar os conhecimentos dos mais velhos, os idosos e suas memórias ainda são vistos como primordiais para a construção dos conhecimentos tradicionais, pois são eles a peça chave para a transmissão dos saberes, por possuírem a experiência e a oralidade que são requisitos locais.

Nesta perspectiva o que é tradicional para um povo é o que eles denominam como tradicional, no caso das práticas terapêuticas dos Kapinawá esta tradição passa quase que exclusivamente pelos saberes ditados de forma oral pelos mais velhos, a concepção local de tradição para os Kapinawá é formulada como os conhecimentos

¹⁸ A palavra costume é usada com mais frequência do que tradição/tradicional pelos mais velhos e por moradores da T.I Kapinawá que não estão ligados diretamente aos movimentos sociais.

do povo ou o seus costumes. E tais conhecimentos são elaborados e ressignificados na vida social e cotidiana da comunidade. Oliveira (1999) observa que:

[...] As manifestações simbólicas dos índios atuais estão marcadas comumente por diferentes tradições culturais. Para serem legítimos componentes de uma cultura, costumes e crenças não precisam ser exclusivos daquela sociedade, frequentemente sendo compartilhados com outras populações (indígenas ou não). Tais elementos culturais também não são necessariamente antigos ou ancestrais, constituindo-se em fato corriqueiro a adaptação de pautas culturais ao mundo moderno e globalizado. A incorporação de rituais, crenças e práticas exógenas não necessariamente significa que aquela cultura já não seria 'autenticamente indígena' ou pertencesse a 'índios aculturados' (no sentido pejorativo de 'exíndios' ou 'falsos índios'). Operadores externos são ressemantizados e fundamentais para a preservação ou adaptação de uma organização social e um modo de vida indígena. (OLIVEIRA,1999.p.25)

Por fim, ao compreendemos a tradição como algo construído socialmente a partir da experiência específica de cada geração, podemos chegar a compreender as dinâmicas das práticas tradicionais de cura no contexto atual. Estas dinâmicas se relacionam também com as formas de cada povo entender saúde e doença.

Entre os povos indígenas as práticas tradicionais encontradas estão difusas pela comunidade e entre os detentores de saberes, a partir da denominação de tais detentores dentro do povo, podemos encontrar pistas de quais são as práticas vigentes. Como exemplo, se sabemos que há rezadores em certa comunidade, isto evidencia que as rezas são uma das práticas encontradas dentro do povo. Assim como se há garrafeiros, logo existirá um conhecimento sobre ervas e outras plantas que tem como finalidade o uso medicinal. Entretanto, as formas como são elaboradas as práticas, seja a reza ou a garrafada, acontecem de formas particulares em cada povo, assim como pode haver diferenças dentro do mesmo povo acerca do modo de fazer. Estar atento a estes aspectos que marcam as similitudes e diferenças no saber fazer e nas práticas terapêuticas são fundamentais para que se possa buscar a compreensão de que mesmo em contexto comunitário existe a possibilidade de existir heterogeneidades e estes são indicadores da diversidade sob o qual os conhecimentos tradicionais estão inseridos e são construídos.

2.5 Saúde e doença

Na literatura especializada a noção de saúde e doença em sociedades indígenas pode ser observada como algo que se correlaciona ao território, corpo, dietas, missão, feitiços, espiritualidade, entre outras categorias (Guarín, 1995; Mccallum, 1998). Estas redes de significados¹⁹, que fazem parte do sistema terapêutico, são responsáveis pela manutenção do bem estar físico e social dos membros destas sociedades.

As construções sobre saúde e doença são observados em todas sociedades, incluso nisto sociedade indígenas e não indígenas, elas são elaboradas através da internalização dos signos e significados atribuídos a experiência de adoecer e se reestabelecer. Estes signos não são padrões universais, e sim significados sociais e locais construídos e apreendidos de forma coletiva por meio de concepções próprias, que estão presentes em todas as sociedades

Considerado en términos estructurales, el proceso salud, enfermedad y atención supone la existencia, en toda sociedad, de representaciones y prácticas para entender, enfrentar y, de ser posible, solucionar la incidencia y consecuencia generadas por los daños a la salud. (MENENDÉZ, 1994. p.72)

Isto ocorre de tal forma que em todas sociedades podem ser observados diversas concepções sobre estar saudável ou não. Observam-se diferentes termos que designam estes estados e diversas denominações para se referir as doenças. Existem também diferentes associações simbólicas entre os estados de saúde/doença e outros aspectos da vida cotidiana.

As formas como a saúde e a doença são interpretadas por um determinado povo ou grupo, se refletem e configuram os modos como as práticas terapêuticas são elaboradas e exercidas. E em como o papel social dos detentores são determinados no sistema terapêutico. Analisar estes aspectos nos conduz para a compreensão das dinâmicas estabelecidas, que se caracterizam pela atribuição de significados as experiências sociais, ao adoecimento e ao reestabelecimento do individuo. Menendéz (1994), ilustra bem tais dinâmicas e construções de significados:

¹⁹ As interações sociais são baseadas numa realidade simbólica que é constituída de, e por sua vez, constitui significados legitimados pela sociedade.

Los conjuntos sociales tienen la necesidad de construir significados sociales colectivos respecto de por lo menos algunos de dichos padecimientos. El proceso s/e/a ha sido, y sigue siendo, una de las áreas de la vida colectiva donde se estructuran la mayor cantidad de simbolizaciones y representaciones colectivas en las sociedades, incluidas las sociedades actuales. (MENENDÉZ, 1994. p.71)

As formas como o grupo se reúne para perceber os processos de saúde e adoecimento é atribuído a ampla reunião de símbolos associados a eles, Langdon e Wilk (2010) descreve este processo da seguinte forma:

Esse sistema é amparado por esquemas de símbolos que se expressam através das práticas, interações e instituições; todos condizentes com a cultura geral do grupo, que, por sua vez, servem para definir, classificar e explicar os fenômenos percebidos e classificados como “doença”. (LANGDON e WILK. 2010, p.78)

Neste contexto a compreensão das terapêuticas e das concepções de saúde e doença deve ocorrer em ambiente micro grupal, analisando para além de suas similaridades, os contrastes encontrados no interior do grupo que apontam para as dinâmicas estabelecidas no processo de construção do conhecimento relacionado a temática. Ente os povos indígenas de Pernambuco, por exemplo, pode-se observar que os cuidados com o corpo e a percepção do que é estar saudável ocorre de maneira diferenciada entre os grupos, todos eles têm lógicas próprias de entender e denominar os processos de adoecimento e o seu reestabelecimento, assim como de nomear e instituir funções aos agentes que fazem parte deste sistema. No caso específico dos Kapinawá, os responsáveis pela manutenção da saúde tradicionalmente são as pessoas dotadas de ciência (conhecimentos que ajudam a curar, trazer gente por mundo e cuidar de males físicos e espirituais), estas pessoas são caracterizadas por terem recebido o conhecimento através das pessoas mais velhas ou por orientação dos encantados²⁰.

Enquanto as doenças em sua maioria são identificadas por nomes diferenciados das denominações biomédicas, são colocadas dentro de duas amplas categorias: doenças de branco ou de índio. A primeira tem relação com males que não podem ser curados dentro da aldeia, de forma geral, são aquelas doenças que necessitam de

²⁰ Entidades "vivas", que já são da natureza, habitantes dos olhos d'água, das matas, do fundo dos rios, etc., ou que são antepassados, sábios curadores, que pela sua "ciência" "encantaram-se" sem passar pela experiência da morte. (Nascimento s/d. p18)

intervenção cirúrgica, mas também doenças consideradas novas como diabetes e hipertensão, que estão relacionadas às mudanças dos hábitos alimentares e em decorrência do sedentarismo, como por exemplo, as mudanças nas formas de locomoção e de trabalho.

A segunda são instabilidades de saúde que podem ser curadas pelos detentores de saberes e com remédios do mato, nesta categoria também se inclui os desequilíbrios não físicos, o que no nosso contexto ocidental tratamos como perturbações ou desequilíbrios de ordem psicológica, e que dentro do sistema terapêutico Kapinawá se relaciona tanto com o psicológico como também muitas vezes se associam como sintomas que caracterizam algum desequilíbrio ou desordem espiritual.

Investigar os variados aspectos culturais que se relacionam com o processo saúde/doença a partir dos “conhecimentos sobre as origens, causas e tratamentos das enfermidades, as técnicas terapêuticas, seus praticantes, os papéis, padrões e agentes em ação nesse “cenário””. (Langdon e Wilk. 2010, p. 178) nos auxilia na compreensão dos caminhos percorridos para o reestabelecimento da saúde. As escolhas e ações tomadas com a finalidade de chegar ao reestabelecimento, são denominadas como pertencentes ao itinerário terapêutico. O percurso do itinerário terapêutico segue um roteiro que:

[...] É amparado por esquemas de símbolos que se expressam através das práticas, interações e instituições; todos condizentes com a cultura geral do grupo, que, por sua vez, servem para definir, classificar e explicar os fenômenos percebidos e classificados como “doença”. (LANGDON e WILK, 2010, p.178).

Contudo, como tais expressões depende dos fatores pessoais e familiares, além dos grupais, não se pode esperar que todos os membros de um mesmo grupo seguirão o mesmo roteiro, uma vez que as experiências individuais e familiares são decisivas no caminho percorrido, pois o itinerário terapêutico inclui uma sequência de decisões e negociações entre várias pessoas que objetivam a identificação da doença e a escolha do tratamento correto. Tomemos como exemplo a T.I Kapinawá que é composta por cerca de 25 (vinte e cinco) aldeias segundo Andrade (2014), nela encontramos diferentes itinerários terapêuticos de acordo com os grupos familiares e sua localização dentro do território, assim como a sua relação com a cosmovisão de forma geral.

Constata-se que os membros da comunidade que participam dos rituais tendem a diagnosticar com mais facilidade desordens que tem possíveis causas espirituais. Desta forma, buscam ajuda primeiramente entre os terapeutas locais ou detentores de saberes. Outras práticas comuns aos Kapinawá dentro do itinerário terapêutico são a elaboração e o uso de remédios do mato, o aceso a orientação de pessoas mais velhas da família ou aldeia, a busca direta pelos detentores de saberes e a busca por atendimento nos postos de saúde.

A escolha do atendimento, seja ele feito pelos especialistas de cura ou os integrantes das equipes médicas, são norteadas por princípios que diferem o tipo e a causa do mal que lança-se sobre ele. A identificação da causa da doença pode ocorrer inicialmente pelo próprio doente e/ou seus familiares próximos. A partir do autodiagnostico inicial seguem por recorrer ao atendimento considerado como o mais indicado. Essa identificação de forma geral percorre as noções de doença de índio ou doença de branco referidas anteriormente, e são elas que definem o itinerário terapêutico que será seguido, porém isto não significa que no decorrer do tratamento prevaleçam apenas as instruções de um dos sistemas médicos, muitas vezes eles convivem e convergem na escolha do paciente. Este fato aponta para a autonomia de núcleos familiares e sociais que articulam diferentes saberes e modelos de atenção à saúde de acordo com suas experiências.

2.5.1 Políticas de saúde

Os itinerários terapêuticos seguem as logicas próprias dos grupos, logo, não é incomum que ocorra a associação das práticas tradicionais com a biomédica. Para a compreensão das práticas tradicionais de cura nos dias atuais é importante contextualiza-las diante às políticas de atenção à saúde elaboradas pelo Estado Brasileiro. Coexiste dentro T.I Kapinawá dois sistemas terapêuticos que foram identificados, o tradicional/local e o biomédico, este fato reflete no modo como as práticas terapêuticas tradicionais são exercidas na comunidade e como são construídos significados a partir do dialogo estabelecido com o modelo biomédico de saúde.

O modelo atual de atenção à saúde indígena no Brasil tem seu histórico datado a partir de 1986, com a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio. Posteriormente avanços são feitos com o reconhecimento da pluriétnicidade do Estado Brasileiro, através do artigo 215 § 3º item V da Constituição Federal de 1988, onde se afirma a “valorização da diversidade étnica e regional” brasileira. Posteriormente, a década de 1990 foi marcada por portarias, leis e regulações referentes à saúde indígena. Através da Lei Nº 9.836, de 23 de setembro de 1999 é instituído um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Em 2002 a FUNASA lança um documento intitulado “Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas” onde considera que só é possível compreender saúde indígena a partir da diversidade cultural. Em 2010, por meio do Decreto 7.336 SAS/MS, foi criada uma secretaria ligada diretamente ao Ministério da Saúde: Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), que passou a coordenar e avaliar as ações de atenção à saúde no âmbito do Subsistema de Saúde Indígena. A FUNASA em dezembro de 2011 efetivou a transição da gestão para o Ministério da Saúde.

A partir da legislação vigente, os serviços de saúde nas áreas indígenas, incluso em Pernambuco, são concebidos e estruturados dentro do modelo do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), que tem sede em Recife, Athias e Oliveira (2013) aponta que neste local ocorre:

[...] Toda a organização e acompanhamento do trabalho nas comunidades indígenas do Estado de Pernambuco, bem como a capacitação de algumas categorias profissionais que atuam na área. (ATHIAS e OLIVEIRA. 2013, p.208)

Dentro do modelo do DSEI-PE em Recife estão concentradas as decisões políticas e organizacionais. Em contrapartida, nas áreas indígenas se encontram os postos de saúde, que recebem as Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena (EMSI), estas equipes atuam na atenção primária, e “são formadas por médicos, enfermeiros, técnicos de Enfermagem, Odontólogos, Auxiliares de Saúde Bucal (ASB) e pelos Agentes Indígenas de Saúde (AIS)” (Athias e Oliveira, 2013, p.210).

As mudanças ocasionadas pela implementação dos postos de saúde na T.I Kapinawá estão refletidas nas falas dos moradores. Primeiramente, nota-se que o uso da

palavra “saúde” se relaciona, pelos mais jovens, aos postos de saúde e as equipes médicas. Enquanto, para os mais velhos a palavra saúde se relaciona com um complexo esquema de bem estar. De acordo com estas relações estabelecidas entre a palavra saúde e ações da vida cotidiana, os mais jovens avaliam a presença das equipes e a implementação dos postos de saúde como positivos, pelo fato de facilitarem o acesso a estes serviços. Enquanto isto, os mais velhos demonstram certa indiferença, pois eles não se deslocam até os postos e os médicos não fazem visitas as residências.

O segundo caso são as falas sobre as mudanças ocorridas com relação ao uso dos medicamentos após a instalação dos postos e EMSI, ir até a cidade comprar remédios de farmácia era muito difícil, logo, se usava e se curava as doenças com os remédios do mato. Mas a partir dos postos surgiu o hábito dentro da comunidade de procurar pelos remédios de farmácia ao invés de buscar pelos remédios do mato, e que isto deve-se a facilidade de acesso ao primeiro que já se encontra pronto.

O terceiro caso, ocorre nos relatos de algumas mulheres sobre o impacto da relação entre o sistema terapêutico local e o sistema único de saúde (SUS) em relação as mudanças nas formas de partejar. Tais mudanças ocorrerem a partir da realização do curso de capacitação de parteiras ocorrido em Buíque e Arcoverde. São diversas as narrativas que apontam o curso como a causa da desmotivação das parteiras tradicionais em continuar com a prática, já que muitas delas não foram incluídas nesta formação. Este caso também foi relatado por Andrade (2014) nos seguintes trechos, o primeiro sobre a mudança da forma de partejar, antes as parteiras tradicionais pegava menino de cócoras e depois foram estimuladas pelas formações de parteira dadas pelo Estado a realizar o procedimento com a gestante deitada na cama:

Dona Marieta conta que já no tempo de sua mãe faziam ações neste sentido; sua mãe foi chamada para fazer um curso em Buíque no qual aprendeu a proceder com o parto na cama: “antes não pegava menino na cama, fazia parto no chão. Forrava o chão com plástico, depois forrava com um paninho limpo”, relata, o parto era feito com a mulher agachada. Ela narra ainda que não quer mais fazer partos em virtude das complicações que podem surgir: “pressão alta, criança sentada” ela elenca, “agora eu perdi a coragem de pegar menino, minha filha, nem mais pra Buíque eu tenho coragem de ir, pra não ver ela [falando sobre os partos das filhas] sofrer. (ANDRADE, 2014, p.144-145)

E o segundo relato expõe sobre os incômodos provocados pelas políticas de gestão de saúde e como isto se reflete na prática terapêutica tradicional.

Por fim, vale destacar uma inquietação de Dona Marieta e de Lina em relação ao exercício de partejar: ambas refletem como há anos existe um movimento no sentido de desestímulo dessa prática. Ele tanto é feito em direção às gestantes, que são sempre orientadas a fazer seus partos nas cidades próximas em hospitais, quanto em direção às parteiras. O movimento que é empreendido em direção às parteiras é tão danoso que abala a auto estima, e faz colocá-las inseguras frente a uma atividade que sempre desenvolveram. Este não é um movimento recente, mas um processo contínuo de desestímulo de práticas tradicionais promovido pelo Estado'. (ANDRADE, 2014, p.144)

Por fim, pode-se observar que as dinâmicas estabelecidas entre os sistemas de saúde são exemplos de que diagnosticar quais os contextos que ocorre a intermedialidade dentro da comunidade é fundamental para a compreensão das práticas terapêuticas atuais, justo por estas estarem presentes na vida social da comunidade e refletirem sobre como as políticas públicas de atenção a saúde são empregadas na prática.

3 O SISTEMA TERAPÊUTICO KAPINAWÁ



3 O SISTEMA TERAPÊUTICO KAPINAWÁ

Este capítulo constitui-se de um conjunto de registros etnográficos realizados a partir das situações observadas na T.I Kapinawá que estão relacionadas com o seu sistema terapêutico. A etnografia foi realizada mediante a indicação das lideranças da comunidade dos especialistas em cura, a partir disto sucederam-se as entrevistas e a convivência com eles.

Dentre estas pessoas foram destacam-se, por Aldeia: 1- Aldeia Malhador: Dona Socorro Jucá, Dona Helena, Sr. Audálio e Sr. Zé Macário. Neste local todos foram apontados como rezadores e conhecedores de plantas medicinais, nele apenas Dona Helena não quis participar de entrevista e nem conversar e Sr. Zé Macário não autorizou a gravação da entrevista, embora tenhamos passado uma tarde inteira conversando sobre o assunto. Esta Aldeia faz parte da chamada área nova e que ainda esta em processo de demarcação. 2- Aldeia Mina Grande: Maria Bezerra (Dona Mocinha), Claudeonoura, Maria das Dores (Dona Dôra) e Terezinha apontadas como parteiras e conhecedoras de plantas medicinais; Maria de Zé de Vidale apontada como Lambedeira, Zé galego, Zé de caetano, Sr. Arlindo apontado como rezadores. A Aldeia Mina Grande é a sede política da T.I Kapinawá, pude entrevistar e conversar com todos esses que foram apontados como detentores de saberes. 3- As outras aldeias que tiveram detentores de saberes apontados pelas lideranças, mas que não pude ter acesso, devido as chuvas que coincidiram com o período de pesquisa, foram: Aldeia Quirin d'alho: Dona Sesser, primeira pessoa a ser doutrinada²¹ no Povo e também é rezadora e dona de mesa²²; Aldeia Colorau: Marieta, parteira antiga; Aldeia Julião: Cérvola, parteira antiga; Aldeia Tabuleiro: Zé 'Bruguelo' e também sua filha 'Donga' conhecedores das plantas medicinais; Aldeia Pau-ferro grosso: Irene, parteira

²¹ Ser doutrinada significa receber uma espécie de treinamento/iniciação onde a pessoa que é médium segue uma série de restrições para posteriormente poder curar as pessoas espiritualmente tendo domínio sobre o reino material e espiritual. A história de D. Sesser pode ser conferida em Andrade (2011). Segundo Andrade (2011) "A expressão ser doutrinada expressa o processo em que um especialista ritual faz uma série de trabalhos rituais e ensina quem é médium que, desta forma, passa à saber lidar com suas correntes (ou seja com sua mediunidade)." (p.74)

²² A sessão de mesa, chamada de mesa branca por Sesser, é a parte inicial do ritual ensinado por Seu Elias, no qual os médiuns circundam a referida mesa que está composta por elementos como água e vela destinada aos encantos. Ela é iniciada por cantos e em seguida os médiuns começam a incorporar/manifestar, é dado o nome de trabalho a este movimento, estes trabalhos que podem ser de cura ou ainda de culto a estes encantos. (Andrade, 2011, p. 76-77)

e conhecedora de plantas e Neném de Mané Pedro, conhecedor de plantas; Aldeia Coqueiro: Zé Carmo Conhecedor de plantas.

A forma como os interlocutores locais participaram ativamente da pesquisa foi surpreendente, pois nas visitas as casas que consistia em me apresentar aos referidos detentores, o trabalho era chamado sempre de ‘nosso’. Durante as entrevistas eles ainda contribuíram com perguntas que buscavam salientar certos aspectos do saber fazer que passariam despercebidos à uma pessoa de fora da comunidade e que na percepção dos moradores da comunidade eram importantes e mereciam destaque, tais como as quantidades exatas para a confecção de remédios. Observa-se que as formações em museologia por meio de oficinas, fóruns e catalogação coletiva, refletiram no cotidiano da comunidade. Os articuladores, que também estiveram envolvidos com o movimento de museus indígenas, sempre ressaltavam a importância de se deixar registrado essa memória para as futuras gerações, seja de forma escrita no trabalho ou pelas gravações de voz.

Por fim, os aspectos que foram observados do sistema terapêutico e estão em destaque nesse capítulo são: Os detentores de saberes, as práticas de cura, a percepção sobre saúde/doença e os itinerários terapêuticos. As transcrições das entrevistas estão em *itálico* para destacar as falas e segue identificadas pelo nome do(a) entrevistado(a), enquanto o nome da pesquisadora está identificado pela inicial do nome, desta forma: “P.C”. Em alguns trechos da entrevista apareço sendo identificada como “Polly” que é a forma abreviada pela qual sou chamada por pessoas próximas.

3.1 Os detentores de saberes Kapinawá

A partir dos detentores de saberes é possível observar como o sistema terapêutico Kapinawá se estabelece na comunidade. A eles são atribuídos a responsabilidade de manutenção do sistema. De forma geral ‘detentor(es) de saber(es)’ é um termo genérico usado, tanto pelos indígenas²³ quanto não indígenas, para designar aqueles

²³ Entretanto, nota-se que os indígenas que usam esse termo são aqueles que na organização social desempenham papel político e de articulação, os mais velhos e os demais que vivem estritamente no interior da comunidade sem se relacionar com os movimentos sociais e/ou atividade exógenas usam

que detém o conhecimento tradicional, contudo, este termo engloba diversas categorias nativas para nomear os especialistas as quais se relacionam com as especificidades de cura apresentadas por eles. Em Kapinawá foram identificadas como conhecedores da terapêutica tradicional as seguintes categorias de especialistas locais:

a) Rezadeira/rezador: São aqueles que aprenderam por intermédio de outras pessoas, geralmente mais velhos e de sua família as palavras de cura, as rezas apresentam em sua maioria (pelo menos aquelas que foram ditas de forma audível durante a pesquisa) elementos católicos que podem ou não serem combinados com referencias aos encantados ou seres próprios da cosmologia Kapinawá. Como pode ser observado em trecho da reza de Zanga proferida por Zé Galego:

“Reza de zanga é facinha, chama o nome daquela pessoa, Jesus com dois botaram com três eu tiro, com estas palavras da santíssima trindade, e é o que? É o nome do pai, do filho e do espírito santo, amém Jesus.” (conversa outubro 2017).

Outra forma de aprender as rezas que foram apontadas nas conversas e entrevistas ocorre pelo dom, alto do tempo, ou pela natureza. O aprendizado desta forma indica que tais pessoas já nasceram propensas a desenvolver tais qualidades sociais e tem nelas o seu destino. Diante a categoria local de dom será desenvolvida neste trabalho.

b) Pajé: O pajé assim como o rezador faz uso das palavras para curar, a ele se atribui também a orientação espiritual e o conhecimento sobre o sistema terapêutico da comunidade. Tendo papel de destaque pela simbologia que o título lhe confere de autoridade espiritual. Como no exemplo dado por Audálio Siqueira:

“O pajé já tem o conhecimento das plantas, das plantas e da natureza. E recebe, e recebe e orienta aquela pessoa o que ela deve fazer ou não deve, pra ficar boa do problema. As vezes nem pessoa ele cura, mas como ele tem esse lado... A força do pajé, o valor do pajé na aldeia, ele é como um deus, ele é um deus seguindo nosso pai lá de cima, ele é um deus do povo. A cura é encantada” (Entrevista Audálio julho 2017)

os termos que designam especificamente as funções exercidas, tais como rezador para quem reza e parteira para quem ‘pega menino’.

O papel do pajé também é um papel político, ele é a representação da cosmologia e das práticas espirituais da comunidade para os de fora, a ele é atribuída a responsabilidade de manter a ordem espiritual.

c) Conhecedor das plantas/erveiro/raizeiro: Os responsáveis por fazer os remédios do mato, um importante elemento para a terapêutica dos Kapinawá são chamados de erveiros(as) mas há uma variante de nomenclatura de acordo com a área do território, podendo ser chamados também de conhecedor das plantas e raizeiro:

“Minha vó ela era raizeira, como chama né. Ela era raizeira, antigamente a gente chama o pessoal de raizeiro...” (Maria Bezerra (Dona Mocinha), entrevista em junho)

d) Parteiras antigas: As parteiras estão presentes em todo território, porém poucas se autoreconhecem como parteiras ou fazem o uso desta categoria, isto se deve a desvalorização da categoria dentro da comunidade, e também a insegurança causada pelas novas formas medicalizadas do parir. Contudo, Lorença de Vidale sempre é lembrada como grande parteira, que foi responsável por diversos partos e se tornou referencia no partejar, tanto pela quantidade de partos feitos quanto pela destreza em perceber quais cuidados eram necessários em momentos de risco, por exemplo, as orações. Dona Dôra (Maria das Dores) relata:

“A finada Lorença, ela foi ensinando né... ela foi ensinando até que eu aprendi a reza de, a oração de parteira, né... [...] É de santa margarida, que tem... como se chama a mãe do corpo. como ela chama? Aquilo que a mulher tem que bota assim pra enterrar né? (Refere-se a placenta) Tem oração de quando ela não vem, aí tem que rezar aquela oração que é pra vim...” (Maria das Dores (Dona Dôra) Entrevista em junho)

Estas categorias, exceto a ‘d) Parteiras antiga’, englobam tanto homens quanto mulheres de diversas idades em suas funções, porém nota-se a tendência de apenas pessoas com idades superiores a 45 anos serem identificadas e reconhecidas como detentores dos saberes pelos membros da comunidade. Esta situação pode ser explicada pela fala do Sr. Audálio Siqueira, que observa os mais jovens como pessoas que estão passando por fases de ainda se compreender e compreender seu lugar no mundo:

“Tem gente que não se interessa não. Dificilmente um adolescente, né? Ele passou da infância para adolescência, mas ele está com o juízo, o pensamento dele, de namorar, de curtir, de não se preparar pra nada... mas ele entende, ele vai conseguir quando passar aquela fase, né? Quando ele passar aquela fase da... dele se preparar mais pro povo dele, pro convívio na natureza, mas sempre tem o interesse, tem o interesse de curar” (Audálio Siqueira, Entrevista em junho)

Durante a pesquisa acompanhei alguns desses detentores em seu cotidiano, destacando-se a vivência que tive na Aldeia Malhador com a família do Sr. Audálio Siqueira e Socorro Jucá. Durante o tempo que permaneci em sua casa pude observar diversas práticas que fazem parte do cotidiano da família. Entre as mais expressivas encontra-se o consumo de infusões como forma preventiva de doenças e a administração de remédios do mato nas criações (animais). Neste tempo Sr. Audálio foi chamado as pressas duas vezes para rezar pessoas nas proximidades, entretanto, não pude acompanhá-lo nos atendimentos. Mas observei que mesmo saindo as pressas, nas duas ocasiões ele levou consigo sua bolsa de fibra de caruá (ayó) e algumas ervas, entre elas o alecrim usado para rezas e defumação entre os Kapinawá. Ele passou cerca de uma hora até retornar e no seu retorno guardou seu ayó no lugar que lhe é designado. No ayó se guarda tudo que se precisa em caso de emergências, disse ele, nele estão todos os aparatos necessários para se possa realizar as curas que o solicitarem.

Durante o toré que participei, notei que todos os familiares dele que eram responsáveis por puxar o ritual (na ocasião um de seus filhos e a sua esposa eram os responsáveis por abrir e fechar o ritual) estavam com seus ayós, de onde tiravam os maracás para entoar os cantos. Durante todo ritual um ponto com uma vela é mantido aceso e em determinados momentos se acendem as chanducas (espécie de cachimbo) com o alecrim para defumar o ambiente e limpar energias negativas que podem ocasionar o desequilíbrio de algum participante. O toré é visto também como o momento de se limpar através dos cantos, orações e defumações, criando assim a possibilidade de regeneração da energia vital do indivíduo que dele participa.

Realizei algumas longas caminhadas pelo território, acompanhando os detentores, durante o percurso eles iam apontando as plantas medicinais me falavam quais seus usos, que parte se utiliza, como identifica-la e prepara-la para o consumo. É

impressionante notar a variedade de plantas medicinais pelo território, embora seja ressaltado pelos moradores que muitas espécies de plantas estão se tornando cada vez mais raras em determinados locais.

3.2 As práticas de cura

As práticas de cura que fazem parte do sistema terapêutico Kapinawá foram observadas a partir dos especialistas identificados e reconhecidos no interior do povo Kapinawá. Essas práticas ocorrem de diversas formas no cotidiano das pessoas da comunidade, e muitas vezes de formas associadas, como por exemplo, o rezador pode ou não associar ao tratamento de alguma doença a ingestão de remédios do mato, assim como a raizeira pode sugerir que o remédio seja usado apenas depois de ser rezado. Muitas dessas práticas se interligam e se complementam a partir da lógica local e da forma como se entende às causas da doença.

3.2.1 As rezas

Esta prática consiste em proferir palavras que curam e saber utiliza-las nos momentos certos e da forma adequada, ela se relaciona com um conjunto de símbolos rituais, que envolvem gestos e a utilização de plantas. O rezador desenvolve importante papel dentro do povo, e seu poder de curar através das palavras podem ser adquiridos de diversas formas. Porém, independente da forma como alguém aprendeu a rezar o que o faz curar pelas palavras é definido como um dom. O dom de rezar é o elemento diferencial, pois como em diversos relatos qualquer pessoa reza, mas só quem tem o dom é capaz de curar através das palavras, temos na fala de Audálio Siqueira, rezador e conhecedor das plantas medicinais da Aldeia Malhador, um exemplo disto:

“Tem senhoras, beatas, que elas vivem com o rosário na mão dia e noite, principalmente na igreja, e não cura. E, tem o conhecimento e não cura, é muito sabida mas não cura. Desse lado ai não cura ninguém, fica de rosário na mão mesmo e fica seguindo e não cura, e tem outros que só reza na hora da necessidade e já é pronto pra curar.[...]“Ela não nasceu pra isso, ela não nasceu pra curar. Fazer o que né? Paciência...” (Audálio Siqueira, entrevista em junho 2017)

O dom de rezar segundo Sr. Audálio pode ser descoberto por rezadores mais experientes, pois muitas vezes a pessoa que tem o dom não tem conhecimento sobre sua condição.

“As vezes nem ele mesmo sabe, mas quando tem aqueles rezadores mais experientes, e você está no momento necessitado e você vai lá pra ele benzer, na hora que ele benze ela já diz, ele já diz o valor que você tem.” (entrevista Aúdilio Siqueira, junho 2017)

Neste trecho também fica claro a atribuição de valor a pessoa que tem o dom, esta pessoa se torna importante dentro do povo conforme vai conferindo curas dentro da aldeia. Alguns exemplos de rezadores que atribuem seu conhecimento ao dom: Na Aldeia Mina Grande Zé Galego, ele é citado nas historias do povo como quem ajudou a levantar a aldeia, pois foi ele quem foi buscar ajuda em Kambiwá durante as investidas dos fazendeiros na década de 1980. Além desta contribuição histórica, ele é reconhecido como um poderoso rezador, pois ele mesmo relata que não aprendeu com ninguém e sim a ‘dote da natureza’. Ele diz que quem o ensinava era invisível e sua esposa, Dona Iracema, explica que sempre foi a ‘força invisível’ que o ensinou. Ele é um o único rezador que tem reza para curar “*mordida de cachorro doido*” e “*mordida de cobra*”. Outra característica própria sua é tocar na pessoa ou no local da dor enquanto reza.

Na mesma aldeia Arlindo Florêncio que já foi pajé do povo tem várias formas de rezar, e todas são atribuídas ao dom. Ele diz que reza quem o procura, mas também reza a distancia e em silêncio.

“Eu chego perto, só que eu sou meio cismado. Se a pessoa não pedir, eu também não rezo... mas eu rezo mesmo que eu não vou, pela força de deus eu firmo o pensamento e vou fazendo a cura sem ninguém notar.” (Arlindo Florêncio, entrevista em julho 2017)

Maria das Dores, conhecida como Dona Dôra, esposa de seu Arlindo também aprendeu a rezar através do Dom, a ela é atribuído este dom por ser descendente da Aldeia dos Macacos. Em entrevista conversando com Mocinha (Maria Bezerra) também reconhecida como descendente da Aldeia dos Macacos, ela relata que as rezas chegam em seu pensamento e as duas concordam entre si.

“Vem no pensamento, uma coisa assim que deus vai né... que você tem assim o dom que deus deu, ele vem no seu pensamento, você reza, reza aquilo que , que essas coisas assim ele ensina reza, os

ancestrais né comadre Mocinha? A reza vem com o seu pensamento, pra você rezar.” (Maria das Dôres, julho 2017)

Em Alguns casos como este do Sr. Arlindo, apesar de não ter aprendido com os mais velhos da família, ele relaciona o dom com descendência familiar, como explicito neste trecho:

“Agora só tem uma coisa, que na minha parte, na parte dos meus bisavôs, a cura deles era como eu, que muitas coisas eram no pensamento.” (Arlindo Florêncio, entrevista em julho)

E completa que dentro da lógica local, esta relação entre dom e descendência pode ultrapassar elementos proveniente de relações de parentesco e ser relacionada com o local de origem, como pode ser observado no relato seguinte ao se referir a procedência familiar de sua esposa:

“Já na parte dela (família de Dona Dôra, esposa de Arlindo) dos macacos é tudo rezador.”

Em seguida ele se refere ao dom como algo que vem da força dos astros, ou seja, algo que vem de cima.

“[...] Você é macaqueira também (se referindo a Dona Mocinha). Tô falando porque é dos Macacos, aquele povo do Macaco. Lá tem esse dom dado por Deus (...) As pessoas que tem a força dos astros assim eu conheço.” (Arlindo Florêncio, entrevista em julho)

De forma semelhante ao seu esposo, Dona Dôra é capaz de perceber e diagnosticar alguma aflição sem precisar que a pessoa a relate:

“Rezo de olhado, se eu vê que é uma perturbação que você tem assim né... que quem dança assim nesses terreiros de toré. De caboclo, as vezes fica com aquela moleza no corpo, aquela coisa ruim... aí a gente junta as coisas né...”

Outras rezadoras como Dona Terezinha Monteiro, que também é parteira diz que apenas reza quando lhe procuram e dizem o que estão sentindo. Quando lhe pergunto se ela conhece quando alguém esta precisando de uma reza, ela responde claramente que não.

“Não, assim eu não, não vou mentir. A pessoa que tiver com uma dor chega lá em casa ‘eu vim aqui pra você rezar’. Ai eu rezo. Eu vou e rezo”. (Terezinha Soares Monteiro, outubro)

Ela relata que também aprendeu pelo dom, pois para ela só é possível aprender de outra forma através da leitura. Quando não se sabe ler, mas se tem o dom, as rezas

chegam na cabeça. Dentre as rezas que aprendeu por meio do dom estão as de olhado, de peito aberto, espinhela caída, de dor de dente, de sol, de sereno e de engasgo, essa ultima segundo ela pode ser utilizada tanto para humanos quanto para animais.

Para as práticas de rezas percebe-se que algumas restrições existem, uma delas é que a segunda-feira é o dia da semana destinado aos antepassados, como um dia de resguardo, as rezas de cura não deveriam ser realizadas. Porém alguns rezadores, tal qual Dona Terezinha, em caso de urgência realizam a prática. Neste caso ela rezou uma criança que recém-nascida que estava com problema no umbigo e já havia passado por médico na cidade, depois da reza feita a criança melhorou.

“Segunda –feira eu estava aí, aí Cristiano chegou, disse que era pra eu ir lá rezar o menino, disse que foi pra doutor e doutor passava remédio, disse que o menino só chorando...com catarro no peito, e não sei o que era lá. E veio me chamar que eu rezo dia de segunda-feira mas não gosto, dia de segunda-feira você sabe, que é dia das almas. (Terezinha Soares monteiro. Entrevista em junho)

Sobre as restrições da pratica de reza, Sr. Arlindo é enfático ao afirmar que se contrapõe a elas pelo fato de acreditar que as palavras de cura podem e devem ser acionadas quando lhe procuram.

“Tem muita gente que vai benzer a pessoa. Assim muito curador... e fala tal hora não serve... seis horas não serve, não, não dá passa na agua pra ir na casa de fulano, passa na agua a reza, não serve, pessoa descrente não entra na minha cabeça essa conversa não. Nunca vi palavras de deus enganchar nem molhar, nem enganchar nos matos, não é? As palavras de deus aonde mandar ela vai. Né não? E qualquer hora do dia e da noite.(Arlindo Florêncio, julho de 2017)

Na Aldeia Malhador, Sr. Audalio Siqueira é um dos rezadores mais procurados. Ele tem uma diversidade de rezas, assim como sua esposa Dona Socorro Jucá. Dona Socorro explica que as rezas são realizadas de maneiras diferentes de acordo com os rezadores:

“Existem rezas que a gente utiliza folhas para rezar outras a gente utiliza linha, agulha e folha de mato, e outras a gente utiliza cinza e um paninho. É sempre assim a gente tem as folhas próprias para rezar, já sabe quais são as folhas próprias que se tem pra rezar, com a mesma folha você pode rezar varias coisas, e tem folhas que são especificas para aquele problema.” (Socorro Jucá, julho 2017)

As folhas que ela se refere são colhidas na mata pelos próprios rezadores, cada um tem um tipo, ou vários tipos, de folhas que usam para rezas específicas. Na oportunidade pergunto sobre como se chamam as pessoas que rezam se benzedor ou rezador, Dona Socorro aproveita e esclarece a diferença entre os dois:

“Benzedor é a mesma coisa. É que a gente sempre chama de rezador porque benzer é quando você benze algo para ficar bento. E a gente não é... a gente reza pra curar.”

Ela, por fim, fala um pouco sobre Zé Macário, importante rezador da Aldeia Malhador, ele é o único da região que reza de peito aberto e no caso de alguém ter este diagnóstico é logo direcionado para ele.

“Zé Macário mesmo, ele reza, o que o pessoal chama de peito aberto. Não sei se você já ouviu falar que a pessoa sente, fica sem força nos braços, aí ele sabe rezar. Aí por aqui mesmo na Malhador, acho que só ele. Aí quando as pessoas se sentem assim só vai pra ele rezar. Que a gente sabe só ele que reza. Reza de peito aberto e de espinhela caída. Aí só ele sabe.”

Espinhela caída, segundo Dona Socorro é um tipo de dor no estômago, ela também explica que apenas Zé Macário saber levantar espinhela e fechar peito, que ele reza em silêncio. E por isto, nenhuma outra pessoa ainda aprendeu esta reza, pois, ele se recusa a ensinar. Logo, percebe-se que as rezas são práticas bastante difundidas pelo território e são relacionadas com aspectos da cultura Kapinawá, como o dom, que é acionado de diferentes formas e se relaciona com a cosmologia, local de origem e família.

3.2.2 Os remédios

Os remédios são diversas preparações que tem por finalidade auxiliar a cura de alguma doença diagnosticada e de forma geral são usados em conjunto com outras práticas tais como rezas ou dietas. Existem diversos remédios do mato, tendo como base as plantas medicinais encontradas na região, e o seu preparo por vezes ocorre obedecendo a uma ritualística que consiste em cuidados e restrições desde a coleta até à sua utilização. A ritualística deve ser observada com veemência pelos que confeccionam o remédio, pois a procura pela planta, sua coleta, as especificidades de sua retirada e seu preparo, constituem o ‘saber fazer’ e são apontados como fundamentais para sua eficácia, essas características são fatores determinantes de que o remédio pertencente à terapêutica tradicional.

Nota-se que as preparações dos remédios do mato grande diversidade de formas e formulas, o especialista além de saber as funções de cada erva, tem a responsabilidade de colhê-las e prepara-las de forma adequada para que se alcance a finalidade a qual se destina. Esta característica ritualística da preparação dos remédios do mato foi descrita por Ronaldo Siqueira, da Aldeia Malhador:

“Acho que tudo na vida é um ritual, desde o preparo do remédio, que o preparo do remédio pra muita gente nem cultiva muito essa questão ritualística. Não sabe que aquele processo que ele está fazendo, desde a busca no mato, a coleta da planta, o cuidado de tirar, trazer e o preparo tudo.. tem uns que faz mas não entende que seja como um ritual pra cura. Que realmente é né, se for analisar: é.” (Ronaldo Siqueira, Entrevista julho)

Interessante observar que os remédios do mato assim como as rezas, podem ser destinados a seres humanos e à não-humanos. Pude observar enquanto gravava entrevista com Ronaldo que ele descascava uma espécie de semente para elaborar um remédio que seria destinado a uma cabra da sua criação²⁴, e em outro momento houve relatos sobre rezas para animais doentes e para plantas. As plantas que recebem rezas são as plantas de defesa, aquelas que são colocadas para conferir proteção na frente da casa, tais como: Comigo-ninguém-pode, espada de são Jorge e arruda, por exemplo. Quando essas plantas estão sendo cuidadas e no entanto encontram-se debilitadas podem ser considerado caso de reza para sua recuperação, pois acredita-se que algo está sendo lançado contra a casa ou algum de seus moradores e ela está dando sinais deste fato.

Um imenso numero de plantas foram apontadas como medicinais. A diversidade e as funcionalidades destas plantas impressionam, porém optei por não lista-las como medida de proteção ao patrimônio cultural e biológico deste povo. Sobre os preparos dos remédios alguns específicos chamam atenção como os que se seguem descritos:

Os banhos para proteção do recém-nascido, é um tipo simples de remédio. O exemplo dado por Maria de Vidale é a colocação de alho para fechar o corpo da criança:

“Ai toda a vida eu botava alho, pisava um dentinho de alho, quando acabava, botava na agua e dava banho no menino.” (Maria de Vidale, outubro de 2017)

²⁴ É chamado de ‘criação’ todos animais que estão sob responsabilidade de alguém que oferece algum tipo de alimento, podendo ser carne ou leite, é comum que seja denominado por este nome os caprinos da região.

O ‘remédio serenado’, é um tipo de preparação que consiste em expor ao sereno os ingredientes usados, porém alguns detalhes como a fase lunar e o momento de servir o remédio são observados e fundamentais para se alcançar o resultado desejado. Como relata Dona Maria Bezerra:

“Pra verminose a gente usa também a banana com alho, a minha mãe sempre fazia pra gente, e era pela lua. Ela pegava banana abria e aí pegava alho, cortava o alho todo cheio de pedacinhos pequenininhos e daí botava dentro da banana, por cima salmeava um pouquinho de açúcar, colocava no prato e colocava em cima da casa e colocava um paninho fininho por cima. E prendia as pontas, daí no outro dia de manhã se não tivesse entrado nada, ela tinha esse cuidado, prendia bem prendidinho, que só o sereno batia. Ai no outro dia chega amanhecia aquele melzinho do açúcar.”(Maria Bezerra, entrevista em junho)

Claudeonoura, cunhada de Maria Bezerra lembra que além do preparo havia um tipo de mistério, que o remédio apenas funcionava se o preparado fosse ingerido sem que se olhasse o tempo, de modo que a pessoa o consuma em jejum e dentro do local onde dormiu com as janelas e portas fechadas.

Nas entrevistas e conversas são diversos os relatos sobre o uso de chás como remédio. Entretanto, na Aldeia Malhador, observa-se o amplo consumo de chás, usados de forma preventiva à doenças, assim como outros preparos tais como banhos e defumações. Além dos chás, os lambedores são bastante utilizados, como descrito anteriormente, na Aldeia Mina Grande existe uma especialista para a preparação de lambedores. Luiza Vicência da Conceição, conhecida como Maria de Zé de Vidale, é a única apontada como especialista em lambedores.

“Eu aprendi a fazer lambedor que o finado Zé (Zé de Vidale) fazia, que o povo mandava ele fazer pra vender. Ai foi que ele morreu e eu aprendi a fazer porque... Eu boto a misturada que eu tenho mais forte.(Maria de Vidale , entrevista junho)

Maria Bezerra, minha interlocutora na Aldeia Mina Grande, afirma que o que faz Maria de Vidale especialista é a precisão nas medidas usadas para o preparo do lambedor. Quando relata sobre o uso dos remédios do mato, ela aponta o lambedor como um dos mais usados, principalmente pelos mais velhos.

“[...] Ainda hoje tem muita gente que usa, os mais velhos que usam muito ainda. Usam principalmente o lambedor. O lambedor o pessoal procura muito.” (Maria Bezerra (Mocinha), entrevista em julho)

Maria Bezerra destaca que para se fazer o lambedor da forma correta como o de Maria de Vidale, é necessário um ritual.

“[...] E tem ainda aquele ritual de se fazer lambedor, primeiro tem que ter o cuidado de lavar as cascas, tem a medida certa, não é pegar e jogar. Dona Maria de Vidale ali faz pela medida, cada pau que ela vai botar lá ela tem a medida. Ai lava tudo bem lavadinho, coloca pra ferver, ferve e depois de fervido, que já esteja no ponto, ai coa, ai depois coloca o açúcar dentro pra bater pra apurar.” (Maria Bezerra, conversa em julho)

Essas formas de preparação dos remédios do mato são passadas por gerações, uma vez que as pessoas mais velhas não usavam remédios de farmácia, expressão usada para denominar remédios industriais, tinham que se ‘virar por aqui mesmo’ coloca Maria Bezerra (Mocinha) em entrevista.

“Muitas coisas que eu sei, assim, eu aprendi com minha mãe. Né... aprendi também com minha vó. Minha vó ela era raizeira, como chama né. Ela era raizeira, antigamente a gente chama o pessoal de raizeiro... Meu avô ele nunca tomou remédio de farmácia naquela época. Isso 50 anos atrás. Nunca usou remédio de farmácia era só remédio do mato, é da mata. A minha mãe, eu me criei assim, ela me contava que quando era pequena eu fui cuidada com, nessa época quando nasci, não tinha remédio, e as crianças... ela como já que era minha mãe né... já tinha sido curada com as ervas da mata que a mãe dela fazia os remédios. Quer dizer que já a mãe dela já aprendeu com minha bisavó, que era vó da minha mãe e aí sucessivamente. E minha mãe criou a gente assim, ela criou a gente, eu que sou a mais velha que meu irmão. Eu via muito ela fazer remédio para gripe, pra desinteira, para os meninos quando tá nascendo os dentes.” (Maria Bezerra (Dona Mocinha) entrevista em junho)

O uso dos remédios do mato continua de forma intensa pelos mais velhos, seja pela tradição, ou pela própria recusa em tomar os remédios industriais. No território todo são encontradas as plantas para a produção do remédio, porém com as modificações que ocorreram como as invasões por fazendeiros, em algumas aldeias certas plantas já não são mais encontradas, e é preciso se deslocar até outra aldeia para encontrá-la contudo todas as plantas encontram-se ainda no território.

“E aí a gente vai, e vai, e vai juntando tudo, e ai eu acho que nós somos riquíssimos em medicação tradicional, que nós temos em nossa mata, nós aqui não precisamos buscar fora, que nós temos aqui na mata, na nossa mata.” (Maria Bezerra (Dona Mocinha) entrevista em junho)

3.2.3 O “Pegar menino”

Embora seja reconhecida a presença de parteiras tradicionais no povo Kapinawá, a prática do partejar encontra-se ocorrendo de forma esporádica. As parteiras são pouco procuradas, e entre as poucas vezes que acontecem são em casos de emergência, quando o ‘menino já está caindo’. É notório nas falas que a desvalorização das parteiras tradicionais acaba refletindo na prática. Dona Lorença, parteira já falecida é a referencia para a Aldeia Mina Grande do que é partejar, ela deixou uma série de rezas e outros saberes para as mulheres na comunidade que conviveram com ela. Sua filha Dona Terezinha Monteiro, hoje com 85 anos (Figura IV) já exerceu por algum tempo a função de parteira e é reconhecida como tal pela comunidade, relata um pouco de como sua mãe ‘pegava menino’:

“Minha mãe, ela era assistente, esse pessoal que tem aqui mais velho de 30 anos de 25, tudo foi minha mãe que pegou. [...] ‘Apois’, ela era quem pegava os meninos todos, ela mesma foi quem pegou essa filha minha (aponta pra filha). Ai na hora que a pessoa está no aperto, ai ela sabia muita oração, ela dizia, mas na hora que a pessoa está no aperto não gravava muito na cabeça. E o ‘caba’ não grava na cabeça aperreado né... mas ai, ai eu digo é mais...o caba as vezes ‘atesta’ né...” (Terezinha Monteiro, Outubro 2017)

Este relato traz uma noção de como sua mãe atuava. No entanto pelo reconhecimento da grandiosidade de seu saber fazer, todas as parteiras entrevistadas que a conheceram ao se compararem a ela, se auto reconhecem como curiosas ao invés de parteiras. Por algum tempo Dona Lorença era a única que fazia os partos da aldeia, e por isto virou referencia, pois transmitia os conhecimentos para outras mulheres.

Figura 4 — Terezinha Monteiro e Maria Bezerra (Mocinha)



Registro de novembro de 2017 de Dona Terezinha Monteiro (esquerda) e minha interlocutora na Aldeia Mina Grande Maria Bezerra (à direita) durante o encontro de Pajés e Parteiras na T.I Kapinawá.

Por exemplo, na conversa com Maria de Vidale, nora de Dona Lorença, ela faz referência a sua falecida sogra como alguém que era ‘sabida’:

*P.C: “A senhora teve menino por aqui, ou...”
 Mocinha: “Sim, ai ela vai entrar agora, seus filhos foram todos daqui?”
 Maria de Vidale: “Tudo aqui... Nessa casa não...”
 Mocinha: “Era no rancho viu Polly, era no rancho...”
 Maria de Vidale: “Era de palha, palha, coberto de palha e ao redor palha. Nunca fui pra hospital, graças a deus... Tudo em casa;”
 P.C: “Quantos filhos?”
 Maria de Vidale: “Nove, tive mais de nove, que foi três que morreu.”
 P.C: “E quem pegava os meninos?”
 Maria de Vidale: “Quem pegava? Era minha sogra, a finada Lorença, que era ela sabida.” (Entrevista em junho)*

Dona Terezinha, fala um pouco sobre sua trajetória enquanto parteira e de como a prática de pegar menino se difere de fazer parto.

“Minha fia, vou falar pra você está com um bocado já de ano que peguei menino.[...] “Faz um bocado de ano que peguei menino dessa filha minha que tá aí, não sei nem se ela lembra. Que dizer que a gente fala que pega, faz o parto, ninguém pega. Quem disser que pega menino nas mãos eu digo que é mentiroso. [...] Que a mulher pra ganhar é na cama, ninguém pega. Faz o parto. Isso aí pode ser aqui, pode ser em rua, pode ser onde for. [...] Pra pegar menino gente diz: “- você pega menino?” Não, menino se for pegar se o cara pegar na mão. E ninguém vai pegar na mão não, ninguém pega na mão, que uma mulher pra ganhar menino é deitada em uma cama... o menino nasce aí a pessoa vai fazer o parto.” (Dona, Terezinha, entrevista em outubro)

Ela fez questão de narrar sobre o parto de sua filha, provavelmente o que mais lhe marcou. Contudo, pode-se observar que o parto foi realizado por ela por não existir a possibilidade de chegada da grávida ao hospital.

Terezinha: “Eu peguei e mesmo fiz o parto (da filha dela) quando ela adoeceu, que ela adoeceu de pneumonia. Eu fui quem peguei, quem fez o parto [...] Eu pego, eu peguei sim, mas eu reclamo, de porque não foi na rua? está criada, mas porque não foi pra rua?”

Mocinha: “Porque não dava mais tempo também né.”

Terezinha: “É, não dava tempo.” (entrevista em junho)

Observa-se que realizar um parto não é algo desejado pelas parteiras, elas fazem quando não tem mais jeito. Em outro momento Dona Terezinha, diz que pegou gêmeas e se auto identifica como “curiosa”:

“De outra que tem lá também, de uma que tem aí que é gêmeos. Foi eu e mais uma, a finada Dézinha. Mas essa história de parteira...sou parteira não, sou curiosa.” (Terezinha, entrevista em junho)

É importante trazer as falas das entrevistadas, pois elas evidenciam as colocações feitas pelas mulheres do povo enquanto se reconhecer como parteira ou curiosa. Uma vez que há uma diferença entre fazer o parto e pegar menino, como elas chamam. O primeiro caso, o parto, se refere a auxiliar na retirada da placenta já depois da criança nascer. O segundo caso, chamado de ‘pegar menino’ se refere a estar presente desde as primeiras contrações e auxiliar no processo de trazer a criança ao mundo, pega-la nas mãos, a mulher neste caso dá a luz de cócoras, daí a expressão ‘pegar-menino’ e caso seja necessário são realizadas manobras para reposicionar e garantir o nascimento da criança.

Usar ervas e remédios específicos e dispor de rezas que auxiliam no nascimento e aliviam ou protegem contra quaisquer imprevistos ou complicações que possam ocorrer também são elementos da forma tradicional de trazer gente ao mundo. Nota-se a complexidade do segundo caso, e como o povo concebe a ideia do que é ser parteira e como seu ofício se relaciona com o saber rezar, fazer o uso das palavras de cura e quando fazer:

“Eu não queria ser parteira. As ‘vez’ a pessoa diz. “ah... eu pego menino”. Eu não bato papo, por que as vezes aquela criança vem normal e as vez não vem. E as vezes tendo perigo eu não entendo, que eu não vou levantar falso. Já minha mãe entendia, ela sabia quando ela rezava uma oração já sabia que tinha perigo. Ela já sabia... Ai eu não vou dizer que ei sei igual a ela, agora sendo que eu digo, tendo precisão, dizendo: “-fulana ganhou”, não tendo quem corte o umbigo e nem quem faça o parto, venha pra minha casa que eu vou. Corto o umbigo da criança e faço o parto.” (Terezinha Monteiro, entrevista em junho)

As rezas destinadas para os partos são específicas para esta finalidade, e devem ser usadas apenas quando forem necessárias.

Terezinha: “[...] Se carecer a pessoa rezar, a pessoa reza. Se não carecer a pessoa não reza, não tem carência de reza. Depende das trompas da mulher.” (Terezinha Monteiro, entrevista em outubro)

Maria das Dôres (Dona Dôra) também aprendeu como a Dona Lorença a fazer parto. Ela se reconhece como parteira e conta como foi sua primeira experiência:

“Minha cunhada estava ganhando neném, ai disse, ‘ô cumadre Dôra, vem aqui ficar mais eu’. Fica aqui mais Lurdes, que eu vou chamar a finada Lorença, que era a parteira naquela época. Aí foi só ela sair que (imita o choro) foi nascendo, ai fui e peguei o menino, o primeiro. Ai fui e peguei o menino, ai tive medo de cortar o umbigo ai esperei a assistente chegar para cortar o umbigo. Aí quando foi no outro ano no mesmo canto, de novo. Lá vem... Não deu tempo nem de chamar parteira ai eu peguei, ai ela demorou, ai que eu cheguei.... ai agora o que nós faz? Aí os meninos disse: “ó ela não estava em casa não”. Que era apreço que era até meio dia, que ela não estava em casa. Daí eu fui e vou cortar o umbigo eu medi três dedos assim (mostra os dedos) e cortei, amarrei... Nessa eu peguei 5 meninos. A derradeira foi a menina de Domini que eu peguei mais três, de lá pra cá eu não peguei mais também.”

A oração que ela usa para o parto também foi ensinada pela Dona Lorença também, ela relata da seguinte forma:

Maria das Dôres: “A finada Lorença deixou um ‘mói’, dá pra você aprender, aí ela foi ensinando né... ela foi ensinando até que eu aprendi a reza, a oração de parteira, né... [...] É de Santa Margarida, que tem é... como se chama a mãe do corpo. como ela chama? Aquilo

que a mulher tem que bota assim pra enterrar né? Tem oração de quando ela não vem, ai tem que rezar aquela oração que é para vim...”
(Entrevista em julho)

Além das parteiras que aprenderam com a Dona Lorença existem também outras que foram capacitadas por formações fora da comunidade, como é o Caso de Maria Bezerra e Claudeonoura. Maria Bezerra relata como foi que aprendeu a partejar:

“Eu no meu caso mesmo foi por curiosidade. E quando comecei a estagiar, em 86, que eu tive meu primeiro estagio 86/87 foi quando eu comecei a ter as primeiras experiências. Ai eu comecei a trabalhar na saúde aqui em 87. Em 86 madrinha Maria de João mariano ela era a parteira, ai eu não cheguei a chegar a fazer o parto junto com ela... que teve uma vez que cheguei e o menino já tinha nascido, e ela só explicou como que fazia, a posição que o menino vinha, se vinha do jeito que viesse estava bom. Como é que era que era normal, tudo... Ai fiquei naquela curiosidade e me interessei um pouco. Ai foi onde teve os cursos de parteira ai em Buíque, eu fiz. Ai teve dois em Recife, eu fiz. Ai foi quando fui estagiar de novo em Buíque, ai eu participava, ajudava a fazer os partos. Mas eu ainda não tive a oportunidade de chegar e dizer assim “não, eu mesmo vou chegar lá, e vou ter o prazer de eu mesmo fazer sozinha.” Mas quando a gente estudou que fizemos técnico de enfermagem a gente participou dos partos também.
(Maria Bezerra, entrevista em junho)

3.2.4 As práticas na vida cotidiana

Durante a permanência na T.I Kapinawá, observei de perto como a família de Sr. Audálio na Aldeia Malhador, exerce as práticas terapêuticas em seu cotidiano. Na família dele são pelo menos 4 rezadores: Sr. Audálio, sua esposa Dona Socorro, e seus filhos Ronaldo Siqueira e Rosenildo França, este ultimo responsável por puxar o toré na referida aldeia junto com sua esposa Marcia Amâncio e também os dois fazem parte da equipe de saúde da Aldeia.

No dia-a-dia Sr. Audálio que é agricultor cuida da roça²⁵ e das criações de cabras que possui. Sua rotina consiste em se acordar as 4h30 da manhã e ir cuidar dos seus afazeres. Ele mantém uma dieta equilibrada e faz a ingestão de chás, nota-se que o principio de saúde, no seu caso, se relaciona com a prevenção, por isto manter a rotina e tomar determinados chás o ajudam a se manter saudável. É notável que além de Sr. Audálio, outros detentores de saberes também privilegiam a rotina em seu cotidiano. Isto tornou-se evidente durante as visitas para realizar as entrevistas, os detentores no período de chuvas, dificilmente se encontravam em suas casas pelo

²⁵ Denomina-se roça localmente uma porção de terra que tem por finalidade o cultivo de hortaliças.

período da manhã, pois estavam na roça trabalhando. Embora essas pessoas possuíssem idade avançada, cerca de 70 anos em diante, eles alegam que se deixarem de trabalhar na roça, morreriam. Pode-se notar a relação entre os hábitos e as concepções de doenças existentes na comunidade, dentre elas as chamadas novas doença que apareceram depois da 'sedentarização' da população local.

Retornando a Sr. Audálio, sua dieta exclui alguns alimentos que são classificados como venenosos. Tais alimentos são venenosos dentro de um contexto específico e não por conter de fato algum tipo de veneno, como exemplo, a ingestão de goma de tapioca não deve ser feita quando se vai à caça na caatinga, pois este alimento os deixam com o corpo aberto o que causa um tipo de desequilíbrio espiritual.

Enquanto rezador, Seu Audálio passou por algumas dificuldades no início, ele aprendeu algumas rezas com a mão, mas ele estima que 80% (oitenta por cento) do que sabe ele aprendeu sozinho, contemplando a natureza. Inicialmente ele rezava apenas para si, até sua esposa Dona Socorro passar por dificuldades de saúde, onde nenhum médico e nenhum outro rezador conseguia lhe prover ajuda. Em situação de desespero ele começou a reza-la e ela melhorou em seguida, depois dessa ocasião, sua esposa o incentivou a rezar e aceitar o dom de curar os outros. Mas nem tudo foi fácil, ele relata que em seguida começou a sofrer perseguições por pessoas de dentro da comunidade, que o chamavam de feiticeiro, e levou algum tempo até isto mudar. A mudança ocorreu quando dois de seus filhos também precisaram de ajuda, assim como sua esposa, e mais uma vez somente ele pode ajuda-los, depois disto ele passou a ser respeitado enquanto rezador.

Presenciei uma situação bastante interessante em que ficou clara a relação das rezas e elementos de ordem cosmológica. Sr. Audálio desde 2016 após rezar uma mulher de fora da comunidade vem lançando atenção ao seu estado de saúde que converge com situações espirituais. Em junho durante minha estadia pude acompanhar em partes um de seus atendimentos, a mulher em questão também estava hospedada na casa de Dona Socorro e Sr. Audálio, durante uma noite de lua, como eles chamam quando a lua esta cheia, Dona Socorro foi chamada as pressas à casa de um de seus filhos, em seguida Sr. Audálio também foi chamado. Depois de quase uma hora ele retorna chamando a mulher que estava em sua casa, pois uma das entidades encantadas havia se apresentado e a chamava para uma conversa.

Todos retornaram a casa cerca de duas horas depois, no dia seguinte a mulher me relatou que havia sido chamada para uma conversa a respeito de como questões de sua vida espiritual estavam sendo os motivos dos processos de adoecimento que a acometia, entre eles o forte período de depressão pelo qual havia passado recentemente. Enquanto a Sr. Audálio ele me falou que não tinha sido convidada a acompanhá-la, pois a entidade havia especificado que apenas ela deveria ser convocada no momento. E que em outro momento mais oportuno eu poderia acompanhar este tipo de atendimento, ele me explica ainda que os processos espirituais interferem muito nos estados psicológicos, uma pessoa, por exemplo, que apresenta caso de depressão pode estar relacionado a mediunidade não desenvolvida.

Durante o Encontro de parteiras e pajés, que aconteceu em novembro na Aldeia Mina Grande alguns fatos destacaram a diversidade das concepções locais das práticas terapêuticas. A primeira delas é que de fato existe grande pluralidade em relação a como se concebe o que é aceitável ou não aceitável nas práticas de cura, como por exemplo, para alguns detentores a manifestação de seres encantados apenas é aceitável durante o ritual, quando ocorre fora dele acaba sendo visto como uma forma de incapacidade de se comportar como um especialista em cura. Entretanto, para alguns outros estas ocorrências demonstram certo poder do especialista, que se mostra perante a sua comunidade como alguém preparado a todo instante em receber os seres encantados. Este se tornou um exemplo claro de que além de atribuições sociais, aos especialistas se atribuem regras comportamentais.

Ainda durante o referido encontro, pude observar que na oportunidade houve um grande esforço dos agentes de saúde indígena e lideranças locais em integrar a comunidade como um todo, incluindo nisto jovens e idosos, durante o evento. Anteriormente a isto, quando os entrevistados eram perguntados sobre o interesse e participação dos jovens, existiram diversos relatos que embora notassem a pouca participação da juventude nesse aspecto, eles nunca tentaram de forma mais enfática estimulá-los a isto. Logo, tiveram esta oportunidade durante o encontro, e pelo menos durante sua realização estes jovens e até mesmos os mais velhos que nunca se envolvem em eventos institucionais estiveram presentes.

3.3 Doenças de branco e de índio

Para compreender quais são as doenças que o sistema terapêutico e as práticas tradicionais Kapinawá atendem é necessário buscar compreender como saúde e doença são concebidas pelo povo. A saúde e doença são identificadas por um estado considerado ideal, e as alterações físicas, mentais e espirituais que podem causar o desequilíbrio deste estado. Estas alterações compreendem um complexo esquema de interpretação e classificação, que abrangem duas grandes categorias chamadas de doenças de branco e doença de índio por eles.

Os aspectos que interferem na saúde e doença entre os Kapinawá, estão ligados a sintomas no corpo, mas que tem causas espirituais, essas são chamadas de doenças de índio, e estão em conjunto com as doenças que tem tratamento pelos remédios do mato e rezas e que são tratadas dentro do território. As concepções do que define se a doença é de índio ou doença de branco obedece a um roteiro que tem início pelo diagnóstico no âmbito familiar e se estende para a comunidade quando se busca pelo especialista que possa proferir atendimento, seja ele especialista tradicional ou o médico do posto.

No caso de ser diagnosticada algo que se enquadra como doença de índio, nota-se a rápida procura por um rezador(a), e é ele(a) que encaminha a pessoa de acordo com o que foi observado. É comum saber que quando esta ordem de procura não é respeitada, muitas vezes a pessoa que se encontra adoentada fica indo de médico em médico e não encontra uma resolução, este fato é apontado como a incapacidade do médico entender a espiritualidade do indígena:

“Se não for coisa material, a gente se cura, uma dor de cabeça... Agora as vezes quando é coisa material espiritual (inaudível) aí eu digo quando é espiritual não tem doutor, pode levar, que o doutor não sabe (inaudível) a medicina. Quando é espiritual bota aquele aparelho em você, faz exame de todo jeito e não acusa nada. É o que é que ele diz? As vezes é muita ‘tapia’ ele no final diz depois que tomar venha aqui pra ver como você ficou.” (Entrevista Audálio Siqueira, Junho 2017)

Ainda sobre o diagnóstico das causas da doença dentro da terapêutica tradicional, Socorro Jucá da Aldeia Malhador, rezadora, ao ser indagada sobre como ocorre o diagnóstico, se é exclusivamente pelos sintomas que a pessoa apresenta, ela explica:

“Não, quando a gente , por exemplo, o mal olhado, tem gente que chama de zanga também, cada um tem sua forma de rezar, quebrante... ai a pessoa que vai... quando uma pessoa começa a rezar você já sente que a pessoa tem isso. Porque na hora que reza, que você começa a rezar, você sente algo diferente no seu corpo, você sente vontade de abrir a boca direto, de chorar, a lagrima desce dos olhos, você não... A pessoa que está rezando já sente alguma coisa, começa o braço formigando, como se ficasse adormecido, você sente algum sintoma que você está vendo que é aquilo ali...e quanto mais sintomas você sente, mais a pessoa esta carregada. Ai mais a pessoa tem que rezar também. Muitas vezes você passa mal, eu já rezei em pessoas que eu passei mal depois.” (Socorro Jucá, Entrevista em junho)

Fica claro, nesta fala, que o diagnostico é dado pela experiência do rezador e de forma intuitiva pelo seu conhecimento acerca daquele mal que aflige a pessoa que é atendida por ele. Como exemplo disto, lembro o caso que ocorreu com um colega pesquisador que foi rezado na Aldeia Mina Grande por Dona Alzira, que ao percebê-lo muito angustiado durante um evento realizado no local, o rezou e ao final da reza tanto o colega quanto ela que o atendeu estavam chorando. Ela acabou passando mal pelo estado carregado em que o pesquisador se encontrava no momento, e ele ao final disse se sentir mais leve, a circunstancia e o desfecho foram atribuídos as energias contrárias que lançaram sobre ele e que foram curadas pela reza feita.

O fato curioso neste exemplo é que apesar da denominação doença de índio, tais doenças dentro da lógica local são capazes de afligir pessoas de fora, como o caso citado, que ocorreu com o colega e também o diagnostico que recebi após a participação em um toré realizado em outubro na Aldeia Malhador que ocorreu da seguinte forma:

No inicio de outubro cheguei na T.I Kapinawá acompanhada de um colega que foi me auxiliar com o equipamento de gravação usado nas entrevistas. Chegamos sábado pela manhã na Aldeia Mina Grande onde estava sendo preparado o encontro de pajés e passamos o dia indo nas casas das pessoas que havia combinado o retorno para a gravação da entrevista. Nas casas que já havia frequentado notei um comportamento um pouco diferente do que normalmente observei nas situações anteriores, acreditei que isto se devia a alguma situação que não havia sido me falada e que estava ocorrendo na comunidade.

Durante a tarde estive acompanhada do rapaz na oca da Aldeia Mina Grande e ajudamos a virar palha para cobrir a oca. As pessoas que estavam presente nesta

tarde também mostraram comportamentos distintos ao que encontrei anteriormente, entre elas estava a minha interlocutora. Ao chegar a noite seguimos para a Aldeia Malhador onde assistiria ao toré, chegando lá fomos muito bem recebidos como normalmente ocorria, porém em seguida notei o mesmo tipo de comportamento que demonstrava uma certa frieza e distanciamento ao tratar o rapaz que me acompanhava. Desta vez ficou claro que o motivo deste comportamento diferente era por causa da presença desta pessoa.

Sem entender o que acontecia segui para o toré a noite, e não consegui ficar até o seu término, interpretei que era pelo cansaço da viagens e das atividades realizadas durante o dia. Minha saída do toré no meio do ritual chamou a atenção de quem estavam nele. Na manhã seguinte ao acordar, fui chamada por Sr. Audálio que me perguntou como me senti no toré, o que havia passado comigo e se havia demorado para dormir, respondi as suas questões, e por fim, ele disse que eu estava absorvendo energia alheia e deixou a entender que esta energia carregada estava relacionada com a presença do amigo que levei na viagem. Antes de retornar a Recife, Sr. Audálio fez uma reza e me passou uma sequencia de banhos de descarrego que consistia no uso de uma infusão de ervas diluída na água do banho. Posteriormente, na ocasião do Encontro de Pajés, as pessoas da Aldeia Mina Grande me falaram sobre este dia em que perceberam que eu estava com um tipo de mal-olhado e causado pela pessoa que me acompanhava que tinha a ‘estrela fechada’. Ou seja, fui também diagnosticada com um tipo de doença que esta dentro da categoria local de doença de índio, que tem causas relacionadas a distúrbios espirituais e energéticos.

Nesta situação, pode-se observar que a chamada doença de índio é uma concepção que atravessa a ideia de pertencimento da etnia e abrange a cosmovisão deles em conjunto com uma complexa identificação de elementos, que são interpretados para se configurar o diagnostico de uma doença. Sobre o que configura doença de índio ou não, eles explicam de forma sucinta que é doença de índio se cura apenas entre os índios, e o que não é doença de índio, em primeiro lugar, não tem causas espirituais identificáveis e também para se curar há a necessidade de procedimentos invasivos:

Audálio Siqueira: “Eu acho que os nossos problemas de saúde a gente cura com as plantas. [...] Para o medico, para o doutor é assim caso de cirurgia, da pessoa ter um tumor, uma coisa, um caroço, aí é preciso a pessoa fazer cirurgia. É quando a gente vai ao médico. Mas por outro

motivo a gente não vai não.” (Entrevista Audálio Siqueira em Julho, 2017)

As doenças de branco também são classificadas como doenças modernas, pois nos tempos dos antigos não se ouvia falar, logo, não existia dentro da lógica local, são doenças como pressão alta e diabetes. O aparecimento destas doenças está relacionado com a mudança dos hábitos alimentares, de trabalho (antes se trabalhava no roçado) e consequentemente o maior sedentarismo.

Ainda sobre as noções de doença, percebe-se que muitas delas possuem várias nomenclaturas, algumas delas passaram por alterações de identificação após a inserção do médico dentro do povo, Dona Maria Bezerra explica, antes de 1998 havia visitas esparsas do médico enviado pela FUNAI, depois da presença das EMSI e dos médicos no território a terminologia usada pelos profissionais acabaram por serem inseridas no cotidiano da comunidade. Isto pode ser entendido como uma estratégia local de melhorar a comunicação entre população e os profissionais do posto. Como exemplo desta mudança de termos locais para os biomédicos:

“O que hoje nós chama de infecção urinaria, naquele tempo chamava “interiça” ou ‘urina quente’” (Maria Bezerra (Dona Mocinha) Entrevista , julho)

Através das conversas e entrevistas nota-se que existem diversas formas de nomear doenças localmente, mas como dito anteriormente algumas foram traduzidas para a linguagem usada pela equipe de saúde. Alguns exemplos desta nomenclatura nativa encontra-se em trechos da entrevista com Dona Socorro Jucá , onde ela explica o que é ‘espinhela caída’ um tipo de dor no estomago, e que apenas poucas pessoas sabem rezar para curar este tipo de doença.

Já outras noções de doenças são bem específicas e impossíveis de serem traduzidas a termos biomédicos, justamente pela carga simbólica que possuem que estão além de sintomas físicos presenciados. Como é o exemplo do “problema de vento”, Sr. Audálio explica que é um problema de visão que nenhum médico consegue identificar:

Audálio Siqueira: “Dá o problema na pessoa e as vezes a pessoa pensa que foi começo de AVC(Acidente vascular cerebral), e não foi. Ali foi um vento. O vento dá deficiência na vista dela.[...] É... fecha o olho, baixa o olho, ele fica com a vista irritada, coçando os olhos, se chama , o problema se chama de “bufina”, né? E como é que nós fazemos? É agitação nos olhos, os olhos vermelho correndo agua, tem deles que fica desolado. Mas é doença que vem do ar, vem do tempo,

ela vem no vento e não é AVC e nem é nada não, cura com o chamado “defumador” e oração. E pode jogar remédio o tanto que for, pode dar injeção, pode internar, pode levar soro... não... é diferente...”

3.3.1 Itinerários terapêuticos

Os itinerários terapêuticos compreendem os caminhos e formas que os membros do povo percorrem para tratar a doença. Em primeiro lugar deve ser diagnosticado o que a pessoa tem, foram observadas duas formas de diagnóstico durante minha estadia: Na primeira o próprio núcleo familiar diagnostica a doença, e encaminha a pessoa ao especialista (podendo ser algum especialista local ou um médico). No segundo caso a família encaminha para o especialista local e lá ele diagnostica a doença e recomenda o tratamento. Observando o segundo caso, notei que os especialistas locais podem tanto tratar de imediato através das práticas tradicionais quanto podem encaminhar a pessoa ao médico do posto caso não consiga diagnosticar ou no caso de tratar-se de doença de branco. A intermedicalidade é notável quando os próprios rezadores, prescrevem em conjunto as rezas e os remédios de farmácia, ou seja, em alguns casos, a utilização de um não anula a do outro. Demonstrando que não há por parte dos especialistas locais uma tensão entre as formas de tratamento, em que a terapêutica do outro é colocada em descrença, como facilmente podemos observar ocorrer do lado da biomedicina.

No caso dos diagnósticos dados em primeira estância pelos especialistas locais, seguem alguns exemplos:

“Pra rezar, chegar uma pessoa doente né... que tiver qualquer coisa, a gente olhar pra você, você está esmorecida com qualquer coisa, já sei que você tem. Já vem no meu pensamento logo, reze nela que ‘ela tem isso e isso, tem assim, assim e assim’. Eu já sei, eu rezo. (Maria das Dores, entrevista em junho)

Muitas vezes os rezadores relatam que a pessoa pode até não chegar a pedir pela reza, mas ao notar que ela precisa de ajuda eles acionam as rezas em silêncio pelo pensamento. Como no seguinte caso:

“Eu já fiz algumas orações, assim desse tipo, mas sem a pessoa saber. Que assim as vezes, você esta vendo a necessidade que precisa. Uma vez eu ia pra escola, que eu estudava na cidade. E a menina ia chorando, estava chorando, aí perguntei o que que ela tinha, aí disse que estava com a cabeça doendo, e ‘eu não sei porque, foi de

repente e eu tenho que estudar e não vou conseguir coma cabeça doendo', ai eu disse vai passar. Só disse isso, aí fiz minhas preces, minhas orações e ate hoje ela nem sabe, sei que ela já desceu do carro boa, isso foi em 2002/2003 por ai. Essa foi a minha primeira ação, eu senti a necessidade, me veio na mente , no coração de fazer isso, eu fiz deu certo.” (Ronaldo Siqueira, entrevista em julho)

Em trecho de entrevista com Dona Socorro Jucá, pergunto como se faz para diferenciar uma doença espiritual ou doença de índio de outra, por exemplo, o mal olhado de alguma virose:

“É simples a criança ,adulto, criança, seja o que for primeiro fica abatido, fica molenga, com moleza no corpo, vomita, da diarreia forte. Ai você toma remédio pra isso e não serve. Pronto! Já sabe o que é.”

Como foi feita referência ao tomar remédio e ele não servir, fiquei curiosa sobre se este é sempre o caminho percorrido antes de se procurar um rezador, por exemplo. Logo, ela me explica:

Socorro: “Não, quando a gente já sabe, já desconfia o que é, a gente já está acostumado, a gente já desconfia o que é isso e já reza, já pede pra rezar se a pessoa não sabe, leva na casa de uma pessoa, de duas e depende de como a pessoa sente, manda duas, três pessoas rezar sem... por exemplo, eu peço pra você rezar, ai sem dizer a Audálio, peço pra Audálio rezar, sem dizer pra outra pessoa, peço pra pessoa. Três pessoas, sem saber que a outra rezou, que é pra não dá mais, não ter mais. Conforme a necessidade.”

Audálio: “Conforme a necessidade é de 3 a 7.”

Socorro: “É, e uma não pode saber que a outra rezou. Porque diz que tem mais firmeza.”

P.C: “E como é que chega a um caso de 7? É um caso grave?”

Socorro: “É, quanto mais pessoas precisarem rezar mais o caso é grave.”

P.C: “É sempre numero impar?”

Socorro: “ É, número impar.”

P.C: “E o que seria o caso de 7?”

Socorro: “Acho que seria quando por exemplo você manda uma pessoa, a criança não melhora ou a pessoa não melhora. Você não vê melhora, ai manda três, mas ai, quem reza pela primeira... a primeira que vai rezar já sabe se você precisa mandar outra pessoa rezar. Que se por exemplo, eu rezo em você, ai depende de que eu já sei, mando outra pessoa rezar só não diga que eu rezei. Ai ela já vai e pede pra outra pessoa rezar, ai a outra pessoa que reza já diz também pede pra outra pessoa rezar, só não diga que eu rezei.. ai ela já não diz que eu rezei, que a outra pessoa rezou, ai vai dizendo ate enquanto não

chegar na pessoa. Ai se a terceira pessoa rezar e dizer, “pronto!” com fé em deus está bem... ai você nem precisa mais, que ai já...”

Audalio: “Ai eu digo entra na questão da fé, quando a pessoa tem fé, um só rezou, já pegou tudo...”

Socorro: “Depende do momento Audálio, depende da causa e da fé.”

Nota-se neste trecho que existem vários itinerários que estão interligados com as questões de fé e da causa de determinada doença diagnosticada. No próprio diálogo torna-se evidente que este modo de ação não é tão comum, e tampouco há um consenso sobre se a necessidade de passar alguém por mais de um rezador ocorre por motivos de falta de fé, ou pela gravidade da causa. Logo, decidir por um determinado itinerário não é algo tão fácil quanto pode parecer para aqueles de fora da situação, significa fazer uma serie de escolhas e analisar os procedimentos e suas multiplicidades. Os itinerários terapêuticos vão se transformando através dos anos e dos serviços conquistados pela comunidade, no caso da saúde que foi implementada em 1998, a grande mudança relatada desde então é dos deslocamentos da aldeia para a cidade.

“Naquela época atrás, vou botar o que uns 30 anos atrás se usava, porque a desenvoltura da saúde, do médico, é pra nós aqui no povo, ela veio a pouco tempo, não tem ,não tem é... uns 20 anos, mais ou menos. Que a saúde foi implantada aqui em 98. Em 98 a saúde, 19 anos... pra trás a gente procurava na cidade, quando dava viu... quando dava... quando não dava tinha que curar aqui mesmo... e curava (Maria Bezerra, entrevista em junho)

Apesar da inclusão de indígenas nas equipes de saúde, as formas como se dão os atendimentos onde métodos da biomedicina se sobressaem, a cura para as doenças de índio não são realizadas por esses profissionais, embora eles sejam indígenas e alguns até mesmo são considerados detentores de saberes, dentro das equipes não há espaço para o exercício da pratica tradicional.

Audálio: Tem, tem indígena trabalhando lá na saúde. E ai eles tão lá dentro... Eu agradeço a eles por vim dar saúde aos povos indígenas. Mas assim, esse povo lá... ele não cura não. O povo indígena tem o lado espiritual... em coisa assim ele não dá jeito não...(entrevista Aúdilio, junho)

A partir das observações sobre os sistema terapêutico, de como eles são constituídos e como as praticas tradicionais são exercidas dentro do povo, pode-se traçar uma analise sobre como os conhecimentos são transmitidos dentro deste sistema.

4 A TRANSMISSÃO DOS CONHECIMENTOS TRADICIONAIS



4 A TRANSMISSÃO DOS CONHECIMENTOS TRADICIONAIS

No capítulo anterior vimos que os conhecimentos tradicionais do sistema terapêutico Kapinawá se constituem pela soma das práticas elaboradas pelos detentores de saberes. Logo, estes detentores assumem o protagonismo dentro do sistema, e aparecem veículos acionadores das formas de transmissão. As formas de transmissão desses conhecimentos engloba uma série de questões que serão analisadas neste capítulo. A partir de algumas considerações sobre a relação entre os detentores de saberes, as práticas vigentes, os itinerários identificados no sistema terapêutico e as formas como ocorrem a transmissão dos conhecimentos entre os Kapinawá. As categorias escolhidas previamente para análise apontam para as especificidades encontradas no povo Kapinawá, acerca de como os detentores de saberes constroem e transmitem seus conhecimentos, em meio a isto surgem de forma transversal na concepção de saúde/doença questões relacionadas com a cosmologia, território e família, não necessariamente nesta ordem.

Os detentores de saberes podem ser colocados numa posição de sustentação do sistema terapêutico, pois a partir dele que são gerados os símbolos e significados das práticas terapêuticas. Como inseridos em um esquema onde seus elementos aparecem complexamente interligados, os detentores mantêm o sistema pelas formas que transmitem seus conhecimentos e exercem as práticas; Por sua vez as práticas se relacionam com a concepção de saúde e de doença, pois a partir dessas concepções que são acionadas e acontecem os itinerários terapêuticos. Enquanto, que nas concepções de saúde e doença aspectos da cosmologia e do território aparecem e como em um todo imbricado em um grande conjunto todos eles se correlacionam entre si.

4.1 Detentores de saberes e a construção dos conhecimentos

Dentro do povo Kapinawá os detentores de saberes são entendidos pelo povo como os guardiões dos conhecimentos tradicionais, isto lhe confere a responsabilidade pela manutenção e transmissão destes conhecimentos por meio das práticas. Dentre as práticas vigentes destacam-se as rezas e os remédios do mato, esta ênfase ocorre por elas estarem difundidas por todo o território, e se interligam com as outras práticas.

Elas aparecem como elementos fundamentais para a continuidade da difusão dos conhecimentos.

A investigação sobre as formas de transmissão começa pela análise do papel social dos detentores de saberes Kapinawá em seu sistema terapêutico, com a finalidade de entender as lógicas vigentes de transmissão. Observa-se que papéis sociais são gerados de acordo com as funções atribuídas aos seus sujeitos sociais, e consequentemente a eles são conferidas autoridade. A atribuição de função a esses sujeitos ocorre a partir do seu reconhecimento e de suas experiências como curador dentro de sua comunidade.

O caso citado no capítulo anterior, ocorrido com Sr. Audálio Siqueira, é um exemplo disto, pois até promover algumas curas dentro da comunidade, ele era chamado de feiticeiro em tom pejorativo, e não estava inserido dentro do itinerário terapêutico local. Ou seja, não era procurado enquanto uma pessoa capaz de curar enfermidades. Com a experiência obtida através dos atendimentos, inicialmente no núcleo familiar, que expandiu-se posteriormente para algumas outras pessoas circunvizinhas, a comunidade começa a reconhecê-lo como rezador, e só então ele é inserido dentro do sistema terapêutico, que significa ser procurado para curar.

Outro exemplo é o de Maria das Dores (Dona Dôra) que passou a ser reconhecida como parteira apenas após obter experiência junto a Dona Lorença, parteira referência na comunidade, e posteriormente com o sucesso em ‘pegar menino’ sozinha sem estar acompanhada por ela. O reconhecimento da autoridade e a criação de um papel social dentro do sistema, se aproxima ao conceito de ‘eficácia simbólica’ elaborado por Lévi-Strauss (1975), no sentido de que nos processos de cura estão envolvidas a interação social entre o curador, o doente e a comunidade. Logo, o reconhecimento da comunidade é o elemento que capacita socialmente alguém a curar. Antes disto o especialista em cura não está inserido no sistema terapêutico, pois sua capacidade social ainda não foi atestada perante a comunidade, sua inserção por fim, ocorre apenas depois deste reconhecimento que permite a sua inclusão no itinerário local e a busca das pessoas por ele para os fins de cura.

Outra observação acerca da autoridade conferida pela titulação de alguém como detentor de saber, se refere a idade dessas pessoas, provavelmente muitos jovens

sabem das práticas tradicionais, mas não são reconhecidos como detentores pela falta de experiência de suas ações. Como exemplo, em uma das entrevistas feita com a lambedeira Maria de Vidale, seu neto estava presente (um garoto de cerca de 16 anos), ela durante a entrevista o aponta como desinteressado em aprender, e instantaneamente ele respondeu a avó dizendo que já sabia como fazer o lambedor, No entanto, Maria por sua vez diz que só de olhar é fácil de aprender, mas que se ele de fato não faz o lambedor, ele não sabe. E justifica que é sempre ela quem faz os lambedores. O discurso parece contraditório, pois ela mesma aprendeu a fazer observando a prática do seu falecido esposo, porém, mesmo que o neto a observe fazendo os lambedores, provavelmente, o fato de ele ser jovem não lhe confere autoridade para confeccionar o remédio pela falta de experiência.

Neste caso esse fato fica explícito pela não procura dos jovens para a execução de atividades relacionadas à cura. O apontamento do desinteresse dos jovens pode ser atribuído ao fato da apreensão dos conhecimentos, principalmente a confecção dos remédios do mato, estarem relacionadas com a observação das atividades dos mais velhos e ser acrescida a ela a interação oral entre as duas partes. Para os mais velhos o interesse em algo é definido por meio do estabelecimento de diálogo e o esclarecimento de dúvidas que ocorrem. No caso do neto de Dona Maria de Vidale ele a observa na confecção dos lambedores, mas na perspectiva dela, lhe faltam os demais demonstrativos de interesse: a elaboração de perguntas, e as tentativas de elaboração do lambedor, para de fato significar que ele está buscando aprender, este significado é observado como construído a partir de um histórico em que a oralidade é elemento fundamental para o aprendizado.

Diante destas considerações, pode-se definir o papel social dos detentores de saberes como uma construção social que lhe atribui funções dentro do sistema terapêutico, a partir das experiências vividas e o reconhecimento da comunidade sobre elas. Isso significa por vezes que apenas pessoas de mais idade serão reconhecidas pela comunidade como detentores e serão também responsáveis pela manutenção deste sistema e a transmissão dos conhecimentos.

Por sua vez, os conhecimentos tradicionais são elaborados pelos detentores de saberes a partir de experiências próprias e da ressignificação no presente das narrativas e ensinamentos dos seus antepassados. Deste modo os conhecimentos

podem ser vistos como algo dinâmico que estão em constante, mesmo que de forma lenta, modificação, como colocado por Oliveira (1999) que considera as adaptações de pautas culturais ao mundo contemporâneo.

As práticas são expressão dos conhecimentos e de todo sistema que a envolve, como as experiências, memórias e narrativas. O chamado localmente de 'costume/tradicional' faz referências as 'coisas dos mais velhos' ou 'tempo dos meus avós'. Observa-se que esta denominação se refere a práticas que estão inseridas na comunidade pelo menos a três gerações precedentes. Nota-se então que os conhecimentos tradicionais são uma espécie de ponte longínqua que liga as práticas dos antepassados com as de seus contemporâneos, e na medida em que atinge novas gerações vão sendo somados a esta ponte novos contextos de práticas e assim por diante.

Em suma, as experiências pessoais vivenciadas e sua aplicação a contextos grupais através das narrativas são as formas pelas quais a memória se desloca do espaço individual para o coletivo. Logo, a teoria sobre memória coletiva lançada por Halbwachs (1990) que a caracteriza pelo compartilhamento com o grupo das experiências e das memórias individuais pode ser aplicada a construção dos conhecimentos tradicionais do sistema terapêutico Kapinawá.

Por fim, as formas como os detentores aprenderam as práticas se refletem na transmissão dos conhecimentos. Este, no entanto, pode ser considerado como um ponto de tensão no sistema terapêutico Kapinawá, pela existência de restrições e segredos, algumas práticas não podem ser ensinadas/transmitidas de forma direta para outras pessoas, pois não se remete seu aprendizado a esta forma. Este caso é muito comum quando se refere a rezas. Observou-se que as rezas podem ser aprendidas de duas formas a primeira dentro do núcleo familiar e a segunda pelo dom, este último se relaciona com aspectos da cosmologia local da chamada 'ciência de índio'²⁶ e com a descendência.

²⁶ A ciência do índio, aqui entendida como um corpo de saberes dinâmicos sobre o qual fundamenta-se o segredo da tribo (Grünwald 1993:103)

4.2 As formas de aprender: família e dom

As formas que os detentores de saberes aprenderam as terapêuticas se diferem entre si, isto é algo que pode ser observado nas formas de transmissão, 'eles dão de acordo como receberam', relatam os membros da comunidade, ou seja, as formas como transmitem esses conhecimentos, conseqüentemente, acabam por se diferenciarem de acordo com a forma que aprenderam seguindo a mesma lógica. Pode ser observado este fato em relatos como os de Ronaldo Siqueira e Socorro Jucá (filho e mãe respectivamente):

“Eu costumo dizer que tudo o que eu aprendi foi na convivência com os mais velhos mesmo, que eu nunca saí da comunidade, de passar muito tempo fora, aí tudo o que eu aprendi devo a eles. Seja tio, seja parente próximo, pai, mãe, avô, avó. Desde de como plantar, do tempo de plantar, de colher, onde encontrar as plantas medicinais. O medicinal daqui que é o tradicional. E a oração também é um momento espiritual, ali é um ritual de oração pra cura. E eu aprendi com minha vó, com minha vó porque as vezes eu escuto as palavras dela. Então, umas coisas eu uso que foi da minha vó, outras coisas que foi da minha mãe que quando ela reza, ela sopra e aí escuta também dela. E outras ela mesma me ensinou.” (Ronaldo Siqueira, entrevista julho)

A família como meio de transmissão das práticas de cura, também é relatada por pessoas mais velhas na Aldeia Malhador.

“Eu mesmo as rezas de cura que aprendi foi com minha mãe, apesar de muito jovem, mas ela me ensinou; quando ela faleceu eu tinha 10 anos, mas eu era companheira dela nas roças e era durante essa nossa caminhada. Era perto de casa pra roça, mas ela me ensinava as orações de cura. E ela sabia várias, eu apenas não aprendi duas rezas do que ela sabia, eu não aprendi, acho que era muito longa e eu muito pequena, e eu não aprendi, mas as demais que ela rezava eu aprendi todas.” (Socorro Jucá, entrevista em junho)

Em complemento ao assunto sobre as formas de transmissão, Dona Socorro, explica:

“A maioria das pessoas que são, que sabem oração de cura, a maioria das vezes sempre aprende com os mais velhos. Sempre com os pais, os avós, um passa para o outro. É difícil uma pessoa que não é parente, que não é seu pai, sua mãe, sua vó, sua família, chegar pra te ensinar uma oração. É sempre os pais que vão passando.” (Socorro Jucá, entrevista em junho)

Estes relatos, apresentam as narrativas transmitidas no núcleo familiar, neles percebe-se que transmitir os conhecimentos tradicionais ocorre de forma fluída através da convivência e nas atividades cotidiana, como nas caminhadas pelo

território. A família aparece como o principal núcleo de transmissão dos conhecimentos e práticas tradicionais. É importante enfatizar, que o chamado tradicional na lógica local 'é aquilo que vem dos avós', e isto significa que há pelo menos 3 (três) gerações estão sendo praticados no cotidiano da comunidade. Além da convivência, o aprendizado se relaciona com a observação das práticas dos mais velhos em conjunto com as narrativas orais. Desta forma, quando a falta de interesse dos mais jovens é apontada, os mais velhos relacionam este fato ao uso de novas tecnologias, como celulares, que distraem os jovens no dia a dia, e tira-lhes o tempo que antes era comumente usado para se observar as práticas.

Apesar dos detentores pontuarem o desinteresse dos mais jovens na temática, nenhum dos entrevistados percebe isto como algo fatídico, eles acreditam que com o passar do tempo os jovens vão voltar a se interessar. Por exemplo, Ronaldo Siqueira aponta a questão da necessidade, se hoje os jovens não procuram é porque não precisam, mas que certamente ao precisar vão recorrer aos conhecimentos dos mais velhos.

“Eu sempre digo que as coisas pra nós o índio que tiver contato com a natureza, os animais , a gente... tudo começa pela necessidade, parte de uma necessidade, o que a gente esta sentindo no momento e o que vem pra fazer a gente faz, parte realmente de uma necessidade não é do nada. “vou me preparar pra futuramente” não é não, já parte de uma necessidade, aí fiz, deu certo, aí vai...”
(Ronaldo Siqueira, entrevista em julho)

Ronaldo completa que não existe um tipo preparação ou iniciação das pessoas para se tornarem detentores de saberes, o interesse pelas práticas para ele se desperta na convivência.

Ronaldo: Não, não tem não, preparação não, não tem, escola é o tempo. A convivência mesmo. Que a escola é a convivência. Acho que a escola é a convivência. Assim como os meninos não nascem formados, tudo vai acontecendo no seu tempo.

Por este relato, fica claro que o exemplo da comunidade e do núcleo familiar ao reforçar a importância do saber dos mais velhos em sua vida cotidiana, são os meios que possibilitam o despertar do interesse dos jovens para as práticas tradicionais.

Enquanto isto, nota-se que aqueles que oferecem resistência em ensinar as rezas o fazem por dois motivos: O primeiro, eles alegam ter adquirido os conhecimentos com os seres encantados, com a natureza, no 'alto do tempo', ou sozinhos pela força do

pensamento, esta forma de aprendizado tem forte relação com aspectos cosmológicos, logo, como ocorrem são segredos, ou seja, não são disponibilizados detalhes de como ocorre a situação que o leva a receber o dom de rezar ou formular o remédio. Audálio Siqueira explica que “tudo aquilo que tem segredo, é a ciência onde está a força maior”, ou seja, eles não podem ensinar o que aprendem por este meio, pois foge de seus domínios e se relaciona com a força maior, os encantos.

Contudo, o dom dentro do sistema terapêutico aparece como um aspecto da cultura Kapinawá que é responsável pela obtenção dos conhecimentos, por meio dos seres que fazem parte de sua cosmologia (encantados) e pela natureza. As pessoas que tem o dom, o descobrem pelas experiências que vivem durante a vida, outra possibilidade é a descoberta por meio do diagnóstico de rezadores experientes que ao rezar o percebem portador do dom. Logo, ele se configura como um importante aspecto e se caracteriza, de forma geral, como uma predisposição que tornar o indivíduo apto a se tornar detentor de saber. O dom cria a possibilidade de inserção de novos elementos para o sistema terapêutico Kapinawá, pois estes conhecimentos são elaborados sem que tenha referências com outros elementos, ligados diretamente aos mais velhos.

O dom também se relaciona com a descendência, pois aqueles que têm descendência familiar direta do antigo Aldeamento dos macacos, são vistos como pessoas que possuem o conhecimento dos antepassados. Esta referência se situa no contexto histórico, pela posse do documento de doação de terra pela Coroa aos descendentes do aldeamento de Macaco, como recompensa pela participação na Guerra do Paraguai.

[...] Este mesmo documento foi utilizado para comprovação da indianidade, uma vez que referia a doação aos “índios de Macaco” e algumas pessoas traçavam a linha genealógica dos beneficiários da doação consigo mesmas; como também utilizado para justificar o direito ao território, uma vez que o referido documento citava as localidades. (ANDRADE, 2014, p.49)

Diante deste contexto pode-se compreender de forma mais clara, como o dom se relaciona com a descendência a um local, e, conseqüentemente, de forma indireta as famílias que nele habitavam. Pois, o aldeamento era constituído por diversos núcleos familiares que depois reivindicaram o seu direito enquanto descendentes pelo documento anteriormente citado.

Dentre as restrições existentes no ensino das rezas, algumas são justificadas pela crença de que o repasse as destituirá de sua força de cura. Enquanto outras se justificam pelo perigo que podem exercer se proferidas por alguém que não tenha o domínio sobre elas e sobre as forças por ela acionadas. Alguns exemplos disto foram citados nas falas de seu Arlindo Florêncio, ex-pajé que distingue os conhecimentos que aprendeu no mundo, tais como a confecção de remédios do mato, dos conhecimentos que adquiriu através do dom, ou como ele coloca pela força do pensamento. Em sua fala nota-se que apesar de atribuir o dom a uma predestinação, com vários fatores de causa, ele explica que aquele que se tiver interesse consegue a partir do pensamento firmado adquirir um pouco de experiência. Talvez esta seja uma pista de como o dom pode ser adquirido, que se configura através de um possível estado meditativo, ou de atenção plena. No entanto, ele ressalta que o que for aprendido desta forma não deve ser dito a outras pessoas:

“O dom que deus me deu eu não vou passar pros outros, mas as coisas do mundo eu tenho prazer de ensinar a quem quiser, que eu aprendi no mundo, as coisas que sei do mundo eu repasso para os outros. As coisas do mundo que eu falo é oração, que não é feito por outras pessoas, mas é coisa que aquele que se interessar a aprender ele firma seu pensamento que através da oração vem o dom, vem um pouquinho de experiência, só é não contar pra ninguém.” (Arlindo Florêncio, entrevista em junho)

Em diálogo com seu Zé Galego, o responsável pelo levantamento da Aldeia nos anos 80, e sua esposa Dona Iracema, eles argumentaram sobre a impossibilidade de ensinar certas rezas, por elas serem diferentes das usadas comumente e mais fortes. Na primeira visita que fiz ao Seu Zé, ele apresentou-me uma reza considerada simples para que eu escutasse. Dona Iracema afirma que ele “gosta de rezar pra ouvir”, e não para ensinar. A reza por ele considerada simples serve para curar zanga, também chamado de mal olhado por ele. Ela disse que ele escolheu aquela reza porque era exclusiva dele. Em seguida, ele relatou que não poderia ditar em tom audível as rezas de cobra e de cachorro doido, novamente exclusivas dele, ele relata: “essa de cobra não pode ensinar não minha filha, de cachorro doido também não pode ensinar.” E completa dizendo que se for dita de forma que outra pessoa escute ela “perde a força.” No entanto sua esposa Iracema completa que além disto ela não pode ser ensinada ou falada, pois “Não é do reino divino, sabe? De sossego, porque é de esquerda, ele não quer né...”

Esse diálogo ilustra as diferentes situações encontradas acerca da transmissão dos conhecimentos, com base em permissões e restrições. Esses tipos de situações foram observadas por Cohn (2001) a partir da perspectiva que em algumas narrativas envolvem a possibilidade do perigo sobre-humano, que gera medo e respeito, este seria, portanto o caso das rezas de esquerda citadas na conversa com Dona Iracema. Em outras ocasiões a restrição em ensinar a reza envolve um sistema simbólico de trocas e compartilhamento, como é o caso a seguir onde a força da reza é perdida caso seja ensinada sem que se receba outra em troca. Este caso Dona Terezinha, explica da seguinte maneira:

Terezinha: [...] E pra ensinar também quebra a força da reza. Pra ensinar reza, eu tinha que ensinar a uma pessoa que sabe, porque eu ensinava aquela reza que eu sei, já aquela pessoa vai ensinar outra reza pra mim. E se eu ensinar quebra a força da reza”.(Terezinha Monteiro, entrevista em outubro)

Neste dialogo com Dona Terezinha um novo elemento da transmissão no sistema terapêutico, até então despercebido, pode ser observado, que são as relações de troca equivalente. A relação de reciprocidade neste caso mantém a ideia de equivalência dentro das relações sociais, em uma espécie de compartilhamento bilateral, onde as duas partes acrescentam por meio de troca mútua novos conhecimentos a si.

O desafio em que se situa a transmissão dos conhecimentos inclusos nestas restrições é complexo e oferece indícios de como ocorrem as mudanças no sistema terapêutico. Observa-se que enquanto tais detentores estiverem vivos os elementos tais como foram verificados farão parte do sistema terapêutico, porém, devido as restrições de transmissão, após o falecimento destes detentores apenas resquícios destas praticas permanecerão, isto não significa uma perda de elementos do sistema terapêutico, mas sim indicam como ocorrerão futuras transformações e reelaborações das práticas. Isto é algo que os Kapinawá já observaram, e como respostas ao que é percebido como um desafio, estão gerando meios de salvaguardar estes conhecimentos, a partir do desenvolvendo de iniciativas de memoria que contemplam a temática.

A permanência de resquícios através das narrativas difundidas entre eles podem ser instrumentos para a reconstrução das praticas, isto já ocorre de forma menos notável,

uma vez que todos os conhecimentos atuais são fragmentos daqueles dos seus antepassados. Cohn (2001) que compreende este processo de fragmentação dos relatos orais como uma forma de fazer resistir tais tradições, sem, contudo, coloca-las em longas narrativas que poderiam facilmente com o passar do tempo serem revistas mais como contos do que como relatos. A tradição oral mais uma vez é colocada como um processo dinâmico que ocorre nas sociedades.

A tradição não é um corpus fechado que persiste no tempo. O processo de transmissão de uma tradição diz respeito a uma reprodução social que convive com a mudança, a variação inerente ao ato de repetição (Detienne, 1985:53-4). Como lembra Jack Goody (1987:X), em sociedades orais, o que é falado continua mais que perdura. (COHN, 2001.p 38)

Brunelli (1996) observa que o desaparecimento físico dos guardiões de uma tradição não necessariamente significa que a tradição desaparecerá em conjunto. No texto ele defende que a partir do momento que uma sociedade concebe um sistema, ele apesar de não estar sendo utilizado ainda sim permanecerá. No caso Kapinawá acerca da transmissão das rezas esta concepção ocorre da seguinte maneira: Apesar do risco de um detentor vir a falecer e levar com ele a forma como ele reza em casos específicos de sua competência, tal qual a reza de cachorro doido ou cobra, por exemplo. Enquanto houver na comunidade a concepção que estas doenças existem, as suas causas e que elas se curam por meio de rezas existentes, muito embora a reza não esteja transmitida com todas suas palavras para alguém ela não deixara de existir, pois na lógica local ela estará presente. Brunelli (1996) ao observar o xamanismo entre os Tupi-mondé, exemplifica como é possível a continuação de determinado aspecto do sistema concebido entre o povo sem que de fato ele precise estar sendo exercido.

Enquanto os Zoró conceberem o universo como sendo constituído por uma interpretação inextricável do mundo visível e do mundo invisível e por um transito contínuo entre seres e poderes de natureza e forma diferentes, não se poderá dizer que o xamanismo desapareceu para sempre. A ausência de sua atualização poderá ser interpretada por um lado como o resultado de pressões enormes exercidas por fatores exógenos, como por exemplo os missionários, e, por outro lado, como a incapacidade temporária de estabelecer relações corretas com o mundo dos espíritos e a necessidade de se encontrarem novos caminhos para ter acesso a esse mundo, pouco importando o nome que se lhe atribuir. (BRUNELLI, 1996, p.234)

Em relação à elaboração dos chamados remédios do mato, observa-se que existem menos tensões envolvidas nas formas de transmissão das suas formulações do que nas rezas, porém algumas preparações são inseridas em um tipo de ritualística que devem obedecer minuciosamente algumas determinações. No entanto, não foram observadas restrições enquanto pessoas que possam formula-las, esta prática é vista como de suma importância e que deve ser difundida a todos, como meio de prover a si mesmo em forma de auto atenção esses cuidados. Maria de Vidale é enfática ao atribuir importância a difusão da preparação dos lambedores.

“Acho, se a pessoa se interessar faz, não só esperar por aquela pessoa, que manda ela fazer. Tem que botar na cabeça que se tiver gripado e a pessoa não tiver aqui, tendo açúcar só fazer o lambedor pra tomar.” (Dona Maria de Vidale, entrevista em julho.)

Em relação às formas de preparação dos remédios do mato, nota-se a existência de preparos menos difundidos, como o já citado remédio serenado, contudo, preparações simples também podem ser utilizadas como medicamentos, é o caso do doce de cebola usado por Maria de Vidale, que causou surpresa até em Maria Bezerra que me acompanhava na entrevista:

Maria Bezerra (Dona Mocinha): “Ai dona Maria, ai também perguntar... Ela fazendo nessa pesquisa também da antiguidade né... do tempo dos seus meninos pequenos, ai que a gente usava, usava pouco remédio da farmácia, né? Ai a senhora curava seus meninos, só de mato?”

Maria de Vidale: “Era. Era. Eu mesmo fazia ó... Eu fazia o que... eu fazia doce sabe de que? Pra dar a eles? de cebola.”

Maria Bezerra (Dona Mocinha): “Olha ai um que eu não sabia, já estou aprendendo também.” (Entrevista com Maria de Vidale em junho de 2017)

No diálogo, pela surpresa da minha interlocutora, nota-se que as especificidades e diversidade dos remédios são inúmeras, pois até aqueles que conviveram por décadas na mesma aldeia não conhecem todos os preparos que outra família utiliza para a elaboração de seus remédios. Esta característica se remete a ideia de compartilhamento lançada anteriormente, e também reforça a unilateralidade das transmissões dentro do núcleo familiar e sua relação com o território que o cerca.

As plantas medicinais não são encontradas em todas as aldeias, porém o que não é encontrado na aldeia ‘X’ pode ser na aldeia ‘Y’. As plantas que são encontradas com

mais facilidade no espaço social das famílias são por elas utilizadas com mais frequência, e em maior número de preparações, isto, ocasiona que muitas preparações ficam restritas a um grupo familiar, como consequência do modo de transmissão que ocorre através do espaço territorial onde a família está inserida. Ou seja, nos entornos da casa e dentro das aldeias e na convivência cotidiana. Ronaldo Siqueira nos dá um exemplo desta relação do espaço territorial como local de aprendizagem e de ensino:

“Foi na convivência mesmo, no dia-a-dia. Essa aldeia, aqui foi uma escola onde se aprende tudo. [...] Às vezes eu saía mais meu pai para o mato mesmo, pra caçar, ou pra buscar caça pra churrascada, aí via uma planta e dizia isso serve pra isso e serve praquilo. Sempre ia dizendo né. (Entrevista Ronaldo Siqueira, julho de 2017)

4.3 Xamanismo e saúde entre os Kapinawá: ritos, práticas e cuidados

A partir do momento em que aspectos do sistema terapêutico se relacionam com a cosmologia e o território, ele pode ser observado dentro de um sistema social maior. Logo, nesta sessão serão abordados aspectos da inserção do sistema terapêutico Kapinawá no xamanismo. O xamanismo compreende, neste caso, as formas como se relacionam aspectos do mundo humano e extra-humano com os processos de saúde, onde o especialista em cura atua como mediador. Observa-se no sistema terapêutico Kapinawá que o território e a cosmologia são elementos transversais às práticas tradicionais de cura. Eles são meios que oferecem sentindo a teia de significados que a interligam.

Abordar a saúde por uma perspectiva xamânica é também um meio de ruptura com os padrões biomédicos para a interpretação da saúde e da doença, ao perceber o sistema terapêutico como um sistema cultural (Langdon e Wilk, 2010), que compreende as lógicas locais de interpretação sobre saúde e doença, e que gera papéis sociais específicos. Este sistema, por levar em consideração as lógicas locais é também caracterizado por ser um sistema simbólico coletivo, público e expressivo (Langdon, 1996). Logo, abordar as questões de saúde por meio das relações simbólicas e visões de mundo, expressas por estes grupos, amplia as questões sociais contextualizando-as na realidade social local.

O xamanismo abordado dentro de novas perspectivas é compreendido por Langdon (1996) como um complexo sócio-cultural, um sistema social e um sistema cultural. A partir deste referencial aplicado a realidade do sistema terapêutico Kapinawá, cujo as representações coletivas estão inseridas e são compartilhadas, e pela relação entre os detentores de saberes como mediadores entre o mundo terreno e o cosmológico, podemos considerar as práticas terapêuticas tradicionais e todas suas relações simbólicas enquanto pertencentes também ao xamanismo no contexto Kapinawá, se o considerarmos como:

O xamanismo é uma importante instituição nas sociedades nativas da América do Sul. Ele expressa as preocupações gerais destas sociedades. Seu objetivo principal é descobrir e lidar com as energias que existem por trás dos eventos cotidianos. [...] seu papel como mediador estende-se também ao domínio sociológico, onde ele desempenha um papel tanto importante na cura, quanto nas atividades econômicas e políticas e em outras atividades sociais. (LANGDON, 1996.p.29)

Ao compreender como o sistema terapêutico se relaciona com o xamanismo, podemos observar como os elementos de ordem cosmológica interferem na elaboração dos remédios do mato, e nos caminhos itinerários terapêuticos. Que vão desde as ações ligadas ao preparo de remédios do matos, passando pela colheita das plantas medicinais, até as formas de diagnóstico das doenças.

Em relação a ritualística, as preparações são feitas obedecendo a especificidades tais como localização da planta, horário de sua retirada, forma como se extrai, tempo de espera entre a elaboração e o consumo e as formas de consumo. Percebe-se que os preparos de remédios do mato tem um tempo de maturação necessário antes do seu consumo, os lambedores, por exemplo, devem ficar algum tempo enterrados antes de ser ingeridos. Outras lógicas, tais como a forma de ingestão do remédio serenado, também são observadas, neste caso mesmo o remédio obedecendo todas as exigências de seu preparo, ao administra-lo a pessoa que irá ingeri-lo não deve ver como está o tempo.

Essas especificidades se relacionam tanto com a cosmologia quanto com o território, na maioria dos preparos são usadas plantas nativas, que nascem no território e não são cultivadas. Geralmente, as plantas usadas ainda se encontram na T.I Kapinawá, com exceções de algumas que antes eram encontradas nas proximidades das aldeias

e agora apenas podem ser encontradas em locais mais distantes, a exemplo do baço e Acançu, como relata Dona Maria de Vidale:

“Aqui tem de tudo, o que a pessoa quiser tá ali. É só dizer ‘fulano vai lá em cima, vai lá passa ali no Coqueiro, ali no Coqueiro tinha tanto baço no chiqueiro de papai... O baço serve de remédio, também. [...] Outro remédio, que era pra, pra... que a gente arrumava era o acançu, só tem na serra, que aqui não faltava não, eu mesmo andava pelo mato e eu mesma arrancava. ‘Apois’ aqui não tem mais, eu estava dizendo que era pra arrumar. (Maria de Vidale, Entrevista em julho)

Percebe-se que as memórias em formas de narrativas orais são acionadas no decorrer do território Kapinawá, os locais são apontados e lembrados como lugares de práticas, ou locais onde se encontram certos tipos de plantas, e o domínio dos conhecimentos inseridos no território pelo detentores de saberes são fatos que lhes dão autoridade sobre o saber identificar as plantas e fazer os remédios do mato. No entanto, para ser retirada uma planta, deve-se primeiro pedir permissão aos seres que vivem no local. Estes seres são os guardiões das plantas, algumas vezes chamados de dono da planta. Esta relação entre a cosmologia, os locais do território e a saúde aparecem de outras formas, além do momento de retirada de alguma planta. Nos locais sagrados, por exemplo, são feitos rituais que por meio de cantos, defumações com ervas e outros elementos proporcionam a cura para quem está doente e dele participa e que só se torna eficaz pela combinação dos fatores prática e local.

Essas referências entre narrativas e locais se relacionam ao processo de transmissão na medida em que estão inseridas nos espaços do cotidiano. Alguns destes espaços são considerados lugares sagrados e sua manutenção tem relação direta com a ordem social e a saúde, como exemplo disto são as furnas e os locais de rituais, tais como as ocas e os terreiros. A natureza neste caso é percebida enquanto um ‘reino de sabedoria’, ou seja, um lugar onde tem ‘ciência de índio’, isto significa que a ela são atribuídos significados para além do espaço físico. Ou seja, aspectos cosmológicos de sacralidade são atribuídos aos locais pelo seu papel na organização social.

Sobre as definições de doença, percebe-se que ao reconstituir narrativamente uma experiência de adoecimento é atribuída a ela significados provenientes da reflexão do sujeito sobre o processo dentro de uma contextualização específica. Em casos como o do Sr. Audálio, no qual ele só aceita ter o dom depois de provir cura para os membros

de sua família, e posteriormente passa a ser reconhecido pela comunidade como rezador, observamos o processo no qual o adoecimento é interpretado como uma ponte para que aspectos pré-definidos, dentro da lógica cosmológica se cumpra, neste caso o exercício do dom que confere a predestinação ao indivíduo para ser rezador.

Neste caso, dentro dos princípios cosmológicos, aqueles que têm o dom não podem deixar de exercê-lo sem que exista algum tipo de prejuízo pessoal. Caso semelhante é apresentado por Carvalho (1998) e Andrade (2014), onde várias situações que ocorrem no interior de uma comunidade são interpretadas a partir da cosmovisão local e o adoecimento se configura como uma ação das forças invisíveis (no caso Kapinawá dos encantos) para que se cumpra a missão destinada à determinada pessoa.

Os próprios detentores de saberes elaboram os significados dos adoecimentos a partir de sua visão cosmológica, detectando as causas das doenças por determinações fora do plano físico tais como castigo, missão, dom e etc. Estas atribuições geram significações subjetivas e sociais que são relacionados aos diagnósticos e itinerários terapêuticos.

Antes de analisar as formas de diagnóstico e de itinerários encontrados em Kapinawá, deve-se observar como ocorrem as definições locais de doença. Além das duas grandes categorias encontradas (doença de índio e doença de branco), existem as formas locais de nomear as doenças, por vezes elas possuem também especificidades na identificação de suas causas. Tanto na nomenclatura quanto na identificação são levadas em consideração, na lógica local, aspectos além dos sintomas físicos. Alguns exemplos foram dados por Socorro ao lembrar-se das rezas ensinadas por sua mãe.

“Ela me ensinou a rezar de olhado, do que chamam quebranto, me ensinou a rezar de ‘campanha caída’ que você fica sem conseguir engolir nada, fica sentindo a garganta que não é amígdalas, aí a gente chama de ‘campanha caída’, aí reza....[...] A gente tem esse nódulozinho na garganta, aí ele entorta pra um lado, aí você fica com rouquidão, dá tosse, você fica sem conseguir falar. Aí ela me ensinou a rezar disso aí, me ensinou a rezar de queimadura de fogo, me ensinou a rezar de dor de cabeça... De azia. Foram as orações que aprendi com ela. Aí já depois de casada, eu aprendi a rezar de constipação e de vintruosidade. De uma dor que dá assim, aí a pessoa pensa que é coluna e não é coluna, uma dor assim que você fica com o pescoço duro, você não pode torcer, as pessoas chamam vintruosidade agora não sei o que significa. Essa dor a gente reza e melhora, e só melhora com reza.” (Socorro Jucá, entrevista julho)

Observa-se que no caso da tradução das nomenclaturas locais para os termos usados pela equipe médica, acabam se perdendo elementos que dão conta da dimensão simbólica do adoecimento para os membros da comunidade. Neste contexto, a dimensão em que se encontram as duas categorias locais de doença, que são doença de índio e doença de branco são amplas. No caso da doença de índio suas causas e identificações podem ultrapassar a noção de pertencimento étnico, ela é diagnosticada a medida que se reconhece no outro, seja de seu povo ou não, atributos que se relacionam com a espiritualidade e com os sintomas identificados que se relacionam com a doença dentro da lógica local.

O quebranto, por exemplo, foi diagnosticado em pessoas que apesar de não serem indígenas tem relações sociais próximas a eles, isso evidencia que a cosmovisão local é aplicada em diferentes contextos, e transpassam as categorias políticas de indígena e não-indígena. Outro exemplo, que ilustra quão complexa são as relações simbólicas atribuídas às lógicas do sistema terapêutico Kapinawá, ocorreu quando durante o trabalho de campo, fui analisada a partir da temática de pesquisa pelos membros da comunidade. Logo, por ter interesse no tema que na lógica local está relacionado à questões espirituais, isto foi interpretado como algo predestinado a uma pessoa que possuía 'corrente', ou seja, que tinha algum tipo de ligação com a espiritualidade local embora não soubesse.

Existem, no entanto, várias formas de interpretar o adoecimento, o diagnóstico é elaborado a partir de uma série de interpretações contextualizadas com a dinâmica em que o indivíduo está inserido, e só depois de testar as possibilidades se chega a um diagnóstico sobre as causas do adoecimento. Após o diagnóstico inicial da doença e sua possível causa, se começa um percurso em busca da cura. Este percurso pode ser prolongado ou curto, ou seja, pode passar por diversas etapas ou apenas uma. Isto irá depender de diversos fatores estão relacionados com o diagnóstico e a reposta do enfermo ao tratamento.

Dentre os diversos itinerários terapêuticos, está incluso a prática de auto atenção, onde é realizado o deslocamento da ação do profissional, seja curador ou médico, para a esfera familiar. Neste caso, o cuidado para o reestabelecimento do doente ocorre inteiramente dentro do ambiente da casa onde ele reside, podendo ele mesmo se tratar e/ou receber auxílios de seus familiares. Este é, portanto, um caso da

autonomia do núcleo familiar, que vai desde o diagnóstico até o tratamento. Esta autonomia passa pelo domínio dos processos simbólicos e interpretações no qual o adoecimento está inserido e vai de encontro ao forte processo de medicalização e terceirização dos cuidados com a saúde que vem ocorrendo na atualidade. Contudo, no caso de haver necessidade de se recorrer a alguém fora do ambiente doméstico, o próprio núcleo familiar se torna responsável pela articulação dos caminhos que levarão ao reestabelecimento do indivíduo adoecido.

Pode-se compreender o itinerário escolhido pelas referências sociais que se refletem no percurso de busca pela cura, desta forma a escolha do caminho a ser percorrido é resultante de experiências pessoais, que desloca os significados simbólicos da esfera coletiva para a individual. Por exemplo, uma pessoa que dentro da sua dinâmica social participa de toré e outros rituais, têm maior probabilidade de iniciar a busca a partir das práticas tradicionais junto aos detentores de saberes. Enquanto, aqueles que estão inseridos numa dinâmica social distinta, por exemplo, seguindo religiões neopentecostais, tendem a procurar os médicos do posto justamente por desacreditar da cosmologia que se relaciona com as práticas tradicionais e no contexto xamânico em que elas estão inseridas.

Embora, observa-se que o itinerário terapêutico por vezes não segue apenas uma direção linear e cartesiana, ele é composto por negociações entre o sistema terapêutico local e o sistema biomédico é ressignificado através da experiência individual e familiar. Analisar o itinerário terapêutico seguido pelos indivíduos se torna interessante para poder chegar a uma compreensão sobre as situações em que as terapêuticas tradicionais são acionadas e como estas práticas coexistem com as práticas biomédicas.

4.4 Intermedicalidade

Foram observados na T.I Kapinawá dois tipos de itinerários que ocorrem de forma mais comum no interior da comunidade: No primeiro caso, a família e o doente recorrem ao médico do posto, contudo, no decorrer do tratamento, caso não se note melhoras no quadro do doente, a família decide procurar pelo detentor de saber, e diante do diagnóstico se inicia o tratamento de forma tradicional, ou seja, com rezas,

remédios do mato e se necessário alguma outra prescrição. Neste caso, a família pode optar por combinar o tratamento inicial prescrito no posto com o tratamento prescrito pelo detentor, ou não, porém esta opção só ocorre mediante prévio acordo com o detentor.

O segundo caso ocorre de maneira quase inversa, a família e/ou o doente procura de imediato o detentor de saber para iniciar o tratamento, a partir do diagnóstico dado por ele é encaminhado para seguir o tratamento com as práticas tradicionais, com os elementos já citados anteriormente, ou, pode ser encaminhado a outro detentor que possa auxiliá-lo de forma melhor sobre a doença, ou, por fim, em alguns casos é recomendado pelo próprio detentor de saber que se procure ajuda no posto médico. Este último caso geralmente ocorre quando é necessário algum tipo de intervenção invasiva, como cirurgia. Contudo, a maioria dos casos, em que se prioriza o tratamento pelas vias da terapêutica tradicional, consegue ser solucionado pelo detentor de saber.

A intermedialidade aparece na forma como os itinerários ocorrem, observa-se que da perspectiva dos detentores de saberes os conhecimentos biomédicos são percebidos como elementos eficazes de cura, que podem ser associados aos conhecimentos tradicionais para potencializá-los, desta forma o itinerário terapêutico pode conter elementos associados dos dois sistemas para a obtenção da cura.

Contudo, a prática terapêutica adotada pelos profissionais do posto segue o protocolo biomédico, apesar de alguns detentores de saberes terem familiares que estão inseridos nas EMSI e outros eles próprios serem agentes de saúde, e com isto conseguem se aproximar de forma mais efetiva daqueles que atendem, — seja pelo uso da linguagem e termos locais para nomear as doenças, ou pelo respeito as práticas tradicionais, que são utilizadas nos casos onde se opta por fazer a articulação das duas terapêuticas — a sua formação enquanto profissionais não levam em consideração os aspectos da terapêutica tradicional. Esses profissionais recebem formação dentro da perspectiva cartesiana e biomédica, e isto se reflete em suas práticas. Langdon (1999) caracteriza a biomedicina como sistema médico ocidental, cujo conhecimento se pauta na observação empírica da realidade biológica, e que se fundamenta em matrizes teóricas do cartesianismo, com oposição binária entre corpo e espírito, e o positivismo, no qual baseia seu modelo etiológico. Este modelo

biomédico se contrapõe ao modelo das terapêuticas tradicionais justamente pela sua posição separatista de aspectos que na concepção Kapinawá, assim como em outros povos indígenas, caracterizam o indivíduo, ou seja, corpo, mente, e espírito.

No contexto em que este trabalho se desenvolve considerar estas situações se torna significativo a partir da observação de como estas políticas se refletem no sistema terapêutico tradicional. Um exemplo notável deste processo é o declínio de partos realizados pelas parteiras, decorrente tanto do processo de medicalização dos partos, das formações de parteiras, quanto da distribuição do kit parteira para as mulheres que estiveram no curso, que acabou deslegitimando e causando apreensão nas parteiras da comunidade pelas normativas biomédicas impostas.

Nota-se também, que embora exista de forma simultânea a utilização dos sistemas terapêutico e biomédico por alguns indivíduos e que isto possibilita uma rede de articulação de conhecimentos, como verificado por Neves, Vieira e Oliveira (2013), este tipo de articulação quando promovido a partir das instituições oficiais acabam com o decorrer do tempo por subjugar as terapêuticas tradicionais. Situando-as como práticas complementares, isto gera um imenso descrédito a respeito dos especialistas de cura e amplia o processo de medicalização entre os povos indígenas.

A reivindicação para que os saberes sejam articulados é antiga entre os povos indígenas e indigenistas junto às autoridades competentes. Embora, esteja previsto por lei no capítulo 5 da Política Nacional de Atenção a Saúde indígena (ANEXO III) que a existência de uma atuação coordenada, entre diversos órgãos e ministérios, a realidade encontrada acerca de medidas que promovam e fortaleçam a medicina tradicional indígena diverge do previsto em lei. Com exceção dos Encontros anuais de Pajés, nenhum outro tipo de iniciativa é encaminhado para esses fins. Como exemplo, temos a tentativa de elaboração do Termo de Cooperação Técnica entre NEPE/UFPE, o DSEI-PE e o CONDISI-PE que objetivava o desenvolvimento de parceria no projeto intitulado “Fortalecimento da Medicina Indígena em Pernambuco” que desde o ano de 2006 encontra-se parado.

Desta forma, o sistema terapêutico Kapinawá sofre as consequências das políticas de saúde aplicadas de forma arbitrária, a partir da desvalorização dos seus especialistas, e diminuição da procura pelas práticas tradicionais de cura, que resulta no aumento

da medicalização da sua população. Isto fica evidente dentro de um contexto geracional, onde os mais velhos da comunidade não procuram o posto de saúde, quando adoecem, se tratam a partir dos remédios do mato e das diversas práticas terapêuticas existentes. Eles no máximo chegam a utilizar remédios para diabetes e hipertensão que lhes são encaminhados através dos agentes de saúde, que fazem o acompanhamento volante nas aldeias. Enquanto os mais jovens são os que mais procuram o posto de saúde da comunidade para a obtenção de remédios, em sua maioria analgésicos e antitérmicos.

5 CONCLUSÃO

Este estudo demonstrou que o sistema terapêutico Kapinawá diante das categorias analisadas se configura como um sistema social (Langdon e Wilk, 2010), que por meio dos signos e significados construídos socialmente foram identificados como pertencentes a ele os detentores de saberes e suas práticas. Além disto, os detentores, práticas, meios de transmissão, concepções de saúde/doença estão correlacionados em um complexo esquema simbólico que constituem o sistema terapêutico. Estes detentores foram identificados dentro das categorias pajé, rezadores e rezadeiras, conhecedores das plantas medicinais ou raizeiros e parteiras antigas, o termo 'parteira antiga' é usado localmente para distinguir as parteiras tradicionais daquelas que foram formadas pelos cursos na cidade. Suas funções dentro do sistema lhes são conferidas pelo reconhecimento da comunidade de sua capacidade de proporcionar a cura ou o reestabelecimento do equilíbrio do indivíduo e da sociedade através das práticas terapêuticas. O fato dos detentores de saberes serem atores centrais do sistema terapêutico, os coloca em posição social diferenciada, a partir do que foi observado por Geertz (2008) inseridos nos sistemas simbólicos estes atores sociais são responsáveis por interpretar, agir e reproduzir a partir dos diversos signos atribuídos a sua função social. Por fim, as reproduções desses signos são tornadas públicas a partir das práticas terapêuticas.

As práticas foram identificadas através dos detentores de saberes, são elas as rezas, os diversos remédios do mato, as plantas medicinais e o 'pegar-menino' que é a forma tradicional das parteiras auxiliarem as mulheres grávidas. Dentre elas as rezas, que são as palavras que curam, estão amplamente difundidas, tornando-se a prática mais ativa em todo o território. Além disto, caracteriza-se por ser uma prática mista, no sentido que exige além da utilização das palavras o conhecimento sobre as plantas medicinais e ritualísticas. Algumas questões relacionadas com descendência e a categoria local 'dom' também se relacionam com as rezas, tais questões se tornam complexas perante a transmissão desses conhecimentos, pela elaboração de segredos que envolvem estas práticas. Logo, se torna possível notar três tipos de justificativas e situações que impedem a transmissão das rezas, de forma clara e direta, são elas: 1- A perda da força da reza quando ensinada, 2- As rezas que não podem ser ditadas pois foram adquiridas por meio do dom e 3- As rezas que apenas

podem ser ensinadas por meio de troca equivalente. Ou seja, observa-se que os motivos que levam o rezador ou rezadeira a não ensinar aos demais estão relacionados com os segredos elaborados. As demais situações de transmissão das rezas, assim como as outras práticas terapêuticas, — por exemplo, o reconhecimento de plantas medicinais e a elaboração de remédios do mato — acontecem por meio da família, que no seu ambiente doméstico através, e durante, as práticas cotidianas vão repassando seus conhecimentos para os outros membros da família. Que por sua vez, se aprofundam no aprendizado, ou não, de acordo como o interesse.

Enquanto, o território e a cosmologia aparecem de forma enfática no cuidado com o corpo e com o ambiente, por meio dos conhecimentos construídos sobre as plantas medicinais e nas ritualísticas atribuídas à elaboração dos remédios do mato, onde o domínio sobre o território em que vivem e a compreensão da cosmologia são elementos fundamentais para a execução desta prática. O ‘pegar menino’ termo local para definir a função das parteiras tornou-se uma prática extraordinária em consequência do processo de medicalização do parto. Notou-se que as políticas públicas de atenção à saúde não dialogam com a realidade local em determinados aspectos, logo acabam por prejudicar algumas práticas as colocando em descrédito, este é o caso das parteiras.

Nas noções locais, encontramos duas categorias em que se dividem os casos de doença, são elas, doença de índio e de branco, onde a primeira corresponde à aquelas que são atendidas pelos especialistas de cura e a segunda pelos médicos dos postos e hospitais. Esta categoria se caracteriza por suas causas, e sempre estão relacionadas com fatores exógenos ao corpo, como por exemplo, ações da natureza como o caso da doença de vento, ou por fatores ligados a espiritualidade. No sistema terapêutico Kapinawá a doença é um tipo de experiência subjetiva, diagnosticada através de contextos socioculturais vivenciados pelos atores que não deve ser entendido apenas a partir de um conjunto de sintomas físicos.

Enquanto são classificadas como doença de branco aquelas doenças que tem sintomas físicos não relacionados com questões espirituais e que necessitam de procedimentos invasivos para sua cura, tais como cirurgias. Nestas categorias é interessante notar que os detentores de saberes Kapinawá reconhecem a existência e a eficiência de outro sistema terapêutico que não o seu, neste caso o biomédico. O

diagnóstico das causas da doença, e sua classificação dentro dessas duas categorias determinam o itinerário terapêutico a ser seguido. Em primeiro lugar o diagnóstico é obtido por meio de negociações simbólicas, que determinam as possíveis causas das doenças, através da interpretação de um conjunto de sintomas e de situações sociais que o indivíduo adoecido vivenciou.

Somente após a elaboração do diagnóstico, o itinerário é escolhido dentro da conjuntura que leva em consideração o contexto social em que o indivíduo e a sua família estão inseridos na comunidade, e segue o roteiro da realização do reconhecimento dos sinais da doença, escolha do tratamento e avaliação do tratamento disposto. Na execução do itinerário, pode-se observar o exercício dos diferentes conhecimentos e experiências.

Em relação à construção e transmissão das práticas terapêuticas tradicionais, as observações indicaram que são transmitidas por meio da família, que ainda constitui o principal meio de propagação dos conhecimentos tradicionais, pode-se observar que em famílias onde há um detentor de saber reconhecido pela comunidade a tendência é que seus filhos e netos desenvolvam maior interesse nas práticas, e pela própria convivência no cotidiano da casa com tais práticas acabam adquirindo os conhecimentos. Em alguns casos em que o conhecimento é atribuído ao dom ele é obtido através de intervenções de seres cosmológicos, ou, pode também se remeter a descendência familiar. Em todo caso, chega-se ao consenso que aqueles que curam pela palavra têm o dom de curar, independente da forma como os conhecimentos chegaram até eles.

Logo, a transmissão dos conhecimentos aparece estritamente relacionada com a família e as interações do cotidiano com os detentores de saberes. De tal forma que os conhecimentos tradicionais são remetidos sempre como 'coisas do tempo dos meus avós'. Foi observado também que as práticas seguem difundidas por todo o território de forma heterogênea, e isto se deve a fatores correlatos as formas que tais conhecimentos foram apreendidos e também a questões locais, tais como o espaço do território e os núcleos familiares.

Na Aldeia sede, Mina Grande, nota-se que muitas das práticas são relacionadas ao dom, enquanto na área nova, Aldeia Malhador, o dom é visto como a capacidade de

curar e predomina a atribuição das práticas aos núcleos familiares. A heterogeneidade das práticas tem relações diretas com o espaço territorial em que as famílias estão inseridas, os núcleos familiares constroem conhecimentos e práticas específicas de acordo com suas necessidades e experiências. Tentar colocar as práticas tradicionais dentro de um todo homogêneo não condiz com a realidade observada nas comunidades indígenas, e acaba por ser um meio de reproduzir os ideais que no século XVIII levaram a criação dos Aldeamentos no Estado. Ou seja, para além das similitudes encontradas devem-se destacar os contrastes nas práticas percebidas dentro da T.I Kapinawá, por esta ser uma forma sincera de descrever como o aqui chamado sistema terapêutico Kapinawá ocorre de forma plural no território.

A tradição oral mais uma vez é colocada como o principal meio de difusão do conhecimento, mesmo com as novas tecnologias – tais como vídeos, gravações e elaboração de material escrito, a fim de registrar os conhecimentos – sendo empregadas no interior da comunidade o conhecimento em si se relaciona apenas com as experiências dos mais velhos, e como colocado, essas tecnologias são apenas meios de registro e não são capazes de fato a ensinar as tradições/costumes. Isto ocorre justamente pelo fato dos conhecimentos serem transmitidos pelas narrativas e por englobarem um amplo processo que relaciona estas narrativas com as experiências vividas e com os locais do território.

Enquanto, o que pode ser chamados de lugares de memória na T.I Kapinawá são efetivamente os locais onde as memórias são acionadas, tais lugares possuem narrativas dentro do sistema terapêutico que os ligam com as práticas tradicionais de cura, através de elementos da cosmologia local. Se torna importante destacar, que a noção de memória é muito presente no discurso dos moradores da T.I Kapinawá, este fato colabora para que ocorra a fragmentação de relatos associando-os aos locais do território, algo que parece como um quebra cabeças, muito próximo à ideia de narrativas fragmentadas desenvolvida por Cohn (2001) que tem como finalidade aguçar a capacidade de memorização das narrativas, de fato, as narrativas sendo associadas a locais acaba por ser uma forma dinâmica para serem transmitidos os conhecimentos e conferir à aqueles que a conhecem maior domínio dos aspectos do sistema terapêutico pela conjuntura de saber onde se encontram as plantas e como usa-las.

Em complemento a esta relação entre memória, território e o sistema terapêutico, nota-se forte presença de elementos cosmológicos que se inserem nas narrativas, apontando as restrições que devem ser observadas e a cortesia que os detentores devem manter frente os seres cosmológicos que guardam os princípios da natureza e mantêm o equilíbrio da localidade. Guarín (2015) já apontava para este tipo de relação entre os povos indígenas que se posicionam como guardiões da terra e seu território, esta relação aparece como um denominador comum a estes povos, que:

[...] Consiste en asumir la relación con la naturaleza como una relación de ser vivo a ser vivo, de diálogo, de intercambio y no de dominación por el hombre omnipotente, donde los componentes vivos de la naturaleza asumen formas, nombres, funciones, y establecen lugares de morada que son diferentes en cada contexto cultural. (GUARÍN, 2015, p.153)

Outro aspecto desta relação com o território é a preservação da área na qual se encontram as plantas que são utilizadas como remédios pelos Kapinawá. A gestão ambiental deve ser vista como indispensável para a manutenção do sistema terapêutico Kapinawá e a saúde da população, uma vez que a natureza é entendida como uma extensão do ser humano, e a saúde ou doença é uma expressão desta relação entre indivíduo e meio. Para além do manejo de resíduos, a demarcação do território deve ser entendida como questão emergencial para as políticas de saúde destinadas aos povos indígenas, dado que dentro das comunidades saúde e território não estão separados.

Por fim, a complexidade das relações estabelecidas dentro do sistema terapêutico pelos seus elementos, demonstra que a transmissão dos conhecimentos compreende um amplo processo que envolve símbolos socialmente compartilhados, aos quais são atribuídos sentidos a partir da lógica local e dos contextos em que estão inseridos. Como visto, as formas de transmissão estão acompanhadas por permissões e restrições elaboradas pelos detentores de saberes, através de sua experiência de aprendizado, tal experiência se torna objeto construtor dos conhecimentos e práticas que são transmitidos como elementos constituintes de um saber tradicional pelas gerações.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Lara Erendira Almeida de. **Kapinawá é meu, já tomei, tá tomado: organização social, dinâmicas territoriais e processos identitários entre os Kapinawá** / Lara Erendira Almeida de Andrade.-- João Pessoa, Dissertação. 2014.
- ARRUTI, José M. A. **Morte e vida do Nordeste indígena: a emergência étnica como fenômeno histórico regional**. Estudos Históricos, Rio de Janeiro, v. 8, n. 5, p. 55-94. 1995
- ATHIAS, R. M.. **Saúde, Participação e Faccionalismo entre os Pankararu**. In: Renato Athias. (Org.). Povos Indígenas de Pernambuco - Identidade, Diversidade e Conflito. 1ed.Recife: Editora da UFPE, 2007, v. 1, p. 33-48.
- BRASIL. Ministério da Saúde; **Medicina tradicional**. Organização Mundial da Saúde. 2010
- BENJAMIN, Walter. **Magia e Técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura**. 3.ed. São Paulo: Brasiliense, 1987. Obras escolhidas I.
- BRUNELLI. Giglio. **Do xamanismo aos xamãs: estratégias Tupi-Mondé frente à sociedade envolvente**. IN: LANGDON. E.J.M. (Org.). Xamanismo no Brasil: Novas perspectivas. Florianópolis. UFSC. 1996.
- CANESQUI, Ana Maria. **Temas e abordagens das ciências sociais e humanas em saúde na produção acadêmica de 1997 a 2007**. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2010, vol.15, n.4, pp.1955-1966. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000400011>.
- CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto. **Urbanização e tribalismo: a integração dos índios Terêna numa sociedade de classes**. Rio de Janeiro: Zahar, 1968.
- CARVALHO, Mark, **“Do doente a “encantado” – o conceito do mecanismo de defesa constituído culturalmente e a experiência de uma vítima “espírito mau” em uma comunidade rural na Amazônia”**. in Alves, Paulo César (org.) Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras/organizado por Paulo César Alves e Miriam Cristina Rabelo. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ Editora Relume Dumará, 1998, pp. 157-178.
- COHN, Clarice. **Culturas em transformação: Os índios e a civilização**. São Paulo Perspec. [online]. 2001, vol.15, n.2, pp.36-42.
- DUARTE, Luiz Fernando Dias. **Os nervos e a antropologia médica norte-americana: uma revisão crítica**. Physis [online]. 1993, vol.3, n.2, pp.43-73. ISSN 1809-4481. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73311993000200002>.
- DURHAN, Eunice R. **Família e reprodução humana**. In Perspectivas antropológicas da mulher. Nº 3, Rio de Janeiro; Zarár, 1978.
- DURKHEIM, Émile. **Lições de Sociologia – a Moral, o Direito e o Estado**. 1969 - Editora da Universidade de São Paulo, 2ª edição.

FOLLÉR, M. A. **Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde.** In: LANGDON, E. J.; GARNELO, L. (Org.). Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: Contra Capa: Associação Brasileira de Antropologia, 2004. p. 129-147

FONTOURA, Ivo Fernandes. **Formas de transmissão de conhecimentos entre os Tariano da região do Rio Uaupés Amazonas.** Recife. Dissertação, 2006.

GALEANO, Eduardo. **Celebração das contradições/1.** In: O Livro dos Abraços/Eduardo Galeano; tradução de Eric Nepomuceno. Porto Alegre. Ed. L&Pm Pocket, 2016. p.122.

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas** / Clifford Geertz. - l.ed., IS.reimpr. - Rio de Janeiro : LTC, 2003. 323p.

GUARÍN, Hugo Portela. **Epistemes-otras: un desafío para la salud pública en Colombia.** In: Saúde indígena : políticas comparadas na américa latina / organizadoras, Esther Jean Langdon, Marina D. Cardoso. – Florianópolis: Ed. da UFSC, 2015. 310 p. : il., tabs., mapas.

HALBWACHS, Maurice. **Memória e memória coletiva.**São Paulo: Vértice, 1990. Apud: KESSEL, Zilda. publicado em 17/01/2007

KLEINMAN , Arthur M. **Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems.** Soc Sci Med 1973; 12(2B):85-93.

LANGDON, Ester Jean Matteson. **Introdução: Xamanismo – Velhas e novas perspectivas.** In: Xamanismo no Brasil: Novas Perspectivas. E.Jean Matteson Langdon, organizadora. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1996.

_____, Esther Jean. **Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas.** Ciênc. saúde coletiva [online]. 2014, vol.19, n.4, pp.1019-1029. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014194.22302013>.

LANGDON, Esther Jean; WIIK, Flávio Braune. **Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura.** Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2010, vol.18, n.3, pp.459-466.

LANGDON, Esther Jean, FOLLÉR, Maj-Lis e MALUF, Sônia Weidner. **Um balanço da antropologia da saúde no Brasil e seus diálogos com as antropologias mundiais.** Anuário Antropológico [Online], I | 2012.

LÉVI-STRAUSS, Claude. **Antropologia estrutural.** Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1975.

_____, Claude. **"Os Sistemas Clássicos"**, in: As Estruturas Elementares do Parentesco, Petrópolis: Vozes, 1982.

MARCUS, George. **Identidades passadas, presentes e emergentes: requisitos para etnografias sobre a modernidade no final do século XX ao nível mundial.** In: Revista de Antropologia. São Paulo, USP, nº 34, 1991.

McCALLUM, Cecília. **O corpo que sabe – Da epistemologia Kaxinawá para uma antropologia médica das terras baixas sul-americanas**. in Alves, Paulo César (org.) Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras/organizado por Paulo César Alves e Miriam Cristina Rabelo. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ Editora Relume Dumará, 1998, pp. 215-243.

MENÉNDEZ, Eduardo L.. **La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?** Rev. Alteridades 4(7), 1994, pp. 71-83

MOTA, C. N. da & BARROS, J. F. P. de. (2002), **“O Complexo da Jurema: Representações e Drama Social Negro-indígena”**. In: C. N. da Mota & V. P. de Albuquerque (orgs.). As muitas faces da Jurema: de espécie botânica à divindade afro-indígena. Recife: Bagaço.

NEVES, Rita de Cássia Maria; VIEIRA, Hítalo Thiago Gomes; OLIVEIRA, Jacqueline Eyleen de Lima. **A relação de intermedicalidade nos Índios Truká, em Cabrobó - Pernambuco.** Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 566-574, 2013. ISSN 0104-1290.

NORA, Pierre. **“Entre memória e história: a problemática dos lugares”**. Projeto História. Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados em História e do Departamento de História da PUC-SP, n. 10. São Paulo, dez.-1993.

OLIVEIRA, João Pacheco de. **Uma etnologia dos "índios misturados"? Situação colonial, territorialização e fluxos culturais.** Mana [online]. 1998, vol.4, n.1, pp.47-77.

SAMPAIO, José Augusto Laranjeiras; FERREIRA, Ivson José. **Caracterização jurídica e fundiária da terra indígena Kapinawá.** PETI. Atlas das Terras Indígenas do Nordeste. Rio de Janeiro: PETI/PPGAS/Museu Nacional/UFRJ, 1993.

TEIXEIRA, Carla Costa; SILVA, Cristina D. 2013. **"Antropologia e saúde indígena: mapeando marcos de reflexão e interfaces de ação"**. Anuário Antropológico, 2012(1): 35-57.

TURNER, Victor. **Revelation and divination in Ndembu ritual.** Ithaca: Cornell University Press, 1975

ANEXOS

ANEXO A – ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Roteiro de entrevista

1- Apresentação: A pesquisadora se apresentará e apresentará a sua pesquisa, haverá leitura do TCLE e será gravado a concordância ou não do entrevistado em participar da pesquisa, ficando ele (a) ciente de que poderá negar responder quaisquer pergunta e se ausentar da pesquisa quando quiser.

2- O entrevistado(a) se apresentará, com nome , idade e ocupação .

3- Corpo:

Como o(a) senhor(a) aprendeu esses saberes?

Quais as práticas medicas que o(a) senhor(a) usa?

O senhor(a) faz algum atendimento?

Esses seus conhecimentos são compartilhados com outros da comunidade?

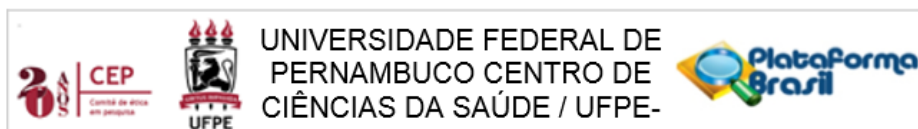
O senhor(a) acha que a forma de se cuidar mudou com o tempo?

Quais mudanças o(a) senhor(a) percebe?

4- Finalização:

O(a) senhor(a) gostaria de acrescentar mais alguma coisa?

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP/CONEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O que é lembrado vive: A memória e a medicina dos Kapinawá.

Pesquisador: Paulidayane Cavalcanti de Lima

Área Temática: Estudos com populações indígenas;

Versão: 4

CAAE: 59165516.5.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE FILOSOFIA E CIENCIAS HUMANAS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.028.213

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As pendências foram atendidas a contento.

Recomendações:

Nenhuma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br

ANEXO C - CAPITULO V DA PNASPI**5 - RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS**

As características excepcionais da assistência à saúde dos povos indígenas determinam a necessidade de uma ampla articulação em nível intra e intersetorial, cabendo ao órgão executor desta política a responsabilidade pela promoção e facilitação deste processo. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas prevê a existência de uma atuação coordenada, entre diversos órgãos e ministérios, no sentido de viabilizar as medidas necessárias ao alcance de seu propósito.

FUNASA - março/2002 - pág. 21

► Articulação intersetorial

Deverão ser definidos mecanismos de articulação intersetorial que possam fazer frente aos diferentes determinantes envolvidos nos processos de saúde e doença que afetam essas populações.

O órgão executor das ações de atenção à saúde dos povos indígenas buscará, em conjunto com o órgão indigenista oficial, parcerias para a condução desta política, principalmente no que diz respeito a alternativas voltadas para a melhoria do nível de saúde dos povos indígenas.

► Articulação intra-setorial

Do ponto de vista da articulação intra-setorial, é necessário um envolvimento harmônico dos gestores nacional, estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde - SUS, por meio de um planejamento pactuado nos Distritos Sanitários Indígenas que resguarde o princípio da responsabilidade final da esfera federal e um efetivo Controle Social exercido pelas comunidades indígenas.