

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

GEORGIA DA SILVA

**“CHAMA OS ATIKUM QUE ELES DESATAM JÁ”: PRÁTICAS TERAPÊUTICAS,  
SABEDORES E PODER**

Recife

2007

GEORGIA DA SILVA

**“CHAMA OS ATIKUM QUE ELES DESATAM JÁ”: PRÁTICAS TERAPÊUTICAS,  
SABEDORES E PODER**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Antropologia da Universidade Federal de Pernambuco para obtenção do grau de Mestre, sob orientação do Prof. Dr. Renato Monteiro Athias.

Recife

2007

**Silva, Georgia da**

**“Chama os Atikum que eles desatam já”: práticas terapêuticas, sabedores e poder. – Recife: O Autor, 2007.**

**110 folhas : il., fotos, mapas, .**

**Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CFCH. Antropologia. Recife, 2007.**

**Inclui: bibliografia e anexos**

- 1. Saúde indígena 2. Intermedicalidade 3. Práticas terapêuticas - Poder 4. Medicina indígena - Atikum. 5. Comunidade indígena – Atikum – Sertão do Pajeú - PE. I. Título**

**39**

**CDU (2. ed.)**

**UFPE**

**305.8**

**CDD (22. ed.)**

**BCFCH2007/35**

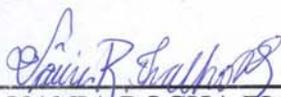
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**  
**CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS**  
**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA**

BANCA EXAMINADORA:



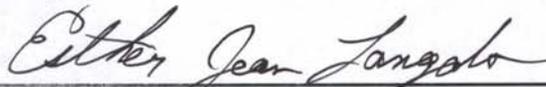
---

Professor Doutor RENATO MONTEIRO ATHIAS (Orientador)  
Programa de Pós-Graduação em Antropologia / UFPE –



---

Professora Doutora VANIA ROCHA FIALHO DE PAIVA E SOUZA  
Programa de Pós-Graduação em Antropologia / UFPE (Examinador Titular  
Interno)



---

Professora Doutora ESTHER JEAN LANGDON  
Programa de Pós-Graduação em Antropologia / UFSC – (Examinador Titular  
Externo)

Data da Defesa: 28 de fevereiro de 2007

Recife, 2007

*[...] Ai, ai, a nudez das palavras. Despojá-las de tudo. De ambigüidades. A minha própria nudez. Carrego ainda assim tantas coisas comigo [...] Quis a nudez das palavras e fez o contrário: vestiu-as. [...] O nu. Sem nada. O todo partido, partindo a palavra. O que vê o mar, o céu mas não vê nada. O cego. O que se faz presente pela ausência. O acrobata sobre os fios do tempo. Segura-se aqui ali nas texturas da seda, esgarça o que segura, despenca. O corpo da linguagem. O meu corpo. [...]*

Hilda Hilst

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que se sintam co-partícipes desta “empeleitada” que por vezes parecia interminável e sôfrega e que, com sua atenção e paciência para minhas elucubrações e desabafos, impulsionaram minha caminhada antropológica. Não teria por onde começar senão pelos Atikum, que me acolheram com carinho fraterno e tornaram possível esta dissertação: Dona Maria e família, a família grande que não tenho na consangüinidade; Seu Augusto, Dona Ivonete e seus filhos que com simplicidade, perseverança, muito bom humor e doce de leite, ensinaram-me as desventuras da batalha diária e a beleza de um “trupé arroxado”; a Seu Zé Antônio e suas incríveis estórias do reino do Juremá; a Seu Antônio Pedro que com muita graça e destreza mostrou os caminhos da cosmologia; à Dona Naninha Bezerra com seu bom cachimbo e café, Seu Afonso, Dona Nininha, Dona Andorina, Irmão Zé, Seu Antônio Amanso e tantos outros que me auxiliaram e permitiram minha entrada em suas casas com alegria. À EMSI, que colaborou prontamente com as informações requeridas e me possibilitou conhecer o cotidiano de suas atividades.

Aos amigos, Manu, Ernesto, Rita, Zé Carlos, Jota, Carol, Dora e Cláudio, toda minha admiração por vocês, obrigada pela paciência, carinho e incentivo.

Aos que estão distantes, mas que sempre estiveram compondo belos versos comigo: Gisele, Priscila, Cristiano e Denise e tantos outros espalhados por Floripa, Uberlândia, Porto Alegre, Rio de Janeiro, Brasília e pelo mundo afora, que de alguma forma vem participando de minha vida nestes anos de caminhada antropológica.

À Izabel, Ana Lúcia e Dolores Mendes, minhas fortes mulheres, exemplos de vida e de profissionalismo. Ao Tatá, que me iniciou nos caminhos filosóficos ainda criança e que talvez não se sinta satisfeito com minhas escolhas teóricas, mas está sempre presente em cada nota que escrevo. A toda minha família, sintam-se intensamente agraciados.

A Renato Athias, orientador nas discussões acadêmicas e companheiro de outros momentos, que me apresentou outras faces da antropologia e a terna possibilidade de ainda se pensar um indigenismo comprometido politicamente neste país. Aos colegas de Pós-graduação da UFPE que acompanharam esta jornada e compartilharam os momentos de desespero intelectual e à Regina, Ana e Ademilda do Departamento de Antropologia, sempre prestativas.

Ao Cnpq, pois sem auxílio financeiro esta pesquisa teria grandes dificuldades de realização.

## **RESUMO**

O presente estudo tem como objetivo tratar sobre relações de poder instauradas em um contexto de intermedicalidade na comunidade indígena Atikum, localizados no sertão do Pajeú, no estado de Pernambuco. Biomedicina e “*medicina indígena Atikum*”, a partir da práxis de *sabedores*, tanto disputam lócus de legitimidade no interior de instâncias políticas do grupo quanto negociam práticas e significados. A partir das percepções dos Atikum sobre os sistemas de conhecimento em interação e a análise de políticas e instituições indígenas em saúde, é possível vislumbrar como a experiência intermédica é vivenciada na comunidade e através de quais mecanismos relações de poder podem ser forjadas e renegociadas.

Palavras-chave: saúde indígena, intermedicalidade, poder.

## ABSTRACT

The study focus on the power relations found in an intermedicality context in the Atikum indigenous community, located in the Pajeú Region, state of Pernambuco, Brazil. Considering the praxis of *knowledged practicers*, Biomedicine and Atikum indigenous medicine fight for recognition within the group's political hierarquies, as well as negociate practices and meanings. By taking into account both the Atikum's perspective about knowledge systems that interacts with one another, and the analisys of health related indigenous institutions and policy, it is possible to have a better understanding of how the intermedical experience is carried on in the community, and how the power relation mechanisms can be created and renegotiated.

Key-words: indigena health, intermedicality, power.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1– Dona Maria de Rodrigo.....	59
Figura 2 – Seu Antônio Pedro rezando de <i>zanga</i> .....	62
Figura 3 – Gentio de Dona Naninha Bezerra, aldeia Sede. ....	66
Figura 4 – Gentio de Dona Naninha Bezerra, aldeia Sede. ....	66
Mapa do Território Atikum.....	28

## **LISTA DE SIGLAS**

AIS – AGENTE INDÍGENA DE SAÚDE

AISAN – AGENTE INDÍGENA DE SANEAMENTO

CISA – CONSELHO INDIGENA DE SAÚDE ATIKUM

CISAG – CONSELHO INDIGENA DE SAÚDE ATIKUM DA GAMELEIRA

CONDISI - CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE INDÍGENA

DSEI - PE – DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA – PERNAMBUCO

EMSI – EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE SAÚDE INDÍGENA

FUNAI – FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO

FUNASA – FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE

SPI – SERVIÇO DE PROTEÇÃO AO ÍNDIO

TCLI – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>10</b>
<b>CAPÍTULO I</b> ..... – <i>QUEM NÃO PODE COM A FORMIGA NÃO ASSANHA FORMIGUEIRO: Notas sobre a formação do olhar</i> .....	<b>17</b>
1.1 Da Antropologia Médica ao Pluralismo médico .....	17
1.2 A política das categorias e as categorias políticas.....	24
<b>CAPÍTULO II</b> – <i>CABOCLO DE PENA NÃO PISA NO CHÃO, ELE VOA NO AR QUE NEM GAVIÃO</i> .....	<b>27</b>
2.1 Reconstruindo os Atikum: reflexões extemporâneas.....	28
2.2 Percepções contemporâneas: possibilidades interpretativas.....	31
2.2.1 Relações Interétnicas.....	35
2.3 Saúde indígena: políticas nacionais, instituições locais e atores sociais .....	39
2.3.1 Os Conselhos Locais de Saúde.....	43
<b>CAPÍTULO III</b> – <i>NAS MATAS DE NOSSA ALDEIA TEM PAU, MEL E TEM FLO</i> .....	<b>44</b>
<i>Errro! Indicador não definido.</i>	
3.1 A “ <i>medicina indígena Atikum</i> ” .....	Errro! Indicador não definido.
3.1.1 A reza: <i>rezadores</i> e <i>rezadeiras</i> em perspectiva.....	53
3.1.2 Os <i>trabalhos fechados</i> .....	64
3.2 O pajé.....	74
3.3 O <i>curador</i> .....	77
3.4 Serviços de saúde: outras interações.....	80
3.5 Intermedicalidade e relações de poder.....	93
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>97</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>99</b>

## ANEXOS

## INTRODUÇÃO

### *Licença Dona Jandainha pra levantar o meu trabalho*

De um universo povoado de seres socioespirituais a um plano da organização dos serviços em saúde, os Atikum, grupo indígena do sertão pernambucano, experienciam um contexto intermédico, com diversos sistemas de conhecimento médicos interagindo e negociando, entre eles a “medicina indígena Atikum” e a biomedicina. Neste complexo de opções, políticas e escolhas relativas a cura, é possível vislumbrar relações de poder entre tais práticas.

“*Chama os Atikum que eles desatam já*”: práticas terapêuticas, *sabedores* e poder é um estudo que pretende fomentar uma compreensão sobre este lócus de poder elaborado/adequado/ressignificado pela comunidade, cujos personagens principais em cena são os *sabedores*.

Para além do objetivo sistêmico da pesquisa realizada, prima-se pela colaboração a uma amplitude analítica e conceitual sobre os povos indígenas do Nordeste. As duas últimas décadas, no campo antropológico, foram marcadas pelos debates acerca da identidade e etnicidade destas sociedades. Tais formulações auxiliaram na consolidação destes grupos e na constituição do movimento indígena na região. No entanto, questões clássicas da Antropologia, como parentesco e xamanismo, tão agraciadas nas contribuições em relação às sociedades xinguanas e amazônicas, foram mantidas em segundo plano.

Atualmente, estudos etnomusicológicos, etnobotânicos, estéticos e em saúde densificam a leitura sobre estas sociedades, proporcionando um maior arsenal teórico para compreensão das comunidades indígenas no Nordeste. Estas novas pesquisas também contribuem como subsídio para as políticas públicas voltadas às sociedades indígenas.

### *De como cheguei aos Atikum...*

Posso dizer que os Atikum estão presentes em meu cotidiano desde 2001, quando ainda morava na Ilha do Desterro, atual Florianópolis (SC), local onde iniciei minha incessante e instigante inserção na Antropologia durante o período de graduação. Lá, entre

algumas trocas etnográficas, os Atikum me foram apresentados através de gravações de suas linhas (cantos). A intensidade de suas *pisadas*<sup>1</sup> (dança) e a religiosidade das letras das linhas me impressionaram, de modo que procurei informações mais consistentes sobre o grupo.

Em 2002, estive em Recife com planos de chegar até o território Atikum, acompanhando o professor Rodrigo Grünewald, da Universidade Estadual de Campina Grande (UECG), que realiza pesquisas com o grupo desde a década de 1990. No entanto, a viagem não pode ser realizada, assim como recebi recomendações do professor para não ir à região sozinha devido aos conflitos constantes propiciados pelo tráfico de drogas.

Em 2005, entrei no Programa de Pós-graduação em Antropologia com anteprojeto sobre as práticas terapêuticas do grupo e consegui ir à área em abril, após conhecer Irmão Zé, liderança do Conselho Indígena de Saúde Atikum da Gameleira (CISAG), em reunião do Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI) realizada em março na cidade do Recife.

Durante a semana que permaneci na comunidade, tive a oportunidade de participar de alguns torés, tanto dentro como fora da área, e ir a *trabalhos fechados*. Nestes eventos, realizados principalmente em comemoração à semana do índio, pude unir as vozes que por tantos anos escutei a fisionomias e personalidades.

Ainda em 2005, mantive contato telefônico com as famílias que me receberam em suas casas e com algumas lideranças, além de freqüentar reuniões ocasionais do CONDISI realizadas em Recife. No final do mês de dezembro daquele ano, participei da IV Conferência de Saúde dos Povos de Pernambuco em Caruaru e pude apresentar o projeto para todas as lideranças Atikum que estavam presentes, a maioria já minha conhecida. Como as decisões na comunidade são resolvidas nos Conselhos Locais de Saúde, ficou estabelecido que no início de janeiro de 2006 eu seria chamada para uma reunião com os conselheiros de saúde.

No dia 05 de janeiro foi realizada a reunião do CISAG, na aldeia Riacho Grande, onde apresentei os objetivos do projeto de pesquisa, li o Termo de Consentimento Livre e Informado (TCLI) que havia formulado e abri o debate para dúvidas e sugestões. Uma dúvida apresentada era se a pesquisa coletaria matérias de origem vegetal – preocupação atual dos povos indígenas, que estão avançando nas discussões sobre biopirataria e direitos coletivos. A pesquisa foi aprovada por unanimidade pelo CISAG. A reunião também foi interessante para o cumprimento de normas do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), como a

---

<sup>1</sup> Sobre a grafia: para termos e frases utilizadas pelos Atikum, usarei apenas itálico; construções sintáticas híbridas (autora e Atikum) serão apresentadas entre aspas e itálico e termos analíticos de outros autores citados serão destacados apenas com aspas. Quanto aos interlocutores, serão destacados com asterisco quando se utilizar nomes fictícios elaborados a pedido deles.

assinatura de Carta de Anuência para a realização de pesquisa e a discussão preliminar sobre os itens do TCLI.

### *... à pesquisa de campo*

Uma semana depois de aprovada a realização da pesquisa pelo CISAG, iniciei o trabalho de campo, com duração de três meses, em janeiro, fevereiro e março de 2006. Nos meses de estadia na comunidade, residi na moradia de duas lideranças: a casa de Dona Maria Lopes na aldeia Oiticica e a casa do pajé Seu Augusto de Oliveira na aldeia Sede. Em visita anterior fui acolhida nas duas casas e o retorno aos mesmos locais se deu a convite dos anfitriões e também pelo fato de as localidades apresentarem melhores condições de locomoção para outras aldeias, como o acesso a motos para alugar e carros que constantemente deslocam moradores para as cidades próximas. Outro ponto favorável a esta escolha é a presença de lideranças dos dois Conselhos Locais de Saúde nas ditas aldeias ou nas proximidades.

O aceite da comunidade para a realização da pesquisa foi expresso, o que não garantiu que a observação de performances dos sabedores locais – preocupação inicial da pesquisadora – fosse possibilitada, ou seja, ainda não havia sido permitido o acesso aos locais escolhidos para a investigação. A desconfiança com relação aos posteriores usos da pesquisa – apesar de ter sido explicitado o caráter acadêmico e de possível auxílio na fomentação de projetos para melhoria da saúde na comunidade – fez com que eu tomasse algumas posições decisivas para o prosseguimento da pesquisa e para o estabelecimento de um clima de cordialidade com os *sabedores* locais, a exemplo do compromisso quanto à preservação do recite das rezas (mesmo que algumas posteriormente tenham sido expostas) e as visitas constantes para um bom papo, cafés e fumo, sem a presença dos instrumentos que me identificaram por um longo tempo, como o gravador e a máquina fotográfica.

Os sinais de reciprocidade foram nítidos a partir da mudança terminológica que ocorreu: de “menina que vai levar as crianças embora na mochila” ou “dessa aí do Recife”, no primeiro mês, passei a ouvir frases como “considero a senhora como minha filha”, a ser chamada de Gê por alguns mais próximos ou ainda “Dona Gê”, numa demonstração de carinho, respeito e aceite integral durante os meses que lá estive. Creio que grande parte das informações não teria sido fornecida caso não compartilhasse de muitos momentos

domésticos femininos, como lavar roupa e coletar água nos lajeiros, buscar feixes de lenha na mata, cuidar da casa e ser muitas vezes responsável pela feitura dos alimentos. Para as mulheres Atikum com as quais convivi, o desprendimento para realização de tais tarefas e o “grude” das roupas (sujeira dos fogões à lenha ou de chão) demonstram o bom caráter de uma pessoa de fora, que geralmente recebe os estigmas de “frescura” e “cerimônia”.

Mais do que olhar, escutar, ver e ouvir, um dos grandes aprendizados do trabalho de campo é a consciência da ação da relação inversa, a de ser observado, medido, analisado e, no momento em que tal evento se apresenta lúcido ao antropólogo, por mais que a teoria já lhe tenha informado, é que uma nova subjetividade em relação à alteridade se elabora, numa gnose corporal, de movimento sensorial não apenas do pesquisador, mas que se dá no pesquisador (PEIRANO, 1992; CARVALHO, 1993).

Como relatado anteriormente, observar performances que denominava xamânicas consistia num dos objetivos da pesquisa. No entanto, devido às estratégias de negação de identidade de algumas categorias de *sabedores*, era quase impossível para mim vislumbrá-las, vê-las. Durante o primeiro mês de trabalho, dentre tantas investidas, indo às casas de pessoas consideradas como *rezadores*, comentei com um senhor sobre dores na coluna e nos ombros. Ele prontamente diagnosticou meu problema: *desintrusidade*. Foi até a cozinha, fez uma brasa no fogão à lenha, apanhou um pano e o encheu com cinzas da brasa recém-apagada. Colocou-me em frente do sol – era fim de tarde – e rezou. Passei da observação participante à participação observante e assim a performance me foi apresentada

Depois deste primeiro passo, de presteza com relação às práticas locais – um pouco da lucidez da vida subjetiva de que trata Carvalho (1993) ao falar da experiência de pesquisa de campo –, o universo dos Atikum foi singelamente aberto para mim, propiciando que meu olhar sofresse diversos deslocamentos e sobreposições durante os três meses de desenvolvimento do trabalho. Com as portas entreabertas da cosmologia local, pude perceber que os questionamentos que haviam norteado meus objetivos precisavam transmutar para as perguntas e questões que os Atikum faziam sobre si próprios.

Assim, caminho das performances das práticas terapêuticas como modos de pensar o pertencimento como hipótese no projeto de pesquisa para a importância da existência dos *sabedores* como sinalizadores e mantenedores da construção de uma filosofia indígena, dos papéis sociais desempenhados por estes atores à constituição de uma batalha de manutenção das práticas terapêuticas e terapeutas em detrimento do acesso facilitado à biomedicina, e, principalmente, da realidade dos jogos simbólicos de poder entre os serviços de saúde em atuação na área.

Estas transformações no modo de compreender as práticas terapêuticas na comunidade, possíveis pelos laços fraternos fortalecidos diariamente, demonstraram as sutilezas sensoriais proporcionadas pelo trabalho de campo.

Estes passos, às vezes confusos no campo, mas em constante harmonização nas reflexões/inflexões permanentes no gabinete, seguiram algumas escolhas metodológicas que também foram reelaboradas no próprio campo, com a mudança de perspectivas que se apresentavam cotidianamente. A Antropologia como ofício, longe de “estar lá”, “voltar para cá” e “escrever para os pares”, pode ser lida como um complexo provocativo de relações de poder entre pares e díspares – o “nós” e o “outro”.

Neste jogo, por vezes catatônico, de fazer Antropologia, desconstruir-se para a elaboração de um outro construído por ele mesmo continua sendo uma das grandes instigações do pesquisador e, pela mesma razão, torna a Antropologia um exercício de paixões voláteis. E neste fazer, tão caro a algumas psiques, a etnografia se apresenta como possibilidade de intersecção entre as concepções do antropólogo – pois ele também é parte de um sistema cultural e de um complexo de relações dispostos na academia – e as elaborações do universo pesquisado percebidas por ele.

Sobre esta questão, Carvalho (1999) aponta que a Antropologia realizada no Brasil, mesmo que distinta da feita em outros países por ter como foco estudos mais “geograficamente” próximos, deve questionar o lugar que o antropólogo ocupa na sociedade, ou melhor, o nosso próprio lugar enquanto pertencentes a uma classe social mais favorecida economicamente, e a relação com este “outro” dito próximo.

A etnografia não é aqui percebida como simples método de descrição, mas se apresenta enquanto ato comunicativo entre as percepções, interpretações da autora e a materialidade que o texto proporciona. Fabian (2001, p. 4) argumenta que a etnografia, antes de ser um problema de significado “or signification (semiotics), let alone of explanation (positivist science), it is constituted as a *práxis*”<sup>2</sup>. Assim compreendida, distingue-se da *práxis* daquele observado, na qual se pretende construir uma abordagem que a contemple. É neste contexto que o problema da escrita etnográfica surge como uma questão de confronto entre tipos de *práxis*. Admite-se então o caráter parcial e contextualizado da escrita etnográfica.

Não intenciono abordar todas as críticas contemporâneas pertinentes à etnografia e seus usos, pois não é meu objetivo nesta dissertação e nem me sinto confortável para fazê-lo,

---

<sup>2</sup> “ou significação (semiótica), não somente de explanação (positivismo) ela é constituída como uma *práxis*” (tradução minha).

mas, como perseverante da idéia do contexto de enunciação, compreendo a etnografia e mais especificamente a escrita etnográfica como um dos pilares do debate epistemológico atual da Antropologia. Desta forma, coloco-me sutilmente em defesa do método etnográfico como proposta de compreensão do fazer antropológico.

Para a proposta de construção etnográfica, alguns métodos foram necessários para o desenvolvimento da pesquisa. A observação participante<sup>3</sup> constituiu a sedimentação das informações recolhidas através de seis entrevistas roteirizadas, acompanhamento de dois itinerários terapêuticos e a coleta de sete histórias de vida tópicas.

O uso do método de histórias de vida tópica entre os *sabedores* foi uma das tarefas mais árduas do trabalho de campo. Ela é uma técnica que requer mais de um encontro gravado, visto que a vida do interlocutor está em curso, propiciando um exercício contínuo de resgate de narrativas. A quantidade de encontros variou de três a quatro pela dificuldade em encontrar os interlocutores em casa, já que era época de preparo de roçado. A história de vida tópica foi utilizada para compreensão dos aspectos de transmissão de conhecimentos e iniciação nas práticas terapêuticas locais.

Apesar da densidade da técnica, tanto na realização e condução dos encontros quanto no momento de sistematização das informações, ela se constituiu como a fonte mais rica sobre as relações entre os universos cósmicos experienciados pelos interlocutores e a dinâmica social do grupo.

Outro importante recurso foi o uso do gravador, não restrito às entrevistas ou ao registro das linhas nos rituais, mas como forma de memória de minhas experiências, como uma extensão do caderno de campo, este também adotado como recurso. A idéia da gravação surgiu da dificuldade de estar só para escrita do caderno de campo, pois, geralmente, olhos despertos e curiosos supervisionavam minha atividade que, em alguns momentos, era acompanhada de momentos de angústia, sensação corriqueira já muito descrita nas monografias.

As gravações foram realizadas durante minhas caminhadas de deslocamento entre aldeias ou entre as casas de meus interlocutores. Como na maioria das vezes me deslocava a pé e principalmente sozinha, para conhecer melhor a espacialidade do território, associei o uso do gravador à atividade. No decorrer da pesquisa, ao caderno de campo ficaram subsumidas anotações pontuais de cunho estrutural e às gravações, elucubrações sobre os pontos descritos no caderno, num movimento de complementaridade entre as duas formas de registro.

---

<sup>3</sup> Método corroborado por Malinowski (1978) como técnica por excelência do fazer antropológico.

Do ponto de vista ético quanto à realização de entrevistas e gravações, todos os narradores foram esclarecidos com relação ao uso das entrevistas, após ter sido lido e assinado previamente o TCLI aprovado pelo CISAG. Importante ressaltar que não houve nenhum problema quanto a cortes de falas ou desistência do uso da gravação para a realização da pesquisa. Todas as formulações, categorizações e enunciações expostas na dissertação partem da idéia de fusão de horizontes proposta por Gadamer (apud GEERTZ, 1978), pensando na possibilidade de interlocução entre antropóloga e comunidade. Desta maneira, escolhi alguns versos de linhas de toré como títulos para os capítulos, porque eles sinalizam os aspectos que são abordados em cada segmento dissertativo, adotando o mesmo procedimento para compor o título da dissertação.

Dividi a dissertação em três capítulos. No primeiro, faço uma breve exposição das escolhas teóricas que subsidiaram meu olhar para a construção da etnografia, assim como contextualizo politicamente a escolha das categorias trabalhadas. Creio que um dos primeiros fazeres da escrita etnográfica é o desvelamento do autor que pode ser realizado a partir das categorias que ele elabora ou toma de empréstimo de outros autores, pois nelas estão contidas perspectivas, ideologias e paixões.

No segundo capítulo, procuro contextualizar os Atikum historicamente, organização social e relações interétnicas de modo a compreender sob que panorama sócio-político estão arranjados os serviços em saúde em atuação na área. As políticas de saúde voltadas para comunidades indígenas assim como os Conselhos Locais de Saúde compõe o arsenal de problematização deste capítulo.

Já o terceiro e último capítulo têm o intuito de apresentar as práticas terapêuticas, seus atores, concepções, interfaces e deslocamentos. Por fim, proponho pensar sobre como são forjadas relações de poder no contexto intermédico, a partir dos Conselhos Locais de Saúde.

## **CAPÍTULO I – QUEM NÃO PODE COM A FORMIGA NÃO ASSANHA**

### **FORMIGUEIRO: notas sobre a formação do olhar**

Apresentar os contextos, delimitar os espaços da intervenção antropológica, sinalizar eventos de compreensibilidade são, na maioria das monografias, os primeiros passos de entrada aos universos pesquisados. Início com o mesmo ímpeto de meus antecessores na poética narrativa, pretendendo jogar com as piscadas de meu olhar e as imagens sobrepostas da minha atenção na construção do texto. Ciente da fragmentação de minhas observações – não pretendo encaixar peças para a formação de um coerente semântico e sintático – conduzo-me à restituição delas nas posteriores análises, novamente compartimentando a mim e aos Atikum, interlocutores desta pesquisa.

Neste capítulo, construo um breviário antropológico que fomenta as bases nas quais me apoio para o jogo interpretativo das relações intrínsecas entre práticas terapêuticas, *sabedores* e relações de poder. Este espaço também privilegia o caráter político quanto à escolha das categorias trabalhadas em toda dissertação.

#### **1.1 Da Antropologia médica ao Pluralismo médico**

Muitas perspectivas teóricas e metodológicas nortearam o olhar antropológico para relacionar saúde e cultura. O trabalho pioneiro “Medicine, magic and religion” de W.H.R Rivers, médico por formação, publicado originalmente em 1924, mesmo sob as bases do evolucionismo, na busca de uma caracterização e/ ou classificação das “medicinas primitivas” e idealizado na dicotomia magia e ciência, antevê os pressupostos dos trabalhos funcionalistas.

O autor embasa suas considerações a partir de um inócuo relativismo cultural, considerando a medicina nas sociedades como interno a um sistema cultural mais amplo e as elaborações sobre saúde e doença dos primitivos, então consideradas como irracionais e ilógicos, passam “a ser percebidos como teorias de causação da doença que fazem sentido

dentro do contexto cultural a que pertencem” (QUEIROZ e CANESQUI, 1986, p.152). Tal perspectiva, embasada em dados coletados principalmente na Melanésia e Nova Guiné, não deixa de propor que a medicina científica e a medicina primitiva sejam diametralmente opostas, impondo a medicina primitiva ainda um caráter mágico, naturalista e estático.

Todavia as remessas evolucionistas, Langdon (1995) aponta a contribuição de Rivers, quando este considera as etiologias como passo importante para compreensão de diagnósticos e processos terapêuticos. Por um caminho transversal a Rivers, F. E Clements (1932) e E. Ackerknecht na década de 1940 fomentam a etnomedicina nos Estados Unidos.

Enquanto Clements, munido de sua perspectiva difusionista, busca comparativamente mapear as categorias etiológicas entre os povos primitivos, Ackerknecht - influenciado pelos estudos de Ruth Benedict<sup>4</sup>-, apresenta como preocupação a distinção da medicina científica da medicina primitiva: a primeira baseada na empiria e experimentação e a outra construída sob bases lógicas, porém irracionais. A possibilidade de racionalidade da medicina primitiva e seus tratamentos é compreendida pelo autor como hábitos. Diferente de Clements cujo intuito é remontar uma arqueologia das doenças, Ackerknecht defende a diversidade cultural, onde não existiria uma medicina primitiva, mas várias.

A antropologia de língua inglesa, como visto, representou durante a primeira metade do século XX, o espaço de debate sobre o objeto saúde. Na década de 1940, muitos antropólogos norte-americanos foram convocados para implantação de serviços de saúde nos países em desenvolvimento, através de pesquisas aplicadas, sanar doenças transmissíveis e promover certa educação sanitária (NUNES, 1985).

Assim como na década de 1940 antropólogos contribuíram para a implantação de serviços em saúde, na década de 1950, estes também fizeram trabalhos para analisar os aspectos culturais que possibilitariam problemas à manutenção dos programas em saúde<sup>5</sup>. Langdon (2003) aponta que mesmo o relativismo já constituído como abordagem epistemológica, a noção biomédica se mantinha como práxis vigente para sanar os malefícios.

---

<sup>4</sup> Em *Patterns of culture* (1934) Ruth Benedict, a partir da transposição de categorias da sociedade ocidental, idealiza a existência de um padrão psicológico universal que define os comportamentos de membros das sociedades primitivas, em que estes são divididos em “apolíneos” ou “dionisíacos”.

<sup>5</sup> Os trabalhos de Clifford (1998) evidenciam o processo de “indirect rule” e a atuação de antropólogos ingleses nas colônias britânicas.

Apenas na década de sessenta do século XX que a terminologia antropologia médica passa a ser utilizada, referenciada pelos trabalhos do funcionalismo britânico e do paradigma culturalista norte-americano.

Buchillet (1991, p. 22-24) constrói um quadro sinóptico sobre os campos em que a antropologia médica atua: a) epidemiologia, também chamada de ‘ecologia médica’; b) o estudo de cuidados em instituições médicas, cujas pesquisas preocupam-se com as relações médico-paciente, posições hierárquicas entre os profissionais de saúde, reações dos pacientes e outras questões; c) problemas de saúde em geral, com comunidades específicas ou sobre problemas sanitários contemporâneos e, d) a etnomedicina. Para a autora, a etnomedicina se constitui como a parte mais antropológica da antropologia médica, pois vislumbra estabelecer relações entre organização social, a percepção/ação sobre as doenças de determinadas sociedades. A autora ainda expõe as diferenças entre o modelo britânico/norte-americano da antropologia médica da antropologia realizada na França, cuja terminologia adotada é de antropologia da doença, onde o enfoque principal está no sentido e na causalidade da doença. A partir dos apontamentos de Buchillet torna-se possível perceber as distintas vertentes e as sofisticções da Antropologia ao passar dos anos, na compreensão das formas elaboradas pelas sociedades para lidar com infortúnios e eventos aflitivos.

Estos trabajos proporcionaban una visión de las prácticas médicas tradicionales como una unidad conservada, inalterable, sin fracturas ni modificaciones donde lo importante era la función que cumplía para los sujetos sociales que la utilizaban, sin tomar en cuenta el contexto socioeconómico en que estas prácticas se daban ni los procesos de cambio que se estaban generando tanto al interior como al exterior de las comunidades investigadas y que influían necesariamente tanto en las concepciones de la enfermedad como en las acciones terapéuticas que los conjuntos sociales seleccionaban para solucionar sus problemas de salud. (GUZMÁN, 1997, p. 137)

Da década de 1950 a 1970, a união das ciências sociais e medicina, mediada pela perspectiva da antropologia médica, guiou o desenvolvimento dos países colonizados, com a clara atribuição de conceitos e categorias biomédicas para a normatização de uma saúde pública (MINAYO, 1998).

Não obstante, na década de 1970, conforme Langdon (1995) alguns autores, do âmbito da antropologia médica, entre eles Kleinman (1980) e Good (1977), passam a relativizar a biomedicina e a se preocupar com a “dinâmica da doença e o processo terapêutico”. (op.cit. p.95), numa perspectiva simbólica-interpretativista baseada no modelo proposto por Clifford Geertz.. Sucintamente, sistemas de saúde passam a ser compreendidos como sistemas

culturais e a doença é distinguida entre *illness* – doença como experiência subjetiva do mal-estar e *disease* - doença como processo de uma mudança na estrutura dos órgãos ou sistemas (UCHÔA e VIDAL, 1994).

Tal transformação de perspectiva assinala que para além do constructo biomédico de doença como um princípio biológico, sua compreensão está pautada num processo que é experienciado e elaborado através de eventos sócio-culturais.

Kleinman (1980) constrói um modelo de compreensão denominado *health care system*, sistema de cuidado da saúde, cujas atividades relacionadas à saúde estão interligadas. Ou seja, sistemas de cuidados da saúde são entendidos como o conjunto de saberes e práticas relativas ao trato com a saúde, a doença, o corpo e a cura, cujos significados simbólicos são ordenados especificamente por cada sociedade, compreendendo um sistema cultural.

O conceito de sistema médico não somente privilegia os aspectos simbólicos da cultura, como diz respeito à integração das crenças etiológicas, às normas guiando a escolha e avaliação de tratamento, aos papéis sociais dos atores envolvidos, às relações de poder, aos eventos de interação e às instituições encarregadas das questões de saúde (LANGDON, 1994, p. 118).

Nesta abordagem, torna-se indispensável à contextualização social tanto dos pacientes quanto dos terapeutas, visto que através deles significados culturais e relações são expressos. O autor propõe um sistema de cuidado da saúde composto de três partes sobrepostas: o setor “familiar”, o setor “popular” e o setor “profissional”. Kleinman (1973) aponta que no primeiro setor, os atores atuantes são principalmente a família, mas a rede social também está implicada. O setor “popular” é formado pelos especialistas na área da saúde que não são organizados burocraticamente. Já o setor “profissional” Já o setor profissional estaria em conformidade com a biomedicina experienciada pela sociedade ocidental, organizada burocraticamente e formalizada. Segundo Fassheber (1998, p. 97), no Brasil, “a biomedicina confunde-se com as ações das políticas públicas do setor indígena”.

Contudo, é interessante ressaltar que a noção de setores propõe a priori uma idéia de delimitação de espaço de intervenção, o que coloca o modelo de Kleinman em risco, visto que estes setores são sobrepostos. Se há uma sobreposição, há uma clara intersecção entre os setores. Em curtas linhas não há uma secção, mas uma contigüidade intersectorial, conforme explana Haverroth (2004) sobre os sistemas médicos em atuação na comunidade Wari.

Mais um elemento que torna o modelo explanatório insuficiente é a noção de sistema, cuja semântica remonta a algo ou alguma coisa fechada, homogênea e estática. Portanto, é

imprescindível perceber que as práticas terapêuticas não estão fechadas em si mesmas, mas interagem através da negociação de atores sociais e grupos, podendo ser transformadas.

No intuito de compreender tal conjuntura surge o pluralismo médico, que é inclusive marco da contribuição de Kleinman nos estudos que enfocam a saúde, mas que a partir das contribuições de pesquisas realizadas no México e Guatemala, como por Eduardo Menéndez (1980), preocuparam-se intensamente com as relações de subalternidade e hegemonia entre as práxis, o processo de desqualificação dos terapeutas locais em detrimento de uma idéia de eficácia e a dinâmica e interação dos saberes.

El proceso salud/enfermedad/atención, así como sus significaciones, se ha desarrollado dentro de un proceso histórico en el cual se construyen las causales específicas de los padecimientos, las formas de atención y los sistemas ideológicos (significados) respecto de los mismos. Este proceso está caracterizado por las relaciones de hegemonia/subalternidad que opera entre los sectores sociales que entran en relaciones en una sociedad determinada, incluyendo sus saberes técnicos. [...] Debemos por lo tanto recordar un hecho obvio: el saber de todo curador inevitablemente se aplica sobre sujetos y grupos, y es el saber del grupo el que articula las representaciones y prácticas recibidas del saber médico, a partir de las representaciones y prácticas que dichos sujetos y grupos manejan. (MENÉNDEZ, 1994, pp. 72-73)

Numa conjuntura em que diversas práticas terapêuticas convivem, um outro conceito que abarca o pluralismo médico é o de intermedicalidade proposto por Greene (1998). Ele aponta maiores fontes de compreensão sobre as negociações entre os atores sociais numa realidade de assimetria política.

Para o autor, todos os atores são dotados de agência. Ao analisar o xamanismo Aguaruna, é o espaço de fricção entre biomedicina e saberes locais que estão em jogo na interpretação, onde a intermedicalidade se constitui como “um espaço conceitualizado de medicinas híbridas e agentes sociomedicalmente conscientes”. (id. ibd, p.641). No xamanismo Aguaruna atual ocorre o que Sahlins (2004) denomina de indigenização, ou seja, elementos biomédicos são ressignificados pela lógica local passando por uma xamanização. Em seu argumento, Greene aponta que invés de uma extinção dos saberes xamânicos, há um fortalecimento social do mesmo. Sempre pensando na agência do ator social, tal evento é parte de uma expansão da consciência social Aguaruna.

Tomando como ponto de partida a práxis, o conceito de intermedicalidade também é utilizado por May Lis Follér (2004) que analisa as práticas terapêuticas, assim como Greene, sempre de uma perspectiva de uma oposição política, visto que a biomedicina sempre participou do projeto colonialista. Follér pretende analisar a zona de contato, “o espaço dos

encontros coloniais, o espaço no qual povos antes separados pela geografia e história entram em contato e estabelecem relações contínuas, sendo que estas geralmente envolvem condições de coação, desigualdade radical e conflito intratável” (Prat, 1992 apud Follér, 2004, p. 123).

Follér contextualiza os Shipibo-Conibo nesta zona de contato, onde a biomedicina se apresenta como realidade na comunidade. Para a autora, este espaço intermédico, em que tradições médicas interagem, possibilita a criação de algo novo pelos povos indígenas. Como exemplo etnográfico, ela apresenta os usos não-ocidental que a comunidade faz de elementos da biomedicina, num processo de “indigenização da biomedicina” (id.ibd. p. 137), no qual algo novo é criado. Aqui, o novo é híbrido, biomedicina e medicina local se entrelaçam.

[...] tanto na prática quanto na teoria há sobreposição mútua dos conhecimentos médicos construídos nas variadas tradições, embora permaneçam limites e distinções, uma vez que cada corpo de conhecimentos se origina de um discurso diferente. Esses sistemas de conhecimento podem se adaptar mutuamente, competir ou interagir de várias formas – em dependência das estruturas de poder e resistência em jogo, resultando em um processo de reconstrução de conhecimentos. Há um fluxo de conhecimento entre os discursos biomédicos e etnomédicos. A intermedialidade significa que existe um elo pelo menos entre dois discursos de conhecimento. [...] Os elementos da biomedicina são incluídos, de acordo com as fontes, porque fortalecem a etnomedicina, o que constitui um *processo de indigenização*. Este meio-termo envolve tanto aceitar o conhecimento biomédico quanto resistir ao poder e à ideologia da biomedicina... Esse novo conhecimento-e-prática sobrevive e passa por transformações contínuas. Trata-se de um projeto de negociação e renegociação, resistência cultural e ilustração da formação de uma identidade indígena como estado dinâmico e transitório (Foller, 2004 p. 143-144).

O que a autora proporciona com a noção de intermedialidade é a possibilidade analítica da transformação, esta apresentada na práxis das sociedades, em que a agência dos atores sociais torna-se fundamental para compreensão destes espaços de negociação e renegociação, adequação e ressignificação.

O espaço de intermedialidade pode ser percebido na realidade social Atikum, onde biomedicina, medicina local e práxis de outras comunidades convivem e interagem entre si. A comunidade transita entre os diferentes espaços, que não são exclusivos, e os reordena de acordo com a experiência, propiciando novos contextos médicos.

Tanto a possibilidade de movimento entre as práticas quanto à distinção ontológica realizada pela comunidade sobre os variados espaços médicos, não anula a importância dotada as práticas, mas oferece propriedades para reflexão sobre identidade, pertencimento e etnicidade. O processo de indigenização (Sahlins, 2004) ou de hibridização (Foller, 2004) da

biomedicina se contextualiza na significação social e nos distintos usos dos medicamentos, além da incorporação de outros elementos nos procedimentos voltados à cura.

É inegável o processo colonial de subalternidade a que a biomedicina encerra as medicinas indígenas, tanto da perspectiva econômica quanto ideológica (Menéndez, 1994), e, portanto, as compreendo como em oposição política. Um dos espaços em que a negociação entre os sistemas de conhecimento é possível de ser percebido são os Conselhos Locais de Saúde. Eles se configuram como as instâncias de deliberação da comunidade, que ao longo do processo de elaboração do grupo étnico (Weber, 1992) e das posteriores relações com instituições indigenistas, se tornaram lócus da organização sócio-política.

Também admito a relação de luta entre os atores para construção de uma realidade social, na tentativa de fazer legítimo o seu ponto de vista, e que as formas de relações sociais dependem das posições ocupadas pelos atores em um determinado campo de ação, conforme analisa Bourdieu (2005). Contudo as inter-relações devem ser percebidas sob uma perspectiva diacrônica, compreendendo as estruturas que movem as ações dos atores não como estanques, mas possíveis de transformação, a partir da experiência subtraídas de eventos e situações. Portanto, considero que, dependendo da situação instaurada, dentro de um mesmo campo de interação, com os mesmos atores posições podem ser alteradas, isto é, as relações de poder não respondem a apenas uma lógica de hegemonia/subalternidade, colonizado/colonizador, mas correspondem a subversões esquemáticas delineadas pelo horizonte cultural.

Aproximo-me então, de uma leitura de Sahlins (2004, p. 300) e a “estrutura da conjuntura”, cujo pressuposto está na ação distinta dos atores sociais de acordo com situações específicas.

Não é que as forças e limitações materiais sejam deixadas de lado ou que elas não produzam efeitos reais na ordem cultural. É que a natureza dos efeitos não pode ser interpretada a partir da natureza das forças porque os efeitos materiais dependem de sua localização cultural. A própria forma de existência social da força material é determinada por sua integração no sistema cultural. A força pode então ser significativa – mas a significação é, precisamente, uma qualidade simbólica. Ao mesmo tempo, esse esquema simbólico não é em si mesmo o modo de expressão de uma lógica instrumental, porque de fato não há outra lógica no sentido de uma ordem significativa, a não ser aquela imposta pela cultura sobre o processo instrumental (SAHLINS, 2003, p. 205).

Marshall Sahlins (2004, 2003) propicia que o contato venha a ser percebido como uma via de mão-dupla de interação, negociação e hibridização entre diferentes culturas. Categorias e situações podem ser ressignificadas através de contextos locais.

## 1.2 A política das categorias e as categorias políticas

Como primeiro passo de inserção, recuso a idéia de seccionamento da disciplina antropológica em campos como Antropologia da saúde, Antropologia política ou Antropologia indígena. Tal idéia compartimenta a nuance de uma pesquisa a partir do fracionamento de uma disciplina que é una, apesar da diversidade de abordagens.

Héritier (1996) considera a divisão em categorias autônomas da disciplina antropológica uma operação mutiladora e de exclusão, considerando os diversos campos de atuação que uma pesquisa prescinde para sua elaboração. Neste sentido, aponto minha pesquisa, como uma teia de elaborações de cunho antropológico, que pensa as nuances e configurações de uma sociedade a partir de suas percepções/inflexões sobre a saúde.

Mesmo não sendo cúmplice da secção da disciplina, compartilho da exposição feita por Langdon (1994) quanto à relativização da biomedicina como pressuposto das pesquisas em saúde no campo das Ciências Sociais. Langdon elabora biomedicina como sistema médico ocidental, cujo conhecimento se pauta na observação empírica da realidade biológica, e tem como fundamentos as matrizes teóricas do cartesianismo, com a oposição binária entre corpo e espírito, e o positivismo, no qual baseia seu modelo etiológico (LANGDON, 1999).

Além de biomedicina, outras onomásticas como medicina e medicina científica (LOYOLA, 1987) também são correntes no jargão acadêmico. Menéndez (1981), sob uma perspectiva marxista, analisa as condições sociais da enfermidade em Yucatán, México, apoiando-se sobre a categoria de “medicina científica”, caracterizada por “biologismo, ahistoricidade, pragmatismo eficaz, mercantilismo” (ID., IBID., p. 322).

Creio que o termo biomedicina contemplado por Langdon e por conter o sufixo bio como característica sintática, apontando o caráter fisiológico desta prática terapêutica, terá uma maior coerência para o contexto a ser trabalhado<sup>6</sup>. Na comunidade Atikum, a biomedicina e a “*medicina indígena Atikum*” interagem<sup>7</sup> entre si num processo dialógico propiciado pelos atores que vivenciam as práticas e pelos agentes que as transmitem.

Como ensina a velha Antropologia, sempre em transformação, opto pelas categorias êmicas – perspectiva que, longe de uma postura essencialista, compreende as categorias como

---

<sup>6</sup> O conceito de biomedicina no contexto Atikum será analisado posteriormente no capítulo III.

<sup>7</sup> Conforme dito anteriormente, outras práxis terapêuticas também estão presentes no contexto médico da comunidade, no entanto, pela valoração dada e significação atribuída aos saberes biomédicos e “tradicionalistas”, será dada maior evidência as duas práticas, de forma a construir uma análise que abarque relações de poder entre elas.

resultado de processos de negociação entre atores sociais, revelando-se, pelo mesmo motivo, como conceituações “nativas”. A expressão *ipsis literis* entre os Atikum é *medicina do índio*, mas, consciente de minha tentativa interpretativa, busco o enlace, sempre como possibilidade parcial, entre os horizontes (GADAMER apud SOARES, 1994, p. 37) no jogo entre a “experiência próxima” e a “experiência distante” dita por Geertz (1998, p. 87), construindo a categoria de “*medicina indígena Atikum*”.

Uma intervenção se faz necessária pelo uso, já explicitado de “*medicina indígena Atikum*” e não de “medicina tradicional”, como corrente nas monografias atuais. Primeiro por não estar na ordem do discurso dos Atikum, nem mesmo no âmbito de reivindicação política junto às instituições ou mesmo no movimento indígena nacional<sup>8</sup>. Outro fator relevante é o caráter abusivo da expressão nas discussões multiculturalistas onde o tradicional ainda tem um caráter estático e que define o que é tradicional por meio de uma definição étnica a priori. Menéndez (1994) sinaliza a importância da contextualização do uso do “tradicional” nas sociedades complexas latino-americanas, apontando como categorias neo-liberais como “apropriação” também são utilizadas para descaracterizar movimentos sociais e religiosos.

La búsqueda de lo tradicional en sí y la negación o relegación de los procesos de transformación que operan en los diferentes grupos, conduce a problemas de los cuales sólo mencionaremos algunos. La definición *a priori* de quienes son los grupos tradicionales y de qué es lo tradicional, puede conducir - y de hecho así ocurre - a ignorar que en todos los grupos, sean o no “tradicionales” se desarrollan, mantienen y transforman representaciones y prácticas “tradicionales”. (MENENDÉZ, 1994, pp.75-76)

De toda forma a “*medicina indígena Atikum*” assim como a biomedicina se constituem como sistemas de conhecimento que possuem teses, lógicas de ação e atores, contudo são distintas quando ao conteúdo de seus pressupostos. Os conhecimentos em um contexto intermédico são compartilhados pela comunidade, mas alguns são restritos ou de maior domínio de algumas pessoas. Compartilho da apreensão de conhecimento de Saez, Lenaerts e Spadafora (2004, p. 9 – tradução minha) como “percepção geral da vida humana [...] e a abordagem comumente aceita do saber entendido como biblioteca local”. Denomino genericamente de *sabedores* as pessoas que têm um maior conhecimento. Contraponho a noção de *sabedores* ao conceito de especialista tão vigente em trabalhos análogos a este.

A noção de especialista se mantém sob *judice* nos últimos anos pela Antropologia e tem provocado certa reserva quanto ao uso entre alguns pesquisadores. Pérez-Gil (2004), ao narrar as iniciações xamânicas entre povos da família lingüística Pano nos primeiros anos de

<sup>8</sup> No movimento indígena no Brasil, “medicina tradicional” se apresenta como categoria política.

contato, relata que estas eram realizadas coletivamente. A diferença de poderes e conhecimentos xamânicos se constituía em grau de distinção e não em natureza de conhecimento. Para a autora, o conceito de especialista é uma criação ocidental para reconhecimento de um líder oficiante de ritos de cura, fixado inclusive por antropólogos. Ela propõe um deslocamento da noção de especialista e a busca de categorias específicas elaboradas pelas próprias comunidades. Estas categorias, principalmente em sociedades indígenas das chamadas terras baixas apresentam-se como relacionais, dependem das posições assumidas na interação entre locutor e interlocutor.

Nesta dissertação, de maneira a propiciar uma leitura que privilegie os aspectos dinâmicos da vida social, os atores sociais que desempenham atividades em relação à saúde - independente do quadro sógnico médico no qual se insere - e que são reconhecidos pela comunidade, são chamados de *sabedores*.

Pretendo, a partir da agência dos *sabedores*, caminhar pela via contrária da compreensão clássica em estudos sobre xamanismo e práticas terapêuticas, ampliando com requintes sociológicos, como propõe Langdon (1996), a noção de poder.

A noção clássica sob a qual possuir saberes corresponde a uma relação de poder instaurada entre os que têm e os que não têm o conhecimento - neste caso, as técnicas e saberes para cura - também se apresenta como substrato analítico, mas volto meu olhar para a construção dos espaços em que se forjam relações de poder num contexto de intermedicalidade, por extensão, aos agentes destas instituições. O termo forjo não implica que relações de hegemonia não constituem a relação numa realidade de pluralismo, mas estas disposições dependem do contexto onde são performadas.

## **CAPÍTULO II – CABOCLO DE PENA NÃO PISA NO CHÃO, ELE VOA NO AR QUE NEM GAVIÃO**

Abordar os contextos de interação da comunidade Atikum a partir da noção de intermedicalidade constitui o principal objetivo deste capítulo. Esta busca tem o intuito de possibilitar uma leitura sobre as práticas terapêuticas, não apenas como formas de lidar com infortúnios, mas sinalizar como elas fazem parte de um arranjo particular de compreensão das relações sociais. Descrevo as interações entre comunidade Atikum, comunidades vizinhas, Estado, apontando como são definidos os jogos políticos de agregação/separação intermédico.

Para tanto, serão feitas considerações sobre um pretense “modus vivendi” e “operandi” da comunidade Atikum, com o auxílio de notas de cronistas, viajantes e pesquisadores sobre a presença indígena nos sertões nordestinos. Factuais apontamentos sobre as políticas públicas em saúde indígena e as instituições correlatas, subsidiam a proposta para compreensão da realidade elaborada e vivenciada na comunidade na Atikum.

Vale ressaltar que utilizo cronistas e viajantes como contraponto, sem a intenção de criar uma arqueologia das possibilidades de parentesco entre grupos indígenas que viviam nesta região e os atuais Atikum. Também não se trata de desacreditar as narrativas orais de eventos históricos reconstruídos por alguns mais velhos, muito menos promover hierarquias entre oralidade e escrita, visto que considero as duas poéticas como exemplos do “realismo maravilhoso”<sup>9</sup> (LIMA, 2003, p. 39) com suas histórias mais entrelaçadas que divergentes. Mas pretendo considerar a significação que uma possível e imaginada reconstrução genealógica possui para os Atikum, pensando em Augé (1999, p. 19) e a “antropologia dos outros” – o autor considera, como uma das premissas do fazer antropológico, a busca de compreensão dos mecanismos de atribuição de sentido das sociedades.

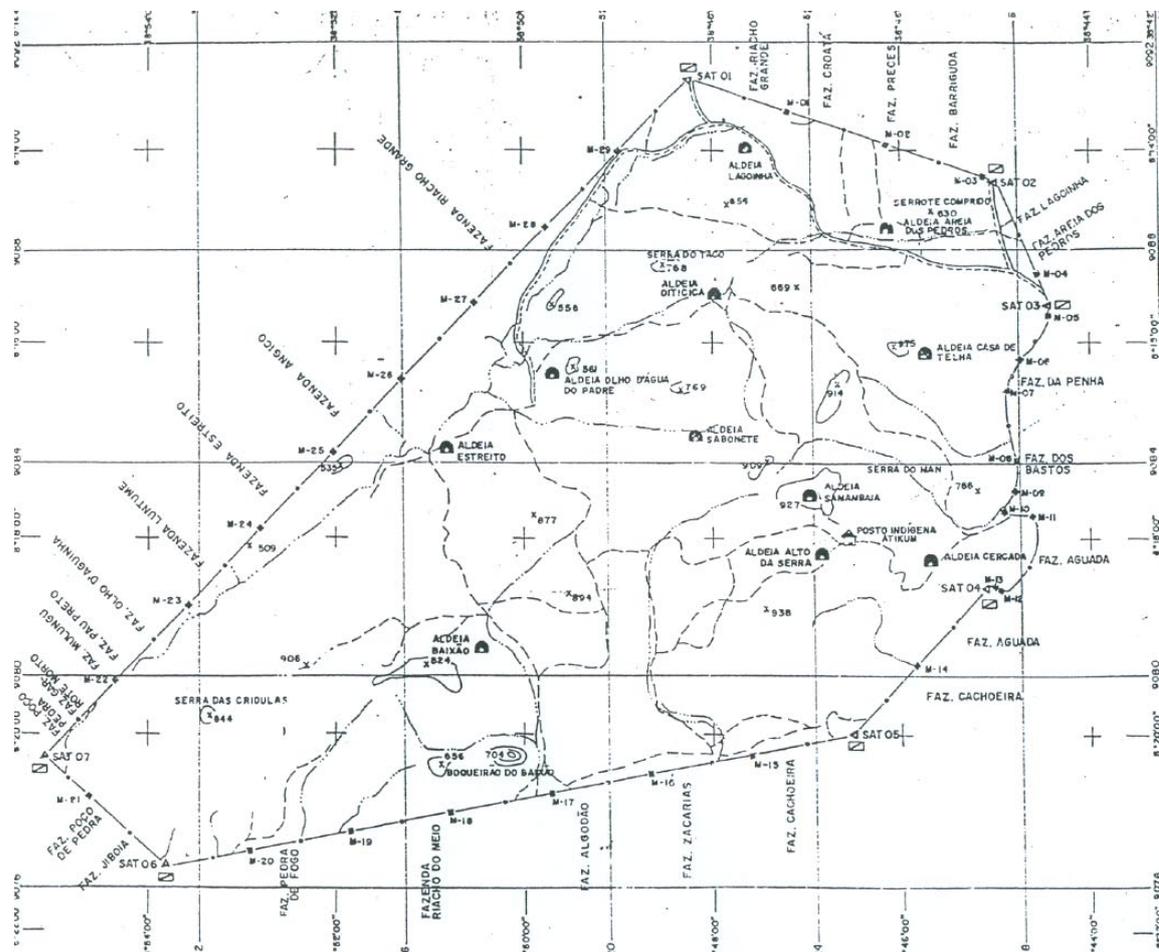
---

<sup>9</sup> Taussig (1993, p. 166) recorre ao termo “real maravilhoso” para descrever as estratégias da Igreja Católica na catequização das comunidades indígenas colombianas, na recriação imagética de uma personagem da cultura local em santa devocional.

### 3.1 Reconstruindo os Atikum: reflexões extemporâneas

Geograficamente, os Atikum estão situados na Serra do Umã e entorno, no município de Carnaubeira da Penha, sertão semi-árido pernambucano, na mesoregião do São Francisco, a 495 km da cidade do Recife. Em 1989 tiveram seu território delimitado e área demarcada, por Portaria do Ministério da Justiça<sup>10</sup> de 17 agosto de 1993, em 15.276 hectares, num perímetro de 53,3 km, com população atual de 5.080 habitantes, num total de 1.246 famílias, distribuídos em 45 aldeias, sendo quatro delas sem moradores (SIASI/Funasa, 2006).

Mapa da Área Indígena Atikum



Fonte: <http://www.ufpe.br/nepe/povosindigenas/mapaatikum.htm>

<sup>10</sup> Publicada no Diário Oficial da União nº 157 de 18/09/1993.

Há um sintomático faccionalismo (GRUNEWALD, 1993) entre a população residente no topo da Serra do Umã – principalmente os residentes na aldeia Sede, onde está localizado o Posto Indígena e de Alfabetização e Treinamento Atikum (PIN) criado em 1949 – e a população do entorno da Serra, *do sertão*, refletido na organização local em dois Conselhos de Saúde.

Na Serra do Umã há o Conselho Indígena de Saúde Atikum – daqui em diante abreviarei como CISA – e no “sertão”, no sopé da serra, o Conselho Indígena de Saúde Atikum da Gameleira, que denominarei CISAG<sup>11</sup>.

À Serra do Umã se atribuem signos emblemáticos de constituição da atual aldeia, como a vinda de índios Tuxá (Rodelas/BA) em 1949 para coordenar os torés de reconhecimento étnico da população, assim como o homônimo de grupos da Serra que se denominam de Atikum-Umã, numa alusão a uma versão de mito de gênese do grupo. Para os Atikum, de acordo com Grunewald (1993), Atikum<sup>12</sup> não é um grupo ou uma aldeia, mas uma pessoa de caráter mítica, ou filho de Umã, um “índio bravo”, ou ainda um índio que casou com uma índia Tuxá. Como relataram meus interlocutores em campo, outros mitos aparecem como justificativa para o nome do grupo: Atikum, Umã e Gama<sup>13</sup> como irmãos ou Atikum como filho de Umã casado com uma índia Tuxá. As duas versões que contemplam os Tuxá são as narrativas mais presentes no grupo, justificando, no plano cosmogônico, a cooperação dos Tuxá na década de 1940.

A presença dos Umãs e seus etnônimos – Huanoi, Huamoi, Huamães, Huamé, Humons, Umã, Umães, Umãos, Urumã, Woyana – numa faixa que estende do sul do Ceará – Serra da Ibiapaba – até o rio São Francisco, é relatada por Hohenthal Jr. (1960).

Junto ao CISAG e aos moradores desta região, outras histórias povoam o arsenal narrativo, como a morte de um padre em 1818. Provavelmente meus interlocutores se referem a um frade capuchinho, cuja ordem foi instalada para formação do aldeamento Olho D’água da Gameleira<sup>14</sup> em 1801, com Umãs e Vouvês dividindo o mesmo território. De acordo com Rosa (1998) apud Mendonça (2003), os frades Vital de Frescarolo e Ângelo Maurício de Niza tiveram grande importância na constituição das missões de Olho D’água da Gameleira, Jacaré e Baixa Verde (Serra Negra), já no século XIX. Fontes históricas remontam à existência do

---

<sup>11</sup> O CISA e o CISAG serão detalhadamente analisados em outra ocasião do texto.

<sup>12</sup> O autor defende a hipótese de Atikum ser um *encantado* que *enramou* em algum médium durante um ritual, sugerindo o nome para a aldeia.

<sup>13</sup> Personagem que atualmente é suporte de significação para reivindicação étnica de um grupo residente próximo à área Atikum, que será trabalhado com maior proficiência em outra ocasião do texto.

<sup>14</sup> Atual aldeia Olho D’água do Padre da população Atikum.

aldeamento Olho D'água da Gameleira ainda em 1814, sob a administração de um missionário.

As narrativas sobre os *índios brabos* ou os *pêgos a dente de cachorro* moveram os moradores da Serra do Umã a lutar contra a espoliação de suas terras pelos fazendeiros. Na década de 1940 o SPI estava abrindo ações demarcatórias para comunidades remanescentes de indígenas, o que fez que lideranças da Serra do Umã, como Pedro Dama e Manoel Bezerra, procurassem o chefe da 4ª Inspeção Regional (IR) do SPI, Raimundo Dantas Carneiro, para reivindicar o acesso a terras e a sua etnicidade, como descendentes dos *caboco* ou do *tronco véio*.

A concessão do SPI para o reconhecimento étnico no Nordeste era a prática ritual do toré – festa tradicional de caráter sagrado dançada ao som de maracás e cantos baseados no modelo ritual Fulni-ô<sup>15</sup>. Neste sentido, a prática ritual do toré foi compreendida pelo órgão tutelar como “sinal diacrítico” (BARTH, 1998) de etnicidade das populações indígenas nordestinas.

O chefe da 4ª IR informou à comunidade Atikum que seria enviado um fiscal da Inspeção para averiguar a existência da prática do toré entre o grupo, para posteriormente ser reconhecida a etnia e criada a reserva indígena. Ao retornarem à Serra do Umã, as lideranças começaram a organizar um toré. O processo de retomada do toré é auxiliada pelos Tuxá de Rodelas – BA. Os encarregados do SPI foram até a Serra do Umã, comprovam a prática ritual do toré e criaram em 1949 a reserva indígena, implantando o PIN.

O tempo de aldeamento é lembrado pelo grupo como um período de trabalho intenso, *um tempo de empeleitada*, no qual vários homens foram empregados pelo SPI para construção do PIN. O PIN era a referência do SPI para configuração de um aldeamento indígena. Esta idéia arbitrária logo foi incorporada pelo grupo, assim como outras terminologias, como as categorias de cacique e pajé, explicitamente determinadas e significadas pelo órgão tutelar.

Os trabalhos de Grünewald (1993, 1994, 2002, 2004) analisam os processos de emergência e re-invenção étnica da comunidade Atikum, cujo re-aprendizado do toré constituiu meio para assegurar o acesso às terras que habitavam, construindo uma nova identidade que, pelos motivos já descritos, foi a indígena.

---

<sup>15</sup> Ver Pinto (1956).

### 3.2 Percepções contemporâneas: possibilidades interpretativas

Novamente partindo da cartografia literal da comunidade Atikum<sup>16</sup> para posteriormente dotá-las de sentido sociológico, inicio com a divisão espacial das aldeias<sup>17</sup>. Estas consistem na divisão em unidades familiares que dividem as atividades agrícola (*roças*) e pecuária, principal base econômica, no interior da própria família extensa.

Geralmente se contratam serviços de pessoas – chamadas de *trabalhadores* – não pertencentes à família para a aragem da terra, plantio e colheita. O local das roças necessariamente não corresponde às imediações do local de moradia, pois determinados espaços já apresentam baixa fertilidade ou não são indicados para o plantio de certas espécies. Assim, as roças se apresentam dispersas, com algumas cultivadas no *terreiro* das casas e outras distribuídas pelo território. Basicamente o território é espacialmente dividido em três espaços: o *terreiro*, a *roça* e o *mato*. O *terreiro* é o local se plantam pequenas plantas aromáticas, como pimenta malagueta (*Capsicum frutescens*) e alecrim (*Rosmarinus officinalis* L) e se criam aves, galinhas e perus. Nele, atividades como a varredura são eventuais, inclusive o asseio para com o *terreiro* representa a limpeza e a beleza de uma casa.

Por vezes sem um limite definido com o *terreiro* há o *mato*: espaço onde é despejado o lixo produzido pela família. O lixo geralmente é posto no *terreiro* e depois varrido para o *mato*, podendo ser queimado ou não. É no *mato* também onde geralmente são realizadas as necessidades fisiológicas<sup>18</sup>. Já a roça se configura como o espaço em que são produzidos as culturas agrícolas, não sendo seu uso específico de um gênero. Homens e mulheres tem por vezes suas roças conjuntas ou separadas.

A produção de maior cultivo é a de milho (*Zea mays*), variedades de feijão (*Phaseolus vulgaris*), mandioca (*Manihot esculenta*) e mais leguminosas, como abóbora (*Cucurbita pepo* L.) e maxixe (*Cucumis anguria* L.). A pequena criação de caprinos e aves (galinhas e perus) fornece a proteína animal para alimentação. A agricultura é voltada tanto para consumo

<sup>16</sup> A terra e o território enquanto metáforas de um grupo étnico continuam sendo uma das grandes preocupações da comunidade, portanto, o movimento de elaboração textual partindo de um estado cartográfico à uma análise social, propicia mais um elemento reflexivo das estratégias narrativas enquanto posições autorais.

<sup>17</sup> A categoria aldeia (denominação local já explicitada) é tão utilizada quanto a terminologia sítio (denominação regional). Utilizo aldeia, pois se mostra mais presente no discurso Atikum e nas instituições estatais.

<sup>18</sup> A implantação de banheiros pela Funasa além de não alcançar todos da comunidade, ainda é baseado num modelo de descarga hídrica, o que faz com que as pessoas não o utilizem pela seriedade do problema da seca na região. Os banheiros, na maioria das vezes, são utilizados como galinheiros, para armazenar ferramentas agrícolas e/ou guardar estoque de gêneros alimentícios como o feijão.

familiar quanto para venda em pequena escala nos mercados e feiras dos municípios de Carnaubeira da Penha e Mirandiba

Com residência matrilocal na maioria das aldeias visitadas e tendo como expressão de filiação a patrilinearidade, os Atikum sempre tiveram na figura do gênero masculino o provimento econômico da família. Contudo, nos últimos anos, com a fomentação de projetos por parte da Funai e da Funasa, como a capacitação e formação de professores indígenas, Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN)<sup>19</sup>, há uma eminência das mulheres como mantenedoras do sustento familiar<sup>20</sup>.

A maioria dos empregos vinculados a estas instituições, geralmente o único meio de trabalho assalariado, é assumido por mulheres, o que transforma a divisão social do trabalho entre os Atikum. Em geral, além destas ocupações assalariadas, elas ainda mantêm suas roças e cuidam do trabalho doméstico.

As mulheres também têm buscado formação de nível superior, como formação em auxiliar de enfermagem ou de pedagogia, cursados na cidade de Serra Talhada<sup>21</sup>. Muitas dificuldades estão em jogo para a conclusão de tais cursos; um deles é o pagamento das mensalidades, mas o principal motivo da evasão é a inacessibilidade às moradias no período noturno. Já foram tentados acordos com a prefeitura de Carnaubeira de Penha e com a Funai para disponibilizar transporte para as estudantes, porém, nenhuma atitude tinha sido providenciada até minha saída do campo.

Nesta conjuntura, o número de filhos diminui substancialmente entre os casais que têm de dois a três filhos em média, um número relativamente baixo em comparação a média de nove filhos entre os pais destes jovens casais. Esta situação é mais encontrada entre as famílias nas quais as mulheres trabalham fora do ambiente doméstico.

Outra situação bem distinta desta relatada ocorre entre as famílias mais pobres da comunidade. Sem nenhum tipo de renda extra, vivendo apenas da pequena agricultura, o auxílio fornecido pelo governo federal de R\$ 1.500,00 às parturientes para aquisição do enxoval do bebê tem constituído uma das estratégias de sobrevivência. Ter filhos então se apresenta como possibilidade de aquisição de bens como eletrodomésticos e alimentos.

Muitas vezes, a única fonte substancial de renda familiar é a aposentadoria por tempo de trabalho dos idosos, como agricultores, e a aposentadoria por invalidez, no caso de pessoas que

---

<sup>19</sup> As duas únicas mulheres AISAN no país são Atikum.

<sup>20</sup> Estes programas estão voltados para as pessoas que têm o ensino médio completo e geralmente as mulheres terminam os estudos, mais que os homens que estão envolvidos desde tenra idade na atividade agrícola.

<sup>21</sup> Cidade pólo da região a noventa e três quilômetros de Carnaubeira da Penha.

sofrem de algum transtorno psicológico<sup>22</sup>. O fornecimento de cestas básicas da Funai e programas estatais de auxílio financeiro para comunidades de baixa renda, como o Bolsa Família, Bolsa Escola e o Vale-Gás, também são meios de obtenção financeira para o sustento.

As instituições de fomento constituem atualmente o elo de provimento familiar, contudo, os Atikum mantêm a ajuda mútua por meio das relações de compadrio, laço constituído por relações estabelecidas tanto por parentesco consanguíneo quanto por afinidade. Ser compadre/comadre de outrem pode se configurar de duas formas: de *sangue* e/ou de *fogueira*. O compadrio de sangue pode ser estabelecido através das cerimônias católicas de batismo, eucaristia, renovação eucarística (crisma) e casamento – neste, geralmente, parentes consanguíneos são privilegiados. Uma forma de se tornar comadre também ocorre quando a mulher assume o papel de *mãe-de-leite* ou *mãe-de-pegção* ou ainda *mãe Maria* de uma criança recém-nascida, o que, por sua vez, já estabelece um outro tipo de relação respeitosa e afetiva e até de parentesco de mãe classificatória.

O compadrio *de fogueira* aparece como um modo de estreitar os laços de solidariedade e respeito entre as pessoas que já gozam de uma amizade, sendo realizado em frente a uma fogueira, em dia de São João (24 de junho), quando os homens (em pares) que desejam ser compadres recitam versos um para o outro. Assim como nos preceitos do catolicismo, em que o padrinho/a madrinha de uma criança fica responsável por ela no caso de falta/falecimento dos pais, a relação de compadrio de fogueira estabelece o compromisso de cuidados com uma criança, filho(a) do compadre. Geralmente o compadrio se estende da relação entre atores para núcleos familiares.

No compadrio, o compromisso com o bem-estar do outro se expressa pelo acolhimento inter-familiar no caso de morte, realização de partos entre as mulheres, troca de bens agrícolas (alimentos, ferramentas e sementes) e aconselhamentos. Com a presença do Estado e suas medidas de assistência, os alimentos fornecidos pela cesta básica se tornaram os bens que mais circulam entre os núcleos unidos por compadrio.

Mais do que qualquer outra expressão de relação social, o compadrio definitivamente rege as formas de sociabilidade do grupo. Pude perceber também que se usa o termo compadre/comadre indiscriminadamente e de forma generalizada, constituindo-se como uma expressão de tratamento formal, observação também sinalizada por Grunewald (1993) em sua dissertação. Interessa informar que o compadrio se estende nas relações fora da comunidade.

---

<sup>22</sup> Não há um programa de saúde mental para comunidades indígenas de Pernambuco. Este tem se configurado como proposta constante nas reuniões do CONDISI de Pernambuco.

Como sucintamente sublinhado, práticas do catolicismo são correntes na área, assim como a auto-identificação como católicos por parte dos indígenas. Uma das práticas mais corriqueiras é o não-trabalho, especificamente *trabalho de roça* no domingo, considerado como dia santo. Por outro lado, são aproveitados os dias santos para estreitar os laços fraternais, como as visitas aos amigos, os almoços em família, os pequenos bailes e por que não a concessão de uma hora para entrevista à *moça do gravador*.

Mesmo não sendo encontradas igrejas ou capelas dentro do território, eventos como batizados, eucaristia e casamentos são realizados junto aos oficiantes católicos quando estes realizam missas na comunidade, geralmente em datas comemorativas da religião como nos dias de Nossa Senhora da Penha e Nossa Senhora da Conceição. Outra possibilidade é o deslocamento dos fiéis até Carnaubeira da Penha, município mais próximo, onde se encontram alguns templos católicos, como a igreja da Penha, que costuma receber pagadores de promessas no mês de outubro.

Algumas religiões, como as pentecostais, ou mais comumente chamadas evangélicas, vêm conquistando adeptos na comunidade. Os evangélicos se deslocam até o município de Mirandiba para participar de um culto religioso.

O panteão cosmológico dos Atikum tem sua expressão na figura dos *encantados*. Os *encantos* são entidades que podem ser associadas à Umbanda, ao Candomblé ou aos antigos Catimbós (Grünwald, 2002), mas que, ao serem ressignificadas, adquirem uma personalidade característica dos mitos Atikum. Tanto os *encantos* podem ter sofrido uma personificação quanto à mitização de personagens que fizeram parte da história do grupo podem ser leituras para compreensão dos *encantos*. A narrativa de Seu Zé Antônio oferece um parâmetro para tal consideração.

Mané Maior porque, ele era um homem, um mestre de muita força que ele tinha, mais inteligência com os outro índio, ele nunca defendia os outro índio, os outro índio tinha mais força e mais coragem que ele assim, dono das terras, quando foi do tempo daquelas revoltas do governo, por causa da morte do padre, então Mané Maior ele era enfrentante das batalhas, é um caboclo guerreiro, mesmo, era mais inteligente na ciência, tem até a oração de Mané Maior, nos trabalhos que a gente faz o povo se preocupa muito com Mané Maior, é tem Rei Juremá, porque ele ganhou o nome de rei no poder da Jurema, a jurema, ele é o dono da jurema. Mas é o seguinte, foi uma batalha que nós demos aqui nesta terra, nesta aldeia toda, começou em 1945 essa aldeia, e toda essa aldeia começada neste tempo foi trabalho diretamente em todo canto, era toré todo dia e mesa e tudo, todo dia, quando não era aqui era ali, mas tinha. [...] Agora você vê, esses índio foram morto, que morreram que era gente, tudo morreu. Mas que tudo tem, a gente tem uma lembrança que quando chega no trabalho dá o nome [...] vem o espírito deles com certeza vem. Eles morreram e não eram batizado, eles não eram igual a nós, porque nós somos cheios de muito pecado, era selvagem, eram criados na mata, assim como quase como um animal, um bicho do mato mesmo, como onça como qualquer um, e nós por causa disso, nós reconhecer que nós já tem pecado porque nós já tem entendimento, somos

batizado, somos civilizado, nós já temos condição de dizer, não faça assim que é ruim pra Deus e diga a outro e eles não tinha quem fizesse isso (SEU ZÉ ANTONIO, aldeia Oiticica).

Os *encantados* fazem parte de todos os rituais dos Atikum, configurando-se como elemento que participa e principalmente elabora a perspectiva da comunidade sobre o universo. Como principais rituais da comunidade temos os *trabalhos fechados* e o *toré*. De maneira que explanarei com maior destreza no capítulo posterior sobre tais rituais, apenas farei uma breve exposição a respeito destes. Algumas perspectivas apontam os *trabalhos fechados* apenas como uma extensão do *toré* público de brincadeira, mas interpreto as duas práticas como sendo distintas na ontologia de seus usos.

O *toré* foi a prática ritual designada pelo SPI para concessão de terras e definição étnica de população indígena aos Atikum. Como espaço de afirmação étnica, a prática do *toré* para os Atikum demarca a alteridade entre indígenas e não-indígenas, ajudando a constituir uma “indianidade” (Oliveira, 1998) que vai além da afirmação étnica no âmbito local e permite também alcançar um efeito similar no interior do próprio grupo (REESINK, 2000).

Neste sentido, o *toré* pôde ser manipulado politicamente de forma que fosse abarcado como índice de etnicidade. Já os *trabalhos fechados* de comunhão com os encantados e onde o uso ritual da jurema abarca mais simbologias, há também a promoção da alteridade, mas se configuram mais como espaços de reflexividade social (TURNER, 1969), pois são momentos primordiais para solução de conflitos em que as categorias de entendimento são postas em risco.

### 2.2.1 Relações interétnicas

A situação de alteridade é vivenciada de forma intensa na comunidade. Numa região que vislumbro como um panorama pluriétnico, as relações com o Estado e a sociedade nacional são percebidas sob perspectivas diferentes e os significados atribuídos de um grupo ao outro também são heterogêneos. Muitas indisposições com relação à terra e ao acesso a programas assistenciais do Estado brasileiro geraram conflitos entre os Atikum e outros grupos – como a comunidade quilombola de Conceição das Crioulas, grupo em estado de emergência étnica e em processo de auto-nominação de Atikum-Gama e a população dos municípios circunvizinhos. Também estão próximos os Pankará, da Serra do Arapuaá<sup>23</sup>.

<sup>23</sup> Serra localizada em frente a Serra do Umã.

Tratarei primeiro da relação com os quilombolas de Conceição das Crioulas. Os sítios Paus Brancos e Rodeador, reivindicados pelos Atikum como parte de seu território, também é considerado pelos quilombolas como espaço “tradicional”. Há entre as duas comunidades uma situação limítrofe que ultrapassa o contexto territorial e configura uma questão identitária.

Desde o século XVIII, tanto aldeamentos indígenas da região acolhiam escravos fugidos quanto quilombos refugiavam indígenas, intercambiando casamentos e formando núcleos de resistência contra as frentes de expansão agrícola. Atualmente, muitas famílias estão divididas entre os territórios indígena e quilombola, mas a identificação com uma etnia não parece uma preocupação local.

A prioridade de identificação a partir de uma categoria étnica é uma construção moderna de evidência da retórica da diversidade cultural e da diferença. Muitas vezes é o outro, neste caso a sociedade nacional, que inventaria pertencimentos para melhor classificar estratégias de dominação, que em último caso são apropriados/adequados/acionados pelos grupos também como forma de alterização.

As fronteiras étnicas são dinâmicas, podendo ser lidas tanto em relação a prestação de serviços pelos órgãos estatais como podem ser deslocadas quando o parâmetro analítico é outro, como a religião.

Muitos quilombolas sobem a Serra do Umã ou descem aos sítios circunvizinhos, como no Massapé, para dançar toré. Por uma via transversal, esta dissolução de limites étnicos também pode ser pensada nas práticas terapêuticas, fato observado por Medeiros (1999), que apontou laços de solidariedade entre valores religiosos e as práticas terapêuticas entre as etnias. Dona Rosa, de Conceição das Crioulas, é um exemplo de diálogo interétnico a respeito das práticas terapêuticas. Tive dois relatos sobre as curas de Dona Rosa, segundo os quais ela unia elementos do catolicismo com religiosidade afro-descendente, não sendo categorizada como realizadora de *trabalho às esquerdas*<sup>24</sup>, mas respeitada por sua devoção aos santos católicos e seu poder de cura.

Os conflitos sobre mortes e brigas entre quilombolas e comunidade Atikum noticiados pela imprensa escrita e televisiva, diziam respeito segundo meus interlocutores, aos posseiros residentes nas áreas que não tinham sido desapropriados e indenizados pelos órgãos estatais. Aliados a interesses espúrios das políticas municipais, as diferenças étnicas e os limites

---

<sup>24</sup> *Às esquerdas* denota algo ruim, vinculado a seres de moral duvidosa e negativa.

territoriais entre os grupos foram tensionados pelos veículos de comunicação, de forma a motivar um conflito entre as comunidades.

Já a relação dos Atikum com os Pankará, comunidade indígena localizada na Serra do Arapuá, é de solidariedade mútua. São compartilhados rituais e estabelecidas relações de compadrio<sup>25</sup>. Segundo Seu Augusto, pajé e Seu Antônio Pedro, *rezador*, a família Limeira, Pankará, é reconhecida pela comunidade Atikum como família de grandes *sabedores*, entre eles, Seu Pedro Limeira.

A prática de deslocamento de moradia por um curto período é corriqueira entre estes grupos e pode ser estendida a outras comunidades. Têm-se como exemplo a relação entre os Atikum e os Xucuru, localizados na cidade de Pesqueira, e os Truká, do sertão do São Francisco, na cidade de Cabrobó. É comum a mudança periódica, principalmente para a feitura de roças – entre os Xucuru, o plantio de leguminosas e verduras e entre os Truká, a produção de arroz –, para outras áreas indígenas, consolidando uma ampla rede de sociabilidade e trocas entre as comunidades<sup>26</sup>. Estas redes também se mantêm nas práticas terapêuticas; muitos *sabedores* são chamados para atuar nas comunidades quando a situação não consegue ser resolvida pelos *sabedores* locais. Futuros trabalhos que pensem as redes de sociabilidade deste complexo pluriétnico poderiam partir da perspectiva de uma circularidade/complementariedade terapêutica senão entre comunidades, mas entre atores, *sabedores* locais.

Com esse tempo todo que eu trabalhei, trabalhei aqui, trabalhei em Truká, na aldeia Truká, ainda curei uma mulher lá que era desenganada também, uma cabocla, ela era nora, casada com o filho do cacique (SEU ZÉ ANTÔNIO).

Quanto aos municípios circunvizinhos ao território Atikum, Mirandiba e Carnaubeira da Penha (município a qual a área está vinculada), configuram uma relação distinta das anteriormente expostas. Muitos indígenas moram nos municípios, sendo que alguns mantêm vínculo estreito com as cerimônias e eventos religiosos ou momentos políticos das aldeias. Com relação aos não-indígenas, a situação é diferente: a relação que mais se expressa, segundo meus interlocutores, é de discriminação e preconceito.

<sup>25</sup> Para melhor compreensão das relações de parentesco entre Atikum e Pankará, ver Mendonça (2003).

<sup>26</sup> Arruti (1996,2004) aponta os fluxos de comunicabilidade e as migrações entre as comunidades indígenas que atribuem descendência aos Pankararu. Um estudo que contemple as redes sociais e as migrações entre as comunidades indígenas em Pernambuco seria de grande valor etnográfico e analítico para ampliar o enfoque com que são trabalhadas os grupos indígenas no nordeste.

Tanta gente que eu via, que quando a gente chegava ali, naquela Carnaubeira, aí dizia, os macaco da Serra chegando, é os macaco! Rapaz, hoje em dia quem era macaco é que eles querem ser. (D. LUÍSA, aldeia Boa Vista)

Dona Luísa relata que antes da intervenção da Funai com programas de assistência, como o fornecimento de cestas básicas, e da assistência médica atualmente oferecida pela Funasa, os Atikum eram discriminados pelos moradores das cidades vizinhas, principalmente de Carnaubeira da Penha. Na conjuntura atual, com os préstimos estatais para a comunidade indígena, novos grupos estão se formando nos arredores da cidade.

Nos últimos anos, a relação tem se tornado menos conflituosa, mas a reticência atualmente é por parte dos Atikum, que vêem a formação de novos agrupamentos étnicos nas cidades como meio destes grupos em emergência obterem assistência governamental. Analogamente, o mesmo processo de reivindicação de acesso a subsídios de melhoria da qualidade de vida através de uma elaboração étnica, tão duramente recriminada pelos Atikum frente a outros grupos, também configurou o reaparecimento da população Atikum na década de 1940 no cenário nacional.

Mesmo apresentando posições desfavoráveis à existência de outros grupos étnicos na região, as lideranças Atikum reconhecem um grupo localizado no Brejo do Gama e arredores. O grupo é reconhecido pelos Atikum pois estão localizados em área não demarcada, mas considerada como parte do território tradicional Atikum.

Algumas reuniões e *torés* são organizados pelo grupo, que convida lideranças políticas e religiosas Atikum para fortalecimento do movimento e esclarecimentos com relação aos limites fundiários da área indígena. Contudo, há um impasse quanto à nomeação do grupo em emergência, que se intitula Atikum-Gama, recorrendo a uma versão mítica que imprime relações de parentesco entre Atikum e Gama. Atikum e Gama seriam irmãos, filhos de Umã, um índio bravo<sup>27</sup>.

Em abril de 2004, em visita à área Atikum, fui designada<sup>28</sup> por algumas lideranças do Brejo do Gama para transitar pelo território considerado tradicional indígena que estava sendo reivindicado, realizando entrevistas e anotações. Num dos sítios, Caldeirão, ouvi histórias sobre *torés* de *encantados* na Pedra da Moça ou Pedra Moxa, formação geológica em frente ao sítio, e também na região das Areias dos Umãs, uma gigantesca mangueira, que é considerada como o espaço onde os *índios bravios*, ou seja, os indígenas do plano mítico,

<sup>27</sup> Um dos mitos de origem para nomeação do grupo Atikum.

<sup>28</sup> A expressão “designada” se deve à situação a que fui submetida durante minha estada entre os Atikum, quando fui motivo de promessa, sem saber, de um ascendente à liderança Atikum para o estabelecimento de relações de boa vizinhança entre os grupos, vivenciando tão corriqueira situação do antropólogo como moeda de troca. Para situação análoga, ver Albert (1995).

dançavam *toré*. Foi neste espaço que Seu Manoel, residente na aldeia Paus Brancos, área Atikum, traçou todo um itinerário de deslocamento indígena, num complexo de serras que chega à Serra de Ibiapaba no Ceará, tentando me fornecer argumentos para o reconhecimento da população do Brejo do Gama como indígena<sup>29</sup>.

Alguns autores como Jorge e Freitas (1901) apud Ferreira (1989) consideram que os grupos indígenas no século XVII e XVIII adotavam uma prática nomadista ou de “perambulação”, no entanto, as informações históricas sobre a conjuntura econômica nos sertões nordestinos – as frentes de expansão pecuarista – demonstram mais uma tática de refúgio/fuga adotada pelos povos indígenas do que uma relação de transitividade territorial. Grünwald (2004) apresenta uma síntese da trajetória dos Umãs<sup>30</sup> a partir de fontes históricas.

[...] por volta de 1696 os Umãs perambulavam pelo vale do rio São Francisco; em 1713, estavam na ribeira do Pajeú; em 1746, em Alagoas, entre os rios Ipanema e São Francisco; em 1759, em Sergipe; em 1801, foram aldeados em Olho d’água da Gameleira, de onde se dispersaram em 1819; em 1838, são encontrados nas proximidades de Jardim, no Ceará; em 1844, encontram-se novamente próximos ao antigo aldeamento, mais especificamente em Baixa Verde (ID., IBID., p. 144).

Para algumas lideranças Atikum, mesmo com a veracidade de Gama como irmão de Atikum na elaboração cosmológica, não é justificada a designação Atikum na nomeação, pois etnia Atikum é apenas uma, podendo incorrer em conflitos internos a possível atribuição de mais de uma etnia. Também é exposta como problema a já tensa situação dos Atikum com relação aos faccionalismos internos.

Estas inter-relações entre Atikum e comunidades vizinhas – exceto com os Pankará, na qual as relações de parentesco são mais presentes – têm, nos programas de assistência governamental e direitos sobre a terra, principal bem da região, os símbolos que sustentam relações de alteridade e de luta política local.

### **2.3 Saúde indígena: políticas nacionais, instituições locais e atores sociais.**

Para um debate mais conciso sobre a atuação das políticas indigenistas contemporâneas e o sentido que os Atikum atribuem a estes eventos de diálogo com os órgãos

<sup>29</sup> Nas últimas quatro décadas, a presença de antropólogos na região para identificação de territórios indígenas foi constante e a desenvoltura de Seu Manoel ao demarcar o território sinaliza o conhecimento discursivo e as estratégias de relacionamento com o Estado.

<sup>30</sup> Grupo provavelmente pertencente à família lingüística Kariri do tronco lingüístico Jê.

gestores, traçarei um breve panorama do indigenismo estatal no Brasil, enfatizando, quando possível, as políticas públicas voltadas para a saúde das sociedades indígenas.

O período colonial, marcado pela escravização/evangelização dos indígenas, ora por jesuítas ora por colonizadores, tem uma legislação amplamente contraditória (MELLATI, 1993). No período pombalino, de 1758 a 1798, são retirados os poderes dos jesuítas sobre os indígenas e criado o cargo de “diretor de índios”, pois mesmo na condição de livres, os indígenas são considerados pela colônia como civilmente menores.

Já em 1831, já Império, os indígenas foram legalmente “tutelados pelos juízes de paz, que vigiarão e denunciarão os abusos contra a liberdade” (AZANHA e VALADÃO, 1991, p.34). Durante as décadas de trinta e quarenta do século XIX o Governo trouxe os capuchinhos italianos para continuar a promover a “civilidade” aos indígenas, no qual a maior política interna era da promoção de aldeamentos. No caso das comunidades do Nordeste, muitos aldeamentos nas entre-serras foram criados, inclusive o do Olho d’água do Padre, hoje área Atikum, conforme já descrito.

A atividade missionária do catolicismo se mantém forte no início do século XX, no entanto, seu status como ordem religiosa oficial ocidental encontra resistência nos ideais do positivismo, garantindo a entrada de novas formações religiosas no serviço missionário. Em 1910 é criado o SPI com o intuito de proporcionar condições aos indígenas de integração nacional. De acordo com Melatti (1993) a idéia governamental era fornecer subsídios para transformar os indígenas em trabalhadores nacionais

Como os esforços eram de integração a ordem nacional, este foi um período de grandes frentes de expansão agrícola e pastoril, contudo o SPI não adotava medidas preventivas aos territórios e a integridade das comunidades indígenas por não correlacionar as medidas do Estado com o desenvolvimento capitalista (OLIVEIRA, 1995). Em 1967 o SPI é extinto e é criada a então FUNAI, que durante o encrudescimento do regime militar saíra das mãos de indigenistas que auxiliaram na formação do órgão e ficaram sob a responsabilidade dos militares.

Segundo Carvalho (1997) os órgãos indigenistas, SPI e FUNAI, sempre foram dedicados inicialmente com missão de proteção e defesa dos povos indígenas, no entanto, com a estruturação dos interesses das elites econômicas no período ditatorial, outros interesses, menos nobres e mais capitalistas dominam o espaço das políticas indigenistas. “A FUNAI, durante longo período, foi subordinada ao Ministério do Interior/MINTER, reduto dominado pelas facções mais conservadoras das elites nacionais, os quais detêm o controle da propriedade fundiária no país.” (ID.IBD., p. 148)

Durante a década de 1980 até 1991 a gestão da saúde indígena foi de responsabilidade da Fundação Nacional do Índio (Funai) que trabalhava com escassos recursos e atendimentos precários. Em 1986 foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde cuja deliberação foi a formação de um sistema único de saúde no país. As diretrizes do Art.198 promulgadas na Constituição de 1988 dizem:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

O evento foi o marco da reforma sanitária brasileira, contando inclusive com a realização da I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (I CNSI). Neste momento a saúde indígena passou a fazer parte da agenda estatal como objeto de reflexão contínuo, apontando para políticas diferenciadas e regionalizadas e necessidade de participação e controle social.

Na Constituinte de 1988, na Lei 8080, foi incorporada a responsabilidade do Estado brasileiro sobre a saúde do índio, bem como a garantia de acesso a serviços adequados, com respeito às singularidades culturais de cada etnia e o reconhecimento dos saberes tradicionais. Vale ressaltar que foi a mesma constituinte que garantiu a autonomia dos povos indígenas, conferindo aos indígenas o status de cidadão indiferenciado, desconstruindo a tutela.

De 1991 a 1994, a coordenação passou para a Funasa, instituição fruto da fusão de diversos órgãos da área de saúde pública (MOREIRA, 2002), então nas mãos do Ministério da Saúde. Devido a conflitos internos entre as instituições, em 1994, com o Decreto n.1141, a gestão e a assistência retornaram para a Funai e as ações preventivas, o saneamento e o controle de vacinas ficaram sob responsabilidade da Funasa. Em 1993, com a II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, aprovou-se, como modelo de política de saúde indígena, os Distritos Sanitários, um conceito da organização em saúde, no sentido da formulação de uma política nacional de saúde, e não uma proposta específica para as populações indígenas. “A proposta versava a respeito da implantação de um modelo de saúde adequado às áreas indígenas, inserido em um subsistema de atenção à saúde ligado ao Sistema Único de Saúde (SUS)” (ATHIAS; MACHADO, 2001, p. 426).

De acordo com a Funasa (2000), as prerrogativas norteadoras da Política Nacional de Saúde para os Povos Indígenas são: organização dos serviços de atenção à saúde dos povos

indígenas na forma de Distritos Sanitários Especiais e Pólos-Base, para a atenção primária e serviços de referência; preparação dos recursos humanos para atuação em contexto intercultural; monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas, articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde; promoção do uso adequado e racional de medicamentos; promoção de ações específicas em situações especiais; promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas; promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena e controle social.

Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), num total de 34, só foram implantados a partir de 2000, com o intento de contemplar um modelo de atenção diferenciada, formulado junto às lideranças locais. A base do modelo dos DSEI é caracterizado,

por uma base territorial definida por critérios étnicos, epidemiológicos e de acesso aos serviços; controle social exercido através de Conselhos Distritais de Saúde Indígena, paritários e de caráter deliberativo; existência de uma rede de serviços com cumprimento regular de insumo, meios de transporte e comunicação; assistência diferenciada baseada na construção de estruturas especializadas no atendimento a indígenas, as Casas do Índio, com ênfase no atendimento à saúde; autonomia gestora, administrativa, orçamentária e financeira; responsabilidade federal com ação complementar por estado, município e ONG's; níveis gerenciais nacional, regional e distrital; comando único técnico e/ou executivo com gerente designado pelo Conselho Distrital. (MAGALHÃES, 2001, p.141)

Em Pernambuco, de acordo com Athias e Machado (2001), a implantação do DSEI-PE e a organização dos Conselhos Locais de Saúde Indígena ocorreram de forma verticalizada e acelerada, sem o tempo devido para as lideranças indígenas refletirem sobre a proposta adequadamente, instaurando assembleias representativas e não proporcionando, às populações indígenas, espaço para elaboração de formas organizativas próprias, num processo de atropelamento etnocêntrico.

As políticas nacionais de saúde indígena, conforme afirmam os autores, provocaram mudanças bruscas nas formas de organização das comunidades indígenas pernambucanas, principalmente na alocação de Conselhos Locais de Saúde visando a participação da comunidade em sua formação e a representação de membros dos Conselhos Locais no Conselho Distrital de Saúde Indígena<sup>31</sup> (CONDISI)

---

<sup>31</sup> O Conselho Distrital de Saúde Indígena de Pernambuco é formado por 50% de representantes indígenas (usuários), 25% de trabalhadores do DSEI e 25% de gestores : Núcleo de Saúde Pública da Universidade Federal de Pernambuco – NUSP/UFPE, FUNASA, FUNAI e Secretarias de Saúde

Os Conselhos Locais de Saúde foram criados como instâncias consultivas e soberanas nas áreas indígenas, com atribuições, e congregados à Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas, cuja integração à Política Nacional de Saúde, pelo Decreto 3.156, incluía a “transferência de recursos humanos e outros bens destinados às atividades de assistência à Saúde da Funai para a Funasa, e pela Lei 9.836/99, de 23 de setembro de 1999, que estabelece o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS”.(SAÚDE SEM LIMITES, 2005, p. 8). Os Conselhos Locais funcionam como a instância de controle social dentro da área indígena, com o objetivo de “acompanhar e avaliar as ações de saúde desenvolvidas no âmbito de alcance da aldeia” (Funasa, 2006).

Conforme dito anteriormente, entre os Atikum, há dois Conselhos Locais de Saúde, CISA e o CISAG, que representam o espaço de discussão e de deliberação de todos os assuntos pertinentes à comunidade.

### 2.3.1 Os Conselhos Locais de Saúde

Os Conselhos Locais de Saúde representam, de certa forma, espaços de eventos narrativos, marcados pela luta entre dois pólos de oposição, àqueles que moram em cima da Serra do Umã e aqueles que moram embaixo da Serra, no sertão. É nos conselhos que os Atikum deliberam sobre os assuntos da área indígena, assumindo uma responsabilidade que vai além de estratégias de ação em saúde, configurando-se como instâncias políticas do grupo.

Segundo membros de ambos os conselhos, em especial lideranças, a divisão é puramente operacional para um melhor acompanhamento das necessidades e das ações projetadas em cada aldeia. Em nenhum momento foi colocada desavenças político-ideológicas como motriz para esta organização faccionalizada.

Cada Conselho é autônomo em decisões e ações locais e tem como princípio a intervenção e participação no outro Conselho. No entanto, a dificuldade de deslocamento dentro da área acarreta ausência de um Conselho na reunião do outro e a falta de comunicação articulada sobre as ações dos conselhos. O CISAG é o único conselho registrado e,

---

geralmente, nas reuniões do CONDISI, os representantes de Atikum são conselheiros do CISAG.

A participação de um conselho e não de outro nestas reuniões sinaliza que os problemas levantados concernem à região do conselho de origem, no entanto, as ações realizadas pela Funasa são pensadas como favorecendo a etnia Atikum e não um grupo.

A incompreensão do DSEI-PE e demais instâncias de organização dos serviços em saúde indígena no Estado de Pernambuco – quanto à representação faccionalizada do CISA e CISAG como espaços de poder político que suplantam as discussões em saúde – propicia que as ações em saúde sejam pensadas globalmente e não através de uma estratégia descentrada, conforme a organização local.

No mais tardar das vezes, os conselheiros de ambas as organizações se reúnem apenas quando há um evento como a Conferência de Saúde dos Povos Indígenas de Pernambuco<sup>32</sup> ou outros eventos de porte nacional que discutem questões como a demarcação de terras. Na Conferência de Saúde dos Povos Indígenas de Pernambuco conselheiros dos CISA e do CISAG estavam presentes.

Durante os meses de trabalho de campo, apenas uma reunião do CISAG foi realizada, enquanto a do CISA foi adiada por falta de quorum. O encontro não realizado do CISA teve como local a aldeia Boa Vista na Serra do Jacaré<sup>33</sup>, serra em frente à Serra do Umã. Com a ausência de representantes de aldeias, fora as da Serra do Jacaré, o debate entre os conselheiros foi sobre a articulação de um novo Conselho de Saúde apenas com moradores da Serra do Jacaré<sup>34</sup>.

Segundo os participantes dos conselhos, o CISA é caracterizado como desorganizado e locus de intrigas políticas entre lideranças de aldeias, enquanto o CISAG imprime um caráter mais responsável, pela recorrência das reuniões, e de consenso quanto às ações a serem efetivadas. Os atores que congregam os conselhos existentes institucionalmente são lideranças locais, AIS e AISAN. Mesmo com esta distribuição, quando tive minha pesquisa avaliada pelo CISAG, profissionais de saúde do DSEI-PE estavam presentes na reunião, o que me fez pensar que estes Conselhos são mais instrumentos de trato com o Estado e outras instituições como a Universidade, do que espaços onde se decidem assuntos corriqueiros da comunidade.

---

<sup>32</sup> A última realizada foi em dezembro de 2005, na cidade de Caruaru, onde se deliberariam as representações para a Conferência Nacional de Saúde Indígena a realizar-se no próximo ano.

<sup>33</sup> Não existem sedes próprias dos conselhos, com as reuniões realizando-se rotativamente nas aldeias pertencentes a cada conselho, geralmente nas salas de aulas ou escolas indígenas.

<sup>34</sup> A evidência deste novo conselho foi-me relatada em dezembro de 2006, quando encontrei com um informante nos I Jogos Indígenas de Pernambuco, na ilha de Assunção, território Truká, em Cabrobó.

Categoria importante na comunidade no trato com a saúde, os AIS fazem parte das Equipes Multidisciplinares de Saúde (EMSI), junto com médicos(as), odontólogos(as), enfermeiros(as) e auxiliares de enfermagem. Os AIS representam qualitativamente a categoria de maior abrangência, no sentido de atuação, controle social e prevenção na comunidade, segundo a Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI). Langdon, Diehl, Wiik e Dias-Scopel (2006, p. 2.638) assinalam que o AIS

é visto como o elo entre os saberes tradicionais e também entre os membros da comunidade e os da equipe: "*A formação e a capacitação de indígenas como agentes de saúde é uma estratégia que visa favorecer a apropriação, pelos povos indígenas, de conhecimentos e recursos técnicos da medicina ocidental, não de modo a substituir, mas de somar ao acervo de terapias e outras práticas culturais próprias, tradicionais ou não*"<sup>11</sup> (p. 15, grifos nossos). Ele deve ser um membro da comunidade e idealmente eleito pela mesma, respeitando desse modo princípios democráticos e igualitários, servindo ainda como mediador entre as duas medicinas e participando na realização da atenção primária. A capacitação e a supervisão do AIS – que em última instância está a cargo da FUNASA – são vistas como fundamentais para o êxito de sua atuação.

Depois de selecionados, os AIS teoricamente passam por curso de formação continuada, ministrado pela Funasa ou órgão competente, geralmente ongs associadas à instituição. Em Pernambuco, os módulos de formação estão sob responsabilidade da Escola Técnica de Saúde de Pernambuco, vinculada à Escola de Saúde Pública do Estado de Pernambuco. Os módulos são desenvolvidos pelo Projeto do DEGES/Ministério da Saúde que capacita os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Em Pernambuco, os indígenas estão sendo capacitados como ACS e como AIS, ou seja, sem especificidades programáticas ou culturais conforme o modelo de atenção diferenciada.

O uso do termo “teoricamente” responde à atual situação de capacitação dos AIS em Pernambuco, com formação pensada em seis módulos, que não consegue chegar à segunda etapa, por causa da alta rotatividade dos agentes e da ineficiência do órgão gestor. Apesar da ineficiência da Funasa na capacitação dos AIS e sua latente relação descontextualizada para a atividade, a demanda por formação vem conduzindo muitos AIS a fazerem cursos técnicos de enfermagem por conta própria.

Os AIS são entendidos como representantes da biomedicina, principalmente pelo acesso aos medicamentos. Quando o medicamento não está disponível no momento da consulta, o remédio é solicitado ao Pólo-Base, que ao receber do DSEI-PE, encaminha ao AIS para entregá-lo ao paciente. O AIS de certa forma representa o papel do médico, na mediação do medicamento. Cláudio\*, AIS, relata que antes de entrar nas casas já é abordado com pedidos de analgésicos e anti-inflamatórios pelos moradores. De toda forma, os AIS também

performam a posição da prática biomédica. Na reunião que participei, quando fui apresentar o projeto de pesquisa, as considerações feitas pelos AIS nos outros pontos de pauta restringiram-se ao atendimento prestado das EMSI, a falta de medicamentos, maior regulação dos transportes locados entre outros serviços de responsabilidade do DSEI-PE.

Ser agente indígena de saúde, além das atribuições de controle social muito bem definidas por meus interlocutores, é também ser um empregado do Estado, ou da Funasa, auxiliando o médico no trato com a comunidade. É um cargo ocupado, como responde Lourdes\*, AIS, imprimindo, ao trabalho desempenhado, um grau burocrático que não compete ao amplo papel social que estes atores exercem na comunidade de atuação. Em contrapartida, a postura de burocratização revelada pelos AIS é condizente à hierarquização construída dentro das EMSI. Tal evento, de disposição hierárquica, é justamente a idéia contrária à proposta de uma equipe multidisciplinar, mas, na dinâmica das relações entre os profissionais, a competência dos AIS sempre fica à prova, sinalizando uma subordinação destes ao restante da equipe.

Quanto às EMSI, estas são contratadas pela prefeitura local, a partir de uma economia interna de funcionamento dos DSEI's. Em Pernambuco, mais especificamente na Carnaubeira da Penha, município da área Atikum, os financiamentos são apropriados pela política local de forma assistencialista e também sob juízo das campanhas eleitorais. Muitos foram os relatos sobre profissionais de saúde respeitados pela comunidade e demitidos pela prefeitura por serem considerados adversários políticos.

Quando a gente tinha o enfermeiro Júnior como instrutor, ele reunia a gente mensalmente, pra ver o que tava avançando, qual era os nossos problemas pra tentar nos ajudar, achar junto uma solução, quais eram as nossas dificuldade, ele era dez, viu... um enfermeiro que nem Júnior, não tô dizendo que os outros não são bom, mas aqui assim que nem ele, tanto pra nós como pra comunidade [...] no tempo dele não, Ave Maria, a gente não tinha dificuldade com Júnior [...] aí quando ele saiu, tudo perde, o outro não liga, tudo desaba, vai voltar a estaca zero. [...] a pois, eu acho que por questões políticas, o partido que ele apoiava era contra do prefeito, e o prefeito ele achou que tava prejudicando a ele, a um enfermeiro, só que ele não prejudicou um enfermeiro, ele prejudicou as sete aldeias que ele atendia, prejudicou profundamente (CIDA\*, AIS).

Uma das questões centrais ao arbitrário político nas contratações da EMSI é a alta rotatividade a que é submetido o atendimento à comunidade. Obviamente que outros fatores, como a falta de um plano de carreira – a equipe trabalha por contratos –, os salários baixos e a não seguridade do emprego, também fazem com que os profissionais abandonem os postos e as equipes estejam sempre defasadas. A área Atikum conta com três equipes, mas, durante

minha estada em campo, nenhuma delas estava completa, sendo que uma contava apenas com o auxiliar de enfermagem e os AIS.

Conforme me relatou o auxiliar de enfermagem Gilmar, que durante o período de campo formava uma das equipes com o odontólogo, a falta de material e condições de trabalho e o atendimento puramente ambulatorial e não preventivo são os grandes problemas que a saúde indígena, do ponto de vista da prestação de serviços em saúde, enfrenta atualmente.

A proposta de uma atenção em saúde diferenciada aos povos indígenas pauta-se no respeito às práticas e saberes locais no trato com a saúde, de maneira que estas sejam, senão englobadas, mas articuladas com as práticas biomédicas. Esta afirmação contundente reflete sobre um paradigma ocidental: em contextos interculturais, nos quais se apresenta um corpo de saberes estruturantes distintos a respeito do corpo, da cura e das doenças, a biomedicina é capaz de contemplar a diversidade filosófica destes sistemas culturais? Responder simplesmente que não é reduzir a complexidade da questão ao plano sintático, no entanto, uma possibilidade de entendimento é partir do pressuposto de que como qualquer prática, a biomedicina também deve ser relativizada e compreendida como um *corpus* teórico, elaborado, experienciado e ressignificado por atores sociais.

Outra questão é se tal relativização ocorre junto às populações indígenas ou se mantém apenas como constructo retórico do multiculturalismo. Entre os Atikum, o que é vivenciado é um desconhecimento prático dos agentes que atuam como representantes da biomedicina sobre os saberes locais, com a sintomática confusão entre acesso facilitado a atendimento médico e atenção diferenciada. Tanto a comunidade quanto as EMSI consideram que atenção diferenciada significa atendimento nas aldeias, medicamentos e exames subsidiados e atendimento privilegiado nos hospitais de referência. Desenvolverei neste momento sob que panorama encontra-se a comunidade Atikum com relação à prestação de serviços biomédicos em saúde.

Na comunidade Atikum, funciona apenas um posto de saúde dentro da área indígena, na aldeia Olho D'água do Padre, mas há a possibilidade de implantação de um segundo posto, na aldeia Sede, a partir da alocação de prédio que estava em reforma – as obras já iniciaram três vezes e pararam sem previsão de continuidade.

Sem espaços apropriados, segundo uma estrutura organizacional da Política Nacional em Saúde, e sem as visitas domiciliares, restringidas aos AIS e não incorporada como prática corrente do restante da EMSI, cada aldeia ou agrupamento de aldeias define em que espaço

serão realizadas as consultas odontológicas e médicas, geralmente na casa de alguma liderança ou nas salas de aula<sup>35</sup>.

As idas das EMSI às aldeias devem acontecer a cada quinze dias, conforme o cronograma do Pólo-Base Atikum, mas enquanto estive em campo, na aldeia Oiticica, por exemplo, o período de retorno da EMSI já ultrapassava 30 dias. No Posto de Saúde no Olho D'água do Padre, a EMSI cumpria com o cronograma de presença nas terças e quintas-feiras. A situação é precária no Posto de Saúde, pois, sem material, o atendimento à comunidade é quase nulo. O odontólogo Neto informa que muitas vezes não sai com a EMSI do posto de saúde para as aldeias porque não tem recursos nem para atividades de prevenção como aplicação de flúor, muito menos para extração dentária.

Assim como os AIS não têm uma capacitação de acordo com os papéis sociais que desenvolvem na comunidade, passando pela mesma formação que os ACS urbanos de Pernambuco, as EMSI apresentam, como sério problema, a falta de informação e capacitação para trabalhar em condições interculturais.

Esta situação também pode ser revelada se o plano de análise for a constituição dos CISA e do CISAG. Como constatado acima, nos Conselhos Locais de Saúde não há a figura dos *sabedores* como participantes ativos e se estes participam – neste caso, apenas dois atuavam como conselheiros, Seu Augusto, pajé, no CISA e Seu José Antonio dos Santos, no CISAG –, não é por representarem uma categoria específica, a de *sabedores*, mas por serem lideranças locais com histórias de vida e memória que remontam politicamente à história dos Atikum no século XX.

Alguns de meus interlocutores, principalmente *sabedores*, incomodam-se em não participar dos Conselhos, por compreenderem que suas atividades são importantes para a comunidade. Segundo Seu José\* (aldeia Samambaia), quem trata das pessoas da comunidade deveria ter voz dentro dos Conselhos, pois poderia inclusive auxiliar as EMSI, além de ensinar alguns *remédios do mato*.

Como conselheiros temos os AIS e o pajé. Os AIS representam claramente o controle social enquanto o pajé aparece retoricamente como representante da “*medicina indígena Atikum*”. Para compreender a inserção do pajé no CISA, torna-se importante fazer uma pequena digressão sobre a elaboração da etnicidade da população Atikum e da categoria pajé. Tal apreensão foi realizada em capítulo anterior, mas creio que uma contextualização mais apurada possa contribuir para um olhar mais cuidadoso sobre a participação do pajé no CISA.

---

<sup>35</sup> Em algumas aldeias, há construções escolares mais paramentadas, no sentido de disposição de mais estrutura, mas, na maioria das aldeias, as salas de aula são construídas pelos próprios professores.

Nesta perspectiva, o pajé é visto como um personagem mais vinculado ao âmbito político, de uma caracterização generalizada de um modo de organização de uma sociedade indígena, do que necessariamente um ator responsável pelo equilíbrio entre universos complementares. Na “*medicina indígena Atikum*”, o pajé é extremamente importante, mas sob a ótica das relações aqui dispostas, das configurações de uma estrutura política embasada por modelos verticalizados, visto a constituição dos Conselhos Locais de Saúde, sua participação no CISA pode ser lida como uma espécie de obrigação sistêmica para com o *cargo* – expressão usada por Seu Augusto.

É neste campo de relacionamento interinstitucional que as relações estabelecidas entre comunidade Atikum e políticas públicas em saúde indígena podem ser vislumbradas, sendo representadas aqui pelos Conselhos Locais de Saúde. É neste espaço de intervenção que discursos presentes nas políticas de saúde para povos indígenas podem ser percebidos como retoricismos, como a relativização da prática biomédica em contextos interculturais, o respeito e a articulação entre os saberes locais e a biomedicina.

O CISA e o CISAG se apresentam, assim, como esferas de atuação de cunho estritamente político, do ponto de vista estrutural da organização social dos Atikum, no entanto, pela sua configuração, podem ser considerados espaços que não possuem qualquer articulação com o pensamento filosófico e as premissas da comunidade Atikum. Para vislumbrar como Conselhos Locais de Saúde, intermedicalidade e concepções locais podem relacionar-se, elaboro o próximo capítulo apresentando a realidade intermédica e as relações que se constroem a partir dos Conselhos Locais de Saúde.

### **CAPÍTULO III – NAS MATA DA NOSSA ALDEIA TEM PAU, TEM MEL E TEM FLOR**

Este capítulo tem como objetivo apresentar como a intermedicalidade é vivenciada na comunidade Atikum, e para tanto exponho a práxis dos serviços de saúde na área: biomedicina, “*medicina indígena Atikum*” e outras práticas correntes na região, com seus deslocamentos e interfaces. Como proposta de entendimento dos espaços de negociação e de intersecção entre as lógicas médicas, serão trabalhadas as categorias internas, os significados, os papéis sociais.

Importante ressaltar que estas práticas não podem ser consideradas como espaços herméticos, sem interlocução, pois há intensos diálogos realizados pela comunidade que propiciam as contradições inerentes a todo processo social. A divisão textual dos serviços de saúde é puramente analítica, não compreendendo a realidade vivenciada. Também é importante pensar a chamada “*medicina indígena Atikum*” como categoria política, com usos para alteração frente a outras comunidades e referência junto a outras instituições, como a própria universidade, espaço que estou inserida e que propõe categorias de entendimento sobre a dita realidade social.

A “*medicina indígena Atikum*” numa acepção filosófica apresenta um corpus cosmológico de intensa influência de seres socioespirituais<sup>36</sup> (VIVEIROS DE CASTRO, 2004), os *encantados*<sup>37</sup>, e de outros atores sociais como provocadores de doenças; tanto o indivíduo como a sociedade pode provocar e se tornar receptáculo de desordem. A doença, neste sentido, não é percebida apenas do ponto de vista biológico, mas suas “manifestações dependem dos fatores culturais, sociais e psicológicos, operando junto a processos psicobiológicos” (LANGDON, 1994, p. 115).

Dentre as práticas correntes da “*medicina indígena Atikum*”, têm-se a reza, a prescrição de remédios a partir de espécies vegetais e os *trabalhos fechados*<sup>38</sup>.

---

<sup>36</sup> A idéia de socioespiritual remete a uma complexidade da categoria, pois os encantados propõem modos de ação na comunidade propiciando uma influência no cotidiano social.

<sup>37</sup> Os *encantados* são seres espirituais de moral positiva, cuja origem e incidência permanecem, no discurso dos Atikum, protegidas no plano do segredo, que deve ser preservado.

<sup>38</sup> Também chamados de *trabalhos, trabalhos ocultos, serviço* ou *serviço encantado*.

O sistema indígena tem uma noção de cura mais abrangente que a biomedicina. Enquanto a biomedicina define cura como ausência de sintomas de doença, o significado de cura para os sistemas indígenas aproxima mais o conceito inglês de “heal”, que vem do grego e implica totalidade. Assim, “heal” para os sistemas indígenas implica na restauração de bem-estar, e nos casos de doenças sérias, que ameaçam a vida, bem-estar requer a restauração das relações ameaçadas pela doença, e não só a ausência de doença (LANGDON, 1999).

Três categorias de *sabedores* foram dispostas na “*medicina indígena Atikum*”: os *rezadores* e as *rezadeiras*, os *curadores* e o pajé. As formas de conduzir as práticas terapêuticas dos *sabedores* são divergentes, mesmo que pertençam à mesma categoria, mas a semântica dos conteúdos culturais se mantém, formando o que os Atikum chamam de *ciência do índio*.

A *ciência do índio* é um complexo de conhecimentos que, para além das práticas terapêuticas, é o que se pode chamar de corpo filosófico da comunidade Atikum, isto é, elaborações, compreensões/ações/significações sobre o mundo.

Grünewald (2002) associa a *ciência do índio* entre os Atikum somente ao corpo de saberes relacionados aos segredos, acionando-a como metáfora social para a alteridade. Desta forma, reduz a compreensão que os Atikum fazem de si coletivamente e suas práticas terapêuticas, considerando apenas os *trabalhos fechados* como expressão dela. A atribuição apenas a uma condição e atividade prática, a forma de construção de alteridade dos *trabalhos fechados*, desloca a “qualidade simbólica” (SAHLINS, 2003, p. 60) das próprias elaborações coletivas.

Já a biomedicina se caracteriza, no cânone acadêmico, por seu modelo de base biológica, sob o qual a doença é percebida através de sintomas, respostas corporais, indicativos de uma desordem fisiológica. Analogamente, saúde é compreendida como a ausência de doença e, para ser mantida, uma série de prescrições gerais pode ser adotada como assepsia, exercícios físicos e alimentação saudável.

Embora os Atikum dominem os conceitos da biomedicina, já que sempre vivenciaram a realidade biomédica – mesmo com pouco acesso a ela –, eles são adequados, pautando-se nos signos culturais, promovendo uma nova leitura do pressuposto pela academia. Exemplos disso é a relação e os usos com os medicamentos. Assim, vislumbra-s uma nova prática médica, elaborada pela comunidade, que negocia atores, ações e signos.

### 3.1 A “*medicina indígena Atikum*”

Que a pessoa que tem olho mau, é olhado, quebranto, é a mesma coisa, é aquele caso de inveja. Aquele caso de inveja. A pessoa vê uma criatura... gordo, bonito, é caprichoso, não sabe dizer. “Deus benza!”, se não dizer aquela palavra ali, pois aquilo aí, tem umas pessoas, isso aí por pessoas, por às vezes a pessoa linda, bonita, eu não sei... vê assim... eu digo assim... “Benza Deus”. Mas tem gente que não sabe dizer isso aí, eu não sei, eu já botei essas coisas em alguém, eu não sei, não tenho lembrança. Mas esse menino meu era desse jeito, todo mundo que via ele, ele engatinhando, ele sentando, do jeito que tava, era de botar um negócio nele, quando a pessoa botava... eu conheci uma mulher lá na Serra que essa era perigosa. Duvidava ela vê ele, quando eu via ela vindo eu já corria esconder Zé, porque senão eu já corria pra casa da rezadeira, e a rezadeira dele era madrinha Ana, toda vez eu tinha correr na casa de madrinha Ana. Aí madrinha Ana foi e me ensinou, minha filha pra tu não ficar sem esse menino tu manda sete rezadeira reza nele numa sexta-feira, quando tu chegar tu manda Midio abrir as pernas, quando ele chegar da roça, tu passa ele três vezes por dentro, levando assim e trazendo três vezes, tu bota ele pra dormir dentro da cueca, pronto, cabou-se, nunca mais aconteceu. Aí pronto, ela via ele tudo, pegava e agarrava nele, ô como tá bonito, como tá gordo, mas não tinha mais nada, foi a valência. Dava uma desinteria, uma vomitação, uma febre tão grande, que o menino chega e se assustava assim na rede. Só eu manda reza, que ela pegava a rezar no menino chega a ficar queimada, chega de ficar assim de não poder ir no fogo. Aí ela mandava dar coentro escaldado, pisar ele o caroço aí põe numa xícara, bota a água pra ferver, quando a água ferve, você chega com ele, põe dentro da xícara aí abafa, quando ta só morninho, aí adoça, côa e adoça e dá pro menino, que aí tira o quebranto da preta. Mas tem que fazer logo que a pessoa sai, quando sai aquela pessoa, quando vê aquela criatura, que sempre vem acontecendo, chegar, não deixa o filho adoecer não. E a primeira sintoma quando a pessoa sai dá logo aquele sono, dá aquele sono, também dali a pouco o menino já tava vomitando também a bunda véia não tinha sossego mais não, aí eu também já corria. Eu fazia, lá em madrinha Ana é quem dava o chá, quando ela rezava ela dava o chá pro ele. Ela rezava até no chá, fazia o chá, ela rezava no chá aí dava pra eu trazer pra dar a ele. Ela era minha rezadeira, Maria de Rodrigo, Maria de Inácio, essa daí ta nos projeto, comadre Cotinha, era comadre Inês... Foram as rezadeira de Zé... É... foram as rezadeira dele, foi primeiro a madrinha Ana, aí eu vim catando de lá pra cá, passei na casa de Maria de Rodrigo, vim pra casa de comadre Cota, cheguei na casa de madrinha Lourdes, aí desci mais na frente comadre Romana também, aí cheguei comadre Inês e Nailda e completou as sete. Aí quando cheguei em casa, Midio quando chegou da roça, mandei ele abri as pernas na porta, aí já botei o menino. E com os outros também acontecia, com aquele Sitonio mesmo, a minha vida era essa, quando começou, que eu vi, vou fazer logo o serviço, os outro demorou um pouco, bim fazer... eles adoecendo assim, eu já sabia os sintomas, já sabia qual era o remédio, na hora que eu via o negócio pegar, eu corria logo, mandava logo as sete rezadeira rezar, aí chegava em casa, fazia o serviço e pronto, aí acabava. Mas tem menino, não é todo menino não, os outros até que não, era mais fraco. Selma mesmo não tinha esse negócio, era difícil dar em Selma... Dizem que tem o corpo fechado, já nasce. É, esses que nascem assim, qualquer coisa, ta hué (vômito) esses nascem com o corpo aberto, tem o corpo aberto, essa Canosa, nunca andei andando com ela assim, dizem que ela tem o corpo fechado de nascença, que ela nasceu até emborcada (DONA MARIA, 57 anos, aldeia Oiticica).

### 3.2 A reza: *rezadores* e *rezadeiras* em perspectiva

Na voz de Dona Maria me apoio para apresentar alguns interstícios da “*medicina indígena Atikum*”, expressa no fragmento narrativo sobre a ação da reza. Aqueles cujo maior domínio de conhecimento é expresso através da reza recebem o nome de *rezadeiras* e *rezadores*<sup>39</sup>. Muitos na comunidade dominam a prática da reza, configurando um conhecimento que se dá de modo generalizado, mas o que confere a um uma nomeação é a diferença de grau de conhecimento e não de natureza, assim como entre os Yawanáwa relatados por Pérez-Gil (2001, 2004). Os *rezadores* e as *rezadeiras* são assim chamados porque conhecem mais que outros, mas não porque são os únicos que possuem conhecimento.

A reza é uma das práticas mais presentes na comunidade, consistindo em uma série de recitações, *dizer aquelas palavras*, sempre três vezes, de maneira quase inaudível, em referência à Santíssima Trindade (Pai, Filho e Espírito Santo) do catolicismo<sup>40</sup>. Em ensaio sobre a prece, Mauss (1979, p. 273) a expõe como um “rito religioso, oral, diretamente relacionado às coisas sagradas”. De acordo com o autor, toda prece é um discurso ritual, “uma série de palavras cujo sentido é determinado e que são dispostas numa ordem reconhecida como ortodoxa pelo grupo” (ID., IBID., p. 246). A prática da reza pode estar acompanhada de sopros, defumações com espécies vegetais em cachimbo de casca de jurema-preta<sup>41</sup>, chamados de *guias*, ramos de alguma espécie vegetal com ou sem espinho<sup>42</sup> e cinza quente de madeira. Para cada diagnóstico há um tipo específico de reza e possível acompanhamento instrumental.

Dona Naninha Bezerra me relatou que reza a qualquer momento, em qualquer lugar e que, dependendo da enfermidade, utiliza ramos com ou sem espinho. Já Seu Antônio Pedro diz que prefere rezar às sextas-feiras, mas, *dependendo da precisão*, reza a qualquer dia, ao raiar do dia ou ao poente, voltado para a posição do sol, e só reza com ramo de espinho. Assim, a reza, como todo conhecimento, não é estática, sendo o seu fazer dependente de quem atua.

<sup>39</sup> O termo *benzedeira* e *benzedor* também são utilizados, mas optei por *rezadeira* e *rezador* por serem as categorias de maior uso. No nordeste, a mesma denominação é encontrada entre os Kariri-Xocó (AL) e Xucuru (PE) – ver respectivamente Silva (2003) e Souza (2004).

<sup>40</sup> As opções religiosas serão descritas no próximo capítulo.

<sup>41</sup> Também chamada de anjúca, ajucá ou velho Ka.

<sup>42</sup> A espécie vegetal que tem espinhos geralmente é associada a enfermidades de difícil solução ou que são provocadas por seres de moral negativa, os *espíritos ruins*. Os *espíritos ruins* estão em oposição aos encantados.

Eu mesmo rezo com ramo pra rezar de quebranti e já pra levantar o vento eu não rezo com ramo (DONA NANINHA BEZERRA, rezadeira, aldeia Sede).

Uma das características centrais dos *rezadores/rezadeiras* é a permanência de conteúdo, mas as formas são diferenciadas pelo modelo de ação concebido pela experiência de cada um, ou seja, a prece é a mesma, mas a forma de proceder, com o uso ou não de acompanhamentos, horários ou locais específicos para rezar, depende do ator. Para uma enfermidade há uma prece específica, contudo, se ela estará acompanhada de outros elementos como a cinza, o terço ou o ramo, e a hora e o local com que será realizada, depende da forma de atuação do *rezador/rezadeira*.

Nesta perspectiva, os modos de promover a cura, conduzidos a partir de técnicas específicas, que visam ao reordenamento da experiência do estar doente, são realizados de acordo com a experiência dos *rezadores* e *rezadeiras*, porém, subsidiados pelos interstícios culturais, não configurando apenas uma reprodução cultural de algo aprendido e corporificado. Os conteúdos culturais estão imbricados na percepção dos atores na elaboração diagnóstica dos infortúnios, mas é no plano da ação – usar ramo de espinho ou sem espinho, por exemplo –, que a criatividade dos *rezadores* e *rezadeiras* emerge. Sahlins (2003) aponta que a cultura fornece elementos simbólicos para a ação, mas não a define.

As rezas, assim como a “*medicina indígena Atikum*”, constituem-se num conjunto de conteúdos culturais dinâmicos que mantêm um determinado escopo de saberes, mas que abarca e suporta, em sua forma, mudanças estruturais que ocorrem a partir da criatividade e da agência dos atores sociais.

Associada a reza, quando a aflição é de maior grau os *rezadores/rezadeiras* podem prescrever ou ministrar banhos, chás ou preparar concentrados de espécies vegetais<sup>43</sup>, chamados de *remédios do mato*, *remédios de pau* ou *mezinha*. Os *remédios do mato* são contrapostos aos *remédios de botica* ou *remédios de farmácia* da biomedicina, onde cada um tem sua eficácia dependendo do tipo de doença a que se está acometido. Os *remédios do mato*, na maioria das vezes, não são cultivados nos *terreiros*. Não obtive informações sobre regras rígidas a respeito do corte dos *remédios do mato*, sendo apenas a jurema a única espécie vegetal com prescrições normativas para o corte<sup>44</sup>. Todavia, assim como na jurema, é necessário o pedido de licença a entidade socioespíritual que rege a planta para que ela seja retirada.

<sup>43</sup> Também chamados de lambedores ou xaropes.

<sup>44</sup> Quanto a jurema posteriormente será realizada uma descrição mais concisa.

O uso de *remédios de botica*<sup>45</sup> é referendado muitas vezes às mudanças alimentares ocorridas ao passar dos anos, que, segundo uma de minhas interlocutoras, “*no tempo dos antigos era tudo da roça, não tinha esses negócio de macarrão, refrigerante, era no pilão, uma vezinha ou outra, só em dia de ano que tinha essas coisas*” (DONA IVONETE, aldeia Sede, Caderno de campo/Fev. 2005). À transformação alimentar também são caracterizadas enfermidades modernas como úlcera e câncer, onde somente a biomedicina tem poder de cura.

No entanto, é a condição simbólica que se apresenta como grande diferença entre *remédios de botica* e *remédios do mato*. Para a retirada das espécies vegetais que serão utilizadas para fabricação dos remédios do mato, é necessário pedir licença às entidades sócio-espirituais que a regem, de forma que sejam mantidas as relações recíprocas entre os planos cosmológicos.

Para realização da reza, necessariamente o paciente não precisa estar no local, podendo a reza ser feita à distância, com a condição de não haver curso d’água que cruze o caminho. Segundo Dona Andorina e Seu Antônio Pedro, *rezadeira* e *rezador* da aldeia Oiticica, a água corta e leva a reza para outros caminhos que não a pessoa requerente, não tendo eficácia.

Na narrativa de Dona Maria, o *quebranto*<sup>46</sup> aparece como categoria etiológica. Ele é promovido através de ação tanto intencionalmente por inveja, maldade supostamente imanente, como por um sentimento de admiração (beleza, aspecto saudável, inteligência) de um indivíduo. *É uma zanga que botam!*, afirmam meus interlocutores. O *quebranto* também pode ser causado não-intencionalmente. Uma fórmula pode ser pronunciada assim que o ator, então consciente de sua ação, admire-se: *Benza Deus!*

O *quebranto* atinge apenas crianças e seus sintomas podem ser diarreia, vômitos, sonolência e falta de apetite. Algumas podem estar mais expostas ao infortúnio, caso tenham o *corpo aberto*. Ele é solucionado somente através de reza, geralmente de domínio do gênero feminino, mas os homens também podem o agregar como conhecimento. Numa escala valorativa, a reza do *quebranto* é considerada como a de maior facilidade. O *quebranto* aparece como categoria etiológica nos estudos de Galvão sobre a comunidade de Itá no Baixo Amazonas (1955), em Cascudo (1978) sobre o catimbó no Rio Grande do Norte e Maués

---

<sup>45</sup> O significados dos *remédios de botica* serão melhor explanados ainda neste capítulo quando retornarei a prática biomédica e os usos dos medicamentos.

<sup>46</sup> Dona Maria fala sobre a homologia entre *quebranto* e *olhado*, mas a maioria dos *sabedores* apresentou uma distinção entre as categorias, sendo *quebranto* referente a crianças e *olhado* a adultos – ambos possuem as mesmas sensações corporais de desconforto. Também é denominado *quebranti*.

(1990) numa análise simbólica sobre os princípios de limpeza e sujeira numa comunidade no Amazonas.

Ainda descrevendo a enfermidade, o *quebranto* pode atingir inúmeras vezes uma criança, tendo solução definitiva após a criança ter o *corpo fechado*. Para fechar o corpo, um itinerário é traçado: a mãe deve levar a criança para ser rezada por sete *rezadeiras*, passando na casa de cada uma delas, traçando um caminho em linha reta em direção à casa de moradia da criança; quando chegar em casa, passar três vezes a criança entre as pernas do pai, antes do pai entrar em casa, e como finalização do tratamento, a criança deve dormir dentro de uma cueca do pai.

Algumas crianças podem nascer com o *corpo fechado*, com identificação feita logo que a criança nasce pela posição da boca: se nasce com a boca *emborcada* (com a boca para baixo) tem o *corpo fechado*. Nascer com o *corpo fechado* sinaliza um aspecto positivo na infância – a não contração de malefícios como *quebranto* –, mas pode se apresentar como um indicativo para uma possível infertilidade nas mulheres. Como oposição ao *corpo fechado*, pode-se nascer ou estar temporariamente com o *corpo aberto*, o que indica a vulnerabilidade a enfermidades e/ou mal-estares, passível de solução – *fechar o corpo* – tanto na infância, com aplicação da fórmula das sete *rezadeiras*, quanto na idade adulta, por meio da realização de banhos com ervas, preces e demais prescrições dadas pelo mestre nos *trabalhos fechados*<sup>47</sup>.

Cascudo (1978, p. 67) expõe o fechamento do corpo como um dos principais ritos do catimbó, explicando que “há o processo de imunização de todo o corpo, fazendo impenetrável às balas quentes e facas frias, águas mortas e vivas, fogo, dentada peçonhenta, praga e malefício”.

Assim como o *quebranto*, outros malefícios que atingem crianças são solucionados através da reza, como o *vento caído* e a *ferida de boca*, cuja ação não é proporcionada por outrem, mas é de ordem fisiológica da própria criança. Outros infortúnios, relacionados aos eventos cotidianos das condições de trabalho, no qual a reza também é agente de intervenção, somente em adultos, é a *dor de desintrusidade* e *vento privado*, relativos a esforços físicos contínuos, principalmente a tarefas domésticas de domínio feminino, como pegar água nas cacimbas e lajeiros ou pegar lenha na mata, que apresentam, como sintomas, dores nas costas e dores abdominais, consecutivamente, e *sol na cabeça*, devido ao excesso de sol a que a cabeça está exposta durante o trabalho na roça.

---

<sup>47</sup> Geralmente são cobrados em préstimos ou monetariamente os trabalhos para fechar o corpo de um adulto.

A iniciação dos conhecimentos entre os *rezadores/rezadeiras* começava ainda na infância, através de uma aprendizagem intrafamiliar sob responsabilidade das mães ou avós consangüíneas. O aprendizado iniciava com a recitação de orações primordiais do catolicismo, como “Pai Nosso”, “Ave Maria” e “Salve Rainha”, preces que, na maioria das vezes, introduzem e/ou encerram as rezas.

Dentre os entrevistados, todos tinham mães *rezadeiras* aprenderam as rezas mais simples, como *quebranto* e *levantar vento*, observando as mães. Posteriormente, os que são imbuídos de um “dom divino”, ou seja, aparições de encantos ou sensações de *manifesto* ou de *irradio*<sup>48</sup>, iniciam-se no trato com seus *mestres*<sup>49</sup>, por meio de orações, regras prescritivas e proibitivas para o exercício de algumas rezas ensinadas por outros *rezadores* ou *rezadeiras* mais experientes. Prosseguindo com a transmissão de conhecimento, a continuidade da aprendizagem, que envolve as orações propriamente ditas para cura, não ocorre por intermédio dos mais experientes, mas por sonhos ou através dos *mestres* nos momentos de *manifesto* ou *irradio*.

A transmissão de conhecimentos através de sonhos e/ou eventos de êxtase compreende, para Eliade (1992), caminhos que possibilitam a transformação do ser profano em um emissor do sagrado, sinalizando em si as mesmas iniciações. Sobre a iniciação xamânica através de sonhos, Bartolomé (1991) descreve a aquisição de poder entre os Avá-Chiripá, localizados em território paraguaio.

É nesta fase, geralmente entre os 16 e 20 anos, que os jovens em “idade para trabalhar”, apresentam os primeiros sinais de *irradio* ou *manifesto*. Os iniciantes buscam o auxílio de *rezadores* e *rezadeiras* mais experientes para “limpar as correntes”<sup>50</sup> e começar tanto a participar ativamente nos *trabalhos fechados* como a receber ensinamentos dos mestres para a prática da reza ou de qualquer outra ação para a cura.

À reza é atribuída uma noção de força que é distinguida por gênero; os homens têm reza mais forte e as mulheres, a reza mais fraca. Para um suposto equilíbrio, “homem só pode ensinar mulher e mulher só pode ensinar homem” (DONA ANDORINA, 72 anos, *rezadeira*).

---

<sup>48</sup> *Manifestar* ou *enramar* podem ser consideradas como situações de transe de incorporação dos encantos. Também pode se estar *irradiado*, que é sensação de presença de um encanto, mas que não se configura como transe.

<sup>49</sup> Conforme dito anteriormente, *mestre* e *encantado* são sinônimos, mas a expressão *mestre* é amplamente utilizada quando narradas as experiências iniciáticas dos *sabedores da “medicina indígena Atikum”*. Interessante pensar na relação simbólica que a denominação *mestre* têm para os processos de aquisição de conhecimento. *Mestre* também é o homem que comanda as sessões dos *trabalhos fechados*.

<sup>50</sup> A *limpeza de correntes* configura-se como o evento de limpeza ritual por excelência, onde serão descobertos os *mestres* que regem o indivíduo nas curas. É através da relação estabelecida com os *mestres* que o indivíduo passa a ter poder de cura. *Limpar as correntes* é um trabalho que deve ser remunerado. Geralmente são envolvidos bodes ou galinhas na transação.

A noção de força e fraqueza como distintiva de gêneros na reza pode ter uma de suas fundamentações a partir de uma outra oposição, da qualidade e de propriedades do sangue. O sangue é metáfora para constatação de doença. Quando o sangue está fraco, o corpo está vulnerável e sujeito à doença, enquanto o sangue forte indica um corpo saudável. Perder sangue também é indicativo de um corpo que aspira cuidados e que deve ser mantido sob regras prescritivas. Segundo as concepções locais, a perda de sangue provoca o seu afinamento, pois este tem que espalhar-se pelo corpo, suprimindo a falta do sangue perdido. Infusões como o chá de mororó, por exemplo, fazem o sangue engrossar e conseqüentemente o fortalecem.

Como a mulher, devido aos ciclos de reprodução, perde sangue constantemente, seu corpo está sempre em processo de enfraquecimento. Autores como Boltanski (1984) e Ferreira (1995) contribuíram ao contexto saúde/doença em relação à noção de força/fraqueza sobre o corpo. O surgimento da doença aparece relacionado a uma prévia noção de um corpo fraco, como sugere Loyola (1984) em suas pesquisas sobre medicina popular em comunidades de baixa renda.

Quando você tá com seu sangue forte, nenhuma gripe não lhe pega, nem uma gripe, faça gripe... você bebe água quente, toma banho com água quente, não tem nada, tá com sangue bom, teve com sangue fraco, quando você toma banho de água fria, pode você defender de poeira, pode você defender de tudo, passa um passarinho lhe pega, é que nem toda doença, essas doenças de bexiga, varíola né?... Catapora, sarampo, se tiver com o sangue bom, você pode deitar num sarampento, não pega, porque vai depender de seu sangue (DONA MARIA, aldeia Oiticica).

Outro elemento para pensar a analogia entre sangue forte/fraco e fraqueza/força da reza é a presença da *dona-do-corpo* nas mulheres. A *dona-do-corpo*<sup>51</sup> é uma personagem que habita internamente os corpos e que provoca dores, manifestando-se nos períodos relativos à vida reprodutiva feminina: menstruação, complicações no parto, amamentação, abortos. Vale lembrar que a perda de sangue sinaliza um corpo fraco. Considerando a noção de fraqueza atribuída à ação da *dona-do-corpo*, com a perda de sangue como um dos elementos demarcadores da menstruação, do parto e do aborto, espaços em que ela se manifesta, as mulheres são mais suscetíveis à doença, pois estão submetidas a um agente que as faz perder sangue. Assim, esta pode se configurar como uma tentativa hermenêutica de compreensão da noção de fraqueza da reza das mulheres em oposição à noção de força dos homens.

---

<sup>51</sup> A *dona-do-corpo* também é encontrada entre as Kariri-Xocó – AL (MARTINS, 2004). Para ação da *dona-do-corpo* entre as mulheres Atikum, ver Silva (2005).

A noção de força/fraqueza também está relacionada ao tempo de conhecimento sobre a reza, o que geralmente faz com que os mais velhos sejam considerados mais poderosos e com mais força pra curar. Uma distinção merece ser feita: tempo de prática e quantidade de conhecimento de rezas formam uma composição, pois geralmente se é reconhecido por um tipo de reza forte.

Foram encontradas mais *rezadeiras* que *rezadores* na comunidade. Tive como interlocutores mais presentes um *rezador*: Seu Antônio Pedro e quatro *rezadeiras*: Dona Naninha Bezerra, Dona Andorina, Dona Francisca e Dona Maria de Rodrigo – a entrevista com esta senhora de 92 anos foi mais uma conversa informal muito alegre sobre suas “*andança por esse mundo de Deus Nosso Senhor quando eu era viçosa*” que uma entrevista dita formal, devido à sua idade. Dona Maria de Rodrigo (vide figura 1) é considerada uma das *rezadeiras* mais poderosas, assim como Dona Maria da aldeia Boa Vista e Dona Cotinha, que não se encontravam na área durante minha estada.



Figura 1– Dona Maria de Rodrigo

Fonte: Arquivo da pesquisadora

Coincidentemente, a maioria das *rezadeiras mais velhas* e consideradas mais poderosas, que estão vivas, ou foram levadas por seus filhos para morarem no estado de São Paulo ou estavam em São Paulo, visitando-os. A migração em busca de trabalho para São Paulo é prática corrente entre os Atikum. Não é raro que pelo menos duas ou três pessoas de cada família nuclear more ou já tenha ficado longo período no estado. As senhoras, pelo menos uma vez por ano, visitam os filhos e permanecem de um a três meses na capital paulista. Noutras vezes são levadas pelos próprios filhos para morar com eles, já que estão em

idade avançada e não podem mais realizar as atividades cotidianas sozinhas que uma vida na região condiciona, como buscar água e lenha.

Cito-as pela sincera preocupação relatada pela comunidade sobre a relevante diminuição do número de *rezadeiras*, explicitada nas narrativas, pela falta de interesse do processo de aprendizagem dos mais jovens.

As coisas vão ficando mais fraco pra gente. Igual o rezador. Naqui onde a gente morava, morava cento, muito, que nem eu que sou filha de uma velha que rezava bem, cadê? Nunca liguei de aprender, que nem eu tava com a... A mulher que chegou, aí e tu é filha da velha e não aprendeu, eu disse não, não aprendi nada por causa que eu nunca me interessei [...] Não faço, não sei de nada, eu vou dizer que sei fazer, porque eu sou filha dela. Não, não aprendi, porque eu nunca pedi pra ela me ensinar, nunca me interessei, aí, por isso eu não sei de nada (DONA LUÍSA, aldeia Boa Vista).

Como afirmado acima, homens só podem ensinar mulheres e vice-versa, o que garante que em alguma etapa da aprendizagem os *rezadores* estão presentes. Portanto, a preocupação da comunidade alia-se a uma de minhas questões analíticas: se é necessário uma relação de aprendizagem entre gêneros, e em campo tive contato com mais mulheres, onde estão os rezadores Atikum, já que tive como informante apenas um?

Como minha argumentação se volta para a possibilidade de agência dos atores sociais na transformação da estrutura, creio que as mulheres podem ensinar mulheres também, mas como fica a condição simbólica de ter uma *reza fraca*? Uma possibilidade de compreensão está na articulação de alguns signos culturais. Quando batia na porta das casas de mulheres consideradas pela comunidade como *rezadeiras*, estas afirmavam que sabiam rezar pouco, mas depois de um tempo de interação, o pouco era engrandecido com relatos de curas realizadas. Já entre homens indicados pela comunidade, nenhum no primeiro contato se disse um *rezador*. Somente Seu Antonio Pedro, depois de alguns dias – creio que por causa de minha presença constante em sua casa –, afirmou que era *rezador*. A negação em ser *rezador* seria justificada pela tentativa de evitar uma consideração pejorativa.

Eu rezo, mas não gosto bem de reza, por causa que eu não queria ganhar esse nome de rezador. Sabe de uma coisa? Eu tenho cerimônia do pessoal, ta entendendo, eu tenho um modo diferente, eu tenho cerimônia de a pessoa chegar, e todo mundo reze neu aqui que eu tô com uma dor de dente, reze neu aqui que eu tô com isso, essa coisa, eu conheço, como que parece, eu tenho aquela cerimônia, não é bom a gente ganhar esse nome de rezador (SEU ANTÔNIO PEDRO, *rezador*, aldeia Oiticica)

Tomo como hipótese, para pensar a noção pejorativa de rezador, a episteme deste, cuja ação e caráter são ambíguos: ele pode tanto curar como provocar males. Segundo Dona

Naninha Bezerra, dois *mestres* lhe são apresentados, um bom e um ruim, podendo a escolha ser feita entre um deles ou ter os dois como auxiliares.

Eu vou contar uma história, de meu tempo mais velho, a história quase que se pensar é mentira, uma vez adoeceu uma irmã minha, mal com febre, dor de cabeça, sem paciência como quem tava doida, aí chegou um tio meu lá: que diabo que essa nega tem? Adoeceu, tá com febre, foi lá em Faustino, um farmacêutico, botou um remédio, bateu. “Que diabo nojento, não sabe que eu ainda tô vivo, tô ali em cima ali, porque não foram lá”, o velho Joaquim Amâncio. Aí espiou, me dá um defumador, encheu um guia, aí deu de fumador nela, de pé em cabeça enrolada numa rede, num frio que ninguém não agüentava, deu um defumador nela bem forte aí bem que enrolou ela, e deixa esse diabo morrer! Aí chamou o pai, saiu lá, bateu num borná umas cascas de pau, pisou, pisou pra lá pra cá, quando eu sei que pau era aquele da cor de um negócio desse, de um sabão desse aí. Aí, leva esse coité, dê a ela pra beber e o resto pra jogar bem longe, vai surgir mesmo pra uma dor de dente pra quem botou burundanga nela. Disse bem assim. Oxente, antigamente tinha esse negócio de feitiço, hoje o povo não cria mais... Mas acontece... Mas agora compadre, compadre Chico, agora foi você que jogou a pedra nos queixo de quem jogou essa burundanga, isso aqui é burundanga, isso é burundanga. Oxente, quando ela bebeu aquele negócio já foi moderando, já não sentiu mais aquela dor de cabeça, já não foi mais, já foi aquietando, aí ele foi por aqui assim choxi (sons). Isso aqui ela facilitou, isso aqui foi uma moia de cabelo que botaram no cupim, pra dar dor de cabeça. O véio descobriu. Mas não tem nada, logo vocês sabem da notícia, isso vai correr doido, o dente dele vai doer, ou ele ou ela, vai correr doido um bocado de dia. Oxente, mas foi dentro de poucos momentos que uma mulher ali em cima, que morava ali naquela encruzilhada, aquela Maria de Izidoro, essa mulher cantou, com uma dor de cabeça, pra lá onde tá ele. Ele disse: Ah! Já chegou? Cheguei. Ele disse: é uma pedra joguei outra. E ela ficava caçando o que era. Não, essa sua dor de cabeça sua só vai passar amanhã. Ô, eu vou morrer! Morre nada, não morre não. Você não vai dormir, você não vai dormir hoje não. Venha amanhã que eu rezo, hoje eu não vou rezar não. Aí ela voltou pra trás e caça rezador, e caça isso e aquilo outro. Quando foi no outro dia ela voltou de novo: Seu Joaquim, reze neu que eu não agüento não. Agora vou rezar. Aí pegou um galho de mato, encruzou na cabeça dela e botou a mão em riba, diz ele que não rezou nada, fiz qualquer coisa, aí ela ficou boinha. Aí foi em casa, quando chegou em casa já não vinha sentindo mais nada. Pegou uma galinha veio trazer. Cá, cá (risos), vou comer mais o povo doente lá embaixo, aí desceu com aquilo. E disse: coma a galinha na conta dela! Ela fez aquilo pensando que ia lhe matar, só que não matava não, mas que você ia ficar desorientada um bocado de dia ia. (SEU ANTÔNIO AMANSO, liderança, aldeia Boa Vista).

No relato é possível vislumbrar a duplicidade característica do *rezador*, que tanto curou a sofredora quanto provocou males à suposta provocadora do malefício, entretanto, este provocar males não está no sentido de realização gratuita, mas de retaliação ao malefício causado. Para o malefício causado, o narrador traz a categoria de *burundanga* – assim como a *zanga* referida anteriormente –, como ação intencional de provocar um mal a outrem. A alusão à noção de feitiçaria exposta em “Bruxaria, magia e oráculos entre os Azande” de Evans-Pritchard (1978) aparece como substrato para pensar a condição do *rezador*.

O autor fala da feitiçaria Zande como a ação de um ator, voluntária e consciente, de praticar um malefício sobre um outro. Entre os Atikum, a *zanga* ou *burundanga* pode ser realizada consciente ou transmitida inconscientemente. No caso relatado, a causa encontrada pelo *sabedor* foi o depósito de mechas de cabelo da vítima num cupinzeiro próximo à casa, num ato voluntário e consciente de quem provocou o malefício. Mesmo que seu Antônio Amanso afirme que há uma descrença quanto à realização de feitiços na atualidade, não raras foram as vezes em que fui aconselhada a enterrar meus cabelos, após penteá-los, embaixo de alguma árvore, ou acondicioná-los em algum local junto a meus pertences, como meio preventivo à ação negativa de outrem.

Geralmente sofrer de *zanga* está associado a sentimentos como a raiva ou inveja de alguém pela situação econômica, familiar e/ou afetiva da vítima, sendo que esta pode se manifestar corporalmente de diversas formas, como em dores abdominais, dores de cabeça, vômitos, febres e coceiras.

Para *zanga*, Seu Antônio Pedro (figura 2) recita a oração:

Com dois te botaram, com esses três ramos eu te tiro, quem tira não é eu não, quem tira é Santa Zabé, mandada de meu Senhor Jesus Cristo. Vai teu malvado pra junto das ondas do mar sagrado, que pra onde galo não canta, nem ovelha berra, nem gado não urra e nem gente fala e arretira com os poder de Deus e da Virgem Maria. (repete). Se foi no cabelo, que leve pra junto das ondas do mar sagrado, se foi no espíá, Deus leve junto nas ondas do mar sagrado, se foi no comer, Deus leve pras ondas do mar sagrado, se foi na qualidade, Deus que leve nas ondas do mar sagrado e se foi na alegria também Deus que leve pras ondas do mar sagrado.



Figura 2 – Seu Antônio Pedro rezando de *zanga*  
Fonte: arquivo da pesquisadora

Desta maneira, hipoteticamente – pois a categoria não foi exposta –, uma idéia de feiticeiro aliada à noção de provocar *zanga* ou *burundanga* pode ser atribuída à categoria de *rezador* que, como meio de auto-preservação, nega sua identidade, sendo esta uma das interpretações para o restrito número de *rezadores* na área. Há mais um fator sinalizado como responsável pela diminuição de *rezadores* e *rezadeiras*: o acesso facilitado a serviços e medicamentos biomédicos na comunidade, após a implantação das EMSI.

Creio que o fato da presença das EMSI na comunidade pode ser lido como fator que ajuda a compreender a diminuição da procura pelo tratamento realizado pelos *sabedores*, mas, do ponto de vista quantitativo do número de *sabedores* no grupo, algumas imbricações sígnicas são necessárias para interpretação. De fato, as EMSI foram implantadas na comunidade na década de 2000 e a última geração que pude encontrar como *rezadeiras* e *rezadores* tem entre 40 e 50 anos, o que supõe drasticamente, numa relação causal, que a presença da EMSI não possui qualquer imbricamento com o fato, mas seria flagrante a perspectiva reducionista e positivista a que estaria submetendo as interpretações locais.

Desta maneira, apontarei alguns elementos que considero emblemáticos e que possibilitam um olhar mais cuidadoso a respeito do caso. Não pretendo, entretanto, enveredar apenas por eventos que demarquem tal apreensão, mas também caminhar por alguns interstícios culturais que iluminem o sentido atribuído à presença/atuação das EMSI na comunidade.

Quando Dona Luísa diz que as “*coisas vão ficando mais fraco pra gente*”, refere-se ao número de *sabedores* ativos na área e também a uma idéia de fraqueza metafísica associada à constituição/permanência do atual aldeamento.

A noção de uma aldeia forte aldeia está relacionada ao período de identificação e demarcação da área indígena na década de 1940, quando muitos torés e *trabalhos fechados* eram realizados. O toré entre os Atikum, segundo Grunewald (1993) age como sinal diacrítico (BARTH, 1998) para o Serviço de Proteção ao Índio (SPI) para conferir uma identidade indígena aos grupos que o solicitavam como remanescentes de indígenas. No período de constituição da área indígena, as práticas rituais, em especial os torés, tinham que estar em evidência para o reconhecimento estatal.

A evidência dos torés, neste caso, não está exposta sob a égide de uma leitura funcional, em que estes eram realizados somente como um ensaio para quando o SPI fosse à área – numa relação utilitária –, mas no sentido de que a comunidade vivenciava a permanência dos *encantados* como forma a *levantar a aldeia*, isto é, a presença constante de

signos culturais, os *encantados*, na comunidade era mais do que necessária para a própria coesão do grupo política e cosmologicamente.

Os meses seguintes ao reconhecimento, pelo Estado, da comunidade como grupo indígena constituíram um período de muito trabalho na construção civil para os homens da comunidade, uma fase considerada como de fartura, de *empeleitada*, quando a aldeia estava muito forte. O que era reverenciado pela comunidade e pelo órgão estatal eram as práticas culturais do grupo.

As duas últimas décadas são tidas como de poucos *trabalhos fechados* e torés, e com um número substancial menor de *sabedores* atuando para o reordenamento cosmológico dos infortúnios sociais e individuais, a presença/atuação dos *encantados* conseqüentemente também diminuiu, visto que estes são os que protegem a área e realizam a cura por intermédio dos *sabedores*. Vale ressaltar também a transformação da fonte de provimento familiar, que passa da figura patriarcal para a feminina, com as atividades remuneradas pelos órgãos estatais, já relatadas em capítulo anterior. A idéia de força relacionada ao masculino e de fraqueza ao feminino alinhava a forma como as inter-relações são elaboradas na comunidade Atikum.

Tem-se, desta forma, uma relação com as instituições do Estado experienciada de forma distinta: uma, junto ao SPI, na qual os signos culturais são maximizados, outra, com a Fundação Nacional de Saúde (Funasa), em que as concepções locais não possuem um espaço de atuação senão privilegiado, mas de importância interventiva para a resolução de malefícios. Num período, a noção de força, o trabalho masculino, a quantidade de *sabedores*, presença dos *encantados* e reconhecimento do órgão nacional competente. Num segundo momento, a fraqueza da aldeia, a diminuição dos *sabedores*, o descaso do órgão estatal pelas práticas locais e a inversão das formas econômicas. A lógica da reza, neste sentido, mantém sua estreita ligação com a organização social, assim como a perspectiva com que a presença/atuação de órgãos nacionais realizada pela comunidade aparece como ressignificação da mesma ordem estrutural.

### 3.3 Os trabalhos fechados

São nos *trabalhos fechados* que os casos de enfermidades mais graves são passíveis de solução, assim como consultas aos *encantados* para resolução de conflitos e aflições sociais

ou simplesmente para manutenção da relação com os *mestres*. Aqui, tentarei apontar as principais características dos *trabalhos fechados*, assim como apresentar elementos da *ciência do índio*, cujos princípios cosmológicos da comunidade Atikum podem ser observados, assim como na reza anteriormente descrita. No trabalho de Grünewald (1993, 2002), o autor se refere à existência do Ouricuri – ritual com duração de três dias –, no entanto, em minha pesquisa de campo, nenhuma referência foi feita a este ritual.

Foi-me possível presenciar apenas dois *trabalhos*, em gentios<sup>52</sup> distintos. Durante a pesquisa, *trabalhos* na Pedra do Gentio – espaço ritual por excelência dos Atikum – foram realizados, no entanto, foi-me vetada a presença por questões de desavenças internas entre lideranças. A maioria dos *trabalhos* lá realizados durante a pesquisa de campo e aos quais não tive acesso, foi para pagamento de promessas feitas em outubro do ano anterior<sup>53</sup>.

A Pedra do Gentio é considerado o antigo abrigo de antepassados, *índios brabos ou bravios*, e local de morada dos *encantados*, concentrando, portanto, maior força metafísica para realização de *trabalhos*. Na Pedra do Gentio, os *trabalhos* geralmente são realizados com pouco público, devido à dimensão espacial onde ocorre o rito e também pela mítica que cerca o espaço. Segundo Seu Augusto, pajé, nem todos estão preparados para entrar na Pedra, podendo ocorrer transtornos sociais (como desavenças, doenças, e problemas financeiros) naqueles que entrarem sem as devidas precauções e preparações anteriores.

Que a gente dança dentro da pedra e de lá a gente sobe num corredor assim e de lá já sai um corredorzão, na frente tem um buraco, mesmo assim um buraco na pedra, a gente passa deitado assim pelo buraco pra pegar o outro corredor, só passa com lanterna de dia, aí na frente já tem uma pedra que tem o lugar de você pisar, é outra, duas pedra, uma grandona assim e essa outra aqui, se escorando nessa e uma pessoa lá em cima pega seu braço pra você acabar de subir. Lá em cima é um lajeiro que nem esse aqui, ali você se senta, ô que gostoso, se avista pra tudo o que é lugar, aí fica lindo, dança em cima desse lajeiro, tudo a gente faz, escuta assoveio dentro da pedra. Um dia nos fomos lá de noite com o chefe, mas menina! Era tanto assoveio, chega que estralava na pedra, pois é, aí a pessoa que foi com nós fala que vai pegar. Aqui hoje não, o bicho pega! Aqui eu só to vendo eu pra receber a barra, os outro recebe também, só que pra ajudar que eu sei só tem eu, os outros não vieram. (DONA MARIA, aldeia Oiticica).

Os *trabalhos fechados* (vide figuras 3 e 4) atualmente ocorrem mais aos sábados, visto a emblematicidade do dia de domingo como um dia de não trabalho, comumente chamado de dia santo, em conformidade com os preceitos do cristianismo, o que permite que as sessões

<sup>52</sup> Pequena casa, espaço no terreiro das casas ou locais previamente preparados para a realização dos ritos. Nele são realizados oferendas (velas, cachaça e fumo) aos *mestres*. Geralmente nos gentios particulares de *sabedores*, vários guias (cachimbos) e maracás estão dispostos em volta de um pequeno cruzeiro envolto de terçários do catolicismo.

<sup>53</sup> Como pagamento das promessas, na maioria dos casos, promete-se o canto de uma quantidade de linhas de toré, normalmente de dez a quinze linhas. Seu Augusto, pajé, orgulha-se de ter puxado sozinho vinte e três linhas de toré em fevereiro de 2005 como pagamento de sua promessa.

cheguem próximas à meia-noite, sem preocupações com afazeres, principalmente no trato com a roça, no dia seguinte. Eles também podem ser realizados às quartas-feiras. Anteriormente, segundo meus informantes, os *trabalhos* aconteciam somente neste dia da semana.

	
<p>Figura 3 – Gentio de Dona Naninha Bezerra, aldeia Sede. Na foto ela acende o guia invertido. Fonte: Arquivo da pesquisadora</p>	<p>Figura 4 – Gentio de Dona Naninha Bezerra, aldeia Sede. Ao lado do cruzeiro, guias de casca de jurema e de barro Fonte: Arquivo da pesquisadora</p>

Para plena realização deste *trabalho* são obrigatórias algumas prescrições e proibições, principalmente para quem coordena o *trabalho*, o *mestre*, e para o principal auxiliar, o *contramestre*. Àqueles que detêm seus *encantos* vão para trabalhar<sup>54</sup> ou *manter a corrente*<sup>55</sup>; estes também devem se manter com o *corpo limpo* três dias antes e três dias depois do ritual. Àqueles que se submeterão às técnicas de cura e demais participantes também se estendem as prescrições e proibições. A noção de limpeza está principalmente relacionada à comunhão realizada com a jurema, planta-divindade considerada como fonte da riqueza e sabedoria da *ciência do índio*.

Entre as prescrições está o banho com ervas como o angico (*Piptadenia sp*), aroeira (*Schinus terebenthifolius Raddi*) e alecrim (*Rosmarinum officinalis*). As proibições incluem relações sexuais, entrada de mulheres menstruadas ou em início de resguardo e ingestão de bebidas alcoólicas. Douglas (1976) aponta as noções de sujeira e limpeza prescritas nos rituais, relacionando aos conceitos de sujo uma noção de perigo à sacralidade dos ritos.

Eu uso seiva de alfazema, é um perfume que a gente pode usar, esse negócio de, mesmo assim a pessoa tem que ter condições de se valer da jurema, o camarada ser

<sup>54</sup> Incorporar os *mestres* e propiciar as consultas e curas aos presentes que assim o requererem. Estes atores são chamados de médiuns.

<sup>55</sup> A corrente são as pessoas que se mantêm nas sessões para realizar os *trabalhos*. *Manter a corrente* corresponde a uma total dedicação ao *trabalho* de cura que está sendo feito e /ou numa aceção mais simbólica a relação mantida dentro do *trabalho* com os *encantados*.

limpo, obedecer a jurema, quando vai pro trabalho tem que ir com limpeza, esse povo que é muito irresponsável, esse povo assim que não se zela, pessoa que anda... vai pro trabalho naqueles dias, não pode ta de adjunto com mulher, tem muita limpeza, esse pessoal que tem esse movimento de corrente, tem que respeitar a corrente. Corrente é uma coisa de segurança, é limpeza que a pessoa deve ter. (SEU ZÉ ANTÔNIO, *sabedor*, aldeia Oiticica).

Geralmente, os *trabalhos fechados* são marcados por algum motivo de enfermidade da família do requerente, tendo este já passado pelo tratamento do *rezador* e/ou *rezadeira* que indicou outro *sabedor*. Também são realizados a pedido de pessoas que tenham incertezas com relação a futuros negócios, relações afetivas, entre outros infortúnios imprevistos. Atualmente, alguns *sabedores* como Seu Zé Antônio relatam que só realizam *trabalhos* por motivo de doença, caso o enfermo já tenha passado pela avaliação biomédica e esteja, conforme suas palavras, *desacreditado*. Estas atitudes revelam a latente preocupação em relação à crença na eficácia da *ciência do índio*. Analogamente, apóio-me em Lévi-Strauss (2003) e seu texto “O feiticeiro e sua magia” para compreensão da insegurança do xamã, aqui *sabedor*, quanto à crença em suas práticas Para um indivíduo ser caracterizado como xamã, há de conceber

[...] a crença do feiticeiro na eficácia de suas técnicas; em seguida, a crença do doente que ele cura ou da vítima que ele persegue, no poder do próprio feiticeiro; finalmente a confiança e as exigências da opinião coletiva, que formam a cada instante uma espécie de campo de gravitação no seio do qual se definem as relações entre feiticeiro e aqueles que ele enfeitiça (ID., IBID., p. 194 e 195).

Para a realização dos *trabalhos fechados*, um dia antes ou no mesmo dia em que este ocorrerá, o *mestre* ou o *contramestre* fará o corte da casca da raiz ou do tronco do pé de jurema, visando prepará-la para o rito. São o *mestre* e o *contramestre* que conduzem todas as partes do rito, desde o corte da jurema até a dinâmica dos *trabalhos fechados*. Geralmente as duplas se mantêm para realização de vários *trabalhos* e não tive conhecimento de uma mulher ocupando os papéis de *mestre* e *contramestre*. Aos dois também fica a responsabilidade do canto das linhas de toré<sup>56</sup>, com o revezamento quando um cansa de cantar.

Na maioria das vezes, os atores designados como *mestre* e *contramestre* já possuíam algum tipo de conhecimento para cura antes de se tornarem orquestradores dos *trabalhos fechados*. Para executar os *trabalhos* e funções de *mestre* e *contramestre*, como o corte da jurema, por exemplo, é necessário obter uma licença dos *encantados*. Estes podem entrar em

<sup>56</sup> No canto das linhas de toré, as mulheres exercem o papel de coro. Enquanto os homens mantêm o tom grave nos versos, as mulheres produzem o agudo nos refrões.

contato em sonhos ou através de médiuns incorporados em outros *trabalhos*, concedendo aos iniciantes a permissão para realizar os *trabalhos fechados*.

Retornando ao corte da jurema, ela é retirada no início da manhã ou no fim da tarde e não é permitido o corte integral do pé, pois mataria a planta. Normalmente, poucos conhecem onde é realizada a coleta e o espaço em que as plantas se encontram é de pouca circulação humana. Não pude acompanhar o corte da jurema, mas deixo antever a descrição de Grünewald:

Para extrair a casca, deve-se seguir alguns preceitos: levar o cachimbo, pedir licença ao Rei Jurema, rezar e fazer pedido – tudo isso sem cruzar, em momento algum, as cascas extraídas, que devem ser pisadas (geralmente colocadas sob uma pedra, são maceradas com outra pedra) e espremidas. Por fim, deve-se fazer um despacho. Acrescenta-se à jurema, a fim de se fazer a beberagem, apenas um pouco de água (2002, p. 114).

Também são necessárias as coletas de maracujá silvestre (*Passiflora sp*), chamado de *maracujá do mato*, a fim de preparar um poncho, e de mel, especificamente de espécies de abelha sem ferrão<sup>57</sup>, para serem servidos no *trabalho*. De maneira a exemplificar, relatarei um dos *trabalhos* que presenciei<sup>58</sup>.

O *trabalho* foi marcado para as 19h, num gentio particular, mas teve seu início perto das 20h devido à preparação do espaço com instrumentos rituais: aribé (cuia de barro que também pode ser de cabaça) de jurema, uma cuia ao lado para servir a jurema, maços de vela, guias (cachimbo), pacotes de tabaco, apito, garrafa com poncho de maracujá, pote de mel, terçarios e água, todos dispostos no centro. Todos os participantes entram no gentio, sendo que *mestre*, *contramestre* e médiuns se reúnem em volta dos instrumentos rituais, formando um círculo. Os demais se dispõem aleatoriamente pelo gentio<sup>59</sup>. Todos que estão no círculo possuem maracás e os colocam a sua frente. Neste momento estão todos sentados e descalços, com *mestre* e *contramestre* à frente do aribé de jurema. A porta é fechada pelo *contramestre* como meio de evitar contágio e/ou perigo de contato entre os planos<sup>60</sup>. A porta pode ser aberta para entrada e saída dos participantes, mas não pode permanecer desta maneira. O *mestre* pede ao *contramestre* que encruze a jurema com o guia. Sem o perfeito encruzamento, o trabalho não pode iniciar. Encruzar a jurema se configura como o sopro de fumaça do guia fumado ao contrário (invertido), formando uma cruz na superfície da bebida.

<sup>57</sup> Entre as espécies de abelhas, a cupira e a manda-saia costuma ter seu mel utilizado pelos Atikum.

<sup>58</sup> A pedido do *sabedor*, não citarei nenhum nome dos presentes no trabalho.

<sup>59</sup> Mesmo sendo uma iniciante nos *trabalhos fechados* e não-indígena, fui convidada a participar do círculo, pois o *mestre* em momento anterior havia diagnosticado que eu tinha *corrente* (possibilidade de incorporação de um *encantado*) e seria um bom momento para descobrir qual era e talvez iniciar o tratamento de limpeza.

<sup>60</sup> Quanto à evitação de contágio e profanação do sagrado, ver Douglas (1976).

Enquanto a jurema encruzada fica em descanso, os participantes do círculo acendem velas a sua frente, fazendo pedidos ou agradecimentos em silêncio. As velas são chamadas de *ponto* e recomenda-se que não devam ser fixadas no chão com sua cera, mas deixadas em pé sem nenhum artifício que as prenda, assim como não podem ser acesas com isqueiros, apenas com fósforos ou na chama de um *ponto* já aceso. Depois, qualquer participante que necessite de auxílio ou queira fazer um agradecimento aos *encantados* pode se direcionar ao centro e acender seu ponto, colocando-o de forma que preencha o círculo já existente. São recolhidas as cinzas da jurema encruzada pelo *contramestre* através de uma cuia, num movimento de baixo para cima e da direita para a esquerda. A cuia com as cinzas é colocada num canto do gentio, à direita do aribé de jurema.

O *mestre* faz uma oração em voz alta – que não pode ser gravada – e, ao término, faz-se o sinal da cruz e os maracás são agitados unissonamente. Começam a ser cantadas as linhas. Depois de uma série de seis linhas, a sétima é recitada com os dizeres: “Quem bebe, bebe, bebendo, aonde está a ciência do meu vinho<sup>61</sup>”. É o momento para a jurema ser servida, com linha sendo entoada até que todos tenham bebido. Quem serve é o *contramestre*, que primeiro oferece ao *mestre* e depois toma a sua cuia, servindo em seguida aos participantes do círculo, sempre à direita.

Que nós não resolve nada à esquerda, trabalho do índio ele é limpo, ele é à direita. O trabalho do índio não tem esse negócio de feitiçaria do índio, a esquerda é negócio do mal, não dá, nós tem tratado do pessoal com responsabilidade, pra mode ficar um negócio bonito pra Deus (SEU ZÉ ANTÔNIO, *sabedor*, aldeia Oiticica)

O público<sup>62</sup> também é convidado a tomar a jurema, dispondo-se à direita do *contramestre*. Após todos terem bebido, alguns acendem seus guias, na posição invertida, provocando uma nuvem de fumaça no gentio, e as linhas continuam a ser cantadas. Em poucos instantes, alguns médiuns e participantes já dançam em volta do círculo de *pontos*, marcando o compasso das linhas com pisadas no chão de terra batida e com os maracás, na seguinte disposição: *mestre*, *contramestre*, homens adultos, mulheres adultas, adolescentes e crianças. Ao final de cada linha cantada, louvações e saudações são feitas a santos católicos e *encantados*, como por exemplo:

Salve Nosso Senhor Jesus Cristo! – fala o *mestre*.  
Para sempre seja louvado! – respondem os participantes.  
Viva os encantados de luz! Viva Dona Jandainha!

<sup>61</sup> Referência à jurema, o vinho da jurema.

<sup>62</sup> Nos *trabalhos* que participei o público consistia em membros da comunidade que foram em busca de cura e outros que iam para observar a sessão.

Viva Mãe Rainha! Viva Cosme e Damião! Viva Rei Juremá!

A cada “Viva!” pronunciado pelo mestre, os participantes respondem com um “Viva!” e chacoalham os maracás. Aos poucos, os transe vão acontecendo. Quando ocorridos em mulheres, os cabelos são soltos. Alguns *encantados* baixam apenas para saudar os presentes e cantar linhas, deixando os médiuns em um período curto de transe, enquanto outros permanecem mais tempo prestando consultas. Os *encantados* mais presentes são: *Mestre Atikum*, *Rei Salomão*, *Caboclo Sete Pena*, *Mestre das Matas* e *Rei Juremá*, entidades reconhecidas por seu poder de cura.

Aqueles que querem se consultar são levados até o *encantado*, que é retirado do círculo para um canto do gentio, enquanto os demais continuam cantando e dançando, geralmente linhas devotadas ao *encantado* presente. Neste *trabalho*, três *encantados* foram consultores, em momentos distintos. Durante todo o *trabalho*, o ambiente é descontraído entre os participantes que não estão no círculo, com conversas e risos discretos.

Quando o *encantado* deseja se retirar do *trabalho*, geralmente ele se dirige ao círculo, mas também pode ocorrer fora dele. As manifestações de *subida do encantado* são movimentos bruscos, como pequenos tropeços, acompanhados de passos para trás. Uma pessoa se posiciona atrás do médium a fim de evitar que este caia, enquanto o médium emite sons e sopros como num processo de descarga, de esvaziamento corporal. Distinto da maioria dos sistemas xamânicos indígenas na América do Sul, não é o xamã que viaja pelo plano das entidades sócio-espirituais<sup>63</sup>, mas, os *encantados* que transitam pelos planos, configurando desta forma, mais um transe por incorporação.

O *trabalho* termina com o fechamento da corrente e mais uma oração é recitada pelo *mestre*, com todos os participantes sentados, menos o *mestre*. Novamente se faz o sinal da cruz e agitam-se os maracás. Enquanto os participantes conversam sobre os acontecimentos do *trabalho* ou sobre outros assuntos, o *contramestre* pega a cuia com cinza de jurema e vai para o exterior do gentio, na mata, fazer o despacho.

Grünwald (2002) também faz uma descrição de um *trabalho fechado*, com algumas diferenças do aqui descrito, como a saída de *mestre* e *contramestre* para despacho no início do trabalho, beberagem da jurema antes de qualquer linha ser cantada e técnicas de diagnóstico, através da leitura da forma de cera de vela em pratos de água, realizada pelo médium. No entanto, o conteúdo ritual não apresenta diferenças. O autor ainda comenta que a estrutura

<sup>63</sup> Para viagens xamânicas ver Fausto (2001), Carvalho (2000) e Viveiros de Castro (2002).

ritual dos *trabalhos fechados* se assemelha aos ritos do catimbó descritos por Câmara Cascudo em 1979, Sangirardi Jr. em 1983 e por Carlos Estevão de Oliveira em 1942.

Em todo caso, a similaridade entre a descrição feita e a realizada por Grünewald (2002) está na centralidade da jurema, suas disposições e consumo. Para análise sobre a *ciência do índio* Atikum, a estrutura ritual indefere, importando neste momento o conteúdo e as premissas de conhecimentos compartilhados pelo grupo, neste caso, as atribuições em relação à jurema, que é tida como o expoente da *ciência do índio*. Nos *trabalhos*, ela representa o sangue de Cristo, como um elemento transubstanciado, de caráter de comungo na comunidade.

Nascimento (1994) destaca o princípio comum do uso da jurema nos rituais dos povos indígenas nordestinos, assim como Reesink (2002) aponta a importância histórica da espécie no nordeste. Para autores como Mota (1987) e Mota de Barros (1990), os diversos rituais que congregam o uso sagrado da espécie podem ser sinalizados como o “complexo da jurema” (MOTA e BARROS, 1990, p. 171). Sobre a atribuição psicoativa da espécie,

[...] os aspectos simbólicos da utilização do vinho, nos diferentes contextos em que ele é ingerido, não podem ser reduzidos aos efeitos puramente farmacológicos. A ação somática é, inclusive, reconhecida pelos usuários. Os efeitos decorrentes desta ingestão são induzidos mais culturalmente do que fisiologicamente, embora a resposta fisiológica não deva ser ignorada. No entanto, a experiência da tomada da bebida “sagrada” é socialmente compartilhada e simbolicamente produzida (BARROS E MOTA, 1988, p. 7 *apud* CAMARGO, 2002, p. 163).

Grünewald contrapõe-se à idéia de placebo cultural defendida por Mota (1987) e pensa a jurema como espécie enteógena, compreendida como

[...] o advento de Deus no homem. Ao contrário de alucinógeno, capaz de produzir apenas alteração de percepção (ou de consciência) quimicamente, somente o enteógeno seria capaz de promover comunhão e êxtases (GRÜNEWALD, 2002, p.102).

Albuquerque (2002) cita 23 espécies conhecidas pelo vernáculo de jurema, entre elas a *Mimosa hostilis* Benth, a jurema-preta, espécie mais utilizada pelos Atikum.

Agora gente que não é de responsabilidade não pode, porque pega o trabalho e no fim se desata e não tem condições. É limpo o trabalho, é fino, é de fineza, a jurema, a dona da ciência é a jurema. De todo trabalho indígena, mas que a jurema sempre tá pelo meio, após é... É a dona da ciência [...] (SEU ANTÔNIO PEDRO, *rezador*, aldeia Oiticica).

Pra mim é uma grande coisa, pra mim o vinho anjúca é um... grande mistério, a jurema, porque todos os segredos tá na jurema, agora que só sabe Deus e eles (SEU AUGUSTO, pajé, aldeia Sede).

Assim como entre os *encantados*, as atribuições da jurema são mantidas sob sigilo,

Esse caso dos encantados, ele é segredo. É segredo porque nem eu entendo, é um segredo. Por que o caso dos encantados é um ponto muito fino. Dizem os mais velhos que me contaram que quando o... Esse caso da jurema, esse caso de serviço encantado aí um segredo tão finíssimo que acho que quando Deus entrou nesse trabalho... (pausa grande) com o segredo (SEU AUGUSTO, pajé, aldeia Sede).

A restrição aos conhecimentos sobre a jurema e os *encantados* ganha ênfase através da expressão *ponto fino*, numa alusão à delicadeza do saber e ao status de conhecimento na *ciência do índio*. Em entrevista realizada em 25 de fevereiro de 2006, Seu Augusto me relata:

Georgia: Não é todo mundo que bebe a jurema e sabe o segredo...

Seu Augusto: É nada. Não é pra todo mundo não. É ponto fino como eu tava dizendo. Nem eu não sei.

Georgia: Mas todo mundo pode beber?

Seu Augusto: Não, não todo mundo. Que diz assim na linha: “A jurema de caboclo ela é doce que só mel, quem não sabe beber ela, amarga que só fel”. Pra quem não sabe beber, tá visto que é um ponto fino! Né? Eu não sei contar muitas coisas desse serviço, e eu acho que nem quem sabe... Sabe contar.

Grünewald (2002, 2004) aponta que nem sempre o segredo escamoteia alguma informação, que sua eficácia está em simplesmente existir um segredo, independente do conteúdo, definindo posições de alteridade. Estas elaborações de alteridade se planificam tanto no interior da comunidade quanto nas relações estabelecidas entre indígenas e não-indígenas.

Neste jogo simbólico entre nós/eles, os *trabalhos fechados* centrados na jurema demarcam o que é de propriedade – e propriamente – indígena do não-indígena. No entanto, alguns *trabalhos* realizados também com uso da jurema utilizam outros elementos, como a cachaça. Para muitos *sabedores*, um *trabalho* com cachaça não pode ser considerado de tradição indígena – mesmo que a cachaça seja considerada produto de cura, tal qual o poncho de maracujá ou a jurema –, pois atrai entidades de baixo fluxo energético, isto é, entidades ruins. Nos *trabalhos* de Seu Zé Antônio, por exemplo, usa-se a cachaça misturada ao alho, esta é a *cura*. Numa panela se esmagam quatro dentes de alho e aproximadamente três copos de cachaça, põe-se fogo dentro da panela (tipo flambagem) para retirada do álcool e está feita a cura. A cachaça pura só é servida ao médium quando está *enramado*, se o *encanto* assim solicitar. Aos participantes dos *trabalhos*, apenas a cura é servida.

Durante os *trabalhos*, quem necessite pode pedir um pouco da cura. Seu Zé Antônio admite que utiliza duas *correntes* em seus *trabalhos*, por isso o uso do álcool. A linha da

jurema e a linha da umbanda são de seu domínio, mas utiliza a linha de umbanda quando percebe que as questões são de difícil solução. Paradoxalmente, ele afirma que seu trabalho segue a linha da *ciência do índio*.

[...] eu trabalho um pouco da corrente umbanda, a corrente umbanda essa pega essa corrente Zé Pilintra, mas meu trabalho é a jurema e os mestres da jurema. [...] Tem aquele movimento, que tem um guia que trabalha aí no mundo, esse guia ele é, ele chama o Zé Pilintra, esse Zé Pilintra, ele trabalha no mundo inteiro, ele luta em todas as aldeias, esse aí, quando mistura com álcool, mas que ele é curador, tem o Zé Pilintra, ele é um paraibano, ele é bagunceiro, e tem um Zé Pilintra, e o Zé Anagô, chama-se Zé Anagô, esse é o curador. Aí ele chega e já chega enganando, isso aqui, é Zé Pilintra, não é Zé Pilintra é Zé Filintra, o paraibano, aquilo é bagunceiro, muitas coisa muita mal feita que ele faz. Zé Anagô, é curador, é curador e é de confiança (SEU ZÉ ANTÔNIO, *sabedor*, aldeia Oiticica).

Porque esse serviço não se bráia com corrente branca, xangô, catimbó, mesa branca, serviço de índio é inocente, somos inocente, sabe o que é? Não se bráia com esse outro tipo de serviço, nós somos um inocente. É ponto fino. Tudo só fala em Deus, em Padim Ciço, nos encantado de luz, é sim. Não é nada de mal, é só bem. Ta visto que é tão finíssimo, é como eu tô dizendo a vós micê, esse serviço nosso não se bráia com esse outro serviço de... de... mesa branca, corrente branca, xangô essas coisa, não tem nada a ver, não pode se bráiar. Até mesmo nossas linhas não pode se bráiar com esse negócio de xangô (SEU AUGUSTO, pajé, aldeia Sede).

Conforme explicitado acima, distinguir os *trabalhos fechados* da tradição indígena de outras linhas ou *braiados* é uma forma de alterização dentro e fora da própria comunidade.

A noção de limpeza e fineza remete às noções de purificação e separação de algo concebido como sujo e de fora da *ciência do índio*. Seu Augusto apresenta a idéia de uma inocência característica dos trabalhos indígenas, retificando o caráter despoluído e pacífico da *ciência do índio*. Seja referente aos *trabalhos* ou aos *encantados*, este modelo de oposição entre sujo/limpo corresponde à forma como os Atikum concebem as condições rituais e também suas relações sociais. Sobre esta questão, Douglas (1976, p. 14) afirma que, “ao examinarmos crenças de poluição descobrimos que os tipos de contacto tidos como perigosos também carregam carga simbólica. Este é o nível mais interessante no qual as idéias de poluição se relacionam com a vida social”.

Além da demarcação de identidade que a idéia de uma tradição indígena traz em relação aos *trabalhos fechados* sem fusões com outras *correntes*, a condição de exterioridade a que estas práticas estão submetidas também podem ser analisadas à luz de uma reconstrução histórica, a saber, a perseguição dos grupos de catimbó nos sertões nordestinos e a conotação

pejorativa a que o termo *catimbozeiro* ganhou no início do século XX na região<sup>64</sup>. Ao *catimbó* são vinculadas idéias de feitiçaria, magia – mais chamado de *trabalho às esquerdas*.

[...] teve um que ele fez assim, ele trabalhava mais eu, diretamente, eu botava ele pra fazer a jurema e dá a jurema mais eu o pessoal, mas quem dava, era o responsável da jurema, ele fazia e eu... Ia voltando, à esquerda, às avessas. A direita é rodar, eu sei que nos roda a direita assim, nosso trabalho é todo assim e ele ia dando assim, errado, eu quando dei fé, o rapaz não faça isso, eu senti aquilo, não faça isso. Compadre Antonio Pedro tava junto, ele ainda se lembra disso, não faça isso não, que tá errado, nosso negócio não é a esquerda não, é a direita. Nós começa a dar a jurema aqui e ele ia voltando assim, voltando, quando ele ia voltando eu dei fé né, reclamei um pouquinho, mas só fiz dizer, não faça isso [...] que nós não resolve nada à esquerda, trabalho do índio ele é limpo, ele é a direita o trabalho do índio, não tem esse negócio de feitiçaria do índio, a esquerda é negócio do mal, é de *catimbozeiro*, não dá, nós tem tratado do pessoal com responsabilidade [...] (SEU ZÉ ANTÔNIO, *sabedor*, aldeia Oiticica).

As noções opositivas de sujeira e limpeza, esquerda e direita, bom e mau, são as características estruturais onde se elaboram os rituais e se atualizam as premissas de alteridade no interior da comunidade, assim como embasam o que chamei de o modo de compreensão do mundo e a ação sobre ele da comunidade Atikum.

### 3.2 O pajé

O pajé é uma categoria que apresenta dois sentidos distintos na comunidade Atikum. Primeiro é considerado como líder dos ritos religiosos, em especial os torés realizados nos cruzeiros espalhados pela comunidade ou na Mata do Tambor, gentio de responsabilidade de Seu Augusto, atual pajé. Seu Augusto explica o que é ser e quais as atribuições do pajé:

É fazer remédio, é dançar toré, é conselheiro. Pajé é conselheiro mesmo. Pajé como se diz, é um conselheiro de tribo, da comunidade sempre é o pajé... É que pode ensinar remédio, é quem pode dar conselho, graças a Deus eu sou uma pessoa que não tenho inimizade com ninguém, eu não tenho um intrigado aqui, e graças a Deus sempre tenho o respeito que o pessoal sempre me respeita.

Além das características apontadas por Seu Augusto para se tornar um pajé, entre os Atikum, a principal é conhecer um repertório diversificado de linhas de toré, entre elas as

<sup>64</sup> Para o *catimbó*, ver Cascudo (1978). Souza (2004) relata rapidamente as acusações de *catimbozeiro* entre os Xucuru.

linhas de antigos pajés ou de *sabedores*. Também é necessário que o futuro pajé tenha uma relação intrínseca com os *encantados* para poder receber oniricamente novas linhas.

Muito preocupa Seu Augusto a inviabilidade de um sucessor, pois não há muitos que saibam uma quantidade de linhas que suporte um toré de muitas horas. Outro fator que o deixa intrigado é quanto à responsabilidade para com os *encantados*, no sentido de manter ativos os torés na área e de cumprir as obrigações para a realização de um *trabalho fechado*, como o corte da jurema.

Tem deles aí que sabe cantar, sabe dançar, agora que não sei se faz como eu faço. Porque aí quando o pajé mais velho, compadre Alcindo, só entregava só se fosse a eu, que eu mantinha a responsabilidade, porque todo mundo já vê meu movimento como é, meu serviço como é toda vida nunca desprezei, mas eles não sabe ir num pé de jurema, arrancar uma jurema, pedir, fazer o peditório pra aquela jurema, pisar ela, preparar, encruzar, dá pra beber, aí a gente tem que ensinar (SEU AUGUSTO, pajé).

O outro sentido atribuído à categoria pajé é a sua característica eminentemente política dentro da comunidade. Para Seu Augusto, ser pajé é exercer um cargo, no sentido burocrático do termo. Tanto o pajé quanto o cacique são eleitos em pleito realizado pelos Conselhos Locais de Saúde. É a segunda vez que Seu Augusto é pajé; a primeira foi em 1992, mas entregou cargo (sic) por motivos de desconfiança de outras lideranças.

Quando perguntado sobre como se tornou pajé, Seu Augusto responde:

Aí... foi no tempo que Abdon entrou como cacique e disse que queria que eu entrasse como pajé. Aí Alcindo disse que só entregava o cargo se fosse a eu. Por causa da responsabilidade que eu dava, tomava de conta e dava. Aí como de fato eu entrei... aí fiquemo fiquemo... fui pra Brasília mais Ézio, quando cheguei fiquei desgostoso, porque nos sofremos... de Brasília pra cá nós comemos uma vez. Foi. O negócio era fraco mesmo, não tinha condição. Aí quando eu cheguei, aí nós fizemos a reunião e soube deles que ouviram dizer que nós andava era passeando. Aí me desgostei e caí fora do cargo de pajé, na reunião entreguei e aí Zé de Branquinho entrou. Ficou... ficou... quando agora esse ano, tá dentro de dois anos, tá entrando pra três anos agora como pajé de novo.

Em 2003 foi novamente empossado, requerido pela comunidade como homem de respeito e de responsabilidade para ser pajé.

Quando Seu Augusto fala que uma das características de ser pajé é ser conselheiro, percebo duas conotações. Ser conselheiro corresponde a prestar auxílio para resolução de questões individuais, desafetos, por exemplo, entre outros eventos que aflijam alguém. Numa outra perspectiva, ser conselheiro é ocupar um lugar cativo no Conselho Local de Saúde. Em todas as reuniões estaduais de saúde mais importantes, Seu Augusto esteve presente, às vezes

a contragosto. Quanto a ser um conselheiro do ponto de vista individual, creio que a busca pela ajuda de Seu Augusto pertence a uma ordem personalista, não por ser um pajé, mas por responder coerentemente à etiqueta das relações de compadrio<sup>65</sup> que o indivíduo Augusto representa.

Vale ressaltar que a categoria pajé, assim como cacique, responde ao que Oliveira (1998) destaca como construção de uma “indianidade” pelos órgãos oficiais, a saber, no caso de Atikum, em 1949 com a atuação do SPI.

Em função do reconhecimento de sua condição de índios por parte do organismo competente, um grupo indígena específico recebe do Estado proteção oficial. A forma típica dessa atuação/presença acarreta o surgimento de determinadas relações econômicas e políticas, que se repetem junto a muitos grupos [...] Desse conjunto de regularidades decorre um modo de ser característico de grupos indígenas assistidos pelo órgão tutor, modo de ser que eu poderia chamar de indianidade para distinguir do modo de vida resultante do arbitrário cultural de cada um (ID., IBID., p. 14).

O Estado, algumas vezes, criou recursos legais ou os famosos critérios de indianidade para definir quem é ou não índio, numa elaboração de cunho homogenizador e pautado sobre concepções evolucionistas. Carneiro da Cunha (1985) analisa os Artigos 3º e 4º da Lei 6.001/73 que atribuem critérios de indianidade e afirma que as definições são equivocadas e pecam do ponto de vista antropológico, pois utiliza de critérios como raça- origem e ascendência pré-colombiana - e traços culturais - membro do grupo étnico de características culturais que se distinguem da sociedade nacional. Do prisma da cultura é um critério que não admite a dinâmica das sociedades, impondo que se disponha das mesmas técnicas, valores e língua que não são de mesmo uso dos antepassados. Para a autora a única forma de identidade é a auto-identificação e a identificação dos “outros” pares.

Mesmo que pajé corresponda a uma categoria de cunho político, cujos pressupostos como líder de ritos foram adequados como prática do grupo em resposta às concepções do Estado sobre uma sociedade indígena, ela reserva certos atributos que devem ser respeitados e ordenadamente cumpridos, como o conhecimento das linhas e da ordem cosmológica da comunidade.

---

<sup>65</sup> Forma de organização social da comunidade Atikum, que será descrita com maior proficiência no próximo capítulo.

### 3.3 O *curador*

A categoria de *curador* tem uma importância salutar neste trabalho, pois atualmente ele é tido como um personagem que não é mais encontrado na comunidade. Considerando as análises anteriores em torno da negação prévia da identidade de *rezador*, aciono tal estratégia para compreender também a “inexistência” atual dos *curadores*. Compreendo *curador* como aquele que cura de picada de cobras. Mas, o que me faz considerar que tal *sabedor* também pode passar por uma condição de negação além do tipo de prática dominada, é a estrutura ritual de sua técnica.

Como não foi possível conhecer nenhum *curador*, muito menos presenciar uma cura para descrição etnográfica, embora a recorrência de relatos sobre a atuação deste ator tenha sido intensa durante a pesquisa, condensei algumas informações que substanciam a hipótese acima.

Porque quando a cobra mordida, ele ia pra casa do curador, e hoje em dia como não tem, mandam ir tomar o soro, não precisava ir, eles rezavam e era uma cura perfeita porque tinha deles que dizia, eu curo hoje e pode ir pra rua, não tinha nada a ver, o cabra ia pra rua e pronto (DONA LUÍSA, aldeia Boa Vista, Serra do Jacaré).

Na disposição hierárquica dos *sabedores da “medicina indígena Atikum”*, o *curador* possui maior poder de cura, o que explica que somente homens podem ser *curadores*, visto que a reza de picada de cobra é considerada a mais difícil, exigindo um maior poder para a resolução. Como os homens são os que detêm força maior para cura, pressupõe-se que as mulheres não têm suficiente força imanente para dominar tal técnica. Alguns já falecidos, como Seu João Conrado e Seu Antônio Ginho, são reconhecidos como grandes *curadores* da comunidade. Creio ser importante relatar que a hierarquia das categorias de *sabedores* tem papel fundamental na elaboração do cosmos Atikum, mas que, no cotidiano, as relações se baseiam mais entre indivíduos (parentesco, proximidade entre as casas, maior conhecimento da enfermidade) do que pela pequena disposição hierárquica.

O que torna difícil a exposição sobre os *curadores* é o pouco contato que os pacientes tinham com o desenvolvimento da prática em si. Segundo meus interlocutores, não era permitida a visualização do que era feito, pois os *curadores* se dirigiam para fora de suas casas, mas se acredita que o principal procedimento era reza. Outro ponto que intriga os pacientes é que o atendimento sempre era feito na casa dos *curadores*, fazendo com que quem

fosse picado se deslocasse até a casa de um *curador*, já que não deveria ser assistido em sua própria casa. O fato de a casa do *curador* ser o espaço onde a prática ocorria gera uma série de hipóteses sobre o que era realizado, o uso de instrumentos e as incorporações, já que não se tinha acesso aos procedimentos rituais. Ao mesmo tempo em que o desconhecimento sobre os modos de promover a cura do *curador* se apresenta sem muitos detalhes descritivos, os relatos são extremamente interessantes do ponto de vista do universo cosmológico Atikum. Eles revelam que os *encantados* participam ativamente das considerações acerca da cura e a eficácia do *curador* não é posta em risco, mesmo não sendo possível a observação da prática. A experiência do corpo saudável após a cura surge como chave para o reconhecimento do *curador*.

Que a gente quando chegava lá eles só olhava e saía pra fora da casa... rezava. Mas não rezava pra ninguém vê não, eles fazia a devoção deles pra lá. Se agora só rezava, se tinha esses encanto, ninguém sabe não, e era uma dor medonha, a perna dura e uma dor de cabeça. Entrou pra lá, não foi curado nem uma vez, ele agora ele tá curado, amanhã ele acorda desinchado, vai parar de botar sangue. Dito e feito. Também quando foi tantas horas, também já foi parando, quando foi de noite eu já caminhava pra todo canto dentro do rancho, aí ele disse que eu podia ir pra casa, eu já desinquietei [...] era assim, aí ele diz quando você chegar lá já tá assim, assim, você vai quando você chega lá, tá do mesmo jeitinho. Do jeito que você chega lá, já tá do mesmo jeitinho, ele diz assim... assim, mais melhor, do jeito que ele disser, chega lá e acha, por causa disso assim é que deve ter esse serviço encantado (SEU ANTÔNIO AMANSO, aldeia Boa Vista, Serra do Jacaré).

O processo terapêutico é avaliado pelas pessoas atendidas a partir da concomitância entre as situações que elas irão vivenciar e aquelas informadas pelo *curador*.) Após a saída do paciente de sua casa, o *curador* traça um itinerário dos sinais corporais que corresponde ao que é vivenciado. Desta maneira, o que importa para a avaliação não é a técnica empregada, mas a experiência proporcionada.

Creio que o *curador* possa ter um papel importante nos segredos da *ciência do índio*, pois em nenhum momento obtive relatos densos e concisos sobre eles, mas somente pequenas revelações sobre o caráter misterioso destes personagens, além da característica sempre referida de homens de grande poder.

O poder de cura entre os *rezadores* e *rezadeiras*, conhecimento também compartilhado entre os *curadores*, advém de uma relação intrínseca de aprendizagem junto aos *encantados*.

Hipoteticamente, se o *curador* detém maior força e maior poder, a possibilidade de uma relação mais intensa entre curador e *encantados* pode ser admitida. Talvez o *curador* possa estabelecer relações com *encantados* mais poderosos do panteão cosmogônico da

comunidade. Claro que para tal hipótese ser validada, um dos pressupostos é a existência de uma hierarquia entre *encantados*.

Assim como os *rezadores*, o *curador* também pode agir em retaliação a algum malefício provocado inconsciente ou conscientemente, atingindo aquele que provocou o infortúnio, podendo estar a sua prática aliada a uma noção de feitiçaria. A condição de dubiedade de caráter se apresenta como uma das possibilidades interpretativas para a inexistência relatada pela comunidade de *curadores* na área Atikum.

Para manter a ordem entre os planos de existência, a terra e o Reino do Juremá, comunidade e *encantados* estabelecem relações de “prestações sociais”. Acender velas, ofertar fumo e cachaça, caso seja do gosto do *mestre*, e orações constituem o arsenal de obrigações realizadas por indivíduos que tenham *encantados* como guias espirituais. Mas é na figura dos *sabedores* que a obrigatoriedade em ofertar se dá de maneira mais intensa, pois a responsabilidade dos *sabedores* em relação aos *mestres* está planificada no poder de cura que os *mestres* atribuem aos *sabedores*. O *mestre* ensina o *sabedor* e media a cura realizada por ele.

As curas realizadas por *rezadeiras* e *rezadores* não pode ser cobrada, pois quem cura é o mestre. Em contrapartida, pode ser verificada uma relação de “prestação social”, o *agrado*.

O *agrado* é uma retribuição pelo trabalho prestado pelo *rezador/rezadeira* e não pode envolver dinheiro. Geralmente são utilizados, na transação, alimentos, objetos de uso pessoal, fornecimento de ajuda nos roçados, entre outros préstimos. Esta é uma relação que se dá entre paciente e *rezador* e *rezadeira*. O *agrado* não é obrigatório, mas faz parte das regras de convivência entre *sabedores* e comunidade, assim como o *sabedor* não pode negar atendimento, mas o faz a contragosto caso um *agrado* posterior não tenha sido feito pelo paciente em retorno. Uma aliança, para futuros atendimentos, pode se estabelecer entre paciente e *sabedor* na medida em que o *agrado* é realizado.

O paciente também pode fazer um *agrado* ao *mestre*, com os eventuais objetos ofertados já descritos (velas, fumo, cachaça). Entre *sabedor*, paciente e *mestre* a cura é o laço que os une. O *mestre* oferece o dom de curar ao *sabedor*, o *sabedor* exerce o poder da cura e o paciente vivencia a cura. Após a cura, o paciente oferece velas, cachaça e fumo ao *mestre* e algum *agrado* ao *sabedor*. Este, por sua vez, ao mediar a cura, também oferece velas, cachaça, fumo e orações ao *mestre*. O *sabedor* também pode intermediar a dádiva do paciente ao *mestre*. Estas prestações, aludindo Mauss (1974), de caráter voluntário – sob um olhar panorâmico –, implicam relações de obrigatoriedade para manutenção das boas relações

sociais entre *mestre*, *sabedor* e paciente, mas principalmente entre *sabedor* e paciente, já que os *sabedores* sempre lembram daqueles que fizeram ou não o *agrado*.

### 3.4 Serviços de saúde : outras interações

Quanto a prática biomédica, a de maior expressão na área Atikum corresponde à atuação dos profissionais da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI). Durante a pesquisa, todas as equipes estavam incompletas, com as mais diversas explicações para o fato: falta de profissional na região que aceite a remuneração para Programa de Saúde da Família Indígena (PFSI), mudança de emprego para atendimento em áreas urbanas e licenças de vários tipos. Esta realidade de falta de profissionais nas EMSI apresenta similitudes com grande parte do sistema de saúde indígena praticado no Brasil, resultante das relações contratuais entre órgão estatal – Funasa – e prefeituras locais, subsumida, é claro, à Política Nacional de Saúde Indígena que fornece as bases para tal situação de precariedade no serviço.

É na cidade de Carnaubeira da Penha que fica alocado o Pólo-Base Atikum, local de secretariado das ações das EMSI, armazenamento de medicamentos e central de apoio de informações sobre a área. No Pólo-Base tive acesso a dados gerais sobre a comunidade, como número de habitantes, quantidade de aldeias e famílias e profissionais das EMSI atuantes. Quanto a informações mais densas, como um panorama epidemiológico, principalmente de doença de chagas e doenças sexualmente transmissíveis (DST), agentes indígenas de saúde (AIS) entrevistados relataram a recorrência de tratamentos realizados e que não puderam ser acessados por falta de sistematização<sup>66</sup> do material entregue pelas EMSI<sup>67</sup>.

Outra entidade que presta atendimento em saúde biomédica na comunidade é a Pastoral da Criança, vinculada à Igreja Católica, que assiste somente crianças e gestantes, com atividades como pesagem e medição e medidas preventivas contra a desnutrição e enfermidades correlatas. Entre os vinte AIS na comunidade, três também atuam na Pastoral da Criança. Segundo Lourdes\*, não há muita diferença nos trabalhos desenvolvidos como AIS e como representante da Pastoral, sendo que na Pastoral cada agente recebe uma cartilha com

---

<sup>66</sup> Creio que a não-sistematização de tais dados epidemiológicos seja uma ausência de conteúdo do próprio software utilizado pelo Pólo-Base, o SIASI, programa padrão fornecido pelo Distrito Sanitário Especial Indígena de Pernambuco (DSEI/PE – Funasa).

<sup>67</sup> Foi-me recomendada a busca na Secretaria de Saúde de Carnaubeira da Penha, mas esta também não tinha dados compilados, mesmo com o sistema informatizado.

informações sobre como auxiliar as gestantes a cada mês de gravidez, procedimentos básicos de intervenção em enfermidades leves infantis e sobre o fornecimento do lanche (rapadura e farinha) às mães e crianças no dia da pesagem e medição. Para ela, o trabalho da Pastoral torna-se mais completo com o auxílio da cartilha, visto que, como AIS, não há nenhum tipo de material didático para consulta. Cabe ainda informar que os cursos de capacitação desenvolvidos pela Funasa não são realizados periodicamente, contrariando o que está previsto oficialmente como atribuições e formação dos AIS. De acordo com Lourdes\*, há mais de um ano que não é oferecida capacitação ou complementação da formação aos AIS da área.

Neste trecho, não farei muitas considerações sobre políticas públicas em saúde indígena e seus órgãos gestores, pois estas já foram realizadas, mas pretendo abarcar como a biomedicina e seus *sabedores* são experienciados, à luz de itinerários terapêuticos na comunidade e relatos coletados.

A biomedicina<sup>68</sup> é compreendida na comunidade como a resolução imediata de dores e a solução rápida para mal-estares, para as quais o mecanismo de intervenção é o medicamento. Como afirmado anteriormente, há uma distinção epistemológica entre cura e solução de mal-estares e dores. As prescrições alimentares e atividades físicas que podem acompanhar um tratamento biomédico são relegadas a segundo plano ou tratadas com indiferença. Quanto à alimentação, geralmente são recomendadas mudanças alimentares bruscas que incluem o corte de elementos da dieta básica, como açúcar, sal e óleo, ou prescritos alimentos que não fazem parte dos hábitos alimentares ou não são consumidos por causa do alto custo.

As consultas realizadas nas casas de lideranças ou espaços como salas de aula, de acordo com Gilmar – auxiliar de enfermagem –, na maioria das vezes são meramente prescrições formais de medicamentos, visto que os pacientes chegam às consultas médicas com auto-diagnósticos, formulados a partir de informações das relações de parentesco e vizinhos, e com a relação de remédios possíveis para o tratamento, deslocando a posição do médico para mera figura ilustrativa. Kleinman (1980) observa como se constroem os itinerários terapêuticos a partir dos três setores de cuidados da saúde: o familiar, o popular e o profissional, cada um com modelos diagnósticos, etiológicos e interpretações diferentes. Contudo, não é possível setorizar drasticamente nem os atores que estão atuando nos serviços

---

<sup>68</sup> Importante ressaltar mais uma vez que a prática biomédica é vivenciada na comunidade muito antes da entrada das EMSI na área. No entanto, segundo meus interlocutores, foi com a proposta das equipes multidisciplinares que o acesso à biomedicina foi facilitado e muito mais utilizado na comunidade.

em saúde muito menos os pacientes, pois estes articulam os conhecimentos e procuram concomitantemente os diversos espaços de conhecimento médico.

No setor familiar, são as relações de parentesco e o próprio ator que realizam as primeiras ações, estipulam possíveis diagnósticos e tomam decisões para tratamento dos males. O setor popular corresponderia aos *sabedores* locais, não necessariamente da “*medicina indígena Atikum*” que, não organizados burocraticamente, são reconhecidos enquanto promovedores de curas. Já o setor profissional estaria em conformidade com a biomedicina experienciada pela sociedade ocidental, organizada burocraticamente e formalizada. Segundo Fassheber (1998, p. 97), no Brasil, “a biomedicina confunde-se com as ações das políticas públicas do setor indígena”.

Na comunidade Atikum, assim como em muitas sociedades indígenas, estes agentes e lógicas médicas são articulados pelas próprias comunidades e as definições sobre quem promoveu a cura dependem do valor atribuído por cada indivíduo a cada tipo de prática. Neste contexto, geralmente são as mulheres no interior das famílias que se envolvem mais nas decisões sobre a saúde. Fassheber (1998) e Diehl (2001) apontam a centralidade da mulher Kaingáng nos encaminhamentos a respeito da doença dentro da família, no conhecimento dos sintomas, remédios e tratamentos correlatos. Loyola (1984) também observa a participação das mulheres entre moradores de um bairro de Nova Iguaçu, no Rio de Janeiro.

Para o auxiliar de enfermagem, assim como para outros membros da EMSI, a práxis de auto-diagnóstico é um problema e compromete a possibilidade de entendimento dos significados culturais. O médico não é mera figura de manobra como apresenta Gilmar; antes, representa a forma como o serviço biomédico é interpretado na comunidade. O médico, posicionado em grau superior na hierarquia biomédica, é o personagem que subsidia, através dos receituários, o medicamento, o bem de consumo maior do acesso à atenção diferenciada. Lefèvre (1983) chama a atenção para a função simbólica de mercantilização do medicamento como prática da saúde pública no Brasil e para o “consumo de saúde” em detrimento da dimensão preventiva (LEFÈVRE, 1981 apud DIEHL, 2001, p. 444).

Van der Geest (1988) apud Diehl (2001) ao falar sobre o pluralismo farmacêutico aborda como os medicamentos são concebidos, trocados/comprados e consumidos em contextos locais. Ou seja, de uma abordagem naturalizante dos princípios da farmacologia e da bioquímica os medicamentos passam a ser tratados também como fenômenos culturais.

Ter medicamento em casa ou sair com o medicamento após uma consulta sinaliza o bom trabalho do médico, denotando que este cumpriu com suas atribuições, e principalmente que as relações entre paciente e médico são amistosas. Não raras foram as vezes que, ao

perguntar sobre o atendimento médico na área, as reclamações tendiam para o não fornecimento de medicamentos pelos médicos. O medicamento para *prestar* não pode ser genérico. Entre os Atikum, assim como afirmado nas reuniões do CONDISI que participei, o medicamento genérico é considerado como de qualidade duvidosa e sem efeito.

De fato, é por meio do medicamento que a biomedicina expõe seu poder e através do fornecimento gratuito do medicamento é que o poder exercido pelo órgão estatal responsável pela saúde indígena, Funasa, pode ser vislumbrado.

Langdon (1996, p. 8) fala sobre o medicamento como bem simbólico, destacando que “os fármacos não são somente aceitados em várias instâncias, mas também eles se tornam o símbolo do poder da biomedicina até tal ponto que os índios os demandam e criticam severamente o médico, o enfermeiro ou assistente de saúde que não os distribui”.

O médico também é denominado de *entendido* entre os Atikum, por causa do conhecimento deste profissional em relação a seu campo de saber, a biomedicina, e a prescrição de drogas.

Se analisarmos semanticamente as categorias êmicas do grupo, por exemplo, *curador* e *entendido*, a distinção entre cura e solução de mal-estares repentinos é latente, curador cura, *entendido* sabe de alguma coisa, domina algo. O *entendido* é aquele que possibilita o que é considerada a única ação efetiva do serviço prestado pela Funasa, o acesso facilitado ao medicamento. O *entendido* é o único que pode preencher receituário, configurando-lhe um status maior sobre os outros da EMSI.

Esta realidade de prática da biomedicina como prescrição e liberação de medicamentos é verificada em muitas sociedades indígenas, como aponta Diehl (2001) entre os Kaingang em Santa Catarina. Assim, pode-se depreender que o consumo de medicamentos pela comunidade Atikum mantém um ranço da estrutura dos serviços em saúde pública no país, que mantém o ambulatorismo como princípio de ação. Tal estrutura ambulatoria proporciona também novos significados, tanto em relação ao serviço em saúde prestado à comunidade quanto ao papel social do médico.

Por três vezes pude acompanhar a rotina de atendimento em duas equipes diferentes, duas consultas médicas e uma consulta odontológica<sup>69</sup>, e apresentarei uma versão sucinta de dois destes eventos que foram observados consecutivamente, no dia 07 de fevereiro de 2006, sendo um no período matutino e outro à tarde.

---

<sup>69</sup> Considerando que as equipes estavam incompletas, traço este corte epistêmico entre consultas médicas e consultas odontológicas para a descrição etnográfica dos acompanhamentos.

No primeiro evento, na aldeia Oiticica, onde a consulta médica acontece numa sala da casa de dona Esther, filha de liderança local, o início de atendimento estava marcado para as 9 horas. Há mais de 20 dias que a equipe não atendia nesta área que congrega a aldeia Areia dos Pedros e reúne, segundo o SIASI/Funasa (2006), 125 famílias.

A partir de 8h30min, a fila de mulheres, algumas com crianças no colo, já podia ser vista. Às 9h15min o carro da Funasa chegou à aldeia trazendo apenas o médico – ou como diria uma farmacêutica da Funasa, uma eu-quipe –, que cumprimentou a todas as mulheres dispostas em fila com um geral bom dia e entrou na casa, sendo dirigido pela dona até a sala em que desempenharia suas atividades. Enquanto o médico ajeitava seus instrumentos – papel (receituário), caneta e estetoscópio –, a AIS recolhia os nomes das pacientes e as listava para ordenar o atendimento, o motorista abria a lona do carro forrado de medicamentos, a dona da casa buscava cadeiras na sala de aula ao lado e as mulheres conversavam sobre as causas que as faziam estar ali, problemas que circulavam entre instabilidade da pressão arterial e “problema de nervos”. Entre um caso e outro de enfermidade, questões como a falta de chuvas e o recebimento da cesta básica do mês (fevereiro) também eram assuntos que percorriam a fila.

Não pude estar na sala para registrar o evento da consulta, mas permaneci na “sala de espera” acompanhando o trabalho da AIS. Enquanto uma paciente era atendida, a próxima na lista tinha sua pressão aferida e anotada numa espécie de prontuário. Este procedimento foi realizado com todas as mulheres, inclusive com as mais jovens. Em geral, as consultas não passaram de cinco minutos, com todas saindo da sala com a receita em mãos e dirigindo-se ao carro para busca do medicamento prescrito, fornecido prontamente pelo motorista. Dentre os medicamentos transportados neste dia, os de maior saída, segundo o motorista, foram os analgésicos, antitérmicos, antiinflamatórios e broncodilatadores. Às 11 horas o atendimento tinha sido encerrado.

Da aldeia Oiticica à aldeia Olho D’água do Padre são aproximadamente cinco quilômetros, percurso onde encontraria a segunda equipe para acompanhar consultas odontológicas nas aldeias Massapê e Rodeador. Já na saída de Oiticica, fui incumbida pela AIS da entrega de um remédio a uma senhora na Olho D’água. Há uns 150 metros da casa onde ocorreram os atendimentos, fica a casa de um rezador, Seu Antônio Pedro, que me questionou sobre onde eu estava indo. Expliquei meus afazeres e ele ficou um tanto preocupado com minha caminhada solitária por causa dos incidentes associados ao tráfico de drogas na região. Como medida preventiva, ele voltou à casa, em instantes retornou com um desodorante de alfazema e me deu um banho, iniciado pela cabeça, proferindo algumas

palavras que não consegui compreender. Devidamente protegida contra males que pudessem me atingir no percurso, cheguei ao posto de saúde perto do meio-dia.

Durante a manhã, o odontólogo havia feito extrações e o auxiliar de enfermagem vacinara as crianças, segundo me informaram os dois únicos componentes desta equipe. O atendimento na Olho D'água do Padre é realizado todas as terças e quintas-feiras pela manhã. Acompanhei algumas vacinas até as 12h30min, momento em que o posto é fechado para almoço da equipe, do qual fui convidada a participar. Durante o almoço, questionei o odontólogo, que há seis anos trabalha com os Atikum, sobre a situação da saúde entre os Atikum e sua participação. Obtive respostas já esperadas que incluíram a má remuneração dos profissionais, geradora da rotatividade, e a falta de materiais e condições de trabalho. Ele me relatou as diversas vezes que, por falta de material odontológico, anestésicos, por exemplo, teve que realizar palestras preventivas, além das previstas em seu cronograma.

Às 13 horas, saímos para a aldeia Massapê, num percurso de aproximadamente dez minutos de carro. A parada foi na casa de um AIS, que informou que não havia atendimentos para o dia, pois ninguém havia chegado até aquele momento. Rodamos mais uns sete minutos e chegamos à casa de uma liderança da aldeia Rodeador, local onde a equipe atende quinzenalmente, revezando atendimento com a aldeia Paus Brancos.

Entre cafés e bolachas delicadamente servidos pela anfitriã, chegavam os pacientes para as consultas odontológicas restritas ao uso de materiais para extração dentária<sup>70</sup>. Nesse meio tempo, de atendimento de dois pacientes, moradores da casa aferiram a pressão arterial, permitindo a inserção da pesquisadora no procedimento, depois de um breve discurso do auxiliar sobre os problemas cardíacos em jovens. Em menos de uma hora retornamos para Olho D'água; a equipe me deixou na casa de minha anfitriã na aldeia Oiticica e retornou para o município de Carnaubeira da Penha.

A partir deste relato, num exercício de generalização, pois, além deste contexto, outros eventos foram observados pela pesquisadora, foi possível perceber dois eixos fundamentais da construção do atendimento biomédico na área Atikum: o puro ambulatorismo em contraponto a um trabalho preventivo<sup>71</sup> e a falta de articulação com as práticas locais que acabam submetidas a espaços diferenciados para prestação de serviços. Outro personagem que aparece no relato, de forma paralela e concisa, porém de alta relevância, é Seu Antônio Pedro,

---

<sup>70</sup> A Funasa cobre trabalhos de pequenas restaurações, extração e aplicação de flúor para o atendimento odontológico.

<sup>71</sup> Vale ressaltar que não obtive informação sobre a última ação em prevenção realizada pelas EMSI, nem soube de nenhuma ação prevista no período de trabalho de campo.

que apresenta um de seus saberes, a reza, como ação preventiva, numa elaboração ontológica distinta da biomédica.

Após apresentar o contexto em que a prática biomédica, através das EMSI, é vivenciada entre os Atikum, permito-me abranger um outro viés em que a mesma é adequada a modelos locais de entendimento, mostrando três itinerários terapêuticos. É através dos itinerários terapêuticos que os modelos de ação para a cura podem ser vislumbrados e o contexto de intermedicalidade compreendido.

Utilizarei o relato de Dona Lina\* a respeito da enfermidade de sua filha, Cissa\*, quando esta era criança, o relato de Dona Luísa e o acompanhamento terapêutico de Dona Nilda\*. Intercalarei as descrições com falas das interlocutoras ao narrar os casos. Começo com Dona Lina e Cissa.

Cissa tinha quase dois anos de idade e não queria tomar banho, não queria mamar e a na região bucal saíam alguns caroços.

A ferida de boca, tem o mar de luama, já ouviu falar em mar de luama? Quando apresentar esse negócio dá um fedor na boca da criança, que quando você, eu já conhecia, babando, cheirava logo a boca. Se não for ferida não quero, quando cheirava a boca tava podre, que ela começa de dentro pra fora, sabe, ela começa da goela, aí vai cercando... ela sai uns caroço na língua, da língua passa pras goela, ela fica que as amígdalas de você, você abre a boca assim, ó pé da língua do lado das amígdalas chega a fica assim amarela, largando porvo. Eu já vi gente morrer aqui dentro da aldeia, foi adulto, grande, grande. Subindo aqui mesmo, bem aqui tem um enterrado, aí ele adoeceu de ferida na boca... febre, febre, ele sem comer nada, ele não podia falar, que ele era mudo, aí não dizia o que tava sentindo minha criatura, quando foi tirar o homem, já tava caído um pedaço da língua. Ferida mesmo, ferida na boca.

Dona Lina reconheceu que era *ferida de boca* e recorreu ao conhecimento prévio sobre a enfermidade, pois Cissa vivia tendo o mesmo problema, que era comum em crianças. Para *ferida de boca*, um remédio fabricado em casa é tido como o primeiro tratamento a ser realizado assim que o diagnóstico é feito. Pegou um ovo, bateu a clara, colocou sal e esperou formar uma água. A solução foi posta na boca de Cissa. No outro dia, Cissa acordou com muita febre – quando a situação febril está instalada, é porque a enfermidade já está num estágio avançado. Se a febre não baixasse até o meio-dia, a mãe deveria recorrer as *rezadeiras*.

Eu fui pra casa da finada Agda, que era uma velha que morava lá, que rezava disso aí, comadre Inês também reza, mas essa daí era mais provada mesmo, e corri pra casa dela, ela sabia dos remédios que ela fazia ela me dava, daí eu pegava e... aí ela rezava e dava esse remédio, ela fazia esse remédio era com

pião-roxo, aí pegava o pião-roxo e cozinhava com sal, aí se botava outros remédios eu não sei.

Dona Lina sempre procurava a mesma *rezadeira* para cuidar das *feridas de boca* que apareciam em Cissa e em seus outros filhos, mas ressabiada de que a situação piorasse e não pudesse voltar à casa da *rezadeira*, foi até a farmácia da cidade de Carnaubeira da Penha e comprou um remédio, pois já era de seu conhecimento a eficácia do medicamento por experiências anteriores. Para ela, o medicamento não curaria a filha de eventuais recorrências de *ferida de boca*, mas resolveria o problema que a estava afligindo naquele momento.

Violeta é um remédio que vem da farmácia, um azul. Aquele ali, é botar na língua e sarar, sara na hora. Deixa bom o menino.

Após tomar o remédio, o cheiro forte da boca e as feridas desapareceram, mas a menina continuou febril e começou a apresentar diarréias, o que deixou Dona Lina preocupada, afinal, o que ela tinha como sintomas de *ferida de boca* já havia passado. Novamente, Dona Lina recorreu à *rezadeira* que havia cuidado de Cissa anteriormente e esta lhe deu um novo diagnóstico, *quebranto*.

Alguém fora da casa viu essa menina, comadre Agda me disse, pois olha que eu demorei a me lembrar, fiquei fiquei, tá (bate na mesa) pois que aquela sem-vergonha, aquela mesma que eu disse que sempre botava coisa em Tonho, passou em casa pra mode de pedir um pacote de sal, e eu lá com pressa e sem juízo com essa menina, deixei ela entrar em casa. Pois num foi, foi ela, a bicha mesma...

Dona Agda, *rezadeira*, afirmou que se, com três dias consecutivos de reza, não tivesse melhora na febre, ou seja, se não ocorresse o total desaparecimento do sintoma, a criança deveria ser levada ao médico, pois não era mais de sua competência, com a morte da menina já predita. Durante três dias seguidos, Dona Lina levou a filha para a *rezadeira* e no último dia, antes de ir à casa da *rezadeira*, recorreu ao Posto de Saúde de Carnaubeira da Penha, pois não havia atendimento médico em sua aldeia naquele dia. Lá, foi atendida por um enfermeiro que, segundo ela, ensinou a fazer soro caseiro e disse que a menina estava em estado de desnutrição.

E ele achava que eu não sei como é menino desnutrido, fica assim não, nem é de hoje que nós lida com menino fraco, eles fica é sem fôlego, soltando água... ela tava era com outras coisa, daquelas coisa, zanga que botam de admiração sabe. Mas menina que eu tava aperriada, e corre pra cá e pra lá e nada de um médico pra ver essa criança, por que comadre Agda disse que era pra levar no médico também, mas que ela achava que era quebranti e se

não fosse com aquela queimadura, valei-me meu senhor pendurado na cruz, eu mesma achava que era, mas podia ser coisa que ninguém resolvesse também.

Depois de passar na *rezadeira*, Dona Lina foi para casa com a menina. Como não obteve nenhum medicamento do enfermeiro e não acreditou em seu diagnóstico, resolveu não fazer o soro caseiro e esperar até o dia seguinte. Caso a menina piorasse, ela a levaria até Salgueiro ou Floresta, cidades de maior porte próximas à área, para consultar um médico. No dia seguinte, Cissa já não tinha mais febre e a diarreia havia cessado. De acordo com Dona Lina, nunca mais a menina teve *ferida de boca*.

Segundo Dona Lina, a filha poderia ter morrido se a *rezadeira* não tivesse dito que era *quebranto*, pois a reza feita pelo diagnóstico da mãe era para *ferida de boca*.

Mas que minha menina sofreu, tu tá vendo como são as coisa, se não fosse a comadre rezar eu tinha era perdido mais uma. Porque ela teve as duas coisa, uma bateu remédio e foi embora, que cura com reza também, mas que ela tava com outras coisas junto, o quebranti, daí a reza tinha que ser pra ser quebranti mesmo, porque é a reza que cura, essas coisa de comprimido... hoje passa por essas coisas de médico, arroxa comprimido que até dá de alívio quando tá assim com dor... mas esses comprimido é que tá acabando com todo mundo, tá na danação, todo mundo com esse negócio de gastrite, aquela massa daquele comprimido fica todinho dentro do peito, no estômago, aí vai fica infeccionando, infeccionando, e lá se vai e nem cura, e você tá tratando de doença, com aquele comprimido e ele tá acabando com o estômago da gente, aí formula o comprimido, aí é onde acaba, eu se tivesse me enfiado no comprimido tinha perdido a menina.

Para ela, a criança teve duas enfermidades seguidas, *ferida de boca* e *quebranto*, a primeira solucionada pelo medicamento e a segunda através da reza, no entanto, o que ocasionaria a morte da criança seria o *quebranto*, pois Cissa já estava fraca da *ferida de boca* e sem tempo hábil para recuperação. No caso de Dona Lina é a noção de cura relacionada às práticas da “*medicina indígena Atikum*” e a solução para mal-estares proporcionada pelas estratégias da biomedicina, a saber, o medicamento. O itinerário descrito aponta que várias práticas foram utilizadas e diversos atores e elementos foram postos em atividade para solucionar a enfermidade de Cissa: mãe, *rezadeiras*, enfermeiros, medicamentos e *remédios do mato*.

Os itinerários terapêuticos na área Atikum não seguem um padrão de procura, mas apresenta a família como um dos primeiros lócus e depois varia de acordo com situações conjunturais, como, por exemplo, se estiver tendo atendimento na área no dia em que se manifesta algum mal-estar ou a proximidade com a casa de algum *rezador* ou *rezadeira*.

Outro ponto interessante revelado por Dona Lina diz respeito ao aceite de diagnóstico do enfermeiro e a característica qualitativa do medicamento. Primeiro, baseada em

experiências anteriores, Dona Lina recusa o diagnóstico da biomedicina, por também compartilhar de conhecimento sobre a etiologia, desnutrição, e por atribuir a enfermidade da menina ao malfeito de alguém. Segundo, o medicamento resolve, mas não propicia cura, tendo um caráter ambíguo: sana os males, mas também os provoca. O medicamento, este bem simbólico, é articulado junto as outras práticas. É neste espaço que o medicamento se apresenta como elemento de diálogo entre os serviços de saúde. Não é por ter usado um medicamento supostamente da biomedicina que o valor atribuído a cura da “*medicina indígena Atikum*” é destituído de sentido.

A própria concepção do medicamento como algo que se aloja e se acumula no interior de um órgão merece considerações mais profícuas – impossíveis neste trabalho por falta de dados etnográficos que o complementem. A concepção de biomedicina, agentes, elementos, prática e atribuições deste sistema médico, como foi visto, apresenta outras significações na comunidade Atikum, distintas da concepção ocidental, possibilitando uma interpretação única. Sahlins (2004, p. 554) aponta que,

Trata-se menos de uma cultura de resistência do que da resistência da cultura. Envolvendo a assimilação do estrangeiro na lógica do familiar – uma mudança nos contextos das formas ou forças estrangeiras, que também modifica seus valores -, a subversão cultural é da natureza das relações interculturais.

Assim, a biomedicina deve ser relativizada como um sistema cultural, e também concebida a partir da lógica cultural em que é vivenciada.

Já a narrativa de Dona Luisa apresenta um contexto parecido, mas com a intervenção de um “outro-mesmo” elemento, a reza, mas exercida por alguém externo a comunidade Atikum

Que nem você vê, no dia que a menina adoeceu, a menina amanheceu com uma dor, vomitando e com uma dor de barriga, vomitando e uma dor de barriga e nós pro hospital, mande pra rua! Fomos pra rua, saímos cedinho de casa e chegamos e remédio e mais remédio, corre na farmácia e batia remédio, quando bate o remédio é mesmo quando bate uma estricnina. Aí não corre pro médico e não tinha médico em Carnaubeira. E não era só a gente não, tinha de muita gente parado esperando médico pra atender. Pois eu parei assim e achei que era desaforo. Veio uma senhora, dessas bem pequena, e ficou olhando mas dei que não por mim e fui... vai embora pra Floresta e se mandemos pra Floresta, quando chegamos em Floresta era bem umas quatro horas, quando chegamos lá era quatro horas da tarde. Ah! O médico? O médico era final de ano, na noite de festa os médico não tão no hospital, tão, não sei, tão em bebedeira... aí eu já desci com a menina e a menina, vap, vap, vap (vômitos) ... tô lá embaixo encontro a mulher de Carnaúba, ela tinha era ido levar a nora que tava cheia de dor, tava junto com o filho... ela me olhou assim, olhou pra menina e daquele jeito que já sabia do que era, ela foi e disse se tu creiá eu vou benzer nela, eu disse: oxente! Se a senhora tivesse falado em Carnaúba eu já tinha mandado benzer,

eu pensei mesmo que isso fosse quebranti, de tanto remédio que eu dou e não fica bom, benzeu a menina de lá pra cá e oxi, e ela não era da Serra não...não era não era da Carnaúba mesmo, mas mantém aquela fé na reza, eu fiquei também na minha fé rapaz que eu tava, pra mim que, minha fé é assim, que eu vi que aquele negócio tinha sido quebranti mesmo, oxi, a menina também, quando benzeu a menina também parou, trouxe uma sacola de medicação, não serviu pra nada, pra nada mesmo, só foi de muita coisa, só foi trabalho, fomos lá em Floresta e viemos embora, com uma reima de remédio que não serviu de nada, remédio ficou em cima da mesa e a menina ficou doente. Agora você vê uma admiração de nada, só porque disso assim, oxente, essa menina come desse tanto, come mais do que eu, a pois foi um azar, no outro dia a menina começou a doer (DONA LUÍSA, Serra do Jacaré)

O relato de Dona Luísa conta a experiência de solução de um evento aflitivo de uma de suas filhas com a reza de uma senhora, moradora de Carnaubeira da Penha. Mas que também se encontrava no município de Floresta, a fim de se consultar no hospital. Contextualizando a situação, Dona Luísa e esta senhora seguiram viagem no mesmo carro de Carnaubeira da Penha até Floresta, onde passaram algumas horas no hospital esperando atendimento médico. Durante o tempo no hospital, a senhora diagnosticou o problema da menina e promoveu a cura no mesmo local. O diagnóstico foi de um mal-estar provocado não por uma desordem fisiológica, apesar de expressar-se como tal, mas de uma ordem mais ampla.

A prática da reza é comum na região, não sendo de exclusividade de grupos indígenas. Mesmo que a senhora que rezou não seja uma *rezadeira* na perspectiva de Dona Luísa, nem de alguma população indígena, no caso Atikum ou Pankará, a ação de Dona Luísa no aceite do diagnóstico e na permissão ao tratamento sinaliza um corpus cosmológico de entendimento sobre a doença e saúde compartilhado. O fato de Dona Luísa não considerar a senhora de Carnaubeira como uma *rezadeira* apesar desta ter a reza como prática aponta algumas questões importantes para o entendimento de como a idéia de uma “medicina indígena Atikum” tem valor político para a comunidade.

Ser uma *rezadeira* compreende além de dominar a reza, compartilhar e seguir os princípios da *ciência do índio*, que são elementos tanto de um conhecimento particular e de relação com os encantados, quanto uma forma de manutenção de identidade e de conseqüentemente demarcar alteridade. Numa região onde o caráter étnico é posto em risco e que critérios de indianidade do Estado são acionados em muitas ocasiões.

Unindo as duas práxis de atenção a saúde, tem-se o itinerário terapêutico de Dona Nilda. Dona Nilda, senhora de 63 anos, sofre de dores constantes nos braços, mãos e pernas. Há mais de vinte anos que ela reclama intensas câimbras, formigamentos e perda temporária sensível dos membros.

Conheci Dona Nilda durante os atendimentos das EMSI. Ela estava muito queixosa quanto a demora no atendimento e resolvi conversar com ela. Nesse momento, ela relata das muitas vezes em que procurou o médico para sanar suas dores e só teve como resposta alguns analgésicos. Ela estava ali, mais uma vez, porque queria um exame e não poderia ser realizado, por sua vontade, em nenhuma clínica da região, como nas cidades de Serra Talhada ou Salgueiro, mas em Recife.

Perguntei se poderia ir até a sua casa depois da consulta para conversarmos sobre suas dores, pois ela se mostrava convicta quanto ao sub-atendimento que a EMSI lhe prestava. No dia seguinte, quando cheguei em sua casa, encontrei-a com o braço enfaixado e perguntei-lhe o que tinha acontecido. Ela me fala que nada acontecia de diferente do cotidiano, colocar infusão de ervas nos braços para minimizar as dores. Questiono sobre quando começaram as dores e ela inicia o relato:

eu tinha minha roça, passava dia no tempo de chuva cuidando da roça, não tinha mais menino, com menino mulher não se salva da casa. Ainda ia na roça do meu marido. E sei que foi no tempo de chuva, passava vento que cortava em cima da Serra, mas eu não dava de desenganada e ia trabalhar todo dia. Lá quando foi, meu braço, parecia que era uma serra que cortava ele, uma dor muito grande, como de rasgar. Eu tava na roça plantando feijão braiado com milho, e aquela dor, aquela dor. Chamei meu marido, ô Neco\*, acode aqui que eu não agüento os braços! E fui ficando mole e caindo pela roça, e lá se vai...isso tem uns 20 anos. Eu logo achei que era fraqueza de tanto trabalhar, não liguei muito, mas meu marido tava desconfiado, ele sabe das coisas, logo que sopra alguma coisa acolá ele já sabe de que é, pra ele era zanga, zanga mesmo. Eu não dei atenção e continuei a trabalhar, com calma, mas ia todo dia. Quando foi uma semana, foi que parou os braços e as pernas. Foi uma acudição, que eu cai no chão, paf, meu marido me levantou e me levou pro rezador. Vixe, que eu não sou de ir em rezador, mas Neco tava achando que tinha olho, espírito mesmo. Pois fui na casa do homem, ele me olhou assim, perguntou o que tava acontecendo, pegou assim no meu braço, os meus braços mole e disse pronto, é coisa feita. Tá amarrada e tem que trabalhar. Foi por sete noite e três dias que eu fui na cada desse homenzinho. E defumava com o cachimbinho e rezava nos braços, nas pernas. Mandava eu me deitar com dois ramos de angico.[...] Mas até que melhorou, passou por aqueles dias, mas eu não me fiava e fui no médico lá em Serra. Não me deu nada, nem exame, nem remédio, mandou eu voltar pra casa sem nadica de nada, até não parece médico, onde já se viu um homem desse, não dá nada e o infeliz ali precisando. Pois dali que eu sai aquela dor foi vindo e lá se vai que eu não agüentei as pernas...minha filha...e eu sozinha em Serra, caída que Deus dá. Dali voltei e fui no homenzinho do Jacaré e olhou e disse que se eu não trabalhasse não adiantava nada desse mundo que eles não ia me deixar em paz. Pois agora, eu tomo esses comprimidinho e vou fazer minha ciência lá com meus...mas esses aqui, os azul é só pra dor, porque quem me ajuda a vencer é minha fé.

No dia seguinte quando retornei a sua casa, encontro-a sem faixa nos braços, pois segundo ela a *moleza dos braços não tinha chegado ainda*. Questionei-a sobre esta tal moleza

e mais uma vez obtive a relação entre trabalho braçal e *trabalho* espiritual. No entanto, mais um elemento compôs a narrativa de Dona Nilda, a procura por ajuda de outra pessoa, que ainda não havia sido descrita como integrante de um modelo de atenção à saúde na comunidade.

Eu não tava tendo aquela fé nesse negócio de reza, eu até comecei a ir nos trabalhos pros médium me curar, eu ia mais ia assim, ainda não tinha minha fé completa. Ai que uma amiga disse que o que eu tinha não assunto de trabalho de índio, era coisa de mais força, que não podia eu ter essa moleza toda só porque eles (encantados) queriam que eu trabalhasse. Me mandei pra curva de Carnaúba, que tem uma mulher lá, Maria, ela não é índia não, mas vai muita gente. Carmem (amiga) foi que me levou, disse que era ponto direito, que não tinha coisa as esquerdas, que eu escutasse a tal da Maria. Pois cheguei lá, era uma casinha que nem essa daqui, ela me levou pra trás da casa que lá era o lugar. Foi rápido, ela recebeu os mestres dela lá e começou a perguntar o que eu tinha ido fazer lá, o que era que eu tinha. Minha filha foi de uma só, falou que era arranjado de família por causa das roça de milho. Que eu não fizesse nada que ela ia ajeitar, que ia demorar, mas que meu braço ia deixar eu trabalhar de novo. Pois até hoje, eu to aqui com esses braços me matando, bem que eu achava que podia ser coisa de zanga mesma, que nem Neco disse [...] e de família mesmo, porque gente que mais bota zanga é da família mesmo. E eu sofro até os dias de hoje com essas coisas, eu devia mesmo era ter fechado o corpo nova, essa Maria disse que eu chamava as coisas pra mim, que ia ter que me cuidar pra sempre senão trabalhasse direito com os mestres.

Este relato condensa os primeiros caminhos de Dona Nilda para uma explicação de suas dores. O tempo de chuvas como um meio de exacerbamento de trabalho está como uma das primeiras causas para as dores, mas logo contestada com o diagnóstico do marido sobre a possível causa de zanga. Buchillet (1991) ao falar da abordagem da Antropologia da Doença na França enfatiza a causalidade e o sentido atribuído ao evento da doença e a importância de se traçar as distinções conceituais entre biomedicina e práticas locais de cura, onde,

A doença não é, neste caso, pensada – e nem pode ser analisada – fora de seu suporte (o indivíduo na sua singularidade pessoal e social) e fora de seu contexto, ou seja, não somente as conjunturas específicas (pessoais, históricas, etc) que presidem a aparição de uma doença, como também as representações da pessoa e, por fim, as modalidades de relação entre o mundo humano, mundo natural e mundo sobrenatural. Toda interpretação da doença é, assim, imediatamente inscrita na totalidade de seu quadro sócio-cultural de referência (BUCHILLET, 1991, p. 25).

Ainda para a autora, tanto a patologia como as causas atribuídas à doença são de extrema relevância, pois as desordens corporais estão intimamente relacionadas à cosmologia das sociedades. Zempléni (1985) *apud* Buchillet (1991) elaborou um modelo que busca deprender a lógica da procura de tratamento para a cura, a partir de três níveis de causalidade: instrumental, eficaz e última. “A causa instrumental traduz o meio ou o

mecanismo de produção da doença, a causa eficaz é o responsável pelo processo da doença e a causa última procura reconstituir a origem da doença (...) As causas últimas devem ser procuradas no domínio sócio-cultural, nas conjunturas intersubjetivas e sociais particulares que presidiram ao evento-doença” (Buchillet, 1991, p. 27-28).

Dona Nilda após a ida a diversos serviços de saúde em disposição na comunidade partilhou do diagnóstico dos três, construindo um plano diagnóstico próprio, ao mesmo tempo em que continua buscando solução para seus mal-estares através de medicamentos da prática biomédica, afirma ser uma *zanga que botaram por causa da roça* e participa dos *trabalhos fechados*. Ela articula os conhecimentos para a cura, mas sua escolha do diagnóstico da causa última já foi definido: *zanga de família*.

Nos três itinerários é possível perceber que os serviços de saúde atuam concomitantemente e que apesar de cada um promover distintos diagnósticos e etiologias, os atores que buscam esses serviços articulam os conhecimentos promovendo contextos híbridos de cura.

### 3. 5 Intermedialidade e espaços de poder

Ao pensar nas relações díspares, do ponto de vista político-econômico, que Menéndez (1981) propõe ao falar de um contexto intermédico, que embasa minha discussão neste momento. Neste capítulo, foram apresentados como os serviços de saúde são vivenciados e significados entre os Atikum, formas de adequação e diálogo entre os sistemas de conhecimento, no entanto, outras faces desta mesma relação não foram demonstradas, como as relações de poder instauradas nestes espaços de negociação. A negociação comentada não diz respeito somente aos diagnósticos, etiologias e modos de promoção da cura, mas em relação à legitimidade social dos serviços em atuação nos espaços de intervenção política da comunidade, como os Conselhos Locais de Saúde.

A constituição dos Conselhos Locais de Saúde é o primeiro ponto a ser analisado. Neles estão representados lideranças políticas e AIS – personagem que supostamente transita entre os dois universos – deixando alheios das discussões os *sabedores* da comunidade. A implantação dos Conselhos em Pernambuco, conforme Athias e Machado (2001), ocorreu de forma verticalizada e apressadamente, de maneira a atender as demandas do DESI-PE, sem oportunidade para as comunidades refletirem e criarem seus Conselhos conforme suas

depreensões. Assim, considero que a gênese do CISA e do CISAG não são mais do que reflexos da própria implantação dos Conselhos Locais de Saúde no estado de Pernambuco.

Justifico tal interpretação pela presença apenas de categorias – como as lideranças locais –, com as quais os órgãos gestores estabelecem algum tipo de relação, política ou mercantil, em que se confirmam acordos e são instauradas alianças. Neste contexto, o pajé aparece como categoria de *sabedor* e categoria imposta desde a identificação do SPI. Seu Augusto, pajé, faz parte do CISI porque possui direitos adquiridos enquanto liderança sócio-religiosa. Já os AIS correspondem a figuras dúbias, pertencem à comunidade e também representantes da biomedicina.

Os AIS, considerados como expressão máxima das EMSI nos Conselhos, procuram na mesma via, legitimar-se pelo seu status diferenciado dos outros conselheiros. O que não lhes conferem no interior das EMSI lhes é impresso nos Conselhos. São eles que mais se expõe, presidem as mesas e são responsáveis pela confecção das atas. Tais atribuições, claramente de uma formação de representação deliberativa, coloca o AIS em posição privilegiada, não como categoria de importância social, mas como representante de uma lógica de apreensão do mundo distinta da local.

Aponta-se, desta forma, a posição desqualificada em que os *sabedores* locais são colocados pelo órgão estatal, conseqüentemente, não participando dos Conselhos Locais de Saúde. Para os *sabedores locais*, os Conselhos são o local por excelência de sua intervenção política. Estes não reclamam por legitimidade social, pois são reconhecidos como tal, mas por legitimidade política nos assuntos referentes à saúde do grupo. Tem-se aqui uma idéia que mereceria ser tratada com maior retidão, as diversas percepções dos atores sociais sobre os Conselhos Locais de Saúde, pois estes não se configuram como espaços da saúde per si e sua relação com as propostas de saúde indígena, mas como embates mais amplos da organização social do grupo. Todavia, não possuo elementos suficientes para empreender tal análise.

Também é importante considerar que reformulações no CISA e no CISAG não foram realizadas devido ao faccionalismo que mantém uma autarquia política das lideranças locais nos Conselhos. Entre os Xucuru, por exemplo, o movimento de incorporação dos rezadores e curandeiros (categorias locais) nas discussões sobre saúde no grupo vem aumentando, fato corroborado pelas reuniões de “medicina tradicional” ocorridas na área (SILVA E NEVES, 2006).

Uma outra possibilidade, num plano mais filosófico, de compreender a não presença dos *sabedores* locais nos Conselhos Locais de Saúde está implícita nas estratégias de alteridade do grupo. A negação da identidade dos *rezadores* e a metáfora do segredo à *ciência*

do índio podem de alguma forma traduzir a ausência dos *sabedores* locais como participantes dos Conselhos. Expor os *sabedores* locais a espaços em que o Estado também interage pode revelar-se como sintoma dos processos de transformação da chamada “*medicina indígena Atikum*”. Como ela é uma das materialidades para a alteridade, a preservação de seus atores torna-se fundamental para a manutenção do segredo.

Como dito anteriormente, para os Atikum a biomedicina não cura, ela soluciona eventos aflitivos. A noção de cura está elaborada sobre as relações travadas entre *sabedor* e *encantados*, pois a cura não é efetuada por um indivíduo, mas por entidades sócio-espirituais que utilizam o indivíduo, no caso o *sabedor*, como intermediário. Uma das principais diferenças entre *entendido* e *sabedor* local<sup>72</sup> está no tipo de mediação de cada um, o *sabedor* é mediador da cura, o *entendido* é mediador do medicamento, que não possibilita a cura. Caso o medicamento fosse significado não como bem político, mas como bem curativo, o *entendido* por extensão a biomedicina poderia ser compreendida de outra forma na comunidade.

Além da distinção da noção de eficácia (Lévi-Strauss, 1973) outra diferença entre as categorias que pode ser levada em consideração é a reciprocidade estabelecida entre *sabedor* e paciente que não é encontrada entre *entendido* e paciente. Para o *sabedor* não há uma relação de prestação de serviço, é uma obrigação cósmica de o *sabedor* atender pessoas, já que foi agraciado com poderes por seu *mestre*. O *agrado* é estabelecido como forma de reciprocidade e não como pagamento por algum serviço. Já a relação com o *entendido* passa pelo âmbito político do direito adquirido do movimento indígena, o trabalho dele é atender as pessoas, configurando-se numa obrigação política. Ou seja, o *entendido* é pago, o *sabedor* recebe a doação, às vezes em nome do *encantado*.

Há uma lógica de agregação-separação de categorias de *sabedores* que merece destaque. Enquanto os *rezadores/rezadeiras* não têm voz nos Conselhos, os AIS são a instância que representa o *entendido*, no sentido de que sua relação com o Estado, em realidade e na própria concepção dos AIS é a mesma, prestam serviços e são pagos pelo órgão gestor. Ora a biomedicina é posta em posição de status, ora é subsumida a relações instrumentais. O que se promove é uma estratégia de submissão da prática biomédica em detrimento da lógica local.

Numa disposição hierárquica, mais horizontalizada que vertical, temos os seguintes atores: *rezadores*, *rezadeiras*, *curador*, *pajé* e *entendido*. Proponho uma visualização das

---

<sup>72</sup> Ressalto que o *entendido* também é um *sabedor*.

relações de poder também através da noção de poder de cura, que não se dá apenas por categorias, mas por classificação entre indivíduos, conforme afirmado na descrição sobre *rezadeiras* e *rezadores*. Une-se a esta perspectiva a constatação de que a noção de cura não contempla o *entendido*, portanto, do ponto de vista ontológico, *sabedores* locais e *entendido* não são comparáveis, nem hierarquizáveis, portanto não são proporcionados diálogos entre eles nos Conselhos Locais de Saúde.

Os conselhos representam a forma como os Atikum se relacionam com o Estado, e que pode ser pensada a partir da lógica da *ciência do índio*. A prática biomédica, em verdade, não é legítima dentro da comunidade e nem se legitima. Como a idéia de negação da identidade a partir da noção de segredo é um dos pontos da *ciência do índio*, pode-se pensar somente a presença de categorias que representem a biomedicina nos Conselhos Locais de Saúde, como uma forma de preservação da “*medicina indígena Atikum*”

Bourdieu (2004, p.194) aponta que a idéia principal de uma análise baseada na noção de campo não é a demonstração de uma hierarquia, mas a “disposição dos agentes e suas inter-relações”, e que as categorias – o autor pensa em classes sociais - não podem ser definidas pelas relações que mantém com as outras categorias, apenas por sua situação de posição na estrutura social. Ao que o autor sugere o termo de “distinções significantes” (ID. IBID, p 14) para as relações simbólicas que também permeiam e exprimem as posições dos atores no campo.

Em síntese, é a própria comunidade que aciona mecanismos para que a prática biomédica incorpore uma posição hierárquica nos Conselhos Locais de Saúde, tratando também de manter uma situação de alteridade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir de uma realidade intermédica e de pressupostos cosmológicos que pautam este contexto, pode-se perceber como os Atikum interagem com as diversas instancias de relações sociais, Estado, outras comunidades e principalmente entre a própria comunidade.

Interagem “*medicina indígena Atikum*” sob princípios da *ciência do índio*, onde seres sócio-espirituais - os *encantados* - exercem influência sobre o cotidiano da comunidade, principalmente nos aspectos relativos à cura. É a *ciência do índio* que depreende a noção de segredo, que por sua vez, rege as relações de alteridade distante da comunidade.

Já a biomedicina apesar de possuir um corpus cosmológico baseada na biologismo e na desordem corporal, é ressignificada, de forma que alguns dos elementos que a compõem sejam acionados a partir de uma lógica própria da comunidade. Um dos princípios da prática biomédica que sofre adequações/atualizações dos Atikum diz respeito ao próprio tratamento.

O papel social do médico, mais comumente chamado de *entendido*, também sofre um processo de indigenização (SAHLINS, 2004), assim como o medicamento, bem simbólico, e seus usos.

Neste panorama é que o contexto intermédico é experienciado na comunidade, ontologicamente harmonizados a partir das ressignificações locais. Contudo, do ponto de vista político, estes se encontram em oposição, na disputa por legitimidade e espaço de intervenção privilegiada, configurando uma relação de poder, numa luta simbólica por reconhecimento no interior da comunidade, seja na organização dos serviços em saúde ou na noção de poder de cura.

O que pude perceber é que mesmo que a “*medicina indígena Atikum*”, por extensão, os *sabedores* locais, não tenham espaço interventivo na principal instância organizativa do grupo-os Conselhos Locais de Saúde-, a biomedicina tampouco consegue legitimar-se como prática que domina um poder de cura para comunidade. A biomedicina representada pelos AIS nos Conselhos Locais de Saúde, formação instaurada e possível através do atropelamento etnocêntrico de implantação do DSEI-PE, não é por fazer parte do conselho consultivo do CISA e do CISAG que detém reconhecimento na comunidade. Sua presença me parece mais uma forma de forjar uma relação hierárquica, de modo que a “*medicina indígena Atikum*” seja preservada. Esta hipótese baseia-se tanto na noção de segredo da *ciência do índio* e na idéia de negação quanto à identidade dos *rezadores* e *curadores* quanto nas observações a

respeito da eficácia e alcance epistêmico da “*medicina indígena Atikum*” na comunidade e comunidades vizinhas.

Desta maneira, não apenas os papéis sociais e atribuições da biomedicina são ressignificados pela comunidade, como a presença desta nos Conselhos Locais de Saúde pode ser pensada como estratégia de preservação das práticas terapêuticas locais e a biomedicina tenha propriedade para se considerar como prática legítima na comunidade.

De forma a pensar a relação entre saúde e cultura, organização dos serviços em saúde para povos indígenas ou até mesmo as relações de poder entre lógicas médicas, em especial, aos grupos localizados no Nordeste brasileiro, algumas questões presentes nesta dissertação podem ser aprofundadas, discutidas e/ou refutadas.

Creio que para a continuidade de tais estudos, algumas contribuições seriam interessantes para subsidiar propostas de políticas públicas em saúde indígena na região Nordeste, como: pensar as redes de sociabilidade e as trocas interétnicas entre as comunidades indígenas no Nordeste a partir das práticas terapêuticas; conceber a biomedicina nas áreas a partir dos preceitos culturais de cada etnia, deslocando a noção de uma prática imposta verticalmente, mas como uma experiência também requerida e já vivenciada pelas comunidades; analisar o processo de implantação dos AIS e a formação do DSEI-PE e por fim, discutir as políticas públicas em saúde indígena tomando como análise as Conferências de Saúde Indígena, nacional e regional. Um estudo que observe as redes que legitimam a atual prática do órgão gestor, a Funasa, também pode contribuir para pensar a relação do movimento indígena no Brasil com os órgãos tutelares.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBERT, Bruce. O ouro canibal e a queda do céu: uma crítica xamânica da economia política da natureza. **Série Antropologia**, Brasília, n. 174, p. 2-33, 1995.

ALBUQUERQUE, Ulysses P. A jurema nas práticas dos descendentes culturais do africano no Brasil. In: MOTA, Clarice N.; ALBUQUERQUE, Ulysses P. (Orgs.). **As muitas faces da Jurema: de espécie botânica a divindade afro-indígena**. Recife: Bagaço, 2002.

ALVES, Paulo C.; RABELO, M. C. Significação e metáforas na experiência da enfermidade. In: RABELO, M. C.; ALVES, P. C.; SOUZA, I. M. A. (Orgs.). **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 171-185.

ARRUTI, José M.A. **O reencantamento do mundo: trama histórica e arranjos territoriais Pankararu**". Dissertação de mestrado, PPGAS/Museu Nacional/UFRJ, 1996.

ARRUTI, José M.A. A árvore Pankararu: fluxos e metáforas de emergências étnicas no sertão de São Francisco. In: **A viagem da volta: etnicidade, política e reelaboração cultural no Nordeste indígena**. João Pacheco de Oliveira (org.). Rio de Janeiro. Contra Capa Livraria/LACED, 2004.

ATHIAS, Renato e MACHADO, Marina. A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n. 2, 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2001000200017&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000200017&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 28 jan. 2007.

AUGÉ, Marc. **O sentido dos outros: atualidade da Antropologia**. Petrópolis/ RJ: Vozes, 1999.

AZANHA, Gilberto e VALADÃO, Virgínia Marcos. **Senhores destas terras: os povos indígenas no Brasil, da colônia aos nossos dias**. Atual: São Paulo 1991.

BARTH, Fredrik. Grupos étnicos e suas fronteiras. In: POUTIGNAT, Phillipe; STREIFF-FENART, Jocelyne. **Teorias da etnicidade seguido de grupos étnicos e suas fronteiras de Fredrik Barth**. São Paulo: Fundação Editora da UNESP, 1998.

BARTOLOMÉ, Miguel. **Chamanismo y religión entre los Ava-katu-Ete**. Assuncion: CEADUC, 1991.

BENEDICT, Ruth . **Patterns of culture**. New York: Houghton Mifflin, 1934

BOLTANSKI, Luc. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

BOURDIEU, Pierre. **A economia das trocas simbólicas**. São Paulo: Perspectiva, 2004.

BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

BOURDIEU, Pierre. **Sobre o poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand, 2003.

BUCHILLET, Dominique. A Antropologia da doença e os sistemas oficiais de saúde. In: **Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia**. Belém: MPEG/CEJUP/UEP, 1991. p. 21-44.

- CAMARGO, Maria T. L. de A. Jurema (*Mimosa hostilis* Benth) e sua relação com os tranSES nos sistemas de crenças afro-brasileiras. In: MOTA, Clarice N.; ALBUQUERQUE, Ulisses P. **As muitas faces da jurema**: de espécie botânica à divindade afro-indígena. Recife: Bagaço, 2002. p. 151-170.
- CARVALHO, José J. Antropologia: saber acadêmico e experiência iniciática. **Anuário Antropológico**, Rio de Janeiro, p. 91-107, 1993.
- CARVALHO, José J. O olhar etnográfico e a voz subalterna. **Série Antropologia**, Brasília, v. 261, 1999.
- CARVALHO, Maria L.B. **Saúde de populações indígenas**: tendências após os impactos do contato. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais). São Paulo: PUC, 1997.
- CARVALHO, Maria do R.G. **Kanamari da Amazônia Ocidental**: história, mitologia, ritual e xamanismo. Salvador: FCJA, 2000.
- CASCUDO, Câmara. **Meleagro**: pesquisa do catimbó e notas da magia branca no Brasil. Rio de Janeiro: Agir, 1978.
- CLIFFORD, James. **A Experiência Etnográfica**: antropologia e literatura no século XX. Rio de Janeiro: UFRJ, 1998.
- CUNHA, Manuela Carneiro da. Definições de índio e de comunidades indígenas. In: SANTOS, Sílvio Coelho (Org.). **Sociedades indígenas e o direito**: uma questão de direitos humanos. Florianópolis: Editora da UFSC, 1985 (p.31-37).
- DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO Nº 157, publicado em 18 set. 1993.
- DIEHL, Eliana E. **Entendimentos, práticas e contextos sociopolíticos do uso de medicamentos entre os Kaingáng (Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, Brasil)**. Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública: Rio de Janeiro, 2001.
- DIEHL, Eliana E. Agravos na saúde Kaingáng (Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina) e a estrutura dos serviços de atenção biomédica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2001000200019&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000200019&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 28 jan. 2007.
- DOUGLAS, Mary. **Pureza e perigo**. São Paulo: Perspectiva, 1976.
- ELIADE, Mircea. **El chamanismo y las técnicas arcaicas del éxtasis**. México: Fondo de cultura econômica, 1992.
- EVANS-PRITCHARD, E. **Bruxaria, oráculos e magia entre os Azande**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- FABIAN, Johannes. **Anthropology with an attitude**: critical essays. Stanford: Stanford University Press, 2001.
- FASSEBER, José R. M. **Saúde e políticas de saúde entre os kaingang de Palmas/PR**. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Programa de Pós-graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina – PPGAS/UFSC, Florianópolis, 1998.

FAUSTO, Carlos. **Inimigos fiéis: história, guerra e xamanismo na Amazônia**. São Paulo: EDUSP, 2001.

FERREIRA, Ivson J. **Relatório de identificação e delimitação da AI Atikum**. Recife: FUNAI, 1989.

FERREIRA, Jaqueline. Semiologia do corpo. In: LEAL, O. F. **Corpo e significado**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1995. p. 89-105.

FOLLÉR, May-Lis. Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In: LANGDON, J e GARNELO, L. (orgs.). **Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa**. Rio de Janeiro: Editora Contracapa/ABA, 2004.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Política de atenção à saúde dos povos indígenas**. 2000. Disponível em: <www.funasa.gov.br>. Acesso em 28 de jan.2007.

GALVÃO, Eduardo. **Santos e visagens: um estudo da vida religiosa de Ita, Amazonas**. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1955.

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1978.

GEERTZ, Clifford. **O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa**. Petrópolis: Vozes, 1998

GREENE, Shane. The shaman's leedle: development, shamanic agency and intermedicality in Aguaruna Lands, Peru. In: **American Ethnologist** 25(4), 1998.

GRÜNEWALD, Rodrigo de A. **“Regime de índio” e faccionalismo: os Atikum da Serra do Umã**. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Museu Nacional/UFRJ, 1993.

GRÜNEWALD, Rodrigo de A. A jurema no “regime de índio”: o caso Atikum. In: MOTA, Clarice; ALBUQUERQUE, Ulysses P. **As muitas faces da jurema: de espécie botânica à divindade afro-indígena**. Recife: Bagaço, 2002.

GRÜNEWALD, Rodrigo de A. Etnogênese e “regime de índio” na Serra do Umã. In: OLIVEIRA, João Pacheco (Org.). **A viagem da volta: etnicidade, política e reelaboração cultural no Nordeste indígena**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2004.

GRÜNEWALD, Rodrigo de A. Índios ou caboclos? Os filhos da Serra do Umã. **Revista do Migrante**, São Paulo, CEM, n. 9, 1994.

HÉRITIER, Françoise. **Masculino/Femenino: el pensamiento de la diferencia**. Barcelona: Ariel, 1996.

HOHENTHAL JR, W. D. As tribos do baixo e médio São Francisco. **Revista do Museu Paulista**, XII.São Paulo, 1960, pp. 33 – 71.

KLEINMAN, Arthur. **Patients and healers in the context of cultura: an exploration of the borderland an Anthropology, Medicine and Psychiatry**. Los Angeles: University of California Press, 1980.

LANGDON, E. J. M. Introdução: xamanismo, velhas e novas perspectivas. In: **XAMANISMO NO BRASIL: novas perspectivas**. Florianópolis: UFSC, 1996.

LANGDON, Esther J. **A doença como experiência**: a construção da doença e seu desafio para prática médica. Palestra oferecida na Conferência 30 anos de Xingu, Escola Paulista de Medicina. São Paulo, 1995. Disponível em: <[http://www.antropologia.com.br/tribo/nessi/textos/A\\_Doenca\\_como\\_Experiencia.Htm](http://www.antropologia.com.br/tribo/nessi/textos/A_Doenca_como_Experiencia.Htm)>. Acesso em: 28 jan. 2007.

LANGDON, Esther J. Representações de doença e itinerário terapêutico do Siona da Amazônia Colombiana. In: SANTOS, Ricardo V.; COIMBRA, Carlos E. A. **Saúde e povos indígenas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

LANGDON, Esther J. **Saúde e povos indígenas**: os desafios na virada do século. Trabalho apresentado no V Congresso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina, Isla de Margarita, Venezuela, 1999. Disponível em: <<http://www.antropologia.com.br/tribo/nessi/textos/Margsav.htm>>. Acesso em: 28 jan. 2007.

LANGDON, Esther J.; DIEHL, Eliana E.; WIJK, Flávio B. E DIAS-SCOPEL, Raquel P. A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, 2006. (pp. 2637-2646) Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X200600120003&lng=es&nrm=&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X200600120003&lng=es&nrm=&tlng=pt)>. Acesso em: 28 jan. 2007.

LEFÈVRE, Fernando. A função simbólica dos medicamentos. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.17, n. 6, 1983. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101983000600007&lng=en&nrm=isso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101983000600007&lng=en&nrm=isso)>. Acesso em: 28 jan. 2007.

LÉVI-STRAUSS, Claude. O feiticeiro e sua magia. **Antropologia estrutural**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003.

LIMA, Nei Clara de. **Narrativas orais**: uma poética da vida social. Brasília: Universidade de Brasília, 2003.

LOYOLA, Maria A. Medicina popular, rezas e curas de corpos e alma. **Ciência Hoje**, v. 6, n. 35, p.34-43, 1987.

LOYOLA, Maria A. **Médicos e curandeiros**: conflito social e saúde. São Paulo: Difel, 1984.

MAGALHÃES, Edgard D. **O Estado e a saúde indígena**: a experiência do Distrito Sanitário Yanomami. Dissertação (Mestrado em Política Social) Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade de Brasília – UNB, Brasília, 2001.

MALINOWSKI, Bronislaw. **Argonautas do Pacífico Ocidental**: um relato do empreendimento e da aventura dos arquipélagos da Nova Guiné Melanésia. São Paulo: Abril Cultural S.A., 1978.

MARTINS, Sílvia. **Incorporalização de gênero entre os Kariri-Xocó**: algumas considerações sobre processo histórico de dominação colonial. In: REUNIÃO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA, 24., 2004. **Anais...** Olinda, 2004.

MAUÉS, Raymundo H. **A ilha encantada**: medicina e xamanismo numa comunidade de pescadores. Belém: Universidade do Pará, 1990.

MAUSS, Marcel Mauss. Ensaio sobre a dádiva. Forma e razão da troca nas sociedades arcaicas. **Sociologia e Antropologia**, São Paulo, EPU/EDUSP, v. 2, 1974.

MAUSS, Marcel. A prece. In: OLIVEIRA, Roberto C. (Org.). **Marcel Mauss: Antropologia**. São Paulo: Ática, 1979.

MEDEIROS, Bartolomeu F. Retrato de uma cultura banto/ameríndia/católica/juremeira/ (umbandista?) nos sertões nordestinos. In: **Cadernos de estudos sociais**, Recife, v. 15, n. 1, jan./jun. 1999.

MELATTI, Júlio **Índios do Brasil**. São Paulo: HUCITEC, 1993. .

MENDONÇA Caroline F. L. **Os índios da Serra do Arapuá: identidade, território e conflito no sertão de Pernambuco**. Dissertação (Mestrado em Antropologia) Programa de Pós-graduação em Antropologia da Universidade Federal de Pernambuco – PPGA/UFPE, Recife, 2003.

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

MENÉNDEZ, Eduardo L. **Poder, estratificación y salud: analisis de las condiciones de la enfermedad en Yucatan**. Ediciones de la casa chata: México, 1981.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Construção da identidade da antropologia na área da saúde: o caso brasileiro. In: ALVES, P.C. & RABELO, M.C. (orgs.) **Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ Editora Relume Dumará, 1998 (p.29-46).

MOREIRA, Ubiratan. A Funasa e a implementação de distritos sanitários indígenas. In: LIMA, Antônio C. S.; BARROSO-HOFFMANN, Mara. **Estados e povos indígenas II: bases para uma nova política indigenista II**, Rio de Janeiro: Contra capa livraria e LACED, 2002.

MOTA, Clarice N. **As Jurema told us: Kariri-Shoko and Shoko Mode of Utilization of Medicinal Plants in the Context of Modern Northeast Brazil**, Ph. D. Dissertaton, University Microfilms, 1987.

MOTA, Clarice. N.; BARROS, J. F. P. de. Jurema. Black-Indigenous Drama and Representations. In: **Ethnobiology: Implications and Aplications**. v. 2. Museu Goeldi: Belém, 1990.

NASCIMENTO, Marcos T. **O tronco da jurema: ritual, etnicidade entre os povos indígenas do Nordeste: o caso Kiriri**. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Programa de Pós-graduação em Sociologia da Universidade Federal da Bahia – PPGS/UFBA, Salvador, 1994.

NUNES, E. D. (org.). **As Ciências Sociais em Saúde na América Latina: tendências e perspectivas**. Publicações OPAS, Brasília, 1985.

OLIVEIRA, João P. Uma etnologia dos "índios misturados"? Situação colonial, territorialização e fluxos culturais. **Mana**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, 1998. p. 47-77. ISSN 0104-9313.

OLIVEIRA, João P. Muita terra para pouco índio? Uma introdução (crítica) ao indigenismo e à atualização do preconceito. In: SILVA, Aracy Lopes e GRUPIONI, Luís D. **A temática indígena na escola**. MEC/MARI/UNESCO: Brasília, 1995.

PEIRANO, Mariza G. S. A favor da etnografia. **Série Antropologia**, Brasília, n. 130, 1992.

PÉREZ-GIL, Laura. Chamanismo y modernidad: fundamentos etnográficos de um proceso histórico. In: SAEZ, Oscar; LENAERTS, Marc; SPADAFORA, Ana M. **Paraiso abierto, jardines cerrados: pueblos indígenas, saberes y biodiversidad**. Quito: ABYA-YALA, 2004. p. 179-199.

PÉREZ-GIL, O sistema médico yawanawa: cura, poder e iniciação xamânica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2001.

QUEIROZ, M de S. e CANESQUI, A.M. Antropologia da medicina: uma revisão teórica. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, 20, 1986. (pp 152-164)

PINTO, Estevão. **Etnologia brasileira: Fulniô- os últimos Tapuias**. São Paulo: Nacional, 1956.

REESINK, Edwin. O segredo do sagrado: o toré entre os índios do nordeste. In: ALMEIDA, Luís S.; GALINDO, Marcos; ELIAS, Juliana L. (Orgs.) **Os índios do Nordeste: temas e problemas 2**. Maceió: EDUFAL, 2000.

REESINK, Edwin. Raízes históricas: a jurema, enteógeno e ritual na história dos povos indígenas no Nordeste. In: MOTA, Clarice N.; ALBUQUERQUE, Ulisses P. **As muitas faces da jurema: de espécie botânica à divindade afro-indígena**. Recife: Bagaço, 2002. p. 61-96.

SAEZ, Oscar; LENAERTS, Marc; SPADAFORA, Ana M. (Orgs.). Introducción. In: SAEZ, Oscar; LENAERTS, Marc; SPADAFORA, Ana M. **Paraiso abierto, jardines cerrados: pueblos indígenas, saberes y biodiversidad**. Quito: ABYA-YALA, 2004. p. 7-20.

SAHLINS, Marshall. **Cultura e razão prática**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

SAHLINS, Marshall. **Cultura na prática**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2004.

SAÚDE SEM LIMITES. **Referencial para a formação de agentes comunitários indígenas de saúde**. São Paulo: Saúde sem Limites, 2005.

SILVA, Christiano B. M. **“Vai-te pra onde não canta galo, nem boi urra...”**: diagnóstico, tratamento e cura entre os Kariri-Xocó (AL). Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Programa de Pós-graduação em Antropologia da Universidade Federal de Pernambuco – PPGA/UFPE, Recife, 2003.

SILVA, Georgia. **Dona-do-corpo, eu?** In: Reunião de Antropologia do Mercosul: Identidad, Fragmentación y Diversidad, 6.,Montevideo, 2005. (CD-Rom).

SILVA, Georgia; NEVES, Rita. **Relatório etnográfico: II Encontro sobre curas tradicionais e plantas medicinais do povo Xucuru a partir do respeito com a natureza**. Recife, 2006.

SOARES, Luís Eduardo. Hermenêutica e Ciências Humanas. In: **O rigor da indisciplina**. Rio de Janeiro: ISER – Relume Dumará, 1994.

SOUZA, Liliane C. **Doença que rezador cura e doença que médico cura: modelo etiológico Xucuru a partir de seus especialistas de cura**. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Programa de Pós-graduação em Antropologia da Universidade Federal de Pernambuco – PPGA/UFPE, Recife, 2004.

TAUSSIG, Michael. **Xamanismo, Colonialismo e o homem selvagem**. São Paulo: Paz e Terra, 1993.

TURNER, Victor. **The Ritual Process**. Ithaca: Cornell University Press, 1969.

UCHÔA E. VIDAL, JM. Antropologia médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença. **Cadernos de Saúde Pública** 10 1994 (pp. 497-504)

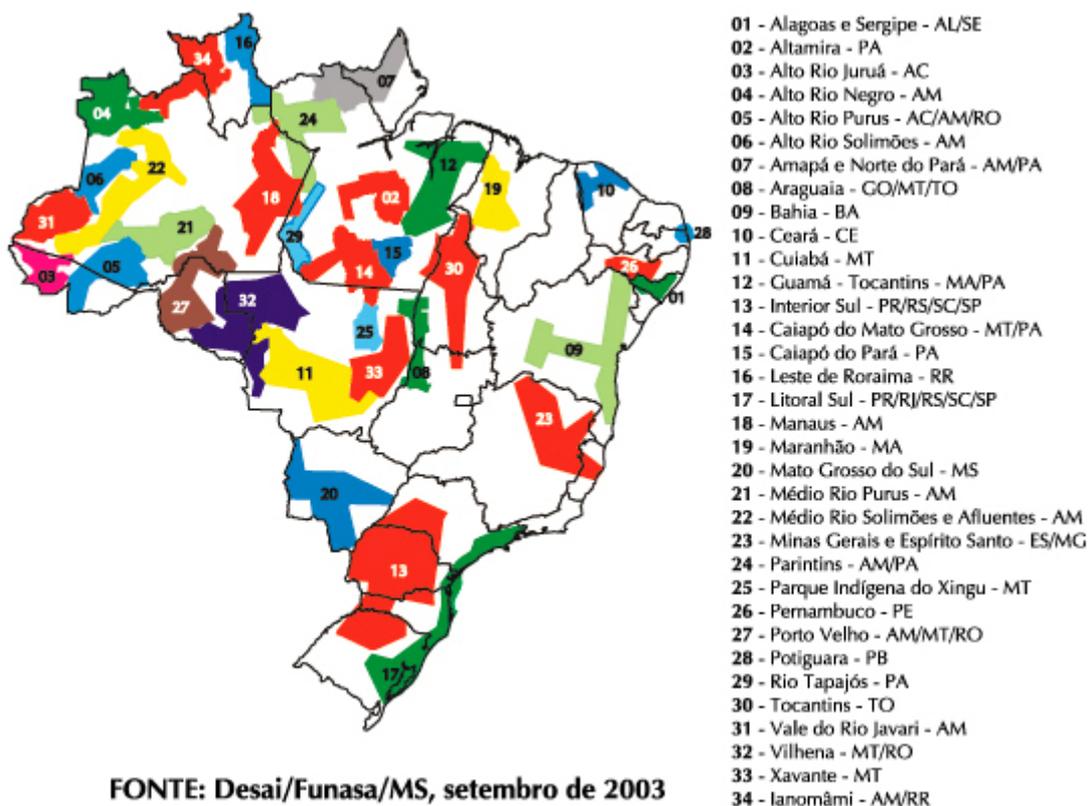
VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. **A inconstância da alma selvagem e outros ensaios de antropologia**. São Paulo: Cosac & Naify, 2002.

WEBER, Max .“Comunidades Étnicas”. In: **Economia e Sociedade**. MartinsFontes. Rio de Janeiro, 1992.

**Anexos**

## Anexo I

## Mapa dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas -DSEI



Fonte de pesquisa: [www.funasa.gov.br](http://www.funasa.gov.br). (acesso em 29 de janeiro de 2007)

## II – Formação inicial para agentes indígenas de saúde – Proposta modular

Carga horária total: 1.080 horas; Carga horária: Concentração: 700 horas/Carga horária: Dispersão: 380 horas

Eixos Temáticos	Módulo Introdutório	Módulo Doenças Endêmicas	Módulo DST/Aids	Módulo Parasitoses Intestinais e Doenças de Pele	Módulo Saúde da Mulher, da Criança e Saúde Bucal	Módulo Saúde do Adulto e Atendimento de Urgências
Percebendo nossa realidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>História dos povos indígenas e da relação intercultural.</li> <li>Território indígena: ocupação e transformações.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mudanças ambientais, culturais, econômicas e dos modos de viver dos povos indígenas.</li> <li>Impacto sobre o meio ambiente e saúde.</li> <li>Estratégia de sobrevivência dos povos indígenas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aspectos do entorno e risco da relação intercultural.</li> <li>Relação intercultural e consequências para a saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Saúde e meio ambiente.</li> <li>Mudanças culturais e nos modos de vida das populações indígenas.</li> <li>Formas de relação entre os seres vivos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Papéis sociais nas comunidades indígenas.</li> <li>Família indígena.</li> <li>Ciclo biológico.</li> <li>Padrões culturais de alimentação indígena.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Modos de vida e trabalho da população adulta e idosa nas comunidades indígenas.</li> </ul>
Entendendo o processo saúde/doença	<ul style="list-style-type: none"> <li>O processo saúde/doença e seus determinantes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conceitos de transmissibilidade e cadeia de transmissão.</li> <li>Conceitos de ambiente e adaptação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conceitos de risco e vulnerabilidade, ambiente saudável e retransmissão.</li> <li>Cadeia de transmissão das doenças.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conceito de transmissibilidade das doenças e sua relação com o meio ambiente.</li> <li>Relação entre os seres vivos e o meio ambiente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conceitos de vulnerabilidade e de risco no ciclo biológico.</li> <li>Conceitos de imunidade e resistência.</li> <li>Relações entre hábitos alimentares e doenças.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conceito de vulnerabilidade e de risco aplicado à população adulta e idosa.</li> <li>Conceito de cronicidade.</li> </ul>
Fluenciando saúde e intervenção no processo saúde/doença	<ul style="list-style-type: none"> <li>Introdução aos conceitos de transmissibilidade, prevenção e intervenção.</li> <li>Atenção básica em IRA, diarreia e desidratação.</li> <li>Procedimentos e tratamentos padronizados.</li> <li>Ações de vigilância em saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atenção básica em tuberculose, malária e dengue.*</li> <li>Controle de endemias.</li> <li>Procedimentos e tratamentos padronizados.</li> <li>Ações de vigilância em saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atenção básica nas DST, Aids e Hepatites de transmissão hemodinâmica e sexual.</li> <li>Aterralização emissor de risco para as DST/Aids.</li> <li>Procedimentos e tratamentos padronizados.</li> <li>Procedimentos de limpeza, desinfecção, esterilização e biosegurança.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atenção básica nas parasitoses intestinais, Hepatite A e Doenças que acometem a pele.**</li> <li>Procedimentos e tratamentos padronizados.</li> <li>Nuções básicas de higiene e saneamento.</li> <li>Ações de vigilância em saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atenção básica à mulher e criança indígena.</li> <li>Procedimentos e tratamentos padronizados.</li> <li>Imunização em áreas indígenas.</li> <li>Ações básicas de saúde bucal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ações à saúde em adultos indígenas decorrentes das mudanças culturais e de alimentação (hipertensão arterial, diabetes, alcoolismo).</li> <li>Conceito de risco de vida, urgência e emergência.</li> <li>Atendimento de urgências.</li> </ul>
Conhecendo e organizando os serviços de saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>Levantamento de dados demográficos e epidemiológicos.</li> <li>Contexto cultural e político das comunidades indígenas.</li> <li>Papel do AIS.</li> <li>Cadastro e censo das famílias.</li> <li>Proposta dos Dist.</li> <li>Organização do local de trabalho do AIS.</li> <li>Educação em saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Discussão do papel do AIS.</li> <li>Importância da vigilância em saúde.</li> <li>Ações de controle de endemias.</li> <li>Educação em saúde.</li> <li>Organização do Dist.</li> <li>Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (Siasi).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sistema de referência e contra-referência.</li> <li>Notificação de doenças.</li> <li>Trabalho na Casa de Saúde do Índio.</li> <li>Educação em saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Processo de trabalho.</li> <li>Educação em saúde.</li> <li>Vigilância do meio ambiente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ações de imunização.</li> <li>Vigilância nutricional.</li> <li>Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.</li> <li>Educação em saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Participação de planejamento e avaliação das ações de saúde.</li> <li>Remoção de pacientes.</li> <li>Mobilização social.</li> <li>Educação em saúde.</li> </ul>
Carga horária sugerida	<ul style="list-style-type: none"> <li>Concentração: 120 horas</li> <li>Dispersão: 60 horas</li> <li>Total: 180 horas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Concentração: 120 horas.</li> <li>Dispersão: 60 horas.</li> <li>Total: 180 horas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Concentração: 104 horas.</li> <li>Dispersão: 60 horas.</li> <li>Total: 164 horas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Concentração: 120 horas.</li> <li>Dispersão: 60 horas.</li> <li>Total: 180 horas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Concentração: 116 horas.</li> <li>Dispersão: 80 horas.</li> <li>Total: 196 horas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Concentração: 120 horas.</li> <li>Dispersão: 60 horas.</li> <li>Total: 180 horas.</li> </ul>

\* As doenças: chagas, tracoma, oncocercose, leishmaniose visceral, etc. serão trabalhadas conforme o perfil epidemiológico regional.

\*\* As doenças: hanseníase e leishmaniose tegumentar serão trabalhadas conforme o perfil epidemiológico regional.

#### CAPÍTULO IV DO TRABALHO EM GRUPOS TEMÁTICOS

ART.10º- O trabalho em grupos será o espaço de debate, votação, aprovação e encaminhamento das propostas provenientes das Conferências Locais de Saúde Indígena e terá a seguinte organização:

- a) Serão compostas pelos participantes do evento (delegados, convidados e comissões de organização);
- b) Possuirá um relator pré-definido pela organização do evento e elegerá um coordenador dentro do próprio grupo, o qual conduzirá seus trabalhos;
- c) Terá quorum mínimo para qualificação da votação de 70% dos presentes como delegados;
- d) Os grupos temáticos terão como subsídios para discussão a consolidação das propostas das Conferências Locais de Saúde Indígena dos povos Indígenas de Pernambuco e o texto-base de discussão elaborado pela comissão organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Indígena e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde.

#### CAPÍTULO V DA PLENÁRIA FINAL

Art.11º- A plenária final é a instância máxima de deliberação final do evento, possuindo poder soberano, será constituída pela totalidade dos participantes.

Parágrafo único – Só poderão votar e ser votados os delegados que não possuírem restrições.

Art.12º- A agenda da plenária final constará dos seguintes pontos;

- a) Apreciação e aprovação do relatório final;
- b) Apreciação das monções;
- c) Apresentação e eleição dos delegados para a IV Conferência Nacional de Saúde Indígena.

#### SEÇÃO I DA APRECIÇÃO E APROVAÇÃO DO RELATÓRIO FINAL

Art.13º- O relatório final da II Conferência Distrital de saúde dos Povos indígenas de Pernambuco, será o produto final do evento, onde deverá constar, as discussões e propostas a serem encaminhadas a IV Conferência Nacional de Saúde Indígena.

Art.14º- A aprovação das propostas em plenária devem seguir as seguintes orientações:

- a) Será lida a consolidação geral de todos os trabalhos dos grupos temáticos;
- b) Para cada proposta lida será concedida a oportunidade de oferecer destaque;
- c) Após a leitura completa da consolidação dos trabalhos dos grupos temáticos as propostas que não tiverem recebido destaque serão consideradas aprovadas;
- d) Iniciar-se-á a leitura e discussão das propostas com destaque;
- e) Será limitado em 03 (três) o número de intervenções para cada destaque, dando-se direito a mais uma defesa para cada proposta de modificação da redação inicial, exceto nos casos em que a plenária solicite maiores esclarecimentos;
- f) Cada intervenção terá um tempo máximo de 03 (três) minutos.

Parágrafo único – Será vedado o levantamento de "questões de ordem" durante o regime de discussão.

## II CONFERÊNCIA DISTRITAL DE SAÚDE INDÍGENA DE PERNAMBUCO PROPOSTA DE REGULAMENTO

### TÍTULO I DA FINALIDADE

Art.1º- Este regulamento tem por finalidade a definição de regras de funcionamento para a II Conferência Distrital de Saúde Indígena de Pernambuco, convocada pela Portaria Ministerial nº 963, de 23 de junho de 2005, publicada no DOU nº 120, de 24 de junho de 2005, com Regimento aprovado nas 155ª (Centésima Quinquagésima Quinta) Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde – CNS, em 08 de junho de 2005.

### TÍTULO II DA ORGANIZAÇÃO

Art.2º- A II Conferência Distrital de Saúde Indígena terá a seguinte organização:

- a) Credenciamento;
- b) Plenária de apreciação do Regimento Interno e Regulamento;
- c) Mesas redondas;
- d) Trabalho em grupos temáticos e
- e) Plenária final.

### CAPÍTULO I DO CREDENCIAMENTO

Art.3º- O credenciamento será de 12:00 às 16:00h do dia 17/12/2005 e das 08:00 às 12:00h do dia 19/12/2005.

Art.4º- O delegado ou convidado que perder o credenciamento, perderá o poder de voto no evento, recebendo o material do evento sem o crachá.

Parágrafo Único – A ação contida no caput desse artigo não se estende aos convidados para exposição dos painéis temáticos e para a mesa de cerimônia de abertura.

### CAPÍTULO II DA PLENÁRIA DE APRECIÇÃO DO REGIMENTO

Art.5º- A plenária de apreciação do Regimento Interno e Regimento Eleitoral, será iniciada às 16:00h seguindo até às 18:00h, do dia 17/12/2005, onde será proferida a leitura e aprovação dos documentos.

### CAPÍTULO III DOS PAINÉIS TEMÁTICOS

Art.6º- Os painéis temáticos serão os espaços de exposição dos eixos temáticos, descritos no Regimento, a serem debatidos na IV Conferência Nacional de Saúde Indígena.

Art.7º- Os painéis serão estruturados da seguinte forma:

- a) 01 coordenador;
- b) 01 relator;
- c) 03 expositores e;
- d) 03 debatedores.

Art.8º- Os expositores serão indicados entre usuários indígenas, gestores, prestadores de serviços, trabalhadores, membros do Ministério Público, especialistas e estudiosos da área de saúde indígena.

Art.9º- As mesas-redondas terão caráter expositivo e duração de 02:30h, dispondo seus expositores de 20 minutos e, os debatedores de 05 minutos, respectivamente.

## SEÇÃO II DAS MONÇÕES

Art.15º- As monções deverão ser encaminhadas exclusivamente por delegados, necessariamente de âmbito estadual, devendo ser apresentada(s) a secretaria do evento, em formulário próprio elaborado pela comissão organizadora da II Conferência Distrital de Saúde dos Povos Indígenas de Pernambuco, até às 18:00h do dia 19/12/2005.

Parágrafo Único – A comissão organizadora deverá prover, em tempo hábil, aos requerentes, formulários de apresentação de monções.

Art.16º- A apreciação das monções pela plenária final, seguirá os seguintes procedimentos:

- a) As monções deverão ser assinadas por, no mínimo, 30% delegados e devem indicar um proponente para leitura na plenária;
- b) A mesa procederá à leitura do documento e logo após terá, um proponente escolhido dentre o conjunto dos proponentes, direito a 02 (dois) minutos para defender a monção;
- c) Uma vez a plenária esclarecida realizar-se-á a votação;
- d) A aprovação das monções se dará por maioria simples dos delegados presentes na plenária.

## SEÇÃO III DA ELEIÇÃO DOS DELEGADOS PARA A IV CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA

Art.17º- Para a eleição dos delegados para IV Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas, serão seguidas as seguintes orientações:

I – O quantitativo de delegados por segmento será, respectivamente:

- a) 28 usuários
- b) 14 trabalhadores
- c) 14 gestores

II – Os delegados indicados deverão estar devidamente credenciados e ter participado da etapa distrital com no mínimo 80% de presença nas atividades do evento.

III – A metodologia para escolha dos delegados indicados será proposta pela Comissão Organizadora da Conferência.

IV – As inscrições para delegados devem ser, improrrogavelmente, encaminhadas até as 18:00h do dia 19/12/2005.

V – Os delegados apresentados devem ser referendados pela plenária final da Conferência.

## TÍTULO III DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITORIAS

Art.18º- A comissão organizadora deverá informar local dentro da estrutura do evento, onde funcionará a secretaria do mesmo, assim como o local onde serão realizados os trabalhos em grupos, com seus respectivos temas e listas de inscritos.

Art.19º- Serão conferidos certificados de participação na II Conferência Distrital de Saúde dos Povos Indígenas de Pernambuco aos presentes devidamente credenciados, estendendo-se também aos organizadores.

Art.20º- Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Executiva, ad referendum da plenária final.

## Anexo V



Figura 1



Figura 2



Figura 3

Figura 1 e 3: Seu Antônio Pedro, *rezador*, explicando o uso de ramo na reza.  
Figura 2: Seu Antônio Pedro rezando de zanga.

Fonte: Arquivo da Pesquisadora

Anexo VI



Figura 1

Figura 1: Dona Naninha Bezerra rezando de espinhela caída em Dona Ivonete.

Fonte: Arquivo da pesquisadora.

**Anexo VII**

Figura 1

Figura 1: Posto de Saúde em reforma na Aldeia Sede – Serra do Umã

Fonte: Arquivo da pesquisadora