



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

CAMINHOS E SUJEITOS NO ADOECIMENTO E NA CURA ENTRE OS AKWÊ XERENTE

ARIEL DAVID FERREIRA

GOIÂNIA
2016

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: **Dissertação** **Tese**

2. Identificação da Tese ou Dissertação

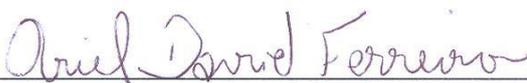
Nome completo do autor: Ariel David Ferreira

Título do trabalho: Caminhos e sujeitos no adoecimento e na cura entre os Akwẽ Xerente

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento SIM NÃO¹

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.


Assinatura do (a) autor (a) ²

Data: 11 / 04 / 2017

¹ Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

²A assinatura deve ser escaneada.

ARIEL DAVID FERREIRA

CAMINHOS E SUJEITOS NO ADOECIMENTO E NA CURA ENTRE OS AKWË XERENTE

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Goiás como requisito para obtenção do título de mestre em Antropologia Social.

Orientadora: Dr^a Joana Aparecida Fernandes Silva

GOIÂNIA
2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Ferreira, Ariel David
CAMINHOS E SUJEITOS NO ADOECIMENTO E NA CURA
ENTRE OS AKWE XERENTE [manuscrito] / Ariel David Ferreira. -
2016.
7, 117 f.

Orientador: Prof. Dr. Joana Aparecida Fernandes Silva .
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás,
Faculdade de Ciências Sociais (FCS), Programa de Pós-Graduação em
Antropologia Social, Goiânia, 2016.

Bibliografia. Anexos.

Inclui siglas, mapas, fotografias, abreviaturas, tabelas, lista de
figuras, lista de tabelas.

1. Antropologia da Saúde. 2. Etnologia indígena. 3. Akwe Xerente.
4. Itinerários terapêuticos. I. , Joana Aparecida Fernandes Silva,
orient. II. Título.

CDU 572.9



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

ATA DA SESSÃO DE JULGAMENTO DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE
ARIEL DAVID FERREIRA

Aos trinta e um dias do mês de outubro de 2016, às 8 horas e 30 minutos, no Núcleo Takinahaky de Formação Superior Indígena da Universidade Federal de Goiás, realizou-se a sessão de julgamento da Dissertação de Mestrado do mestrando **ARIEL DAVID FERREIRA**, intitulada *Caminhos e sujeitos no adoecimento e na cura entre os Akwẽ Xerente*. A Banca Examinadora foi composta pelos/as seguintes Professores/as Doutores/as: Joana Aparecida Fernandes da Silva (UFG/presidenta), Marta Roverly de Souza (UFG/membro), Janine Helfst Leicht Collaço (UFG/membro), Alexandre Ferraz Herbetta (UFG/suplente). O candidato apresentou o trabalho, os/as examinadores/as o arguíram e ele respondeu às arguições. Às 11:15 horas, a Banca Examinadora passou a julgamento em sessão reservada, pela qual foram atribuídos ao mestrando os seguintes resultados:

Aprovado () Reprovado

Dra. Joana Aparecida Fernandes da Silva _____

Aprovado () Reprovado

Dra. Marta Roverly de Souza _____

() **Aprovado** () Reprovado

Dra. Janine Helfst Leicht Collaço _____

Aprovado () Reprovado

() Dr. Alexandre Ferraz Herbetta _____

Resultado Final Aprovado, com indicação para
publicar

Reaberta a sessão pública, a presidenta da Banca Examinadora proclamou os resultados e encerrou a sessão, da qual foi lavrada a presente ata, que vai assinada por mim, Camilo Albuquerque de Braz, coordenador do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, e pelos membros da Banca Examinadora.

Camilo Albuquerque de Braz _____

Camilo Albuquerque de Braz
Coord. do Prog. de Pós-Graduação em
Antropologia Social - PPGAS
Fac. de Ciências Sociais - FCS/UFG

*À memória de minha avó Benedita Bruno de Bastos
e de minha tia Enilda Calixto Ferreira.*

AGRADECIMENTOS

Aos Akwẽ Xerente pela recepção e por permitirem minha estadia em suas terras. Em especial agradeço Maria Helena *Wakrãrê*, Santino *Sitmõru*, Tiago, Gildete, Sônia, Telma, Solange, Fátima e Fabiana por me adotarem como filho, irmão e me acolherem em seus lares.

Aos moradores da aldeia Salto *Kripre* pelo carinho, afeto e paciência face aos constrangimentos e “intrusões” decorrentes de meus limites, meu conhecimento restrito e da minha atividade como pesquisador.

Aos pesquisadores Akwẽ Arlindo *Wdêkruwe*, Davi *Samuru*, Ilda *Nãmnãdi*, Valci *Sinã*, Agripino *Wakuke*, Silvino e Afonso *Tikwa* pelo suporte, incentivo e disposição em discutir e compartilhar seus conhecimentos.

À Annete e Roberval Xerente por me acolherem com bastante sensibilidade e generosidade em Miracema.

À minha família, tanto materna, quanto paterna, pelas palavras de incentivo em qualquer matéria que envolvesse o estudo e minha progressão acadêmica. Aos meus pais, Maria Aparecida e Divair, por aceitarem minhas decisões e caminhos e não hesitarem em me apoiar financeiramente e emocionalmente nesses percursos. À minha irmã Larissa pelo carinho, enorme atenção e paciência em escutar minhas tentativas de organização de dados, argumentação e redação.

Sou grato a Joana Aparecida Fernandes, minha orientadora e amiga desde a graduação, por me apresentar aos Akwẽ Xerente, me acolher em momentos de desespero e doença, me ensinar uma vida mais leve, saudável, sensível e deslocar meu olhar aflito para a grandiosidade das “desimportâncias”.

Aos meus colegas e professores do PPGAS-UFG pelas discussões e pelas confraternizações transbordantes em bom humor. Em especial aos amigos Rafael Santana e Marcus Bernardes pelo afeto, atenção e pelas contribuições por meio de revisões e sugestões sobre os temas aqui desenvolvidos.

Obrigado a Kárita Rodrigues por apoiar minha inscrição no mestrado, indicar referências teóricas e facilitar meu deslocamento no mar de autorizações e versões de projetos necessários para as autorizações dos comitês de ética.

Agradeço às instituições que tornaram possível a realização da dissertação: a UFG pelo espaço destinado às pesquisas de pós-graduação; a CAPES pela bolsa de mestrado; ao PPGAS pelo auxílio de campo, sem os quais não teria sido possível a permanência e execução no/do mestrado nem a realização desta pesquisa.

Por fim, aos amigos de longa data Matheus, Elismênnia, Renato, Vitor, Leandro, Lucas, Marcelo, Igor, Felipe, Aline, Luana e a todas e todos outros que contribuíram direta e indiretamente para a concretização dessa pesquisa.

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo discutir, compreender e interpretar processos e sujeitos que envolvem a saúde e o adoecimento dos Akwẽ Xerente. Toma-se como base a categoria *hãze*, utilizada pelo grupo para designar uma série de sintomas, mal estares e dores pelos quais um Xerente pode passar, e sua capacidade de integrar narrativas de experiência sobre enfermidades que vão além da perspectiva biomédica. Trabalho a diversidade dos sujeitos e itinerários terapêuticos aos quais o grupo recorre para aliviar e solucionar seus mal estares, dores, doenças e aflições. Utilizo tais narrativas para realizar apontamentos sobre uma avaliação do serviço de saúde público que é oferecido para o grupo.

PALAVRAS-CHAVE: Antropologia da Saúde. Akwẽ Xerente. Itinerários terapêuticos.

ABSTRACT

This work aims to discuss, understand and interpret processes and subjects involved in the health, and sickness of Akwẽ Xerente. Taking as a basis the “*haze*” category used by the group to designate a series of symptoms, discomforts and pains that a Xerente can feel is observed its ability to integrate narratives and experiences of sickness beyond the biomedical perspective. I work the diversity of subjects and therapeutic itineraries used by the group to alleviate and solve their discomforts, pains, sickness and afflictions. In this context, the narratives of patients and health professionals serves as the means of assessing the public health service that is offered to the group.

KEY-WORDS: Anthropology of health. Akwẽ Xerente. Therapeutic itineraries.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Posto de saúde da aldeia Salto Kripre. FERREIRA, Ariel. 2015.	24
Figura 2: Santino Sitmõru na porta de sua casa. Ao fundo uma casa de alvenaria. FERREIRA, ARIEL. 2015.	24
Figura 3: Disputa de cabo de guerra no Dasipê. FERREIRA, Ariel. 2015.....	45
Figura 4: Time feminino de futebol da aldeia Salto. FERREIRA, Ariel. 2015.	45
Figura 5: Pesca no rio Tocantins. FERREIRA, Ariel. 2015.	58
Figura 6: Nomeação feminina para Brupahi (Andorinha) na aldeia Salto. FERREIRA, Ariel. 2015.	58

LISTA DE MAPAS

Mapa 1: Localização da Terra Indígena Xerente e Funil no município de Tocantínia, Estado do Tocantins. GOOGLEMAPS, 2013.	8
Mapa 2: Mapa de aldeias e PI Xerente. SCHROEDER, 2006, p. 40.	8

LISTA DE TABELAS E QUADRO

Tabela 1 – Número de óbitos por sexo	18
Tabela 2 - Óbitos em maiores e menores de 14 anos	18
Quadro 1 - Principais causas de óbitos de Xerente por sexo em 2015	19

LISTA DE SIGLAS

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas
CNBB – Confederação Nacional de Bispos do Brasil;
CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico;
DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena;
FCS – Faculdade de Ciências Sociais;
FUNAI – Fundação Nacional do Índio;
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde;
HRM – Hospital Regional Público de Miracema
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística;
IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal;
IMC – Índice de Massa Corporal
MMH – Modelo Médico Hegemônico;
MS – Ministério da Saúde;
PROCAMBIX – Programa de Compensação Ambiental Xerente;
PRODECER – Programa de Cooperação Nipo-Brasileira para o Desenvolvimento do Cerrado;
PAC – Programa de Aceleração do Crescimento;
PI – Posto Indígena
PPGAS – Programa de pós-graduação em Antropologia Social;
SESAI – Secretaria Especial da Saúde Indígena;
SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional;
SPI – Serviço de proteção aos índios;
SUS – Sistema Único de Saúde;
TI – Terra Indígena;
TRA – Técnica de restauração atraumática;
UFG – Universidade Federal de Goiás;
UHE – Usina Hidrelétrica.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	ii
RESUMO.....	iv
LISTA DE FIGURAS.....	v
LISTA DE MAPAS.....	v
LISTA DE TABELAS E QUADRO.....	v
LISTA DE SIGLAS.....	vi
CAPÍTULO I – OS AKWĒ XERENTE.....	1
CAPÍTULO II – WA IHÂZEDI: MAL ESTARES E ADOECIMENTOS.....	37
CAPÍTULO III – CAMINHOS E NEGOCIAÇÕES PARA A CURA.....	66
CAPÍTULO IV – APONTAMENTOS PARA UMA AVALIAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE.....	90
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	106
REFERÊNCIAS.....	110
ANEXO 1 - ROTEIRO PRELIMINAR DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA – HOMENS AKWĒ XERENTE.....	115
ANEXO 2- ROTEIRO PRELIMINAR DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA – PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	117

CAPÍTULO I – OS AKWĒ XERENTE

Na primeira seção desse capítulo trato da minha trajetória de pesquisa e como iniciou o meu contato com os *AkwĒ* Xerente. A partir dela, na segunda seção, apresento um breve histórico do contato dos Xerente com a sociedade nacional desde o século XVIII, quando aparecem os primeiros registros historiográficos sobre o grupo, até o século XX, quando ocorre a demarcação das terras indígenas (TI) Xerente e Funil. Na terceira seção abordo algumas tensões contemporâneas pelas quais passam os *AkwĒ* Xerente como as que decorrem das frentes de desenvolvimento conduzidas pelo agronegócio, dos municípios que fazem fronteira com a Terra Indígena e com grandes projetos estruturais como hidroelétricas, a ferrovia norte-sul e a hidrovía Araguaia-Tocantins. Na quarta seção realizo uma rápida revisão da literatura antropológica sobre a organização social do grupo que tem impacto significativo nas relações, conflitos e oposições realizadas por meus interlocutores.

1.1 – Deslocando no campo: caminhos de pesquisa nos AkwĒ Xerente

Em maio de 2012 visitei pela primeira vez as terras indígenas Xerente e Funil quando fui convidado pela professora Dra. Joana Fernandes Silva para auxiliar como uma espécie de monitor nas atividades da etapa de estudos realizadas nas aldeias de estudantes do curso de graduação em Licenciatura Intercultural Indígena da Universidade Federal de Goiás (UFG).

Nos anos anteriores eu já havia participado como monitor de atividades do curso nos temas corpo e saúde e cultural e trabalho, também ministrados pela professora Joana, mas nas etapas do curso que ocorreram em Goiânia no campus II da UFG. Conhecia, portanto, alguns alunos Xerente, mas de forma limitada às interações e diálogos que realizamos dentro da sala de aula.

Buscava naquela primeira viagem me aproximar de estudos antropológicos, mas principalmente, encontrar na etnologia indígena um tema para o meu trabalho final de curso da graduação em Ciências Sociais. Os Xerente ainda me pareciam genéricos. Meu incipiente contato com etnologia falava de um grupo indígena Jê da região central do Tocantins com uma complexa organização social. Mais exóticos que os sujeitos com os quais eu trabalhei nos programas de iniciação científica da graduação, quando pesquisava festas de música eletrônica e violência urbana, menos exóticos que grupos indígenas mais ao norte do estado.

Reinava claramente e em grandes proporções uma ignorância, consideravelmente etnocêntrica, disfarçada sob a imagem de um cientista social “clássico” e também certa falta de sensibilidade.

Orientado pela professora Joana me desloquei em um ônibus comercial de Goiânia (GO) até Miracema do Tocantins (TO), lá atravessei o rio Tocantins, em uma balsa, para a cidade de Tocantínia, localizada na margem direita do rio. Acompanhei um grupo de Xerente até a praça Brasília, que fica na região central da cidade, e lá contratei um serviço de mototaxi até a aldeia Funil, distante cerca de 10 km de Tocantínia, onde ocorria a etapa.

Ao chegar à aldeia Funil estranhei logo a disposição das casas, afinal a minha leitura restrita de Nimuendajú (1942) e Maybury-Lewis (1979) apontava para um semicírculo em forma de ferradura, contudo também notava o impacto na organização social decorrente do contato com não indígenas. Escolhi, por ironia (visto que boa parte da literatura sobre os Jê destaca uma “pobre” cultura material), pesquisar a produção e a comercialização de objetos em capim dourado e fita de buriti pelos Xerente da aldeia Salto e Funil.

No segundo semestre de 2012 fui aos Xerente mais uma vez para coletar dados de campo para o trabalho final de curso. Outra vez acompanhei parte da etapa em terras indígenas da Licenciatura intercultural da UFG, que ocorreu na aldeia Salto. Fui acolhido na casa de Maria Helena *Wakrãrê* Xerente, recém graduada na primeira turma da Licenciatura Intercultural Indígena, e por seu companheiro Santino *Sitmõru*, na época presidente da associação indígena Akwẽ (AIA).

Foram duas viagens curtas, com estadias de em média 10 dias, mas que permitiram a minha aproximação e a criação de certa intimidade com vários interlocutores Xerente. Inicialmente minha rede de relações partia de alunos conhecidos da Licenciatura Intercultural, mas foi aos poucos se expandindo para suas redes de familiares. Voltei da aldeia Salto com um nome, ou a expectativa de um nome, caso eu retornasse para o Dasipê, festa de nomeação dos Xerente. Fui nomeado *Sizapi*, nome pertencente a metade e clã Wahirê, a mesma de *Sitmõru*. Ganhara então uma referência nos Xerente e com ela a necessidade de contribuir para um precioso conceito para a antropologia, a reciprocidade.

Minha aproximação com o campo de estudos da saúde só começou em 2013 por meio do projeto “*Rede de informações para a prevenção de obesidade, diabetes, hipertensão em aldeias Xerente*”, proposto pela professora Joana em uma parceria com a Associação

Indígena Akwẽ (AIA) e financiamento da Confederação Cáritas Brasileiras, ligada a CNBB (Confederação Nacional de Bispos do Brasil). O projeto previa três ciclos sobre doenças crônicas nas aldeias Salto, Porteira e Funil e contou com oficinas sobre alimentação tradicional e industrializada. Teve o apoio dos professores das aldeias supracitadas, que também eram graduandos na licenciatura intercultural Indígena da UFG.

Lá realizamos medições e cálculos de IMC (índice de massa corporal), pressão arterial e taxa de gordura corporal usando equipamentos digitais e de precisão bastante limitada em voluntários Xerente. Nossa equipe era, afinal de contas, composta por mim, pela professora Joana e kárita Rodrigues, que no período realizava sua pesquisa de mestrado. Todos cientistas sociais, com pouca experiência e qualificação em metodologias mais comuns às ciências da saúde. Não obstante, foi possível constatar nos voluntários com mais de 30 anos sobrepeso, obesidade graus I e II e taxas de pressão arterial elevadas que aumentaram nossa preocupação sobre o tema.

Apesar de participar desse projeto, a minha intenção acadêmica ainda era continuar pesquisando cultural material Xerente. Ingressei no programa de pós-graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Goiás em 2014 com a intenção de expandir o pequeno inventário sobre artesanato em capim dourado e fita de buriti dos Akwẽ Xerente que iniciei no trabalho final de curso da graduação.

Contudo, nesse mesmo ano fui aos poucos seduzido para mudar de tema, não tanto pela literatura antropológica sobre saúde e adoecimento, mas muito mais pelas narrativas de dor e sofrimento de amigos Xerente em mortes e falecimentos dramáticos que questionavam a qualidade do serviço de saúde oferecido ao grupo. Buscava participar de um trabalho que tivesse maior impacto e relevância social para as aldeias e pessoas com as quais eu tinha maior afinidade e contato e, em certa medida, para também afinar-me aos interesses de pesquisa e sensibilidade de minha orientadora.

Iniciei, assim, no final de 2014, minha primeira incursão acadêmica ao campo de estudos da antropologia da saúde e da doença. Espelhando-me nos trabalhos de Schmidt (2011) sobre alimentação industrializada e tradicional nos Xerente e de Rodrigues (2014) sobre saúde reprodutiva das mulheres Xerente me propus a pesquisar a saúde dos homens Xerente nas aldeias Salto, Funil e Porteira.

No ano seguinte submeti ao CEP e CONEP, com relativo atraso, visto que a aprovação de um projeto que tem como objeto populações indígenas demora no mínimo seis meses para passar por diversos processos de avaliação e autorizações, o projeto intitulado *Saúde dos homens Akwẽ Xerente: da autoatenção à aplicação da política nacional de atenção integral à saúde do homem (PNAISH)*. Tinha como objetivo compreender como os homens adultos de 25 até 59 anos cuidavam de sua saúde. Preocupava-me com a frequência deles nos postos de saúde, nos hospitais, mas também com os tratamentos e terapias de saúde que não estavam inclusos no modelo biomédico de atenção à saúde. Utilizava como parâmetro a política nacional de atenção à saúde do homem e desejava identificar a sua aplicação nas Terras Indígenas Xerente.

Ainda coletando dados para o projeto *Saúde dos homens Akwẽ Xerente* fiz duas viagens à aldeia Salto. A primeira teve duração de sete dias e foi feita em março de 2015. Busquei com ela retomar as relações com interlocutores e amigos moradores da aldeia Salto. Afinal, não nos encontrávamos há um ano. Já a segunda viagem eu realizei em julho de 2016 com a finalidade de coletar dados para a qualificação e participar do *Dasipê*¹.

Até a qualificação muito me preocupava com a construção do corpo dos homens Xerente por meio das restrições alimentares e sexuais às quais deveriam se submeter em momentos específicos, por exemplo, antes de correr com os troncos de buriti no *Dasipê*, no resguardo para os recém-nascidos, mas também com a construção desses corpos marcados nos diversos grafismos corporais e submetidos a um enorme esforço físico nas disputas do *Dasipê* e nos frequentes torneios de futebol.

Não obstante, a construção desse corpo é permeada pela manutenção de sua forma e estado. Ele, portanto, precisa estar bem, com saúde, para festejar, dançar, competir com seus pares e parentes e desempenhar as atividades de reprodução biossocial. Em Julho, na aldeia Salto, percebi que os adoecimentos, mal-estares e padecimentos pelos quais os homens passavam além de serem diversos envolviam itinerários heterogêneos para seu

¹ *Dasipê* é um evento no qual ocorre a nomeação masculina e feminina nos Akwẽ Xerente. Em 2015 ocorreu de 18 até 28 de julho na aldeia Salto. No período foi erguido um *warã* no centro e ocorreram disputas diversas como cabo de guerra, corridas e revezamentos com toras pequenas entre metades e partidos. Nesse ano, como há tempos não acontecia, foi realizada a corrida da carne (Kbazéiprairê) e a nomeação do nome *Brupahi*. Ao final foi realizada a disputada corrida de toras entre os partidos que teve como ganhador os Steromkwá. Trata-se de um evento de suma importância para o grupo, um marcador claro de uma identidade Xerente, mas também momento singular de criar e estabelecer laços e realizar política com os não-indígenas, desde os antropólogos até funcionários públicos, mídia televisiva e representantes políticos da região.

alívio e resolução. Esses itinerários terapêuticos me conduziram até as anciãs, os *sekwa* ou pajés, e aos profissionais de saúde, contribuindo para uma modificação no objeto.

Em novembro de 2015 fui mais uma vez para a aldeia Salto. Tratou-se de uma etapa de campo mais extensa, com duração de 40 dias. Nesse período realizei 27 entrevistas com Xerente e profissionais de saúde vinculados ao polo-base de Tocantínia. 22 entrevistas foram realizadas com moradores da aldeia Salto *Kripre* (18 homens e 4 mulheres), duas com moradores dos municípios fronteiriços (1 homem e 1 mulher) e 4 com profissionais de saúde vinculados ao polo-base de saúde de Tocantínia, dos quais um é indígena. Das 23 entrevistas realizadas com moradores da aldeia Salto transcrevi integralmente 17, buscando nas outras 7 elementos pontuais. Apesar de entrevistar mais homens, o conteúdo das entrevistas e as interações diárias com as mulheres na aldeia Salto, principalmente com as mais velhas ou anciãs, me afastaram de um estudo exclusivo da saúde dos homens. As narrativas coletadas foram processadas e agrupadas em categorias na versão freeware do software de análise qualitativa Atlas TI.

Passei, assim, a me preocupar com uma série de adoecimentos, mal estares e aflições que afetam os homens e mulheres Xerente e com os itinerários terapêuticos ao quais os moradores da aldeia Salto recorrem para aliviá-los e solucioná-los. Tomei como centro a narrativa e experiência dos aflitos e dos sujeitos aos quais eles recorrem em situações de adoecimento, mal estar, enfermidade e doença.

O final de 2015 mostrou-se bastante delicado para os Xerente. No período que passei em campo três mulheres e quatro homens faleceram. Dois da região da aldeia Salto. Todos acima dos 40 anos. O fato dessas mortes ocorrerem em um espaço curto de tempo chamou a atenção de todos na região e gerou luto e um clima de tristeza generalizada na aldeia. Profissionais de saúde ligados ao Distrito Sanitário Especial Indígena ou DSEI-Tocantins² mostraram-se prestativos aos Xerente, mas receosos em participar de entrevistas ou apresentar informações sobre epidemiologia, dificultando consideravelmente a coleta de dados.

Fiquei hospedado, mais uma vez, na casa de Maria Helena *Wakrãre*. Sua tia foi uma das pessoas que vieram a óbito no final de 2015, segundo os profissionais de saúde devido a

² No capítulo três apresento mais informações sobre o subsistema de saúde e os distritos sanitários especiais indígenas (DSEI).

uma insuficiência renal e agravos decorrentes da Diabetes Mellitus. Visitamos seu túmulo no dia seguinte da minha chegada, sete dias após o enterro, junto com vários outros Xerente. Meu deslocamento na aldeia Salto e na terra indígena Xerente se pautou consideravelmente nesses eventos infelizes, como o falecimento de anciãos e as visitas aos túmulos. Houve, no entanto, momentos de júbilo e alegria como na disputa dos torneiros de futebol entre aldeias realizados na aldeia Brupré, localizada na região nordeste da TI Xerente, e nas comemorações e brincadeiras realizadas nas festas de natal e ano novo na aldeia Salto.

No ensaio *o efeito etnográfico* Marylin Strathern (2014) observa que o exercício da pesquisa de campo é antecipatório e que o aspirante a etnógrafo reúne material cujo uso não pode ser imediatamente previsto. Esses dados constroem um campo que permanece aberto e permite que as informações coletadas possam ser interpretadas de diferentes formas e em diferentes momentos pelo antropólogo. Contudo, esses dados brotam das relações sociais estabelecidas entre o pesquisador e os sujeitos de pesquisa. Para a autora, pensar nessas relações como uma garantia de assegurar dados melhores representa uma trajetória errônea, como pensar de trás para frente. As relações sociais permitem que nós, cientistas sociais, colemos dados e informações de pesquisa, mas esse não é seu único fim e existe, afinal, um valor nelas mesmas.

Mais do que uma série sucessiva de coleta de dados, cada viagem aos Xerente me permitiu lidar e criar diferentes laços e relações com diferentes pessoas e, portanto, segmentos diversos da sociedade Akwẽ Xerente. Esse trabalho é, por conseguinte, uma narrativa acadêmica decorrente de uma série de experiências de campo e das relações que construí com os Xerente da aldeia Salto e com profissionais de saúde vinculados ao polo-base do DSEI Tocantins.

Essa narrativa é composta por quatro capítulos. No segundo capítulo apresento uma série de sintomas, mal estares, doenças e aflições que são associadas à categoria *hãze* pelos Xerente. Uma categoria ampla que apresenta em seu escopo doenças ou mal estares inscritos no repertório biomédico, mas também padecimentos ou enfermidades localizados à margem dessa concepção. Utilizo as considerações teóricas de Jean Langdon (2014) sobre doença na qual ela aparece não como um estado estático, puramente biológico. Além de um evento biológico ela aparece como um processo dinâmico que é constantemente interpretado e que resulta das interações e ações no meio sociocultural.

Preocupei-me no terceiro capítulo em apresentar os itinerários terapêuticos utilizados para aliviar, preservar ou recuperar a saúde dos Xerente em face de mal estares ou adoecimentos. Busquei destacar a diversidade dos sujeitos acionados pelos Xerente da aldeia Salto quando passaram por tais situações quando recorrem aos conhecedores de plantas, raízes e remédios caseiros, rezadores e benzedores, pajés, pastores e profissionais de saúde.

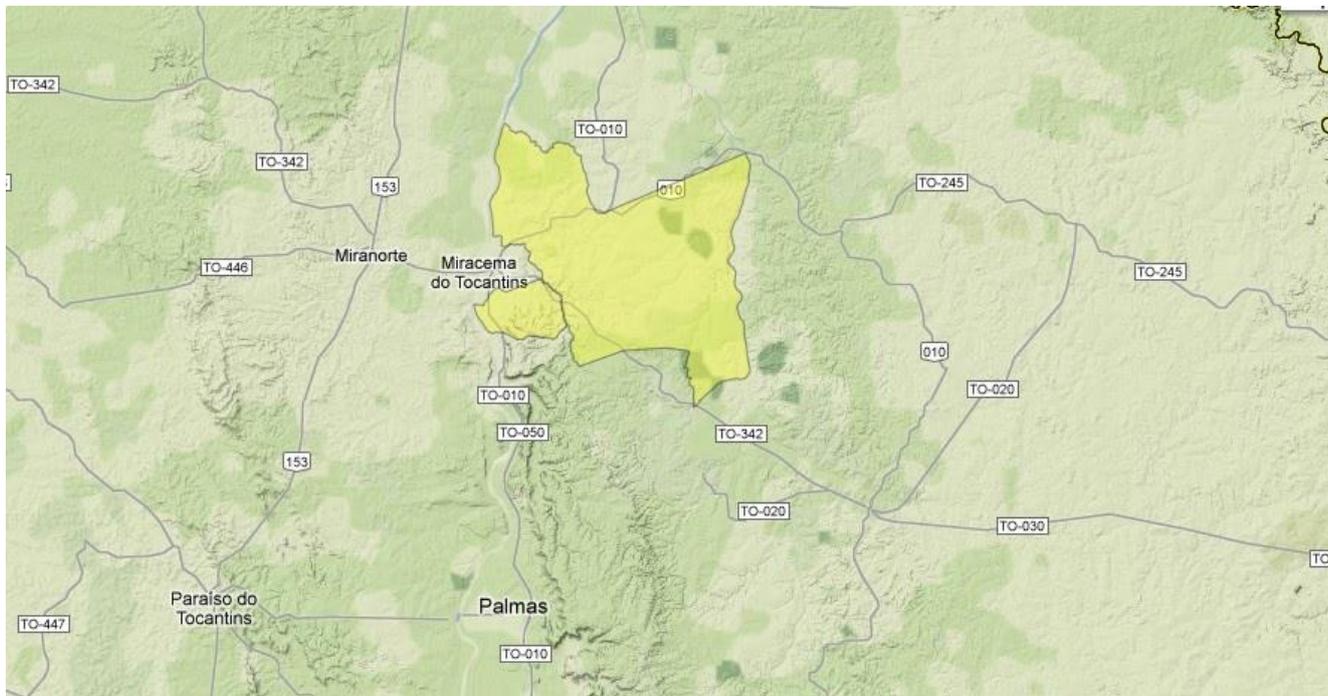
Já no quarto capítulo, realizo uma breve avaliação, utilizando, principalmente, as narrativas dos sujeitos entrevistados sobre o serviço de saúde que é oferecido para os Xerente. Elegi temas recorrentes nas entrevistas e em conversas informais com os interlocutores Xerente e com os profissionais de saúde vinculados ao polo base de Tocantínia como a falta de medicamentos industrializados, a estrutura precária do posto de saúde da aldeia, o contato com médicos e profissionais, os abusos e violências no hospital regional de Miracema e as limitações no transporte de aflitos. Trata-se de um cenário próximo ao encontrado por Rodrigues (2014) em sua pesquisa sobre a saúde reprodutiva de mulheres Xerente e que se repete em outros polos-base e DSEI do país, como evidencia o trabalho de Garnelo (2012).

1.2 - Um rápido histórico sobre os Xerente – século XVIII ao XX

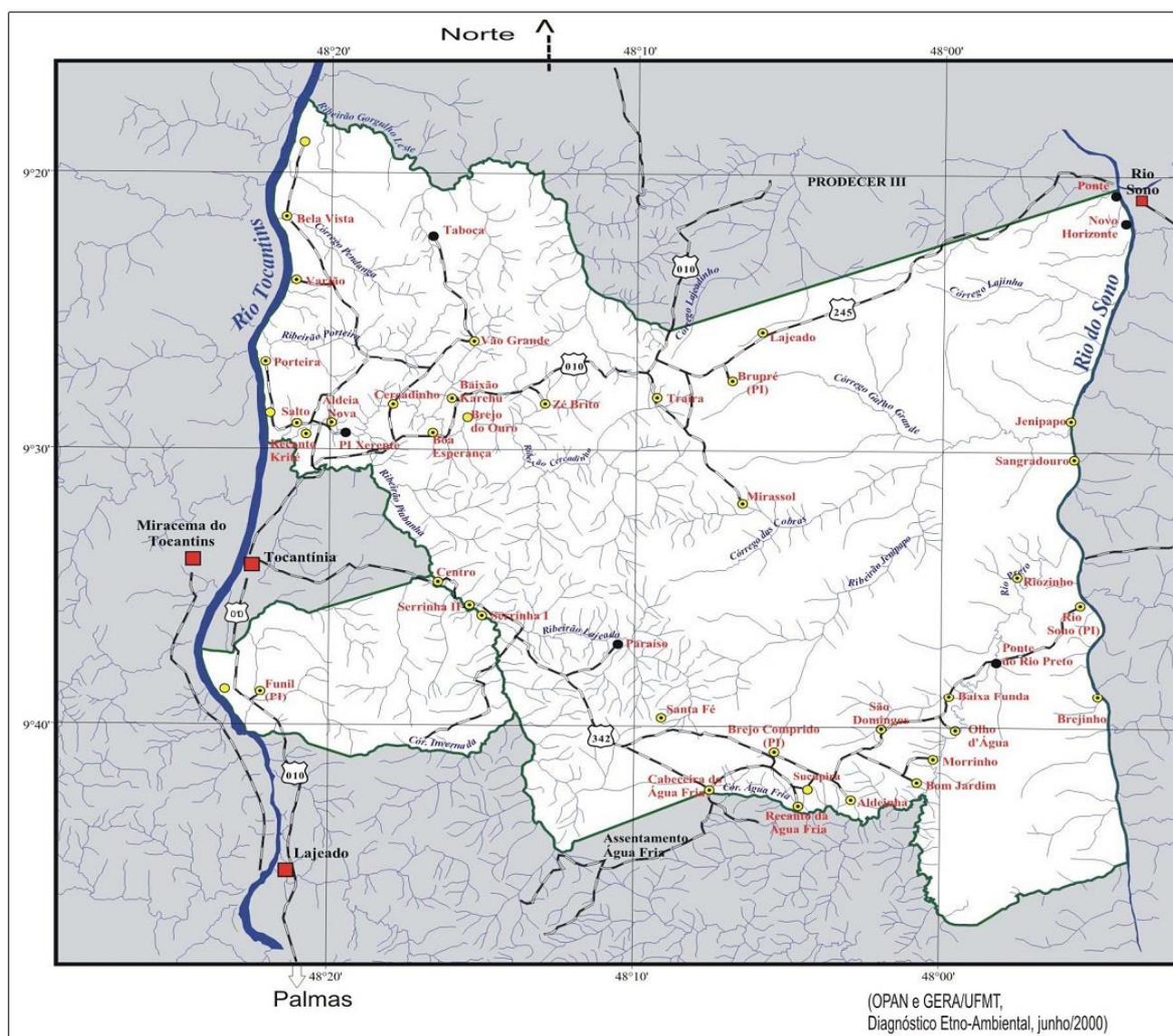
Classificados Jê Centrais nos troncos e famílias linguísticas, os Xerente se autodenominam *Akwẽ* e formam com os Xavante (*A'wê*) e os Xakriabá o ramo central das sociedades de língua Jê. Os *Akwẽ* Xerente estão localizados no município de Tocantínia (TO), cerca de 70 km da capital do estado, especificamente entre os rios Tocantins e do Sono, nas terras indígenas Xerente e Funil, que somam aproximadamente 183.245.902 hectares.

No censo demográfico de 2010 (Brasil, 2010) a população apresentada nas terras indígenas Xerente e Funil foi de 3.152 pessoas, sendo 1.603 homens e 1.549 mulheres. Os dados da FUNASA (2010) apresentam, por sua vez, uma população de 3.017 indivíduos. Em 2012, segundo Bonfim Rodrigues (2012), a população Xerente estava dispersa em 56 aldeias, mas dados coletados no começo de 2016 apontam para cerca de 70 aldeias.

O trabalho de Curt Nimuendajú (1942), realizado na década de 30, mas traduzido e publicado em 1942 por Robert Lowie apresentou os Xerente para a literatura antropológica e contribuiu para afastar a associação direta dos “Jê” a uma geografia e cultura marcada pela



Mapa 1: Localização da Terra Indígena Xerente e Funil no município de Tocantínia, Estado do Tocantins. GOOGLEMAPS, 2013.



Mapa 2: Mapa de aldeias e PI Xerente. SCHROEDER, 2006, p. 40.

precariedade ao destacar uma organização social complexa na sociedade Xerente. Mais tarde tal tema motivou outras investigações sobre esse clássico campo de estudos no grupo por meio dos trabalhos de Maybury-Lewis (1979; 1990), Lopes da Silva e Farias (1992), DePaula (2000), Schroeder (2006).

Apesar de apresentarem segundo a literatura antropológica supracitada uma complexa organização social, nos estudos de Nimuendajú (1942) os Xerente foram apresentados como um grupo à beira do desaparecimento, tanto físico, quanto de suas instituições sociais. Consequência das violências e epidemias decorrentes do contato com a sociedade nacional. Ideia semelhante aparece nos estudos de Maybury-Lewis que fez contato com os Xerente na década de 50 com a finalidade de aprender a língua Akwẽ para depois se dirigir aos Xavante, que o autor considerava menos “influenciados” ou com instituições sociais “transformadas” pela sociedade nacional.

Antes do relato de Nimuendajú, segundo Oliveira-Reis (2001), são escassas as fontes históricas sobre o grupo e as condições sociais em que viviam. Lopes da Silva (1992) data os primeiros registros documentais sobre os Xerente no século XVIII, quando a exploração Aurífera se expandia na capitania de Goiás para o norte do Arraial de Sant’Ana, hoje cidade de Goiás, graças à decadência na produção de ouro da região.

Na segunda metade do século XVIII, conforme apresenta Oliveira-Reis (2001), com a finalidade de explorar a região mesopotâmia aos rios Araguaia e Tocantins foram implantadas as políticas pombalinas de aldeamentos, instituídas pelo Marquês de Pombal em 1755. Até esse período os Xerente e Xavante enfrentavam além das bandeiras financiadas pela província, provenientes da região sul, as invasões de não indígenas provenientes do Piauí e a pressão dos índios Krahô, que se afastavam de criadores de gado que disputavam seu território, à margem do rio Tocantins.

Segundo Oliveira-Reis (2001) não havia no período uma preocupação em diferenciar os Xerente dos Xavante ou em definir as relações que um mantinha com o outro. Por vezes eles foram classificados como aliados. E de forma mais específica, para alguns os Xerente eram um subgrupo dos Xavante. Somente com a separação geográfica entre os dois grupos que os Xerente começaram a aparecer com frequência em fontes de cronistas afastados de seus “parentes” Xavante. Essa mesma falta de preocupação ou “confusão” dos grupos e

identidades pela historiografia oficial, segundo De Paula (2000), pode ser aplicada também para os Xacriabá e Acroá até o começo do século XVIII.

Para Oliveira-Reis (2001) o “cisma” ou a cisão em grande escala entre Xerente e Xavante ocorreu por volta de 1810 e 1824, já que antes desse período existem fontes que os citam como aliados. Já em fontes seguintes ao ano de 1824 predominam relatos de divergências entre os dois grupos e referências a um ataque dos Xavante em um aldeamento Xerente. A consequência territorial dessa cisão foi a migração dos Xavante para o oeste, em direção aos rios Araguaia e das Mortes, enquanto os Xerente permaneceram na bacia do médio Tocantins, onde estão até hoje.

No início do século XIX, de acordo com Silva (2006), com a finalidade de expandir a agropecuária em Goiás, por meio do incentivo à produção e o comércio com o Pará, foi publicada a carta Régia em 5 de Setembro de 1811 que concedia privilégios e incentivava o conflito e até mesmo o direito de escravizar os indígenas que resistiam aos que se estabelecessem as margens do rio Tocantins, via de transporte para os produtos comercializados.

Apesar da revogação da carta régia de 1811 em 1831, no ano seguinte o conselho geral da província de Goiás elaborou um conjunto de diretrizes para orientar as ações dos conquistadores com os indígenas que previa medidas como a criação de presídios para catequese, a tomada de crianças indígenas de dois até 12 anos de idade e outras medidas de “civilização” que causaram grande conflito entre os não indígenas e as populações Xerente e Xavante da região.

Revidando as diversas agressões de invasores não indígenas e buscando proteger o território tradicionalmente por eles ocupado, Silva (2006) nota que no século XIX o grupo realizou diversas incursões em fazendas e arraiais erguidos sob seu território, mas principalmente nas imediações de Porto Imperial (hoje Porto Nacional), Pontal e Monte do Carmo, localizados no norte da província, próximo ao rio Tocantins.

Os Xerente foram segundo De Paula (2000), então, considerados um problema nacional, que ganhou maior relevância quando o presídio de Santa Maria, destinado ao cárcere indígena, foi atacado 1813 por uma aliança entre Xerente, Xavante e Karajá: “três nações coligadas, xerentes, xavantes e carajás, pondo em campo todos os seus homens de guerra, marcharam contra Santa Maria” (ALENCASTRE, 1979, p. 332).

Em 1851 com a política pombalina, que buscava aldear e confinar os indígenas com a finalidade de “civiliza-los”, catequiza-los e torna-los mão-de-obra para a lavoura, foi criado o aldeamento de Teresa Cristina, depois aldeamento de Piabanha, hoje cidade de Tocantínia, localizado na margem direita do Rio Tocantins. Segundo Silva (2006) após o aldeamento cessaram boa parte dos conflitos entre os Xerente e os moradores dos arraiais.

Contudo, houve um decréscimo da população Xerente habitante do aldeamento, apesar dos dados serem aproximados, visto que com as epidemias e invasões das bandeiras o número populacional oscilava com frequência. No censo de 1852 realizado pelo frei capuchinho Rafael de Taggia o número de indígenas no aldeamento Tereza Cristina era de 2.139 índios. Já segundo os dados apresentados por Karasch (1992) em 1874 os Xerente e Krahô que habitavam em Tereza Cristina somavam 3.000 pessoas. Em 1880 o número caiu para 2.000 e chegou até o número de 1.500 pessoas no ano de 1886.

Nas primeiras décadas do século XX, segundo Schroeder (2010), os Xerente estavam reduzidos a um estado desolador após a perda da maior parte de seu território e da falta de qualquer assistência. Nimuendajú (1942) introduz seu trabalho sobre o grupo relatando o colapso da cultura original dos Xerente, decorrente do contato com os *neobrasileiros*. Em 1930 o pesquisador encontrou nove aldeias Xerente, mas em 1937 o número diminuiu para sete. Um censo do SPI de 1941 apontava o grupo disperso em sete aldeias, com um total de 374 habitantes, com duas aldeias localizadas na margem esquerda do rio Tocantins.

[...] houve uma intervenção do SPI, que transferiu para a área atual todos os Xerente, que perderam locais históricos na margem esquerda do Tocantins. Fundou-se, então, o posto Tocantínia, onde hoje se encontra a aldeia Porteira (SCHROEDER, 2006, p. 72).

Concomitante com a invasão dos territórios tradicionalmente ocupados pelos Xerente, segundo DePaula (2000), no início do século XX intensificou-se o contato do grupo com a igreja católica, iniciado pelos capuchinhos e dominicanos nos séculos passados. Por volta de 1950 essa influência fica evidente quando em discussões iniciais sobre a demarcação de terras para o grupo o padre Pedro Pereira Piagem atuava como um dos principais interlocutores. Em 1979 o CIMI (Conselho indigenista missionário) aumentou seu contato com os Xerente, também atuando em conflitos territoriais e outros políticos da esfera local. Na primeira metade do século XX os Xerente foram contatados pela igreja protestante, por meio da missão Batista em 1936, que também atuava com os *Krahô*.

Na segunda metade do século XX, de acordo com De Paula (2000), toda a população Xerente se concentrava no território entre os rios Tocantins e seu afluente, o rio do Sono. Não passavam de quatrocentas pessoas, agrupadas em torno de três núcleos principais: Posto Xerente, Rio do Sono e Boqueirão. Grande parte da área estava tomada por dezenas de criadores de gado, de tal maneira que o SPI em 1953 propôs a demarcação de três áreas descontínuas, calculadas em 174 mil hectares.

No início da década de 70 após séculos de contato e submetidos a grandes perdas territoriais os Xerente com o apoio da FUNAI (Fundação Nacional do Índio) intensificaram o movimento reivindicativo por seus direitos territoriais. Movimento esse resultado de vários conflitos e tensões com não indígenas e figuras políticas importantes.

Atualmente o grupo ocupa duas áreas indígenas. A primeira é denominada Terra Indígena Xerente (TI Xerente), ou Área Grande, e a segunda é denominada Terra indígena Funil (TI Funil) ³. Em cada uma os processos de regularização fundiária ocorreram de forma particular.

A primeira área demarcada, chamada de “Área Grande”, foi identificada pela FUNAI em 1972 com uma superfície total de 167.542.1058 hectares. A identificação dessa área reavivou a grande tensão existente entre indígenas e fazendeiros da região que teve como ápice, segundo De Paula (2000), um grande conflito em 1976 entre fazendeiros (que se recusavam a deixar a área identificada) e que resultou em mortes dos dois lados. A demarcação física da área só foi concluída em 1982, quando iniciou a identificação da área do Funil. Somente em 1989, pelo decreto 97.838, a “Área Grande” foi homologada como terra indígena Xerente.

Já a demarcação da Terra Indígena Funil, com superfície total de 15.703.7974 hectares, remonta ao ano de 1979, quando os Xerente do Funil reivindicaram junto a FUNAI a demarcação de sua área tradicional de moradia. Devido às tensões com a população não indígena da região, nos anos 80 a FUNAI tentou com a instalação de um posto indígena próximo a área do Funil atrair os moradores para a “Área Grande” ou T.I Xerente. Todavia a resistência dos Xerente da região do Funil pressionou a demarcação de sua área, que ocorreu em 1991 por meio do decreto 269.

³ Os mapas 1 e 2, na página 8, localizam as terras Xerente demarcadas.

Com a demarcação das duas áreas no final do século XX os Xerente retomaram o crescimento de uma população que no início do século estava drasticamente reduzida e que sinalizava o desaparecimento. Houve também uma maior preocupação da FUNAI com a prestação de serviços básicos como saúde e educação por meio da instalação de postos de saúde e de escolas nas aldeias. A partir de então o número de aldeias cresceu e os Xerente espalharam sua ocupação pelo território. Contudo, não cessaram as investidas da sociedade nacional contra o território e as condições do grupo, tampouco chegaram ao fim os conflitos, embates e violências entre os não indígenas contra os Xerente da região.

1.3 - Os Xerente contemporaneamente

A demarcação das terras indígenas Xerente no final do século XX não significou o fim de conflitos e enfrentamentos do grupo com os interesses regionais e nacionais para a região. DePaula (2000) destaca que na esfera local a demarcação do território Xerente foi associada a um obstáculo para o desenvolvimento, principalmente do setor primário, do centro do Tocantins.

O século XXI para o grupo tem como marco o financiamento público-privado de programas de desenvolvimento que apesar de não incidirem diretamente no território dos Xerente impactam consideravelmente a subsistência do grupo por alterarem o meio ambiente circundante ao território e trazerem implicações como a diminuição de peixes, animais silvestres, poluição e alteração do nível dos rios.

A construção da usina hidrelétrica Luiz Eduardo Magalhães ou UHE (usina hidrelétrica) do Lajeado, inaugurada em 2001, traz até hoje consequências severas para o rio Tocantins e, conseqüentemente, para as populações ribeirinhas e indígenas que estão às suas margens. A pesca e o plantio à beira do rio Tocantins foram profundamente afetados em decorrência da constante alteração no nível do rio graças à abertura e fechamento das comportas da hidrelétrica localizada rio acima.

Para compensar os danos ambientais desse empreendimento localizado entre a cidade de Lajeado e de Miracema do Tocantins, distante 15 km da TI Xerente, foi executado para o grupo de 2002 até 2010 o PROCAMBIX (programa de compensação ambiental Xerente) que previu indenizar em 10 milhões as comunidades afetadas por meio de projetos e ações como a criação de gado, galinha, piscicultura, roças mecanizadas de arroz,

capacitação dos artesãos de capim dourado, mas que em sua maioria se mostraram inadequados para a subsistência do grupo.

O PRODECER III (Programa de Cooperação Nipo-Brasileira para o Desenvolvimento do Cerrado) foi outro projeto de desenvolvimento que pressionou o grupo e que contou com um financiamento de capital estrangeiro, na maioria japonês, e nacional de 84,2 milhões de reais e previu nos anos 90 um incentivo a indústria de grãos, principalmente soja, na região de Pedro Afonso (TO), que faz fronteira com o sul da TI Xerente. No início do século XXI a necessidade de escoar os grãos produzidos na região pressionou a pavimentação da rodovia estadual que corta a TI Xerente e a construção de uma ponte na região do rio do Sono.

Graças à resistência dos Xerente nem a ponte foi construída, tampouco a rodovia estadual To-010 foi pavimentada, apesar de ainda serem projetos constantemente cogitados. A região de Pedro Afonso ainda é caracterizada por forte produção agropecuária e foi em 2013, segundo dados do IBGE, responsável por 164,699 mil reais no produto interno bruto do município, seguido por 107,232 mil reais provenientes do setor de serviços.

Em 2011 com a criação da indústria de açúcar e bioenergia pela multinacional Bunge, com financiamento da *joint-venture* entre Bunge e a japonesa Itochu, boa parte das plantações de soja da região foi substituída por cana-de açúcar. Segundo notícia do site da empresa⁴ o investimento inicial na região foi de 600 milhões e conta com colheita e plantio mecanizados.

Uma nova hidrelétrica pode ser construída no rio Perdido, que passa ao leste da TI Xerente, e impactar a população indígena que mora às margens do rio do Sono. Em 2014 Silva (2014) notou que ela se chama Perdida II e que interessados na construção do projeto discutiam com o grupo um modo de compensar os impactos socioambientais causados. Contudo, as experiências de fracasso do PROCAMBIX questionam os limites e os impactos socioambientais que não podem ser, de fato, compensados. Trata-se de uma usina hidrelétrica de baixo potencial energético (48 MW) com área de inundação de 35 km². Por hora os estudos de viabilidade da usina apontam para o abandono do projeto, visto que não houve interesse econômico nos leilões realizados.

⁴ Endereço eletrônico da Bungee: <www.bunge.com.br/Imprensa/Noticia.aspx?id=208>.

Dois outros grandes projetos foram planejados para as proximidades da TI Xerente e Funil. A ferrovia Norte- Sul é o primeiro deles e prevê a ligação e criação de uma malha ferroviária da cidade de Barcarena (PA) até Rio Grande (RS) passando pelos estados do Maranhão, Tocantins, Goiás, São Paulo e Santa Catarina. Segundo o site da Valec⁵, empresa de engenharia responsável pela administração dos estudos de implantação da ferrovia, os objetivos são induzir a ocupação econômica do cerrado brasileiro, conectar a malha ferroviária, promover uma logística exportadora competitiva e incentivar a industrialização.

Os trechos da ferrovia localizados no estado do Tocantins com influência sobre as TI Xerente ligam Açailândia (MA) até a capital Palmas (TO) e foram financiados com 1,65 bilhões de reais do programa de aceleração do crescimento (PAC), lançado pelo governo federal. Foram concluídos em 2010 com um traçado que passa a 30 km das TI Xerente e apresentam, segundo DePaula (2000), uma área de influência que abrange também os Guajajara, Gavião, Krikati, Apinajé, Krahô, Xambioá, Guarani, Avá-Canoeiro, Karajá, Xavante, Javaé.

O segundo projeto é a hidrovia Araguaia-Tocantins que afeta diretamente as TI Xerente e outras populações indígenas e ribeirinhas que habitam as margens dos rios Tocantins e Araguaia. Seu objetivo é tornar navegáveis vários trechos desses rios e utiliza-los para o escoamento da produção agrícola, pecuária e mineral dos estados do Pará, Maranhão, Tocantins, Goiás e Mato Grosso. A construção de hidrelétricas e barragens em trechos diversos aparece como uma necessidade desse grande e, potencialmente, destrutivo projeto.

Para tornar navegáveis trechos do Rio Tocantins entre Marabá (PA) e Tucuruí (PA) é necessário derrocar, retirar grandes rochas em um trecho de 40 km do rio. Segundo o site do Ministério dos transportes⁶ em junho desse ano foram assinados os contratos e a elaboração de estudos para viabilizar o derrocamento do chamado pedral do Lourenço (PA). Apesar das interrupções em obras a conclusão das eclusas de Tucuruí e os recentes contratos sinalizam o interesse do governo federal em prosseguir com as obras necessárias para ampliação dos trechos navegáveis e para a consolidação da hidrovia Araguaia-Tocantins.

⁵ Endereço eletrônico do site institucional da Valec:
<www.valec.gov.br/acoes_programas/FNSFerroviaNorteSul.php>.

⁶ Ministério dos Transportes: < <http://www.transportes.gov.br/ultimas-noticias/3704-governo-federal-assina-contrato-para-estudos-e-remo%C3%A7%C3%A3o-do-pedral-do-louren%C3%A7o.html>>.

Além de Pedro Afonso os municípios de Miracema do Tocantins, Tocantínia e Rio Sono fazem fronteira com a TI Xerente. Nessas cidades os Xerente se deslocam com frequência para ter acesso a serviços privados e públicos como supermercados, bancos, escolas, postos de saúde, hospitais. De acordo com o censo de 2010 a cidade de Miracema do Tocantins, que foi a primeira capital do estado, tem a maior população dos quatro municípios com 20.684 pessoas, seguida por Pedro Afonso com 11.539, Tocantínia com 6.736 e Rio Sono com 6.254 pessoas.

Tão desigual quanto a distribuição populacional desses municípios é o PIB per capita respectivo. Graças ao agronegócio Pedro Afonso apresentou em 2013 o maior PIB per capita dos quatro municípios com 33.504,95 reais, Miracema do Tocantins apresentou 19.140,34 reais, Rio Sono 7.189,22 reais e Tocantínia 6.700,92 reais. O índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM⁷) dos municípios em 2010 segue a mesma posição. Pedro Afonso com 0.732 (considerado alto), Miracema com 0.684 (considerado médio), Rio Sono com 0.600 (limite do baixo para o médio) e Tocantínia com 0.589 (considerado baixo). Contudo, o mapa da pobreza fragiliza a posição de Pedro Afonso como município de alto desenvolvimento. Seguindo essa variável Tocantínia apresenta 49,85% de incidência de pobreza, Pedro Afonso 44,96%, Miracema do Tocantins 39,65% e Rio Sono 34,22%.

Tocantínia e Miracema do Tocantins são cidades vizinhas localizadas em margens opostas do rio Tocantins e ficam próximas às maiores aldeias Xerente em termos populacionais, respectivamente as aldeias Salto, Porteira e Funil. Apesar de Tocantínia estar localizada na mesma margem do rio Tocantins que a TI, devido às limitações nos serviços oferecidos na cidade é bastante comum que tanto indígenas, quanto não indígenas habitantes da margem direita atravessem para a margem esquerda, afinal, em Miracema do Tocantins é possível ter acesso a agências bancárias, lotéricas, um hospital, posto de combustível, comércio de alimentos e vestuário, rodoviária e um campus universitário da Universidade Federal do Tocantins (UFT).

⁷ O índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM) foi lançado em 2012 e é uma adaptação feita pelo PNUD (Programa das nações unidas para o desenvolvimento), IPEA e Fundação João Pinheiro do índice de desenvolvimento humano global (IDH) que leva em consideração os índices de educação, longevidade e renda dos municípios brasileiros cruzando informações com os três últimos censos realizados pelo IBGE. Seu objetivo é construir um índice de desenvolvimento humano que não leve somente em consideração a renda dos cidadãos. O índice por ser acessado em: < http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/o_atlas/idhm/>.

Segundo o censo do IBGE em 2010 habitavam 173 indígenas na cidade de Tocantínia e 96 em Miracema do Tocantins. As observações de Mesquita (2009) e Silva (2014) notam, no entanto, um fluxo constante dessa população entre essas cidades e as aldeias e nos fazem pensar em um número bem maior de habitantes. Schroeder (2006) percebe esse movimento como uma crescente incorporação do espaço urbano pelos Xerente. Esse fluxo das aldeias para a cidade e da cidade para as aldeias é uma importante característica dessa ocupação que ocorre, no caso de Tocantínia, desde a criação do local como aldeamento Tereza Cristina no século XVIII. E que não excluí Miracema do Tocantins, também habitada pelo grupo secularmente e até pouco antes da demarcação da terra indígena.

Apesar dos Xerente habitarem, consumirem, estudarem, participarem da vida política local tanto nas associações indígenas, quanto como vereadores na câmara municipal de Tocantínia, é bastante comum que situações de preconceito e constrangimento ocorram nas duas cidades contra o grupo. Silva (2014) aponta que nos ônibus que deslocam de Tocantínia para Palmas ocorre grande preconceito quando, sob a justificativa dos indígenas não pagarem a passagem, os não indígenas adquirem o “direito” de serem os primeiros a ocupar os assentos vagos.

Um tratamento desigual e discriminatório ocorre também nos comércios das duas cidades. Práticas como reter o cartão de benefício social de indígenas até que eles paguem suas dívidas não são estranhas para os donos de comércio. Em novembro de 2015 ouvi de um homem Xerente que ele preferia comprar nas “lojas maiores” de Palmas, pois lá era mais bem tratado, ao que parece, como um consumidor potencial de qualquer produto exposto.

Silva (2014) também chama a atenção para a marginalização e segregação espacial que ocorre em Tocantínia. A Praça Brasília, localizada na região central do município, é um local no qual os Xerente comumente se aglomeram quando aguardam o transporte para as aldeias e para a capital Palmas. Lá também ocorre às segundas-feiras uma feira de artesanato na qual, principalmente as mulheres, vendem e realizam encomendas para compradores de artesanato em capim dourado e fita de buriti. No entanto, apesar das diversas atividades realizadas no local, há cerca de um ano a praça está quebrada, sem bancos, devido a uma reforma, ao que parece, interminável e que só prevê assentos de concreto, pouca cobertura contra o sol e uma lanchonete.

Essas situações sinalizam que para vários não indígenas das duas cidades os Xerente são reconhecidos como invasores, são estigmatizados como visitas inconvenientes, apesar de estarem em um território habitado por eles há vários séculos. Tais preconceitos e atitudes etnocêntricas não estão, infelizmente, restritas a questões de consumo e também aparecem claramente nos serviços públicos disponíveis para o grupo: no trabalho de Rodrigues (2014) encontramos o mau tratamento que grávidas recebem nas unidades de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS); no hospital regional de Miracema e no posto de saúde de Tocantínia. São comuns narrativas nas quais os Xerente não são reconhecidos como munícipes e cidadãos e, seguindo essa linha de pensamento, devem ser atendidos somente pelo subsistema de saúde indígena.

Essas concepções geram maior preocupação quando as colocamos em contraste com as especificidades epidemiológicas dos Akwẽ Xerente. A tabela 1 apresenta o número de óbitos nos Xerente em 2014 e 2015. É possível perceber que de um ano para o outro o número de óbitos quase dobrou, passando de 9 para 16. Contudo, observando a distribuição do número de óbitos por sexo, fica evidente que esse número triplicou nas mulheres Xerente.

Tabela 1 – Número de óbitos por sexo

Ano	Sexo Masculino	Sexo Feminino	Total de óbitos
2014	05	04	09
2015	04	12	16

Fonte: DSEI Tocantins

Já a tabela 2 indica o número de óbitos em 2014 e 2015 para menores e maiores de 14 anos de idade. Enquanto em 2014, do número total de óbitos de Xerente no ano, 33.3% tinha mais de 14 anos de idade, em 2015 esse número passou para 81,24%, se deslocando dos recém-nascidos e crianças para o óbito de jovens, adultos e idosos.

Tabela 2 - Óbitos em maiores e menores de 14 anos

Ano	Maior de 14 anos	Menor de 14 anos	Total de óbitos
2014	03	06	09
2015	13	03	16

Fonte: DSEI Tocantins

Quanto às causas de óbito, de acordo com o quadro 1, é possível notar que em 2015 para o sexo masculino as principais causas foram as doenças do sistema respiratório, como as pneumonias, as doenças do sistema tegumentar, como os abscessos cutâneos (um acúmulo de pus nos tecidos do corpo), e complicações de furúnculos e antraz de outras localizações, que decorrem de infecções causadas por bactérias.

No sexo feminino as principais causas de óbito foram as doenças do sistema cardiovascular, como o ataque cardíaco, chamado tecnicamente de infarto agudo do miocárdio (IAM), e a valvulopatia mitral, doenças do sistema respiratório, como as pneumonias e doença obstrutiva crônica (DPOC), e doenças do sistema metabólico ligadas a complicações decorrentes da Diabetes Mellitus.

Quadro 1 - Principais causas de óbitos de Xerente por sexo em 2015

Sexo Masculino	Sexo Feminino
Doenças do sistema respiratório - pneumonias	Doenças do sistema cardiovascular – IAM, valvulopatia mitral
Doenças do sistema tegumentar – abscesso cutâneo, furúnculo e antraz de outras localizações (complicações/sepse)	Sistema respiratório – Pneumonias, DPOC
	Doenças do sistema metabólico – diabetes mellitus (complicações)

Fonte: DSEI Tocantins

Além da diabetes outra doença crônica gera preocupação. Segundo os dados da SESAI em 2015 ocorreram nos Xerente 05 casos de tuberculose, uma frequência de prevalência de 154 casos por 100.000 habitantes. Proporção bem maior que a incidência da doença no estado do Tocantins e em todo território nacional para 100.000 mil habitantes, respectivamente 11 e 33,2 no ano de 2015.

Outra característica importante toca ao número de atendimentos realizados nos Xerente em 2015. De março até dezembro de 2015 foram realizados 258 atendimentos a Xerente do sexo masculino de 18 a 59 anos e 806 atendimentos a Xerente do sexo feminino. Quanto às taxas de desnutrição de crianças menores de 60 meses, 0.2% da população apresentou muito baixo peso e 2% baixo peso.

Por outro lado, na aldeia Salto os dados do DSEI indicaram sobrepeso e obesidade. Dados gerados pelo Sistema de Vigilância e Avaliação alimentar (SISVAN) para a população idosa, com mais de 60 anos, apesar de recentes, visto que o sistema foi implementado em maio de 2015, apontam para 47% dos idosos da aldeia Salto com sobrepeso (número de 8 idosos), e 8.2% com obesidade grau I (1 idoso). Um importante fator de risco para doenças crônicas como a obesidade, hipertensão e a diabetes mellitus.

Entretanto, algumas conquistas, evidentemente fruto da resistência e da crescente agência dos Xerente na esfera política de Tocantínia, precisam ser notadas como o reconhecimento da língua Akwẽ Xerente como co-oficial ao Português no município em 2012, como pontuou Silva (2014), apesar dela não aparecer efetivamente nos serviços públicos da localidade. O ensino da língua Akwẽ em duas escolas localizadas no município de Tocantínia. A domesticação da escola, como notam Giralдин e Melo (2012) quando tratam da grande adesão do grupo ao ensino básico, expressa por meio do número crescente de escolas em Terra indígena com um quadro também crescente de professores indígenas que alfabetizam em Akwẽ e Português crianças, jovens e adultos. A criação do Centro de Ensino Médio Indígena Xerente (CEMIX), que oferta além do ensino médio cursos técnicos de enfermagem e informática aos alunos Xerente.

1.4 - A aldeia Salto *Kripre*

Segundo Schroeder (2006) em 1993 os Xerente se agruparam e formaram com moradores da região e outros provenientes das aldeias Cercadinho e Porteira a aldeia Salto *Kripre*, hoje em dia, segundo os Xerente, uma das mais populosas do grupo, junto com as aldeias Porteira e Funil. Trata-se de uma aldeia que apresenta crescimento significativo e que passou de 159 pessoas no ano de 1999 (SCHROEDER, 2006) para 421 no ano de 2015 (SESAI). Em 2016 esse número continuou crescendo e nos últimos registros é de 432 pessoas.

Para De Paula (2000) o crescimento das aldeias Salto, Funil e Porteira é uma tendência não encontrada na maior parte das aldeias Xerente. A fragmentação das aldeias graças a conflitos entre facções e a subsequente criação de novas aldeias é muito mais comum e fica evidente por meio do crescente número delas. Não é raro encontrar pequenas aldeias nas quais habitam somente os pais e filhos, cerca de 10 pessoas. Em novembro de

2015 moradores afirmaram que seus outros parentes Xerente deviam fazer o mesmo, se juntar e criar uma grande aldeia para facilitar a oferta de serviços como saúde e educação. Transparecia certo orgulho nessa afirmação, já que por meio dela alguns Xerente lamentavam que seus parentes “criassem conflitos” uns com os outros e se separassem, formando novas aldeias.

Uma característica marcante da aldeia Salto são as 24 casas de alvenaria em formato de ferradura ou arco que foram em 1996 financiadas pelo Governo do Estado junto com um projeto de roças mecanizadas na região. Apesar dessa disposição não há, conforme foi descrito por Nimuendajú (1942) sobre a organização social do grupo, no centro da aldeia um *warã* ou casa dos homens, tampouco o semicírculo é dividido em metades *Siptató* (ou Doí) e *Sdokrã* (Wahirê). No mesmo lado e em casas vizinhas é comum encontrar Xerente de duas metades opostas.

Dispersas nas proximidades das casas de alvenaria estão várias casas de adobe ou tijolos de barro, cobertas por palhas de palmeiras como o buriti, que é bem comum nos brejos da região. Apesar dessas casas de alvenaria, chão de concreto e tetos de telha de barro apresentarem uma maior resistência e, principalmente, durabilidade face às chuvas e ventos cresce o número de casas mais afastadas do centro da aldeia construídas com paredes de tijolos de cerâmica e telhados com palhas de palmeiras trançadas.

Segundo moradores essas casas são, sobretudo, “frescas”, visto que apresentam espaços para a circulação de ar graças ao telhado trançado. Algo de considerável importância para uma região que apresenta temperatura acima dos trinta graus no período diurno. Outro motivo apontado é ter maior espaço. Quanto mais próximo do centro da aldeia menor é a distância de uma casa para outra. Mais distantes do centro, maiores são os “quintais”.

Duas traves de metal, em lados opostos, definem as fronteiras da região central da aldeia. Elas constituem um campo de futebol, no qual todos os dias, sem falta, ocorrem jogos de futebol de times masculinos e femininos. No mesmo local são realizados torneios de futebol entre times de diferentes aldeias. Todos com premiação. Sreze, meu irmão na aldeia, pois filho de Maria Helena, que me acolhe na aldeia Salto, observa que sem risco em dinheiro, mesmo um pequeno, “não tem graça”. Perde-se a disputa. É preciso ter premiação aos vencedores, mesmo uma simbólica de dois, três reais.

Além das casas de alvenaria a aldeia Salto apresenta alguns banheiros, construídos ainda na gestão da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). No entanto, como apresentou Rodrigues (2014), boa parte deles está sem porta, apresenta vazamentos, vasos sanitários e tubulações em más condições. A aldeia também tem acesso a água, que é coletada por uma bomba d'água em um córrego da região, e distribuída para as aldeias do entorno. Não é raro que essa bomba d'água apresente defeitos ou precise ser desligada para evitar avarias (por exemplo, em período chuvoso). Nesses casos a aldeia fica sem abastecimento e volta a utilizar fontes de água com maiores riscos de contaminação.

Ao norte do centro da aldeia, bem próximo às casas de alvenaria, fechando o círculo de construções ou entre o semicírculo de casas, fica uma espécie de centro comunitário no qual são realizados eventos diversos como cultos evangélicos, casamentos, festas de final de ano, apresentações musicais, etc. A aldeia também apresenta uma escola estadual que ensina para a primeira fase do ensino fundamental nas manhãs e tardes e à noite alfabetiza jovens e adultos. No leste da aldeia, fazendo parte do semicírculo de casas, está um posto de saúde com consultório odontológico, vinculado ao DSEI, e dois locais, nos quais, são realizados cultos evangélicos. No primeiro mora o pastor Reinaldo de Mattos, vinculado à igreja Batista, e que vive com os Xerente desde os anos 50. O segundo local é sede, ao que parece desativada, da Congregação Cristã no Brasil.

1.5 - Organização social e parentesco: uma revisão de estudos antropológicos clássicos

Para Nimuendajú (1942) os Jê centrais abarcam os sub-ramos Akroá e Akwẽ e apresentam entre si evidentes diferenças linguísticas. O grupo Akwẽ é composto por três "tribos": os Xerente⁸, os Xakriabá e os Xavante. O autor destaca o desaparecimento dos Akroá decorrente de violências do contato com não indígenas na primeira metade do século XVIII e nota a resistência dos Xerente e Xavante aos mineradores invasores dos territórios por eles ocupados. Nimuendajú estima a separação dos Xerente e dos Xavante por volta de

⁸ Diferente de Nimuendajú (1942), que grafa os Xerente, Xavante e Xákriabá com o grafema Š (Šerente, Šavante, Šakriabá), utilizo a letra X (Xerente, Xavante, Xakriabá), mas com o fonema /j/ que é comum às duas grafias. Ambas grafias correspondem na língua portuguesa ao som de X nas palavras xarope, xadrez, xingar. Robert Lowie (1942) em nota fonética observa que o X utilizado por Nimuendajú corresponde ao *ch* em Alemão, que é bastante diferente da fonética de *ch* da língua portuguesa.

1850, mas observa que a história dos dois grupos deve ser considerada juntamente. Para o autor, essencialmente um, na fala e no costume, os dois grupos são distintos somente em um sentido local e político.

Utilizando observações próprias e relatos do século XVIII Nimuendajú apresenta a estrutura social dos Xerente dividida nas metades *Sdacrã* e *Siptato*. Cada uma das metades está localizada em lados opostos da aldeia, que tem formato de ferradura ou círculo incompleto.

Segundo o autor cada metade é originalmente composta por três clãs. Os *Kuzé*, *Isibdu* e *Kbazipré* formam a metade *Siptató*, enquanto que os *Sdacrã* abarcam os *kreprehi*, *Isauré* e *Isrurie*. Cada clã tem um lugar distintivo do arco das casas da aldeia: os *kuzé* e *kreprehi* na direita e esquerda da saída oriental, os *Isibdu* e *Isaure* no centro, e o *kbazipre* e *Isrurie* no oeste. Duas outras tribos, de natureza diferente, foram subsequentemente adicionadas como clãs suplementares: o *Prasé* para a metade *Siptató* e o *krozaké* para a metade *Sdacrã*.

Nimuendajú apresenta brevemente uma origem mítica para esses clãs. No mito algumas crianças brincavam. As mais claras se tornaram porcos *taitetú* [sic] (1942, p.20)⁹ e as mais escuras permaneceram humanas, mas se tornaram selvagens. Alguns destes “humanos selvagens” eram *krozaké* e outros *Prasé*. Os *Krozaké* mantinham seu corte de cabelo semelhante ao Xerente, mas apresentavam uma linha de pontos vermelhos abaixo da linha de cabelos onde inicia a testa (*da-kro*, “têmpera”; *I-sake*, linha). A metade *Sdacrã* capturou e incorporou os *Krozaké*, enquanto a metade *Siptató* capturou os *Prasé*. Para o autor, o mito serve como referência para pensar problemas de reconhecimento dos clãs *Prasé* e *Krozaké* por seus pares clânicos e parece justificar conflitos que envolvem acusações de feitiçaria entre os clãs “estrangeiros” e suas respectivas metades.

⁹ Acredito tratar-se de porco taititu ou caititu (*Pecari tajacu*), um mamífero comum na maior parte da América do Sul.



Figura 1: Posto de saúde da aldeia Salto Kripre. FERREIRA, Ariel. 2015.



Figura 2: Santino Sitmõru na porta de sua casa. Ao fundo uma casa de alvenaria. FERREIRA, ARIEL. 2015.

As metades *Siptató* e *Sdacrã* são, para Nimuendajú, respectivamente associadas com o Sol (*bdu*) e a Lua (*wa*). Elas são patrilineares, patrilocais e exogâmicas. O casamento dentro da mesma metade não é permitido, mas foi encontrado e considerado um desleixo pelo autor nos clãs *Prasé* e *Krosaké* (1942, p.25). Ele também é proibido entre todos os parentes de primeiro e segundo grau e entre primos cruzados matrilineares (MBC). Esses últimos chamam um ao outro de *bremi* e *natki* e se diferenciam dos primos cruzados patrilineares (FZC), que são tratados como *bakno* e *nokliekwá* (configurando, portanto, nesses termos uma classificação de tipo Omaha). Os cruzados patrilineares são possíveis casais, mas não formais. Assim, utilizando o exemplo do autor, um homem pode casar a filha da irmã de seu pai (FZd), mas não a de seu tio materno (MZd).

Nimuendajú (1942) nota uma sociedade masculina composta por quatro associações e uma sociedade feminina. Destes, apenas um com iniciação formal. Aos oito anos de idade os garotos são atribuídos como membros vitalícios em um dos dois times esportivos e também para uma das quatro associações dos homens, mas sem ser imediatamente reconhecidos como participantes de pleno direito. Provisoriamente eles ganham um nome, tem seu lobo auricular perfurado e alcançam o status de *Sipsá*, que implica a residência compulsória na casa dos solteiros, localizada no centro da aldeia.

A entrada na sociedade dos homens não apresenta uma regra fixa. Pode-se dar por meio do desejo do pai, conforme as considerações e preferências do garoto ou da vontade dos mais velhos de evitar diferenças numéricas expressivas entre as associações. Normalmente evita-se que um garoto entre na associação de seu pai. Cada uma das quatro associações masculinas apresenta dois líderes (*Kwatrprekrdá*) e dois auxiliares (*Dawarnikwá*). Um de cada metade, respectivamente *Sdacrã* e *Siptató*.

Nimuendajú apresenta as associações masculinas *Annōrowá*, *Krará* e *Akémhã* como originalmente etárias. Dessa forma *Annōrowá* se refere aos *Krará* com o termo *wa-kra* (filhos), enquanto os *Krará* utilizam o mesmo termo quando se referem aos *Akémhã*. No entanto, ao passo que as três associações apresentadas tem uma origem mítica comum na adoção dos estilos de pintura utilizados pelos heróis míticos sol e lua transformados, a quarta associação, *Krieriékmũ*, tem uma origem diferente e trata do pedido de um ser que se transformou em veado para que um homem velho procure o homem mais velho e criem juntos a quarta associação.

O autor também faz considerações à sociedade das mulheres, mas a caracteriza como uma imitação incompleta das associações masculinas. Aqui não existe admissão formal e as garotas são levadas ao local de encontro ainda lactantes por suas mães. De forma semelhante que a sociedade dos homens existem dois líderes e dois auxiliares. Normalmente as líderes das associações femininas são duas mulheres mais velhas, esposas dos líderes das associações masculinas e se pintam nos mesmos estilos que seus maridos. Nimuendajú evidencia que excluídas pessoas específicas em ocasiões especiais, mulheres e garotas não participam de cerimônias dos homens, constituindo a sociedade das mulheres a única forma de exercerem atividades próprias.

Quanto às associações esportivas, o autor explica que homens e mulheres são permanentemente agrupados em dois times, *hti'mnã* e *siteromkwá*, cada um com uma pintura característica. A atribuição de um garoto para um time ou outro deve-se a seu pai ou a um pedido próprio. No entanto, depois de entrar em um time ele não pode mudar sua afiliação.

Outro destaque no trabalho de Nimuendajú (1942) é sua atenção com o papel dos “tios” e preocupação em diferenciar o “tio” materno (MB) ou irmão da mãe do “tio” paterno (FB) ou irmão do pai. Ele sugere que o irmão da mãe (MB) de uma garota desempenha um papel mais significativo que o irmão do pai (FB) para um garoto. Enquanto o irmão do pai (FB) de um garoto participa de momentos importantes ao conduzir o sobrinho no ritual de nomeação e ao presenteá-lo com uma cinta (*dakusirtuzé*) na iniciação ao status de *sipsá*, o irmão da mãe (MB) de uma garota apresenta responsabilidades mais extensas. Por sua vez, o irmão da mãe (MB) exerce um papel importante e demarcado na nomeação feminina, no arranjo e dissolução de casamentos, em pagamentos por compensação e conflitos em que a “sobrinha” possa estar envolvida.

Tamanha complexidade na organização social do grupo foi uma característica importante que despertou o interesse de ¹⁰David Maybury-Lewis e a inclusão dos Xerente no

¹⁰ David Maybury-Lewis em entrevista para Mariza Corrêa (2002), Roberto Cardoso de Oliveira e Roque de Barros Laraia explica que fez seu primeiro contato com os Xerente em 1950 com a finalidade de aprender a língua Xerente e tornar mais fácil seu contato com os Xavante, que na época, diferente dos Xerente, não falavam a língua portuguesa. O autor defendeu sua dissertação de mestrado, não publicada, sobre os Xerente na Escola de Sociologia e Política de São Paulo. Em seu doutorado trabalhou os dados coletados sobre os Xavante, publicados no Brasil em 1984, mas em *O Selvagem e o Inocente*, livro publicado em 1990, o autor volta a tratar dos Xerente.

Harvard-Brasil *Central Project* (HBCP). Segundo Maybury-Lewis tal interesse estava expresso na preocupação geral sobre os Jê de “como podiam pessoas que pareciam ter uma habilidade técnica tão rudimentar desenvolverem certas complexidades culturais? Teríamos subestimado sua tecnologia, ou talvez ficamos demasiadamente impressionados por suas instituições sociais?” (MAYBURY-LEWIS, 1979, p.1).

Financiado pelo *National Institute of Health* dos Estados Unidos o *Harvard-Brasil Central* foi um grande projeto de pesquisa sobre os Jê e Bororo do Brasil central, fruto do convênio entre a universidade de Harvard e o Museu Nacional. Organizado por Maybury-Lewis e Roberto Cardoso de Oliveira teve inicio em 1962 e contou com a participação de Roberto da Matta, Julio César Melatti, Roque Laraia, Terence Turner, Joan Bamberg, Jean Carter e Christopher Crocker.

Coelho de Souza (2002) considera o *Harvard-Brasil Central Project*, depois dos trabalhos de Curt Nimuendajú, o “mais importante evento etnográfico da história do americanismo tropical” (2002, p.178) e destaca o interesse e contribuição do projeto em criticar as estratégias descritivas e analíticas utilizadas no período por antropólogos americanistas, ou uma crítica a utilização dos chamados “paradigmas africanos” na etnologia sul americana em direção ao desenvolvimento de “um repertório de problemas e conceitos próprios, que capturassem mais adequadamente as especificidades das sociocosmologias ameríndias” (2002, p.178).

Em *Dialectical Societies*, publicação que condensa os resultados dos pesquisadores do HBCP, Maybury-Lewis (1979) tece críticas substanciais ao trabalho de Nimuendajú (1942). Para o autor, o pressentimento de Curt Nimuendajú sobre o colapso da cultura Xerente e o falecimento do seu sistema dualístico vinte anos atrás teria sido prematuro. Os Xerente se adaptaram as mudanças nas circunstâncias e aprenderam a viver muito como os pobres interioranos daquela parte do Brasil. O grupo permanecia com sua própria língua e mantinha viva uma cultura própria, incluindo o dualismo tradicional.

Segundo Maybury-Lewis (1979) Nimuendajú (1942) não descreve os Xerente como os encontrou em 1930, mas mistura sua descrição da sociedade com uma reconstrução própria da cultura Xerente. Para Maybury-Lewis, quando Nimuendajú chegou aos Xerente as aldeias não estavam estabelecidas no semicírculo tradicional, mas em aglomerados de casas. Metades e clãs não poderiam, assim, ter quaisquer locações especiais. Ser membro neles

ainda era obrigatório, mas os Xerente teriam começado a ignorar a regra de exogamia e casar dentro das metades. O *warã* ou casa dos solteiros não existia e não eram realizadas iniciações ao status de *sipsá* para os garotos. Quanto às associações e a sociedade dos homens, pontua: “Above all, the associations no longer functioned, and it was this more than anything else which Nimuendajú considered fatal do the Sherente way of life¹¹” (MAYBURY-LEWYS, 1979, p.219).

Maybury-Lewis (1979) deixa evidente em *Dialectical Societies* uma divisão binária nos Jê e nos Bororo. Essa bipartição seria parte de uma visão de mundo que insiste em uma bipartição total do universo. Suas sociedades “were still trying to achieve the synthesis of opposites, to create balance and harmony by opposing institutions¹²” (MAYBURY-LEWIS, 1979, p.13).

No entanto, como seria possível pensar essa relação para os Xerente visto que para Maybury-Lewis não havia clareza nas metades e as associações estavam abandonadas? Lopes da Silva e Farias (1992) pontuam que para Maybury-Lewis (1979) apesar dos Xerente não reconhecerem com precisão as filiações clânicas eles ainda mantinham uma continuidade na terminologia de parentesco. Esse uso do sistema, ou continuidade da terminologia, explica que o modelo dual ou binário permanece. Apesar de não mais aparecer expresso nas metades, mas em facções que se opõem em cada aldeia. Permanece o princípio de oposição evidente para Maybury-Lewis (1979) na oposição homóloga às metades patrilineares entre os heróis míticos *waptokwá* (forma antropomórfica do Sol) e *wairê* (forma antropomórfica da Lua).

Lopes da Silva e Farias (1992) também destacam no trabalho de Maybury-Lewis (1979) a diferença entre modelo e sistema. Enquanto um modelo é elaborado pelas próprias sociedades, o sistema se dá nas relações efetivamente vividas por elas. Maybury-Lewis (1979) exemplifica que apesar do modelo Jê de sociedade ser binário, o sistema não é rigoroso. Assim, embora os sistemas de parentesco dos Xerente e dos Xavante possam ser classificados como sistemas de duas seções, eles se diferem em alguns aspectos. Essa

¹¹ “Sobretudo as associações não funcionavam mais e isso foi mais do tudo algo que Nimuendajú considerava fatal para o modo de vida Xerente” (Tradução livre).

¹² “[...] estavam ainda tentando alcançar a síntese dos opostos, para criar balanço e harmonia opondo instituições” (Tradução livre).

divergência está presente na classificação do tio materno (MB) que aparece nos Xerente como um mediador da “outra metade”:

Though he is by birth a member of the opposite moiety, *wasimpkoze* (of the opposite side), nevertheless, he and all the males of his descent group are like father, which is the paradigm for one's own side. Their role is to be a person's “fathers” or protector in the opposite moiety which otherwise contains only remote and potentially hostile kinsmen. Similarly, women of the mother's brother's descent group are thought to be like women of one's own side, even though they belong by birth to the opposite moiety. They cannot therefore be taken in marriage¹³. (MAYBURY-LEWIS, 1979, p.242)

Não há nos Xavante, segundo Maybury-Lewis (1979), uma categoria que realize uma mediação entre os dois lados. Nos Xavante o “irmão da mãe” (MB) opera somente no privado, no nível doméstico, não no público. Isso justifica o fato dos Xavante não realizarem uma distinção categórica entre primos cruzados matrilineares e patrilineares, como fazem os Xerente.

O autor justifica essa posição contrariando as classificações tradicionais dos Xerente como portadores do sistema Omaha e os Xavante como Dakota¹⁴. Mais valeriam as características essenciais e a lógica interna. Essa classificação dual é mais útil para o autor que a clássica, pois “groups systems according to their central rationale, rather than according to the way they deal with something peripheral, like the cross-cousin category¹⁵” (Maybury-Lewis, 1979, p.241).

Maybury-Lewis (1979) defende a uxorilocalidade para os Jê-Centrais, diferente de Nimuendajú que quanto aos Xerente reconhece a uxorilocalidade apenas nos primeiros meses de casados, e considera a patrilocidade uma anomalia da insistência borrada pela

¹³“Embora ele seja pelo nascimento um membro da metade oposta, *wasimpkoze* (do lado oposto), não obstante, ele e todos os homens do seu grupo de filiação são como pais, que é o paradigma para o próprio lado. O papel deles é de serem os “pais” ou protetores de uma pessoa na metade oposta, que de outro modo contém somente remotamente e potencialmente o parentesco hostil. Similarmente, mulheres do grupo de filiação do irmão da mãe são dadas como mulheres de mesmo lado, mesmo que elas pertençam por nascimento a metade oposta. Elas não podem, portanto, ser levadas para o casamento” (Tradução livre).

¹⁴ Ao tratar da terminologia Dakota o autor se refere a terminologia Dakota-Iroquois. No glossário de Marc Augé (1975) na terminologia **Dakota-Iroquois** os primos cruzados dos dois lados são designados pelo mesmo termo e diferenciam-se dos primos paralelos e dos irmãos (siblings), normalmente designados pelo mesmo termo. Aqui FBs ≠ FZs. Na terminologia **Omaha** os primos cruzados dos dois lados são designados por termos distintos. Os termos também se remetem aqui a uma geração adjacente. Assim MBs = MB e FZs = Zs.

¹⁵“[...] agrupa os sistemas de acordo com sua *rationale* central, mais do que com o modo que eles lidam com algo periférico, como a categoria de primos cruzados” (tradução livre).

filiação patrilinear. Para o autor, a regra da residência uxorilocal se torna inteligível quando consideramos a significância simbólica da aldeia em todas essas sociedades:

The periphery of huts is the domestic sphere and is symbolically female. Men may actually do most of the building of these peripheral houses, but they are said to do so for the women. The men's place, conceptually speaking, is in the forum at the center, where the political and ritual life of the society, from which women are more or less strictly excluded, is carried on¹⁶. (MAYBURY-LEWYS, 1979, p.234)

Turner (1979), preocupado em definir os Jê e os Bororo como sociedades dialéticas, ou sociedades que tentariam alcançar a síntese dos opostos, para criar balanço e harmonia por oposições opostas, apresenta a estrutura social Jê e Bororo como uma forma de economia política baseada no social mais do que na produção material e reprodução. Teriam uma economia política baseada sobre a exploração das mulheres jovens e homens ativamente engajados em produzir as unidades sociais básicas da produção humana (isto é, famílias nucleares de procriação) pelos homens mais velhos (e em menor medida as mulheres mais velhas), que formariam uma classe dominante pela virtude do seu controle sobre os meios cruciais de produção (neste caso, a configuração obrigatória de atividade produtiva em questão), o grupo doméstico residencial. A Uxorilocalidade aparece como o princípio formal através do qual esse controle seria exercido.

Maybury-Lewis (1979) considera similarmente um princípio central para a teoria social Xerente e Xavante a ideia de que a sociedade é governada pelos mesmos princípios de complementaridade e antítese que operam no mundo natural. Nos Xerente essa posição estaria expressa através do parentesco, que seria amarrado em outras instituições maiores da sua sociedade através da filiação patrilinear. Sendo tanto uma questão de política, quanto de genealogia.

O artigo de Lopes da Silva e Farias (1992) sobre pintura corporal e sociedade Xerente concorda em vários aspectos com as considerações de Maybury-Lewis (1979). Assim, discordando de Nimuendajú, mas com um trabalho de campo 50 anos posterior, os autores destacam que não se pode falar em colapso da sociedade Xerente, pois eles se mantêm

¹⁶“A periferia das casas é a esfera doméstica e simbolicamente feminina. O homens podem fazer a maior parte da construção dessas casas periféricas, mas o fazem assim para as mulheres. O lugar dos homens, conceitualmente falando, é no fórum no centro, onde a vida política e ritual da sociedade, da qual as mulheres são mais ou menos estritamente excluídas, é realizada” (Tradução livre).

como uma entidade linguística, cultural e etnicamente diferenciada. Nesse ponto, para os autores, mesmo que seja possível pensar em simplificação da organização social em que algumas práticas, instituições ou relações tivessem sido preservadas e outras desarticuladas é imprescindível a capacidade dos *Jê* de recuperar e revitalizar as práticas, os rituais e instituições que, durante um certo período, estiveram obscurecidas e foram consideradas “perdidas”.

Desse modo, Lopes da Silva e Farias (1992) apresentam uma espécie de “renascimento” das associações masculinas na nomeação feminina e masculina e, principalmente, por meio das pinturas corporais utilizadas em casamentos e nas nomeações, a vitalidade palpável, em contraste com as proposições de Maybury-Lewis (1979), do sistema de metades.

A participação, graças a seus discursos solenes, dos dois velhos representando cada um a sua metade e a linguagem dos traços e círculos em oposição na pintura corporal parecem revelar a expressão de um nível mais profundo, sobre o qual, ou a partir do qual, são possíveis os arranjos faccionais. Consideramos tais arranjos como resultados possibilitados por esse nível mais fundamental das relações sociais. (LOPES DA SILVA E FARIAS, 1992, p.111)

Lopes da Silva e Farias (1992) concordam que os Xerente são patrilineares e uxorilocais. A uxorilocalidade, por sua vez, não permite a existência do modelo ideal patrilocal apresentado por Nimuendajú, em que cada metade ocupa um lado do arco formado pelas casas das aldeias onde cada clã apresentava uma localização fixa. Ela, afinal, distribui os homens na localidade das casas de seus sogros e das mulheres com quem se casam.

Os dados de campo de Lopes da Silva e Farias (1992) sobre os clãs e a metades vão mais à direção do modelo de Nimuendajú (1942) que dos dados coletados por Maybury-Lewis (1979). Existem, no entanto, diferenças ou denominações alternativas. A metade *Sdacrã* ou *Wairí*, no modelo de Nimuendajú, passa a ser chamada de *Wahirê*, enquanto a metade *Siptató* ou *Doí*, também em Nimuendajú, passa a ser predominantemente tratada como Doí. Quanto aos clãs, a maior diferença em relação ao modelo de Nimuendajú, além das denominações, está na metade Doí, que aparece com três clãs, semelhante aos dados de Maybury-Lewis e diferente do modelo de Nimuendajú com quatro clãs em cada metade.

Outra característica importante relacionada aos clãs, semelhante ao trabalho de Nimuendajú (1942) e diferente dos dados de Maybury-Lewis (1979), se refere a exogamia de metades no casamento. Os autores encontraram endogamia somente em 3 casos de 43, configurando assim exogamia em 79,1% dos casos. Bem diferente da situação de abandono descrita por Maybury-Lewis (1979). Apesar do número pequeno da amostra, não permitir generalizações.

O mais recente trabalho sobre o parentesco Xerente é o de Ivo Schroeder (2006). Seu trabalho é fundamental por adicionar a política como um elemento importante na organização social do grupo. Mais especificamente, ele destaca como a assimetria do parentesco Xerente pode construir e negociar conflitos. Para isso, o autor questiona a oposição permanente entre as metades e os clãs, destacada por Maybury-Lewis (1979), e aciona a importante noção própria de respeito do grupo ou *wasiwaze* (nosso respeito recíproco).

Para Schroeder (2006) a assimetria do parentesco Xerente inicia com os clãs, no início do respeito e da sociabilidade, e é fundamental para a reprodução da sociedade. A política, presente nos arranjos, nas disputas entre aldeias e facções, brota do parentesco e se movimenta em direção ao reequilíbrio das relações entre as pessoas ou grupos, a estimular atitudes de respeito e subordinação. Desafiando a assimetria ela “expurga a diferença [...] aparece como a arte de conectar relações fundadas em uma estrutura assimétrica” (SHROEDER, 2006, p.240).

O autor em vários outros momentos é crítico ao trabalho de Maybury-Lewis (1979). Semelhante a Lopes e Farias (1992), Schroeder (2006) constata a existência de exogamia de metades no grupo, mas em valores menos expressivos. Apesar de notar que a exogamia de metades corresponde a 65,26%, sendo 154 o número de casos, Schroeder (2006) destaca elementos como a discrepância no número de pessoas para cada metade, ao constatar uma superioridade numérica na metade *Isake*, e a utilização de casamentos endogâmicos como estratégia política de fortalecimento de clãs.

O autor também discorda do sistema de duas seções apresentado por Maybury-Lewis (1979) e defende um retorno à terminologia Omaha. No entanto, critica a indiferenciação de Nimuendajú (1942) do sexo de ego para alguns termos que envolvem os cruzados patrilaterais. Para Schroeder (2006) ego feminino trata FZC e ZC com o termo *baknõ* ou *i-*

Krawapte, da mesma forma que trata sua filha, enquanto ego masculino trata FZC e ZC como *Krēmzu'* ou sobrinho. Nimuendajú foi, por sua vez, não muito exato com os termos destacando em *Krēmzu'* a relação de ego masculino com FZS, mas sem aplicar a mesma relação para FZD. No termo de parentesco *Baknõ* apresentou a relação FZD, mas não deixou específico o sexo de ego.

Para Schroeder (2006) outro problema no trabalho de Maybury-Lewis (1979) está na classificação binária. Segundo o autor ela é insuficiente para explicar adequadamente o sistema e parece refletir a subordinação do parentesco ao dualismo manifesto nos arranjos faccionais. Assim:

[...] a organização dual não regula as alianças entre os grupos, nem propriamente deriva da reciprocidade, antes reflete um princípio de pensar por oposição; a uxorilocalidade de certa forma tomou o lugar e o rendimento explicativo da unifiliação; e a nomeação como princípio de alocação de pessoas em metades descartou a descendência. (SCHROEDER, 2006, p.88)

Schroeder (2006) propõe que o sistema de relações Xerente se apresenta como dual na medida em que se trata de duas metades e que a regra é casar com a outra metade, ou exogamia. Mas para o indivíduo em ação o sistema se apresenta em três termos, numa estrutura oblíqua que reflete as relações de casamento de seu pai e as relações de seu próprio casamento. O sistema dual, então, se transforma numa estrutura ternária com os afins específicos de ego dividindo-se em doadores e tomadores como ocorre nos sistemas assimétricos.

Decorre dessa relação uma nova forma de pensar o irmão da mãe (MB). Enquanto para Maybury-Lewis (1979) o irmão da mãe (MB) aparece como um mediador de metades ou oposições, por inspiração ao local do irmão da mãe nos Xavante (*-imãwapte*), reconhecido como uma espécie de pai que é contraposto ao sogro, para Ivo Schroeder (2006) o irmão da mãe (MB) aparece nos Xerente como um “doador de mulheres”. Ele cede a sobrinha que outrora “amarrou” a uma espécie de “rival” da outra metade e recebe em troca um pagamento ou compensação do marido da sobrinha (ZDH) pelo casamento, integrando, assim, uma estrutura de casamento avuncular. Não obstante, destaca Schroeder (2006), que além de assumir essa terceira linha que intervém nos casamentos Xerente, ele pode também desempenhar o papel de um pai social em cerimonial conduzindo os sobrinhos (ZC) dos espaços privados para a vida pública.

Apesar de não tratarem especificamente o parentesco e a organização social Xerente outros trabalhos podem complementar e apresentar dados importantes sobre esses temas. Deste rol de trabalhos destaco aqui os produzidos pelos alunos Xerente da Licenciatura Intercultural indígena da Universidade Federal de Goiás.

Bonfim Rodrigues (2012) em seu trabalho sobre casamentos tradicionais Xerente descreve o que chama de “casamento tradicional” e “casamento de hoje” nos Xerente. O autor destaca o importante papel do “tio” ou o irmão da mãe (MB) de ego feminino na preparação do casamento, que envolve o preparo de alimentos, preparação da noiva por meio de pinturas corporais e adereços, e depois do casamento no “pagamento”, quando MB de ego feminino cobra do marido de ego um “pagamento” pela preparação do casamento, que Schroeder (2006) considera, como foi apresentado anteriormente, um pagamento por ceder a “sobrinha”.

Bonfim Rodrigues (2012) apresenta, de forma semelhante ao modelo apresentado por Schroeder (2012), seis clãs divididos em duas metades. São da metade Wahirê os clãs: Wahirê, krozake e Krépehi. Da metade Doí são os clãs: Kuzã, kbazi e Krito. O autor destaca, como já apresentou Schroeder (2012), a importância e necessidade da noção de respeito entre os clãs, expressa também quando em rituais os clãs de uma metade pintam os clãs da outra metade. Para o autor:

Através dos clãs nós temos que respeitar aos outros. Se outro clã tiver problemas sério como outra briga, separação do casal, o outro clã tem direito e aconselhar para andar em paz, não pode aconselhar no mesmo clã, pois assim não tem respeito, por isso estamos preservando a nossa cultura Akwẽ. (BONFIM RODRIGUES, 2012, p.23)

Para Bonfim Rodrigues (2012) nos casamentos tradicionais Xerente “depois que o rapaz casa, ele tem direito de morar perto da casa do sogro” (2012, p.10), no entanto contemporaneamente “alguns moram junto com o sogro e a sogra e outros não – moram na aldeia do pai” (2012, p.14). O primeiro dado indica a uxorilocalidade, defendida por Maybury-Lewis (1979), já o segundo é bem mais flexível e apresenta a patrilocalidade defendida por Nimuendajú (1942). Este último caso, por sua vez, é considerado por Bonfim uma modificação da cultura do grupo. O autor defende também a patrilinearidade dos Xerente e explica que os filhos de um casal devem “acompanhar a pintura do pai, não [...] a pintura da mãe” (2012, p.23), aspecto comum na literatura sobre o grupo.

Sobre a exogamia, ou o respeito à regra de casar com um membro da outra metade, Bonfim Rodrigues (2012) pesquisou casamentos Xerente, de 2010 a 2012, em cerca de 20 aldeias. De um total de 184 casos, houve casamento exogâmico Xerente em 105 casos (57,06%). O autor encontrou 29 casos de casamentos endogâmicos, dentro da mesma metade, 43 casos de casamento com não indígenas e 7 casos de casamentos com outras etnias. Deste modo os casamentos não recomendados, fora da regra, configuram 42,94 % dos casos apresentados pelo autor.

Cabe notar, que apesar dos dados de Bonfim Rodrigues (2012) apresentarem certa assimetria decorrente da coleta de amostras e da distribuição espacial e populacional das aldeias do grupo, eles surpreendem pelo raio de coleta proveniente de locais pouco presentes na literatura. Por meio de seu trabalho é possível nos afastarmos das considerações de Nimuendajú (1942) e Maybury-Lewis (1979), respectivamente sobre a supremacia e o colapso da exogamia. Na direção do trabalho de Schroeder (2006) faz mais sentido reconhecermos estratégias locais e faccionais nos casamentos endogâmicos e os interesses, necessidades e afetos nos casamentos com não indígenas. Apesar da regra e dos anciãos, como fica evidente no trabalho de Bonfim Rodrigues (2012), defenderem a exogamia entre as metades.

Os trabalhos de Valci Sinã (2011), sobre nomeação masculina e feminina, e Afonso Tikwa (2014), sobre corrida de toras, ajudam, por sua vez, a conhecermos o funcionamento contemporâneo das associações masculinas ou *Dakrsu*, apresentadas por Nimuendajú (1942). Diferentemente dos dados de Maybury-Lewis (1979), as quatro associações masculinas Xerente ainda existem, mas sem iniciação e estão restritas ao papel de definir os partidos *Htamhã* e *Stêromkwa* na corrida de tora grande, evento final da nomeação masculina. Segundo Valci Sinã (2011) as associações masculinas, como já apresentou o trabalho de Nimuendajú (1942), são chamadas *Krará*, *Anãrowa*, *Krêrêkmõ* e *Akemhã*. Trata-se, na direção dos trabalhos de Nimuendajú (1942) e Maybury-Lewis (1979), de associações etárias onde os *Ïptokrda*, composta pelas associações *Krara* e *Anãrowa*, são os mais velhos, enquanto os *Ïksuirã*, composta pelas associações *Krêrêkmõ* e *Akemhã*, são os mais novos.

Sinã (2011) apresenta também o papel que as associações masculinas apresentavam outrora na nomeação feminina. Para o autor enquanto os *krará* e *Anãrowa* batizam a noite, de uma vez só, sem ensaio ou preparação, os *Krêrêkmõ* e *Akemhã* batizam com preparação e

ensaio. Não obstante, como fica evidente no papel restrito dessas associações contemporaneamente, “essas duas organizações de nomeação feminina [...] estão um pouco fora do quadro atual de nomeação: com o passar do tempo [...] o Povo Akwê extraviou essa prática cultural” (2011, p.21).

CAPÍTULO II – WA IHÂZEDI: MAL ESTARES E ADOECIMENTOS

Os Xerente utilizam as palavras em língua materna *top hâze* di quando falam de alguém doente, que não se sente bem de saúde ou que passa por um mal estar. Nessa direção alguém pode indagar em língua Akwẽ *Tôp Rowẽ ki?* (você está bem? Você está feliz?) e receber de volta uma resposta afirmativa como *Rowẽ ki* (estou bem/eu estou feliz) e *Wa psêdi* (Eu estou bem) ou uma resposta negativa afirmando dor, mal estar ou doença utilizando as palavras *wa ihâzedi* (eu estou doente).

Destaco o emprego do substantivo *hâze* (doença) para designar uma série de sintomas, mal estares e dores pelos quais um Xerente pode passar. Trata-se de uma categoria ampla que apresenta em seu escopo doenças ou mal estares inscritos no repertório biomédico, mas também padecimentos ou enfermidades localizados à margem dessa concepção.

Noto que a associação que realizo entre *hâze* e doença parte das considerações realizadas pela chamada antropologia da saúde e da doença. LaPlantini (1991) chama a atenção para a necessidade de tomarmos a doença como objeto do conhecimento científico. Segundo o autor devemos reconhecer a etiologia subjetiva, mas simultaneamente social, que advém das representações e experiências dos doentes em contraste com as representações provenientes de uma etiologia científica da medicina.

Ao me referir à doença concordo com Duarte (1998) e me afasto dos conceitos de doença utilizados por teóricos da chamada antropologia médica, como Young (1976; 1982), que tratam da doença como disfunção física (*disease*), como reconhecimento culturalmente sancionado de uma forma de evento ou situação (*illness*) e como, segundo Langdon (2014), um processo sociocultural de interação e negociação ao longo do episódio (*sickness*). Isso porque reconheço a impossibilidade desses conceitos de doença em lidar com o que Duarte (1998) chama de “formas globais” do sofrimento humano sem recorrer imediatamente para uma interpretação atrelada ao corpo biológico.

Apesar de me valer das contribuições de Duarte não utilizo o termo “*perturbação físico-moral*”. Aproximo-me do conceito de doença utilizado por Jean Langdon (2001; 2010; 2014) em seus trabalhos nos quais ela aparece não como

[...] um evento primariamente biológico, mas é concebida em primeiro lugar como um processo vivido cujo significado é elaborado através dos

contextos culturais e sociais, e, em segundo lugar, como um evento biológico. A doença não é um estado estático, mas um processo de interação que requer interpretação e ação no meio sociocultural, o que implica uma negociação de significados na busca da cura. (LANGDON, 2014, p. 1024).

Não submeto, portanto, a dimensão social da doença a uma posição hierárquica inferior a das decorrentes dos processos físico/biológicos trabalhados pela biomedicina. Aponto para a centralidade das narrativas, das experiências e da construção do significado das enfermidades pelos pacientes e especialistas em processos de cura inscritos e não inscritos em sistemas de saúde reconhecidos pelo modelo biomédico ou modelo médico hegemônico (MMH).

Apresento nesse capítulo uma série de sintomas, mal estares, enfermidades, doenças e aflições que são associados à categoria de doença (*hâze*) utilizada pelo grupo. As narrativas e experiências dos sujeitos aparecem aqui fundamentais para pensarmos em um modelo etiológico dos Xerente e em sua construção por meio de processos que envolvem a autoatenção, esse primeiro cuidado no qual as pessoas em microgrupos identificam padecimentos (Menendez, 2003), e os percursos, deslocamentos ou itinerários terapêuticos (Cabral *et al*, 2011) que dele decorrem e que são utilizados pelo grupo para aliviar, curar, prevenir e amenizar mal estares e enfermidades que comprometem sua reprodução biossocial.

Destaco que não desejo pensar a categoria *hâze* como totalizadora ou capaz de agrupar todos os processos que envolvem adoecimentos, fraqueza e mal estares nos Xerente. Sua atratividade está na capacidade de reunir e integrar tanto algumas narrativas de experiência sobre enfermidades que escapam, não se encaixam ou são deixadas de fora pelo modelo médico hegemônico, quanto as que nele podem ser inscritas e que são facilmente associadas a tal modelo pelos profissionais de saúde.

2.1 - Doença de branco (ktuanõ hâze)

Os Xerente utilizam a categoria “doença de branco” para as enfermidades, mal estares e padecimentos que têm origem ou decorrem do contato com os brancos (ou não-indígenas), para aquelas que necessitam de um cuidado ou do auxílio de um profissional de saúde (como um itinerário terapêutico) ou para as que requerem, como opção terapêutica, medicamentos industrializados para sua resolução ou melhora.

Nas palavras de José¹⁷, morador da aldeia Salto, “se estiver doença do *ktuanõ* [não-indígena] aí encaminha para o hospital”, exemplificando esse segundo caso em que elas necessitam da atenção de profissionais de saúde. Encontrei essa associação de forma recorrente nas doenças crônicas, as quais os Xerente de forma semelhante a outras populações indígenas (Coimbra Júnior, 2014) têm enfrentado problemas decorrente do seu crescimento e impacto na saúde, como a diabetes, a hipertensão e as doenças do coração.

Na primeira associação essas doenças, mal estares, padecimentos têm origem nos brancos (não indígenas). Elas “vêm de fora”, advém do contato direto e indireto, envolvendo a proximidade física e a incorporação de hábitos alimentares como o consumo de produtos industrializados. Semelhante ao que ocorre no trabalho de Gallois¹⁸ (1991), visto que os brancos ou não-indígenas são associados às origens dessas doenças, eles são obrigados a oferecer uma espécie de reparação, realizada por meio de orientações ou do itinerário terapêutico que recorre aos profissionais de saúde e de opções terapêuticas que utilizam os remédios industrializados. Nessa direção, vários interlocutores notaram que as “doenças de branco” devem ser tratadas pelos “remédios de farmácia”, que são associados aos não indígenas.

Reconheço a categoria “doença de branco” ou “*ktuanõ hâze*” como fazendo parte do sistema etiológico dos Xerente. Na mesma direção que Gallois (1991) entendo que não se trata de uma categoria utilizada pelo grupo de forma polarizada em relação às doenças “tradicionais” ou “da cultura”. Apesar desse discurso ser acionado algumas vezes por anciãos e anciãs, quando, por exemplo, as rejeitam como uma “doença de *Akwẽ*”, uma de suas principais finalidades é exercer um controle político sobre os brancos e exercer pressão sobre o desequilíbrio existente nas relações *interétnicas* que os circundam.

É possível encontrar de forma evidente essa incorporação, mas também o conflito e opção política que envolve essa etiologia, em doenças como as gripes e alguns tipos de

¹⁷ No segundo e no terceiro capítulo desse trabalho, com a finalidade de preservar as identidades dos homens e mulheres Xerente entrevistados, utilizo pseudônimos no lugar de seus nomes reais. Tomei como critério para a escolha de pseudônimos dos sexos masculino e feminino a lista de nomes mais populares das décadas de 30 até 60 no Brasil, divulgada pelo IBGE.

¹⁸ Nesse trabalho Dominique Gallois discute a categoria “doença de branco” e a inscreve no modelo etiológico dos Waiãpi associando-a ao contato do grupo com os não-índios e não como uma categoria de introdução recente ou superior e deslocada das categorias discutidas por antropólogos e pesquisadores em saúde como tradicionais.

febres que são classificadas como doenças de branco (ktuanõ hâze) por alguns, mas também como doenças de Akwẽ (*Akwẽ hâze*) por outros. Um de seus sintomas, na concepção biomédica, a coriza, é chamada pelos Xerente de *Danirbó*. As duas associações parecem inicialmente contraditórias, contudo respondem a perguntas diferentes. Uma preocupação com a origem da doença pode implicar na classificação “doença de branco”, no entanto uma preocupação com a frequência e com a diversidade de terapias e itinerários que podem ser acessados para solucioná-la a identifica como uma “doença de Akwẽ” (*Akwẽ hâze*).

A diabetes e outras doenças crônicas encontram desfecho semelhante entre os Xerente. O tratamento e as orientações apresentadas pelos profissionais de saúde são questionados, contestados e pensados pelas concepções de autocuidado dos sujeitos. Isso ocorre quando, por exemplo, rejeitam um medicamento ou o utilizam de forma distinta da prescrita pelos profissionais, mas também quando utilizam além dos remédios industrializados, remédios caseiros e outras opções terapêuticas e itinerários para amenizar e curar suas enfermidades.

Considerar somente que tais opções prejudicam o tratamento e a atenção com a doença e os mal estares, como faz o modelo biomédico, significa admitir uma ruptura intransponível entre modelos “tradicionais” e “hegemônicos” e, portanto, uma ignorância profunda na dinâmica existente entre os sujeitos e grupos sociais na interpretação constante de diagnósticos e construção etiológica. Perde de fato uma efetividade real ao ignorar a diversidade dos itinerários terapêuticos e estabelecer que o quê o modelo biomédico reconhece como uma doença, segundo seus moldes, pode ser interpretado pelos Xerente como ser um sintoma de outra enfermidade, mal estar, como um feitiço ou decorrente de uma quebra de restrição, etc¹⁹.

2.2 - Quebra de Resguardo/Restrições alimentares e sexuais

A quebra restrições pode causar adoecimentos e mal estar. O pós-parto de uma Xerente é ponto crucial nessa noção, pois exige restrições sexuais, como a abstenção sexual, e alimentares para homens e mulheres. Schmidt (2011) nota que a mulher Xerente em pós-

¹⁹ No capítulo 4 as avaliações de Xerente sobre o serviço de saúde ofertado mostram situações nas quais seus diagnósticos e opções terapêuticas são questionados e impedidos por profissionais de saúde do hospital regional de Miracema do Tocantins.

parto não pode comer inhame, carne de porco, peixe, frango, farinha de puba, tatu, paca e outros alimentos classificados como fortes. Ela também deve evitar se deslocar e permanecer em casa por no mínimo um mês.

Rodrigues (2014) destaca o impacto do parto em hospitais no resguardo Xerente. A autora exemplifica que a prescrição de medicamentos industrializados para as mulheres em pós-parto no hospital, segundo os Xerente, pode causar dores, diferente do que ocorre com os remédios caseiros utilizados pelo grupo. O parto no hospital de Miracema exige também o deslocamento da mulher para longe de sua residência e a hospedagem da mulher, caso aguarde o transporte oferecido pela SESAI, no hotel de Tocantínia, afetando a necessidade de permanecer em repouso em casa. A hospedagem de Tocantínia compromete também a restrição alimentar dessa população. Segundo Luiz, um Xerente da aldeia Salto, no hospital ou no hotel “eles oferecem carne de porco quando a mulher acaba de ganhar neném. Se ela não conhece carne de porco aí ela vai comer. Aí faz mal. Se não tiver ninguém para olhar aí ela come”.

Os homens compartilham no pós-parto de suas companheiras restrições alimentares e sexuais. Eles não podem comer tatu peba (*Wrâpakda*), tatu sina (*sipsimuri*), Sucuri, peixe Jaraqui (*tpênprêdarpepre*). Devem evitar caçadas e esforço físico como andar de bicicleta, jogar bola, ir para a roça. Após um mês o casal pode voltar a ter relações sexuais. Mas durante três meses no pós-parto o homem não pode ter relações sexuais com outra mulher. O contato visual do homem com alguns animais é suficiente para gerar mal estares e adoecimento. É o caso do contato visual com o gato do mato (*Patêrê*), onça, alguns peixes, sucuri e outras cobras não venenosas (*amkézaté*).

Enquanto a quebra de resguardo pela mulher pode causar fraqueza, dores de cabeça na própria mulher, a quebra de resguardo dos homens afeta principalmente o recém-nascido. Geraldo, morador da aldeia Salto, me contou que anos atrás saiu para uma pescaria enquanto estava de resguardo. Na pescaria, enquanto retirava os peixes da rede, entrou em contato com um peixe capaz de “jogar” doenças. Ao chegar em casa com o peixe percebeu que do nariz de sua filha recém-nascida de dez dias escorria sem parar uma espécie de “água” semelhante aos fluídos do peixe. Falou com um parente seu Pajé (*sekwa*) e ele curou sua filha em troca do peixe. Na mesma direção comer tatu sina (*sipsimuri*) faz com que o tatu risque a criança à noite e a faça chorar. Já muito esforço físico do homem em

resguardo pode deixar o recém-nascido fraco, mole, cansado ou com “espremedeira”. Segundo Rodrigues (2014) um bebê com “espremedeira” fica se “espremendo” muito, movimentando bastante, como um sinal de dor.

A corrida de Toras²⁰ dos homens realizada no encerramento do *Dasipê*, festa de nomeação Xerente, exige a abstenção sexual dos homens na noite anterior. Caso o homem não respeite tal abstenção ele pode “ficar fraco” e deixar a tora cair de seus ombros aumentando consideravelmente, visto o peso considerável que um tronco de buriti pode apresentar, o risco de se machucar e de machucar outros homens. É uma preocupação séria presente nos dias que antecederam as competições de corrida de tora que observei em Julho de 2015 por meio de relatos sobre um homem Xerente de uma aldeia vizinha que teve uma fratura na perna quando sobre ela caiu um tronco utilizado na disputa.

No entanto, apesar de séria, as consequências dessa abstenção são controversas. Conversei sobre tal restrição e sobre suas consequências com dois homens Xerente e obtive diferentes relatos e conclusões. Os dois concordaram que segundo os anciões quem têm relações sexuais na noite anterior à corrida de toras deixa a tora cair no momento da corrida. O primeiro, não obstante, fez o teste, teve relações sexuais na noite anterior, e não deixou a tora cair no dia da corrida. Mostrou-se, a partir de então, descrente com a recomendação dos anciões. O segundo Xerente, por outro lado, lamentou-se da noite na qual contrariou as recomendações dos anciões, teve relações sexuais e deixou a tora cair de seus ombros no dia da disputa.

2.3 - Congestão/Quebra de recomendação alimentar

As interdições alimentares são outro risco para a saúde e bem estar dos Xerente. No trabalho de Schmidt (2011) tontura, febre, fraqueza, dor de barriga e vômito são sintomas comuns de uma congestão. Ela ocorre por diversos motivos e está diretamente ligada a ingestão de alimentos. A ingestão de uma carne “forte” como a de caça pode fazer mal para o corpo e causar muita “dor de barriga”.

²⁰ Evento no qual os homens correm em revezamento com grandes troncos de Buriti sobre os ombros. Podem ser realizadas de forma informal em eventos festivos ou formal no encerramento do *Dasipê*, ocasião em que há bastante rigor e no qual dois partidos (*Htamhã* e *Stêromkwa*) disputam um contra o outro. Para maiores informações consultar Tikwa (2014).

Passei por situação semelhante quando voltei de uma partida de futebol que ocorreu na aldeia Brupré. Me senti pesado, lento e com dores na região abdominal ou barriga. Enquanto circulava na casa de amigos Xerente, procurando por um remédio para aliviar ou solucionar tal mal estar, ouvi recomendações e contra indicações dietéticas. Rosa²¹, grande conhecedora de plantas e raízes medicinais, explicou que comida com fumaça, como carne moqueada, causa congestão.

O mesmo vale para comer feijão amanhecido (preparado no dia anterior), comida fria (retirada da geladeira e não aquecida), mandioca brava e outros alimentos classificados como “fortes”. Algumas “misturas” são bastante perigosas, como a ingestão seguida de comidas oleosas como pequi e bacaba. Segundo Izabel esses dois frutos são perigosos porque soltam leite. Esse leite ingerido junto, “não dá certo”. A pessoa morre e fica com o corpo roxo. Também é uma mistura arriscada a ingestão seguida de bacaba e de café sem um intervalo médio de uma hora.

Sobre congestão Nair, moradora da aldeia Salto, conta que:

Olha o meu irmão. Quando ele era pequeno comeu mandioca assim braba, botou no fogo e comeu. Quando foi de noite o menino já veio. Nós não comemos nada. Só farinha e aí a mamãe deitou. Com um pouco o menino acordou chorando, chorando, levantou. É congestão.

A interlocutora apresenta também a utilização e a importância do remédio caseiro para solucionar esse mal estar:

Aí escutou, aí voltou correndo, chegou, pegou o tatu, matou, cortou o rabo. Aí queimou e pisou misturado com pimenta do reino. Fez um chá e deu. Com um pouco menino vomitou só a mandioca. Só um pouco que comeu e depois virou. Nós não comemos nada. Com isso virou uma congestão. Esse tempo não tem remédio. O caseiro do mato é bom.

2.4 - Estopor

O estoporo ou estuporar ocorre quando uma pessoa está em um ambiente quente e subitamente vai para um ambiente frio. Acontece também quando se ingere algo quente e bebe gelado. Chegar em casa com o corpo quente ou bastante aquecido pelo sol e depois beber algo gelado pode estoporar. O mesmo vale para chegar com o corpo quente, suado, e ir diretamente para a ducha, córrego ou rio tomar um banho de água fria. É uma situação

²¹ Rosa mora na aldeia Salto e apesar de ser filha de não-indígenas foi criada desde criança pelos Xerente. Tem em seu quintal uma variedade considerável de plantas medicinais.

perigosa. Segundo Nair quando a pessoa estopora, morre rápido, as unhas e o corpo ficam pretos. Isso ocorre porque o sangue “coalha” ou coagula. Um estopor pode virar um derrame caso não seja tratado.

Rita, uma anciã Xerente, relata uma situação na qual passou mal por andar em terreno quente e depois beber água gelada. Ela inicia narrando o motivo de seu deslocamento, a coleta de olho de buriti, em tempos de queimada:

Ê mas água fria é bom, enche a barriga da gente. Eu bebo na torneira toda vida e algum dia que eu bebo, se eu andar assim com o sol quente, faz mal para mim. Teve uma vez daqui [que] eu fui andar para cá, cortar olho para fazer cofinho. Aí tinha botado fogo do brejo, passou dois dias [e eu] pensei que já estava tudo frio. Diz que estava tudo queimado assim no chão, as folhas secas, mas lá ainda estava quente, quente mesmo. Aí fui jogar essa perna daqui, vixe maria, mas toda valente. Tinha um pau que já estava caindo. Fui pegar esse pau e botar em cima do rastro do pé. [Mas] ainda sim não tinha jeito e aí eu fui devagarzinho, botar meu pé em cima do raiz. Pois aí queimou isso aqui, se não fosse lambreta, meus pés ficavam todos feridos. Aí de lá mesmo nós saímos, estava andando mais o sol ainda e fui falar para ela [filha da entrevistada]. Quando nos chegamos lá na casa dela [filha da entrevistada] eu fui pedir para ela: - Me dá água. Eu estou com uma sede danada. Ela trouxe e aí me deu. Eu bebi no copo.

Nesse ponto a interlocutora apresenta os mal estares decorrentes e característicos do estopor:

Pois não foi nada não apresentou aqui na minha costela. Mas estava doendo. Eu fiquei na casa sentada, mas não disse nada. Aí levantei e vim de novo. Eu não estava aguentando. Com um pouco um pedaço vem. Me deu febre, eu estava sentada ali no pé de manga, sentada. Aí eu fui falar para o Luciano: - Traz água para mim. Aí pegou para mim. - Quer fria? - Não eu não quero fria não. Eu quero é da torneira. Eu bebi, mas estava doendo, doendo mesmo. [Mas] se eu dissesse que estava doendo a minha filha falava: - Não. Vai logo no hospital. Eu não falei nada.

O hospital não aparece para Rita como um itinerário necessário nesse momento, diferentemente do que pensou a filha dessa interlocutora. Mais uma vez ocorre uma citação de utilização de remédio caseiro. Dessa vez, no entanto, associado a um medicamento industrializado analgésico e antitérmico de fácil acesso e de grande circulação:

Eu mandei para o menino: - Vai tirar casca da folha de carne para você cozinhar para mim. Ele tirou, botou na rabeira. Eu mandei para tirar o dente de alho para machucar e botar junto. Rapei a cabeça de abacate, tudo misturado. Ferveu e eu tomei. Aí aliviei um pouco, tornei a beber, aliviei. Eu fiquei bom. À noite eu tomei agora em cima *anador*. Acabou, parou de doer. Estava me apontando por aqui.



Figura 3: Disputa de cabo de guerra no Dasipê. FERREIRA, Ariel. 2015.



Figura 4: Time feminino de futebol da aldeia Salto. FERREIRA, Ariel. 2015.

2.5 - Arca-caída

Arca-caída, arco-caído ou espinhela caída é um mal estar encontrado em populações diversas. Carl Friedrich Philipp Von Martius no século XVII a descreveu como “outra doença chronica da digestão que por vezes observamos, nos índios, principalmente nos civilizados, descendentes dos tupis, nas províncias da Bahia, Pernambuco e Maranhão” (VON MARTIUS, P.110, 1979). Nair explica que quando uma pessoa está com arca caída ela fica branca, amarela, dorme, fica cansada, fraca, com vômito, “sem coragem”. Ela nota que “se a criança está doente, mesmo em um instantinho a arca caída aparece. É assim. Aí nós falamos assim e lá o médico não conhece. Aqui sabe [...] vai benzer pra fechar”.

Um rezador ou benzedor deve identificá-la realizando medições nos braços, tórax e costas. Segundo Rosa, especialista em benzeduras, “se ela [arca caída] passar daqui [indicando um ponto abaixo do peito] ela não tem remédio”. Schmidt (2011) em seu trabalho explica que essa mazela pode ser resolvida por um xamã ou *sekwa*. Discordo em parte dessa afirmação ao acreditar que a arca-caída pode ser resolvida somente por um benzedor ou rezador. Um *sekwa* para realizar essa cura precisa, portanto, de conhecimentos compartilhados com rezadores ou benzedores, como fica evidente no capítulo 3.

2.6 – *Datmőkuně* - Quebranto e mau-olhado

Quebranto ou quebrante é outro mal estar comum em regiões rurais do país. Segundo o dicionário Houaiss (2001) o quebranto é uma “suposta influência maléfica de feitiço, por encantamento a distância [...] efeito malévolo, segundo a credence popular, que a atitude, o olhar, etc. de algumas pessoas produzem em outras; (p.2351, 2001, 1 edição).

Para os Xerente o quebranto (*Datmőkuně*) é de fato uma influência que afeta maleficamente crianças e bebês. Com quebranto o olho de uma criança fica com remela, “apertadinho”. Segundo Alice, moradora da aldeia Salto, “quando a criança tem muito quebranto aí passa para a barriga. Fica com diarreia. Verdinha igual folha. Já está com quebranto muito na barriga. Se estiver forte a criança fecha o olho”.

Para alguns interlocutores o quebranto ocorre sem uma intenção maléfica direta. Elza, moradora da aldeia Salto, contou-me que amar muito uma criança pode passar doença para ela. Na mesma direção Rosa explica que “quebranto é a pessoa, o pai ficar olhando: – Nossa, mas é bonitinho. O pai que bota. Mau-olhado você bota com raiva”. Outros Xerente

associaram o quebranto ao mau-olhado. Para Josefa, uma Xerente que habita a região urbana adjacente a TI Xerente, mas que tem parentes na aldeia Salto:

Quebrante é quando a pessoa olha para uma pessoa e acha bonitinho. Diz que quando a pessoa tem mau-olhado e põe quebranto na pessoa. Tem gente que não pode nem olhar. Nem pegar. Até nas plantas. Não tem esse segredo das plantas? Tem gente que não pode nem pegar. Tem gente que já tem espírito ruim. Aquele olhar maligno que dá quebranto na pessoa.

Segundo Silva (2007) para os Atikum, etnia localizada no Pernambuco e Bahia, o quebranto é provocado tanto por meio de uma ação intencional com inveja, maldade supostamente imanente, quanto por um sentimento não intencional proveniente de um excesso de admiração, beleza, aspecto saudável. Nos Xerente, de forma semelhante à arcaica, o quebrando pode ser “tirado” ou curado por um rezador ou benzedor.

2.7 - Dahêmba/hêpãri

Os Xerente normalmente traduzem e associam os seres *dahêmba* e *hêpãri* (ou *hempãri*) às almas e espíritos. No entanto, apesar de alternar o uso das palavras *dahêmba* e *hêpãri*, quando traduzem para o português esses seres, eles são diferentes um do outro e apresentam especificidades. Nair explica que *dahêmba* é a “alma” da pessoa quando ela está viva, igual a nossa. Quando a pessoa morre e aparece, ela se torna *Hêpãri*.

Nãmnãdi (2011), uma pesquisadora Xerente, em sua monografia traduz para a língua portuguesa como espíritos os *dahêmba*, os *hêpãri* e os diversos donos. No entanto, em uma entrevista que realizei em 2015 com a pesquisadora ela apresentou novos dados de pesquisa que indicavam a diferença entre os *dahêmba*, os *hêpãri* e os chamados donos. Sobre os *hêpãri* ela explica:

Quando a pessoa já morre [ela] fica vagando assim. Quando não é muito bom assim diz que não vai para o céu. Aí vira *hêpãri*. Fica andando por aí. Se ele for mau ele faz mal para a pessoa, se ele for bem ele faz bem a pessoa. Fica assustando a pessoa ou então a pessoa morre e depois de sete dias que vai para o céu, se ele for bonzinho. Se não for fica morando por aqui mesmo. (NĂMNADI, Miracema do Tocantins, 2015).

A pesquisadora também observou em nosso encontro a associação realizada por alguns Xerente, principalmente os que são membros de igrejas evangélicas, do *hêpãri* e do *hêpãriwawẽ* (um dono) com a figura do diabo apresentada pelo cristianismo. Neto (2007)

em sua dissertação traduz *hempãri* como a “alma dos mortos”. Um modo eficaz, eu acredito, de diferenciá-la de *dahêmba*, por sua vez, uma espécie de “alma dos vivos”.

No início do trabalho de campo realizado em novembro de 2015 realizei uma confusão semelhante associando “alma de mortos”, “alma de vivos” e espírito como *Dahêmba*. Os Xerente compreenderam as minhas perguntas, mas somente dois evidenciaram meu erro de associação. É possível que vários Xerente, apesar de conhecer as diferenças entre uma alma de um vivo e uma alma ou espírito de um morto, chamem tanto os *Dahêmba*, quanto os *Hêpãri* de *Dahêmba*. Essa característica pode ter relação com a transformação ou mudança de forma e corpo que os dois seres apresentam e com a dificuldade, exceto para um *sekwa*, em visualiza-los ou caracteriza-los em seus diferentes *devires* e deslocamentos.

Nesse trabalho diferenciá-los tem importância substancial visto que eles desencadeiam ou passam por processos de adoecimento específicos. Quando, por exemplo, o *dahêmba* de uma pessoa sai do corpo e não retorna essa pessoa certamente adocece. As crianças são bastante vulneráveis e quando isso ocorre apresentam sintomas como fraqueza, cansaço e muita sonolência. *Nãmnãdi* na entrevista que realizamos notou:

Quando a pessoa dorme não tem aqueles sonhos? Acredita que é a alma da pessoa que está andando. Que vê essas coisas, transforma em alguma coisa. Por isso eles não aceitavam muito dormir. Meu pai mesmo não gostava que eu dormisse muito [...] porque diz que vai acostumando e aí de repente eu posso morrer ou então eu fico preguiçosa demais. (NĂMNĂDI, Miracema, 2015).

A pesquisadora também observou que após sair de alguém o *dahêmba* pode se transformar em diversos animais como borboleta, morcego, tatu e outros “bichos do mato”. Caso esse *dahêmba* que se transformou em um animal seja caçado e morto, morre também a pessoa a qual o *dahêmba* partiu. Os mais velhos ou anciãos (*wawẽ*) observam que quando se mata um animal que antes foi *dahêmba* sua carne fica sem gosto, sem graça. Por isso recomendam não matar nenhum animal pequeno dentro ou perto das casas. Nair, nessa mesma direção, fez um relato do adoecimento de seu neto graças ao distanciamento de seu *dahêmba*:

É *sekwa* o meu irmão. [Falei:] - Repara no meu netinho aqui. O menino está sem coragem. - É porque ele não tem a alma, afastou do corpo dele. [disse o irmão *sekwa*] – Ô, será que não tem jeito não? [perguntou a entrevistada] – Dá, dá um jeito. Aí eu mandei para ele. Mas sem escutar o pai e a mãe. Aí

resolveu. Aí quando foi dois dias perguntei [para] o menino: - Como está? - Agora eu quero comer. [respondeu o neto da entrevistada].

Já os *hêpãri* ou “alma dos mortos” despertam mal estares e adoecimentos nos vivos ao entrar em contato com os últimos. Quando iniciei as entrevistas do último campo, no final de 2015, tratando-os ainda como *dahêmba*, descobri bastante apreensão ou recusa em falar o nome ou citar os *hêpãri*. Segundo Nelson, morador da aldeia Salto, os *hêpãri* andam à noite. A noite seria tão clara para eles quanto o dia é para nós os vivos. Em suas palavras, quando estão com saudades ou sentem falta de alguém:

Eles vêm [os *hêpãri*] e visitam os filhos, os parentes. Você já ouviu aquele assovio? Assoviado? Pois é. É deles. Aí quando você remenda [imita] eles dizem que mata. Faz a cruz, cuí, cuí e aí morre [...] cuí para cá, e de cá cuí e aí morre. Se assoviar e você remendar ele, ele vem na hora [e] aí se não for *dahêmba*²² e se te achar ele te mata. Tem vez que assovia e eu fico entocado lá dentro da casa.

Os *hêpãri* podem também assoviar para avisar ou prever a morte de um Xerente. Quando encosta em um vivo um *hêpãri* pode adoecer a pessoa tocada. Nelson contou-me também que certa vez à noite, a caminho de um velório com seu tio, foi tocado por um *hêpãri* e passou muito mal sofrendo de muitos vômitos, febre e dores intensas em um dos ombros. Sua mãe preocupada chamou um *sekwa* que explicou que a alma do pai de seu filho o havia tocado no ombro. O *sekwa* então “quebrou”, rompeu as consequências desse contato, e o homem voltou a se sentir bem. Escutei de alguns Xerente que alguns *hêpãri* fazem isso para levar os parentes para seu lado. Outros no, entanto, tocam e assustam os vivos por pura maldade.

Elza contou-me que seus parentes mortos vieram buscar a alma de sua tia na casa em que ela foi velada. Nesse caso, após o corpo ser enterrado pelos parentes da metade oposta complementar, no local onde o corpo foi velado deixaram somente um prato com comida e uma vela. Mais tarde o *sekwa* relatou que a vela se apagou quando os parentes mortos chegaram com *cofos*²³ para buscar comida e a alma da recém-falecida. Segundo Josefa:

²² Nelson chamou de *Dahêmba* o que estou tratando como *hêpãri*. Isso pode indicar uma confusão pontual ou recorrente sobre os dois. No momento da entrevista não questionei essa associação.

²³ O *cofo* é um objeto produzido pelos Xerente utilizando as fitas retiradas do broto do buriti. Segundo Ferreira (2013) os Xerente trançam quatro tipos diferentes de *cofos*. Eles são utilizados para o transporte de diferentes objetos. Desde peixes, carne, linha, anzol até crianças.

[...] diz que quando morreu de fome, as vezes daquela doença. Hoje dia é muito confuso por causa das religiões. Mas não tem aquela pessoa na situação que não dá conta mais de beber e de comer? Quando a pessoa morre [assim] diz que tinha que fazer um alimento e deixar lá no quintal para a pessoa comer. Aí só o pajé que olha. Deixava aquela casa todinha [antes] da visita. Aí diz que se deixar sem comer essa pessoa fica por aqui mesmo. Não vai para o outro lugar. Ninguém vai levar ele.

Ouvi relatos de Xerente que por medo do *hêpãri* de alguém que faleceu há pouco tempo dormiu por alguns dias em casas de parentes que moram no outro lado da aldeia evitando proximidade com a casa do falecido. Em Julho de 2015 um adolescente apresentou dor e inchaço considerável no pé. Alguns Xerente suspeitaram que suas dores decorriam do contato com o *hêpãri* de um jovem que foi assassinado em outra cidade, mas que dormiu por alguns meses na mesma casa que o adolescente. Segundo Nair antigamente os Xerente mudavam de casa quando algum morador falecia. Contemporaneamente isso acontece quando várias mortes ocorrem na mesma casa em um curto período de tempo.

Os cemitérios são locais perigosos, afinal por lá circulam os *hêpãri*. Ouvi vários relatos de Xerente que quando coletavam pequis próximo ao cemitério foram assustados por atividades das almas dos mortos. Sebastiana, moradora da aldeia Salto, em uma visita coletiva após sete dias da morte de uma parente, confidenciou-me que deseja que seu túmulo seja construído de cimento e apareça em evidência para evitar violações dos vivos. Ela conta que uma vez alguns homens cavaram um local o qual não esperavam haver uma cova. Lá dentro estava a alma de um morto, *hêpãri*, observando-os. Certamente um *sekwa*, o especialista para curas que envolvem *hêpãri* e *dahêmba*, foi consultado nessa situação.

Outro momento que envolve riscos de contato, adoecimento e, principalmente, morte é a realização do ritual funerário *Kupré*²⁴. Nele os jovens dançarinos são rigidamente orientados para evitar qualquer relação indesejada com a alma dos mortos. Elas podem surgir em deslocamentos inadequados, visto que no deslocamento da aldeia até o cemitério duas fileiras são realizadas e os homens seguram bastões e precisam trocar de lado sem tocar uns nos outros, mas atinge seu ápice de risco no cemitério, quando os maios corajosos podem pular sobre os túmulos, correndo o risco de falhar e ter de enfrentar os mortos.

²⁴ O *kupré* é um ritual funerário realizado para mortos de grande prestígio. Segundo interlocutores Xerente em tempos míticos só era realizado pelos *tatu-peba*. No final de 2015 foi realizado na aldeia Recanto para um anciã moradora da aldeia. Davi Samuru, um pesquisador Xerente, vem colhendo valiosas informações sobre esse ritual.

2.8 - Contato com os donos

O *sekwa* Mario explica que todo bicho tem dono. Desde o grande até o pequeno. No trabalho de Helena (2011), moradora e pesquisadora na aldeia Salto, é possível perceber que não só os bichos tem dono, mas os rios e córregos também. Segundo a autora os chamados *kâtdêkwa* (donos da água) habitam os córregos e rios. Semelhante aos Xerente os donos da água têm filhos, filhas e casas nesses locais. Quando um córrego é poluído ou sua água é bastante explorada, como quando é canalizada, distribuída e por vezes “desperdiçada” nas torneiras das aldeias, os donos podem se cansar e mudar. Helena (2011) observa que:

Os velhos [ou *wawẽ*] têm a maior preocupação com a poluição que pode acabar com as nascentes próximas de onde eles [os donos] vivem. Para os pajés, os donos da água se cansam e mudam de lugar por causa da poluição e quando isso acontece, a água fica bem pequena ou até seca aos poucos, isso eles acreditam que aconteceu com os córregos que já morreram. (HELENA, Maria, 2011, p.12)

Schmidt (2011) destaca que na cosmologia *Akwẽ* tudo tem dono. A autora observa que a formação de um pajé ou *sekwa* ocorre na relação dos Xerente com algum dono. Ela relata em seu trabalho o encontro de Rosilene com o “dono do peixe” e a formação dessa mulher em *sekwa* como decorrente dessa relação. Reproduzo aqui esse encontro:

Eu fui escolhida. Meu pai que ensinou, ele era Sekwa. Se esse aí riscar no chão pra você, escolhe o mais comprido, não é o mais bonito não. (...) Aí de longe eu enxergava tudinho. O dono do peixe é mesmo que nós, só que o cabelo é tudo enrolado e preto. Aí depois me levou pro rio. Primeiro ele caiu e me disse: pode cair. Eu fiquei com medo. Aí me levou pra casa dele. A mulher dele tava lá fazendo comida e era gente. É no fundo da água e lá é sequinho igual aqui. Eu tinha doze anos. (...) Aí eu saí de dentro da água e fui pra casa, pensei que meu cabelo ficava molhado, mas não. Minha mãe ficou com raiva, mas meu pai não falou nada, ele já tava sabendo. Passou uma semana ele levou peixe assado no cofinho e me deu. Nós tava comendo e dava pedacinho pros outros. Meu pai comeu, minha mãe não. Aí passou duas semana, meu pai falou pra mim se pintar que ele ia cantar pra mim. Aí acabou, eu nunca mais vi ele. Até agora. Aí meu pai me ensinava. Ele adoeceu e eu fiz trabalho pra ele e ficou bom. Meu irmão sabe também, mas ele faz com cachaça (SCHMIDT, 2011, p.93).

O contato ou o encontro de uma pessoa com um dos donos é um evento de grande risco. Tornar-se pajé ou *sekwa* graças a esse contato é um dos riscos possíveis. Helena (2011) pontua que quando uma nascente é degradada, poluída, os donos da água (*kâtdêkwa*) ficam

tristes e furiosos. Segundo a autora “se tem um do mal, os *Kâmhã*, morando perto da aldeia ou até na fonte dos Xerente, qualquer pessoa pode ficar doente porque o *Tdêkwa* pode colocar alguma coisa no corpo e essa pessoa fica doente” (HELENA, 2011, p.13).

José, morador da aldeia Salto, contou-me certa vez que os *wawẽ* ou anciãos Ihe faziam recomendações para evitar levar seus alunos, crianças, para os córregos com frequência. As crianças podem ver as coisas, os donos, os espíritos. São, no entanto, mais vulneráveis a essas influências e podem ficar mais facilmente doentes. Para esquivar-se desses contatos elas devem evitar tomar muitos banhos nos córregos e andar desacompanhadas à noite.

Para o pajé Mario os excessos e vícios aumentam a chance do contato e evidenciam os interesses e desejos dos donos. Tomar muito banho, caçar muito veado, muita paca, muita anta, pescar muito peixe, coletar muito mel, beber muita cachaça são excessos que podem irritar ou indicar uma atração do dono por um Xerente. O resultado desse contato pode ser um mal estar, adoecimento e até mesmo culminar em morte ou na formação da pessoa como um *sekwa*, caso esse processo não seja interrompido, “quebrado” ou a pessoa seja curada por um pajé.

Em uma entrevista o *sekwa* Mario relatou o perigo que o vício e o encontro com o “dono do peixe” desencadeou em um parente. Segundo esse ancião:

Você aprende a pescar, você vicia a pescar. Todo dia você vai pescar e aí a pescaria vai aumentando para você. Começa de pouco e aí vai aumentando. No outro dia você pega mais, no outro dia você já pega mais, no outro dia você já pega facinho. Com poucas horas você já sai com o peixe e aí vai apresentando. O meu primo morreu com negócio de peixe [...] Começou de pouco. Foi pegando muito aí foi gostando daquilo [...] todo dia ele trazia muito peixe, toda noite ele trazia peixe. Aí o que aconteceu. [Ele] começou a apresentar (Mario, aldeia Salto, 2015).

No entanto, não basta jogar o anzol. Uma das características chave para o contato com o dono é que a atividade realizada seja com frequência excessiva bem sucedida. Nesse caso o do pescador que leva muitos peixes para casa em contraste com outros pescadores que não tem a mesma “sorte”. O *sekwa* Mario continua seu relato descrevendo características importantes decorrentes do contato de seu primo com o dono como sonhos com pescaria e até relações sexuais com o dono:

Quando ele estava dormindo ele jogava espinho, parecendo que estava comendo peixe. No outro dia ele fazia gesto como que estivesse jogando a linha e iscava, como colocando a isca no anzol, dormindo, e minha tia

reparando aquilo. Com pouco ele começou a fazer o sexo com ela, com o bicho [o dono], fazer o sexo, aí minha tia estava deitada e com um pouco ele virava, como que estava movimentando. Para ele estava, para ele estava vendo, porque estava fazendo. E a minha tia vendo aquele movimento lá, fazendo sexo com o dono. Ele morreu. Aí foi, foi e não teve jeito (Mario, aldeia Salto, 2015).

Outros entrevistados fizeram relatos semelhantes e descreveram medo e preocupação nas situações em que chegaram próximos a encontrar os donos. Em um desses casos um homem Xerente contou-me que foi avisado por um parente *sekwa* que ele estava caçando demais e que deveria ficar certo tempo sem sair para caçar. Ele matava muito veado e isso não agradava o dono da mata (*mrã ddêkwa*). Ele passou certo tempo sem caçar e quando voltou, apesar de não encontrar a facilidade de outrora para atrair e encontrar animais não sofreu nenhum mal estar ou doença. Caso continuasse caçando ele poderia adoecer.

Outro homem Xerente relatou que quando jovem encontrava mel com bastante facilidade. Seu tio, um pajé ou *sekwa*, indicou que o dono do mel parecia gostar dele e desejava ensinar-lhe conhecimentos de pajé. Isso foi confirmado graças aos sonhos com o dono do mel, a uma febre e ao fato de que mesmo ao dormir ele executava movimentos semelhantes ao de coletar mel. Preocupados os pais e o jovem decidiram interromper o processo de formação em *sekwa* e pediram para o tio *sekwa* do garoto “cortar”. Após “cortar” tudo voltou ao normal. Cessou a febre, os sonhos e a facilidade em encontrar mel.

Reichel-Dolmatoff (1976) encontra nos Tukano do noroeste do Amazonas princípios ecológicos que envolvem o controle sobre a exploração de recursos naturais e uma série de restrições sexuais e alimentares. O universo criado pelo pai Sol Tukano é limitado e a energia fertilizadora decorrente de um ato único no tempo flui entre seres humanos e animais. O equilíbrio dessa energia aparece como necessidade fundamental para o grupo. Seu contrário, o desequilíbrio, acelera, por sua vez, a profética deterioração do mundo dos Tukano.

Nas cosmologias do grupo os excessos de humanos e animais são punidos por forças superiores como os espíritos protetores dos recursos. Nesse ponto a doença dos humanos aparece consequência de uma quebra ou negligência de alguma restrição. O xamã tem papel importante nessa relação, pois aparece como o sujeito capaz de identificar a qualidade das relações inadequadas e de negociar sua resolução.

No trabalho de Oliveira (2008) é possível encontrar nos Xavante ideia semelhante aos donos ou espíritos associados aos ambientes como as matas, os rios, os córregos. Eles podem de forma análoga aos *donos* Xerente orientar curas e causar mal estares. Acredito que também podemos associar e compreender o caso Xerente das preocupações e do contato com os donos como cuidados e preocupações ecológicas. *Nãmnãdi* o faz ao falar do córrego que secou graças à morte de seu *dono*:

Porque no fundo, fundo, essas coisas, lendas é para ajudar a pessoa a entender a natureza. Porque eu acho que a Sucuri [...] eles realmente ajudam a proteger a água. Deve ter alguma coisa assim. Cava um buraco. Faz alguma coisa para aquela água ficar funda. Aí os indígenas também acreditam que tudo não veio por acaso. Deus deixou os trabalhos para cada um. (*Nãmnãdi*, entrevista, 2015).

No tópico 2.2 apresentei adoecimentos e mal estares resultantes da quebra de resguardo. O contato dos homens com alguns peixes e animais pode aparecer também como um padecimento resultante do contato, mesmo que indireto, com os donos desses animais, visto que são eles, ao que parece irritados com a quebra de resguardo, que afligem o recém-nascido. *Nãmnadi* explica que o dono da mata (*mrã ddêkwa*) “pode introduzir no corpo do Akwẽ objetos como pedrinha branca (*ktêka*), pedacinho de vara de pau (*wde hu*) e se for espíritos donos da água (*kâm hã*) objetos como *tpê hi* (espinha de peixe) e *kâ kurbo* (lodo)” (*NÃMNADI*, 2011, p.9).

Jorge, morador da aldeia Salto, descreve em uma narrativa de sua juventude uma situação de contato com um dono. Sua aflição com essa possibilidade fica evidente nas conversas que ele realiza com um *sekwa*:

Já aconteceu comigo assim uma vez, quando eu ainda era menino [...] eu estava morando lá na outra aldeia. Aí para pescar assim eu pegava muito peixe. Meu cunhado aqui ele é pajé. Aí ele me falou: - Não vai não porque você está pegando muito peixe. Rapaz, quando está assim mesmo com água [limpa] eu pegava muito peixe. Aí ficou uma semana parece e já reclamou para ele o dono do peixe. Falou para ele que eu estava pegando muito peixe. Ele me contou e aí eu parei um pouco. Depois eu comprei baleadeira²⁵ pra caçar no mato. Estava matando passarinho, mesmo assim aconteceu com o peixe aconteceu com o passarinho de novo. Aí o [meu cunhado] falou para mim: - Rapaz, para esse aí porque você está matando muito passarinho. Não pode não porque passarinho tem dono. Se o dono zangar aí ele mata. Eu parei um pouco. (Jorge, aldeia Salto, 2015).

²⁵ Estilingue ou badogue.

Assim como outras narrativas o contato com o dono se deu após uma situação estranha ou anormal. Nesse caso conseguir muito peixe, encontrar muita caça e matar muito passarinho. O entrevistado continua sua narrativa e apresenta o interesse do dono em encontra-lo e formá-lo como um *sekwa*:

Passou uma semana e continuamos pescando e depois o dono do peixe falou pra ele: - Rapaz, depois da amanhã eu quero ele aqui na beira do rio. Eu quero ver ele. De noite ainda. Aí o [meu cunhado] falou pra eu ir lá, sexta feira, para ir lá na fonte de noite, de 9 horas em diante, sem lanterna sem nada, na fonte mesmo. O caminho é desse jeito assim. Eu não fui lá não, eu fiquei com medo [...] e aí ele [o dono] ficou com raiva. Ele falou para o Tonhão: - Agora ele não vai pegar nem um peixe. Eu estava pescando, via passando muito peixe, mas não pegava. Depois três semanas eu continuei pescando de novo lá e estava pegando de novo. Ele ficou com raiva de mim. Aí o [meu cunhado] falou: - Se você não quiser é só passar para mim que eu fico com o negócio seu. Passei para ele. (Jorge, aldeia Salto, novembro, 2015).

O processo de formação como pajé ou *sekwa* é perigoso. Ouvi de vários Xerente que tornar-se pajé é semelhante a estudar em escola. Você vai se “graduando”. Quanto mais donos você entra em contato mais você aprende. Eles vão ensinando como uma espécie de professor. Esse processo, no entanto, não é fácil. *Nãmnãdi* (2011) explica que após o primeiro contato com o dono o Akwẽ pode adoecer e apresentar febres altas que nenhum remédio consegue controlar. Outro pajé pode orienta-lo sobre o contato com dono e incentiva-lo a suportar essa experiência e os mal estares decorrentes dela.

Contudo, as experiências são diversas e não é raro um Xerente desistir de formar-se como *sekwa*. O *sekwa* Mario relatou a experiência do contato com os donos de um parente que desejava se tornar pajé, apesar de não ser procurado por eles. Esse contato foi estimulado por orientações do pajé e mostra-se dramático:

Um tio meu queria ser pajé. [Ele] viu os outros pajés e aí ficava com vontade e não tinha como aprender. Os bichos [donos] não queriam ele. Aí ele pediu para um pajé: - Pajé, eu quero aprender, quero ser pajé, será que você podia me ensinar? - Se você quiser aprender eu ensino, como que você vai ser. - Está bom. Então me ensina aí. - São duas coisas que você tem que fazer. Você conhece aquele passarinho que faz ninho em um brejo? Um passarinho vermelho que a fêmea e o macho são pretos? Eles fazem o ninho com raiz do pau, você não conhece? - Conheço. - Pois você vai, caça o ninho daquele passarinho, você acha. [...] Você tira o ninho daquele passarinho, a raiz maior que tiver você tira um pedaço assim, rapa um pouco, tira só uma casquinha aí você bota na orelha furada. Aí você tira uma folha, que tem no cerrado, uma árvore baixa, uma folha dura, tira uma folha, bota no sol para secar mesmo, quando secar bem sequinho você

pega e faz o pó, o pó da folha aí toda sexta feira ou a noite bota um pouco no ouvido, dos dois lados, aí vai começar a aparecer bicho [dono]. (Mario, aldeia Salto, 2015).

O *sekwa* aqui aparece com um papel curioso. Apesar de não ensinar a se tornar pajé, ele conhece meios de estimular o contato dos donos com o Xerente. No entanto, é um risco grande. A relação com os donos não pode ser moderada ou controlada pelo pajé. É particular ao dono e ao “contatado”. O entrevistado continua a narrativa descrevendo o mal estar e desconforto que seu parente vivenciou quando entrou em contato com os donos:

Aí começou a aparecer, [ele] começou a sonhar com as coisas. Com pouco ele não podia mais dormir, nem cochilar, porque estava vendo os bichos aparecerem, aí ele ficava assim deitadinho e diz que o ribeirão ficava pertinho. Tinha um caminho para a fonte, ele ficava sentado na estrada lá, só olhando para lá. Com pouco ele via gente, homem, índio mesmo com borduna atravessando a estrada, correndo com borduna, passava, passava. Ele chamava minha tia: - Ê, tem gente aí no caminho da ponte com borduna, eles vem pra cima de mim, eles vão me pegar e me bater. De noite ele deitava no chão mesmo em frente a porta da entrada. Na hora que ele fechava os olhos, quando ele abria os olhos enxergavam gente nas portas, olhando para ele com borduna [...] Os que estavam na frente [donos] falavam para os outros: - Espera, vamos esperar. Ele está acordado ainda, ele está com olho aberto ainda, vamos esperar ele dormir. Aí que meu tio não dormia, perdendo o sono todinha. Aí começou a desconfiar e aí falou para minha tia: - Os homens aí, seus namorados estão atrás de mim. Eles querem me matar para casar com você. Aí endoidou. Não dormia mais, foi para o mato ficando o dia todinho, anoiteceu ele quebrou uma palhas de piaçaba. Ele furrava o chão mesmo e com um pouco ele escutava o bicho cavar o chão. Levantava, fazia outra cama, com pouco a mesma coisa e só andando. Ele foi andando, andando e aí desapareceu. (Mario, aldeia Salto, 2015).

Diferente das outras experiências com donos, nessa narrativa não é o pajé que negocia e interrompe o processo de adoecimento do homem Xerente, mas um rezador não indígena, um benzedor:

Ele foi aqui da Porteira direto para o rumo do Rio Sono. Passou mais de semana andando pertinho assim e sem come, só água. Até que chegou lá na aldeia do Rio Sono e aí já de tarde assim uma índia saiu para fazer cocô no mato. Quando ela ia entrando na mata fechada ele enxergou ela e ele correu, já com a roupa toda rasgada. [A índia falou]: – Ei, tem um homem pelado na mata. Ele correu. Bora lá, ver. Juntou os homens e correu. Cercaram ele, pegaram ele, levaram para casa e chegaram com ele lá. A sorte é que tinha um branco rezador, curandeiro, levaram para ele e aí

benzeu ele e tudo. Aí ficou bom, se não fosse ele fiz que tinha morrido. Aí não quis saber de ser pajé de jeito nenhum. (Mario, aldeia Salto, 2015).

É possível perceber por meio desse último relato que os Xerente chamam os donos de bicho. No entanto, é importante notar que mais do que uma forma de fazer referência ou tratar os donos, tornar-se bicho, ou o que chamamos de animal, é uma habilidade dos donos. Em entrevista *Nãmnãdi* ao explicar a capacidade dos donos de “virar animal” faz relação com uma teoria científica de evolução. Segundo ela “os não indígenas contam que na história os bichos viraram gente. O macaco virou gente, não é? Os indígenas que virou bicho. Quem virou macaco foi o índio, quem virou tamanduá era uma índia velha. Virou anta era uma índia. É o contrário sabe?”. Essa transformação de um dono em bicho está presente também em um relato apresentado por vários Xerente no qual a morte de um dono em forma de Sucuri culminou na seca do córrego Cercadinho.

Não obstante, essa transformação em bicho não é exclusiva aos donos. Na seção anterior notei que a alma dos vivos (*dahêmba*) também pode se transformar em um animal. Um Xerente relatou-me que quando se deslocava de Tocantínia pra a aldeia Funil encontrou no meio do caminho uma espécie de um cachorro gigante. Ele narrou esse encontro como um contato com um *dahêmba*. Acredito, no entanto, que não se tratava de uma alma de vivo, mas de uma alma de pessoa morta (*hêpãri*), alma de algum animal, ou de um dono. Na maior parte das entrevistas que realizei os donos foram descritos em suas formas “de gente” como homens e mulheres indígenas com grande estatura e porte físico. O pajé Mario descreve uma das características físicas que o *hepariwawẽ* (dono da mata ou dono da noite) pode apresentar quando narra o fracasso de um homem Xerente em uma caçada decorrente do contato com o *hepariwawẽ*:

Aí ele foi. Achou lá um pé de mirindiba²⁶. Pisado de mateiro e anta. Pegou uma bicicleta e lá perto encostou a bicicleta, subiu. Amarrou. Diz que por baixo é limpo. Só os paus. Não tinha moita não. De longe enxergava qualquer bicho. Aí ficou lá. Quando estava escurecendo. Ele olhou lá para frente e viu duas pessoas. Com o cabelão. Cabelo Assanhadão. O homem vinha na frente e a mulher atrás do marido. Rapaz cada braço assim. Coxão. As pernas. Andando e olhando. O homem vinha distraído e a mulher vinha atrás do marido. (Mario, aldeia Salto, 2015).

²⁶ A mirindiba, merindiba, embirdiba, tarumarana ou timbuca, cientificamente chamada *Buchenavia tomentosa Eichler*, é uma árvore grande encontrada no cerrado (NUNES *et al*, 2010). Seus frutos são amarelos e segundo os Xerente são apreciados por caças como antas e pacas.



Figura 5: Pesca no rio Tocantins. FERREIRA, Ariel. 2015.



Figura 6: Nomeação feminina para Brupahi (Andorinha) na aldeia Salto. FERREIRA, Ariel. 2015.

É possível perceber que o dono anda com sua mulher, o marido com sua esposa. Resgato que segundo Helena (2011) os donos da água moram nos córregos e rios. Em conversas informais Helena explicou-me que os donos vivem em seus lares, “igual aos Akwẽ”. Eles também têm parentes, filhos, casas. O *sekwa* Mario continua sua narrativa sobre o perigo do contato e as habilidades do *hepariwawẽ* de carregar pessoas para o mato:

Aí quando chegou perto como daqui lá no postinho a mulher olhou para cima. Foi direto, bateu o olho direto nele. Aí ela deu o sorriso para ele. E o marido sem ver. Aí ele veio andando. Chegaram lá embaixo e ela olhou de novo para cima e deu um sorriso para ele. E o marido só catando mirindiba. Comendo, comendo. Era dono, aparece primeiro. Aí ele [o caçador] não quis mais não. Porque quando aparece aquilo não vem nada não. Aí desceu e foi embora. Aquilo [o *hepariwawẽ*] é danado, atentado. Ele faz você dormir, dá um sono pesado, ele te carrega e te bota em qualquer lugar. Você não vê não [...] dono da noite, que anda de noite. Aquilo dá um sono pesado que te bota fora do lugar. Se quiser até dentro de casa ele carrega. E bota dentro do mato. (Mario, aldeia Salto, 2015).

2.9 - Doença de feitiço

Outros mal estares e sintomas são causados por feitiços. Suas características são bastante diversas. Segundo o dicionário escolar Xerente o feitiço é chamado em Akwẽ de *smĩkã*. Trata-se de um tema sensível que as pessoas evitam falar abertamente. Uma acusação ou suspeita de feitiço é realizada de forma discreta: - *Sekwa mât ku kmãkwamã* (- Dizem que foi feitiço do pajé). Eles são diagnosticados por excelência pelos pajés: - *Sekwa mât waihok, danípkra kunẽ* (- O pajé já descobriu, foi feitiço). Mas também “jogados” pela mão ruim deles: - *Danípkra Siwamnãĩ* (- Mão ruim/mão que tem contato com algo sobrenatural).

A maior preocupação dos Xerente com os feitiços está na sua grande capacidade de matar caso não seja curado. No entanto, o adoecimento ou mal estar só ocorre graças aos donos. Paulo, morador da aldeia Salto, explica:

Muita coisa do trabalho do pajé eu acho muito importante. Ele tem conhecimento de algum sonho, remédio que o sonho ensina, que um dos espíritos [donos] vai lá e mostra. Cântico. São certas coisas assim que eu acho a parte mais importante [...] de ajudar a pessoa, beneficiar, cuidar. Mas fazer mal? Isso já é uma coisa, a parte ruim. Eles realmente fazem mal, fazem feitiço, manda o espírito fazer alguma coisa. Na verdade não são eles que fazem. Ele manda um espírito [dono] fazer porque ele está no serviço dele. Então isso é ruim. Às vezes até mata. Já matou muita gente, morreu já muita gente. (Paulo, aldeia Salto, novembro, 2015).

Acusações de feitiçaria são bastante comuns na aldeia Salto. Inicialmente pensei que se tratava de um evento raro, mas depois descobri que boa parte das tensões políticas dos grupos da aldeia envolvem ou culminam em acusações de feitiçaria. Em novembro e dezembro de 2015 os Xerente da aldeia Salto participaram de um torneio de futebol entre diferentes aldeias na aldeia Brupré. Próximo às finais do torneio foi comum escutar acusações de que as aldeias da região do Brupré haviam se unido e “contratado” vários *sekwa* para preparar raízes e feitiços contra os times de futebol da aldeia Salto. Os *sekwa* da região da aldeia Brupré começaram então a ser mais observados pelos Xerente da aldeia Salto.

Nas finais, com os times masculino e feminino da aldeia Salto classificados, um *sekwa* da aldeia Salto certificou-se de percorrer o campo de futebol para procurar raízes e fez recomendações aos jogadores. Do outro lado, os times da aldeia *Brupré* também afirmavam que os moradores da aldeia Salto pagaram um *sekwa* para enfraquecer/adoecer seus jogadores e times. Essas mesmas acusações são comuns em outros eventos que envolvem a competição entre dois partidos/times como, por exemplo, as corridas de tora. Relatos indicam que nesses casos os enfeitados se sentem fracos, com câibras, dores musculares, dores de cabeça, fadiga.

No entanto, os casos mais sensíveis que envolvem feitiçaria são decorrentes de conflitos políticos entre grupos ou entre indivíduos. Essa característica decorre do fato que conflitos que começam individuais acabam mobilizando e opondo diferentes grupos. Por vezes, no entanto, conflitos “aparentemente” individuais, como rixas entre duas pessoas, são decorrentes de extensas e duradouras tensões entre grupos familiares e facções.

Benedito, morador da aldeia Salto, descreve quando foi enfeitado por um *sekwa* contratado por um rival político com o qual ele costumava discutir em reuniões diversas. Nesse caso os sintomas foram dores no peito, falta de ar, agonia. Seu primeiro itinerário foi consultar especialistas inscritos no sistema biomédico. Eles, no entanto, não encontraram meios de solucionar o mal estar. Nesse momento o homem recorreu a um pajé:

Tem tempo que eu adoeci. Foi em 2004. Eu adoeci e quase que morri, mas não foi doença não. Os pajés que fizeram negócio comigo. Fizeram no meu coração e eles [os médicos] pensaram que era coração. Eu fui no médico, mas no médico eles falaram que era um começo de coração. Naquele tempo eu adoeci, sentindo falta de ar. Não tinha ar aí ficava agoniado. Quando eu ia para [fora] eu ia devagarzinho com medo de disparar o meu coração. Cansado, aí tem horas que eu fico agoniado de noite assim. [...] Sai

aquele suor e aí eu durmo. Quando eu acordava meu pai me levou para lá um pouco da aldeia lajeado. [...] Eu não sabia direito. Passava remédio e ficava a mesma coisa. Não diminuía nada. (Benedito, aldeia Salto, 2015).

O entrevistado Benedito narra também a terapia utilizada pelo rezador para extrair o mal estar e apresentá-lo materialmente em um episódio que, inevitavelmente, remete ao texto clássico de Lévi Strauss (2008) *O feiticeiro e sua magia* graças a surpresa do aflito, como espectador, em ter prova material do feitiço:

Aí fui para lá [próximo ao lajeado]. Lá conheci. Eles me olharam três vezes sexta feira. Ele deu só uma reparada aí disse o que eu tinha. Na outra sexta feira eu fui e aí deu uma olhada aí ele [falou]: - Tal dia vamos fazer operação aí você traz um ovo. Ovo de galinha. Aí eles fizeram operação. Parece que é de admirar. Ele mandou para mim deitar assim, no banco assim. Eles fizeram operação para mim. [...] Eles fizeram trabalho comigo. Rezaram em *ktuanõ* [português] o pai nosso, [...] eu fiquei meia hora deitado. Aí eles falaram: - Está bom. Eu levantei e tem esse trem aí. Eu não sei como entrou dentro do ovo. Eles quebraram aquilo que eles fizeram. Era espinho de ticum, aqueles preguinhos igual tachinha de costurar botina. Aquele prego fininho. Era um desse aí e uma linha meio preta e branca. Esse espinho de ticum triscar no seu coração aí você ia morrer. É por isso que todo dia [...] não tinha ar, não tinha nada. (Benedito, aldeia Salto, 2015).

O curioso nesse relato é que o enfeitiçado foi curado por um homem *sekwa* e benzedor casado com uma *ktuanõ* (não indígena) que também benzia e rezava. Nessa direção é possível constatar que nem todos os feitiços ou como boa parte dos Xerente traduzem, as macumbas, são causadas/jogadas por pajés. Em julho conheci o caso de um Xerente que acusava sua antiga companheira de enfeitiçá-lo. O objetivo do feitiço era primeiro enlouquece-lo. Sua tia estranhou seu comportamento agressivo, o consumo excessivo de álcool e procurou descobrir quem jogou o feitiço. Constataram que o feitiço foi jogado por um “pajé de branco” ou macumbeiro²⁷. Para solucioná-lo a família pagou uma quantia considerável em dinheiro para outro “pajé de branco”, curador, rezador ou benzedor não indígena da cidade. O enfeitiçado, então, diminuiu o consumo de álcool e parou com atitudes agressivas.

²⁷ Os Xerente parecem compartilhar com os moradores da região de Tocantínia e Miracema do Tocantins a designação de macumbeiros para pessoas acusadas de utilizarem magia ou feitos sobrenaturais para adoecerem e causarem mal estares em outras pessoas.

Para um *sekwa* as acusações de feitiçaria são um grande perigo. Apesar da sua habilidade em curar, sua potencialidade em causar adoecimento gera apreensão e até mesmo raiva em vários Xerente. Rosa, reconhecida como anciã pelos Xerente, me repetiu por vezes que os curadores também gostam de fazer feitiço para matar. Isso em alguns casos decorre da influência dos donos. Um dono que não é bom, nesse ponto, gostaria de adoecer os outros. Uma entrevistada explicou:

Um curador já me contou, ele é crente agora. Diz que ele [o diabo] chegava em cima dele todo dia para matar as pessoas. Só que ele não quis não. Aí ele foi para a igreja e batizou. Todo dia ele [o diabo] dizia assim: – Vamos matar aquele, vamos botar ele para rezar, vamos botar ele para brigar. (Rosa, aldeia Salto, novembro 2015).

Maybury-Lewis (1990) conta um episódio em que sua companheira Pia adoeceu após um confronto físico com uma mulher Xerente que agredia severamente sua própria filha. Os Xerente da região interpretaram, devido a uma série de outros fatores, tal evento como um feitiço ou bruxaria que estava relacionado com outros adoecimentos. Com raiva alguns acharam necessário matar a bruxa. Isso não ocorreu e a acusada foi inocentada. Sua família, no entanto, acabou mudando de aldeia em um curto período de tempo. Em um relato semelhante, mas com final trágico, o *sekwa* Mario narra o desfecho de uma feiticeira que fez diversos Xerente adoecer por raiva e vaidade:

Diz que tinha uma índia que era rei mesmo, curadeira mesmo. Matava gente, fazia remédio e soltava aí. Adoecia todo mundo. Quando já era de idade ela matava mesmo. Quando ela ficava com raiva fazia remédio para adoecer todo mundo de febre ou diarreia. Fazia o que queria fazer. Diz que quando a rapaziada ia para o ribeirão banhar ela ia lá onde os rapazes estava banhando. Ela gostava de um, escolhia, pegava no braço do rapaz: - Bora fazer relação comigo. Ela chamava o rapaz, para o mato. Aí o rapaz não queria: – Quero não. – Não, está bom. Deixa estar que você vai fazer com as outras. Você não quer fazer comigo você faz com as outras. Rapaz, quando era de tarde assim o rapaz já estava tremendo na beira do fogo com febre, doente. Não amanhecia o dia não, morria. (Mario, aldeia Salto, 2015).

Essa narrativa deixa também evidente a transformação pela qual os *sekwa* podem passar. Não obstante, capacidade perigosa que alerta a potencialidade de cura, mas também de feitiço do pajé. Mario continua sua descrição nas estratégias dos Xerente envolvidos para pôr tocaia a feiticeira:

Aí foi tomando raiva dela. Diz que ela entrava num pé de jatobá e saia chiando a casca do jatobá até lá em cima, até no galho e lá ficava sentada. Aí ela virava gente: - Eu estou aqui. Está me vendo? Agora eu vou descer. Aí virava folha, caía no chão. - Aqui. Eu estou aqui de novo. Fazia desse jeito. Tinha matado muito índio. [Então] decidiram matar ela porque morava sozinha, não tinha marido não. Combinaram: - Vamos matar ela, vamos matar. Juntaram uns quatro índios e foi. Diz que ela desconfiou. Quando o galo e as galinhas estranharam, qualquer coisa ela repara. - Deve ter alguma pessoa por aqui, está me entocaiando, quer me matar. Quando foi um dia enganaram ela. Foi um primeiro, chegou lá: - Oi, como é que está? Como é que amanheceu? [perguntou] - E aí? O que está fazendo essa hora? Cedo? Você veio me matar? Ou você está me traindo para os outros me matar? As vezes você esta com os outros para me matar. Você está me traindo. [falou a mulher] - Não, encostei aqui só para você me dar um fumo para eu fazer cigarro. [falou o homem] Com um pouco os outros flecharam ela lá dentro da casa. Mataram. (Mario, aldeia Salto, 2015).

Adoecimentos e mal estares de longa duração ou que não são solucionados por outras terapias e métodos, incluso o sistema biomédico de saúde, podem ser identificados como decorrentes de feitiço. Isso acontece principalmente quando um desses padecimentos leva ao óbito. No final de 2015 uma Xerente idosa, com mais de 60 anos, reconhecida como uma anciã faleceu. Ela apresentava duas doenças crônicas, diabetes e pressão alta. Segundo alguns profissionais de saúde ela apresentava resistência ao tratamento biomédico com remédios industrializados e não os tomava todos os dias. Além de que não reduziu substancialmente o consumo de carboidratos, açúcares e sal.

Para os profissionais de saúde do polo base de Tocantínia seu óbito estava diretamente ligado ao impacto e estado dessas duas doenças crônicas no corpo da anciã. Não obstante, para alguns Xerente, a morte dessa mulher ocorreu graças a um feitiço. Nessa direção, apesar de apresentar diabetes e pressão alta, o que, de fato, levou essa mulher Xerente ao óbito foi um feitiço pago por alguém ou alguéns ligado/s a um conflito social decorrente, a princípio, de uma discussão pessoal. Também gera a suspeita de feitiço a frequência de óbitos em um curto período de tempo na mesma família ou casa. Um Xerente conta que os feitiços foram responsáveis por matar três membros de uma família, um após o outro, em um curto período de tempo.

A preocupação dos Xerente com os feitiços recentemente tem chegado aos hospitais. José contou-me que vários Xerente morreram de feitiço em hospitais de Palmas e Miracema. Isso acontece porque os médicos e outros profissionais de saúde não tem capacidade de

identificar os feitiços. Enquanto procuram por doenças classificadas pela biomedicina o feitiço fica mais forte e leva o Xerente ao óbito.

Em 2015 os Xerente participaram de reuniões com o polo base de Tocantínia e com o DSEI e fizeram um acordo no qual os pajés poderiam entrar no hospital regional de Miracema e lá realizar suas curas e terapias com os Xerente que passam por adoecimentos e mal estares. No final de 2015 outra reunião foi realizada e foi cogitada a hipótese do DSEI pagar um pajé para ficar frequentemente no hospital, em uma espécie de plantão, realizando terapias e curas com os pacientes Xerente. Um pajé parecia bastante excitado com essa ideia, justificando que isso facilitaria para descobrir o feitiço e deixaria o pajé mais próximo das pessoas que adoeceram.

Contudo, conversas informais com outros pajés, mostraram que isso geraria bastante conflito ou “não funcionaria”. Acredito que é fundamental para compreender essa questão elementos como a característica dos pajés de tanto curar, quanto jogar feitiço. A localização dos pajés em grupos facionais específicos como os clãs, partidos, famílias. A rivalidade e disputa de poder entre pajés expressa no confronto entre pajés que curam e adoecem. A rivalidade entre pajés decorrente de uma remuneração financeira e do prestígio social decorrente de tal posição. Além, é claro, da afinidade pessoal que os sujeitos podem ter com pajés específicos.

É importante notar que essa possibilidade de acesso dos pajés ou *sekwa* ao hospital não ocorreu sem resistência dos profissionais de saúde. A primeira resistência ficou evidente nos posicionamentos nas reuniões e no fato de que alguns médicos não permitiam que os pajés entrassem alojamentos do hospital regional de Miracema. *Nãmnãdi* relatou-me que em uma dessas reuniões enquanto alguns médicos defendiam a restrição de acesso aos pajés outros defendiam a atividade deles no hospital. Segundo a pesquisadora em um desses casos:

Ele [o médico] falou assim que diz que tinha um índio passando mal demais e ele não sabia mais porque ele já testou. Tanto que antibiótico já tinha aplicado. Diz que chegou um pajé e entrou, pediu licença, e ele aceitou que entrasse. Ele olhou esse índio, cuidou. Quando pensa de tarde o índio já estava bonzinho. Diz que ele [o médico] acredita que tem coisa que surpreende ele (NĂMNADI, entrevista, 2015).

Uma funcionária do hospital regional de Miracema informalmente contou-me que mesmo após tal acordo alguns médicos impediam ou criavam resistência ao acesso dos

sekwa aos quartos sendo, na maior parte das vezes, necessário o acompanhamento desses últimos por uma profissional de saúde vinculada ao DSEI em dias de semana, em seus respectivos horários e escala de trabalho.

Outro conflito que envolve cura e adoecimento por feitiço inclui vários Xerente evangélicos. Parte considerável dos Xerente evangélicos associa o pajé, os feitiços e os donos ao diabo apresentado pelo cristianismo. Para esses Xerente a cura vem somente de deus, chamado em *Akwẽ* de *waptokwazawre*. Participei de alguns cultos evangélicos em aldeias e em alguns deles foram dadas recomendações para evitar o itinerário terapêutico que envolve o pajé e recorrer às orações para deus e ao apoio dos pastores. Um homem Xerente contou-me que em Palmas, quando acompanhava seu filho internado em estado grave em um hospital, um pastor de uma igreja neopentecostal previu que seu filho ficaria melhor e sairia da UTI. O curioso desse caso é que o homem Xerente recorreu tanto ao pajé, quanto ao pastor evangélico sem reconhecê-los como itinerários terapêuticos opostos e contraditórios.

CAPÍTULO III – CAMINHOS E NEGOCIAÇÕES PARA A CURA

Por meio das narrativas do tópico passado é possível perceber que quando um Xerente passa por um mal estar, uma aflição ou uma doença ele pode recorrer a diversos sujeitos, caminhos ou itinerários terapêuticos para preservar ou recuperar sua saúde. Esses itinerários terapêuticos constituem-se, por sua vez, de recursos diversos como os cuidados caseiros, práticas religiosas e o auxílio de profissionais com formação biomédica. Trata-se, segundo a literatura, de um “conjunto de planos, estratégias e projetos [...] voltados para o tratamento da aflição” (ALVES; SOUZA, 1999, p.133) de indivíduos e grupos ou “uma sucessão de acontecimentos e tomada de decisões que, tendo como objeto o tratamento da enfermidade, constrói uma determinada trajetória” (CABRAL ET AL, 2011, p.4434).

Esses itinerários estão inscritos no processo de autoatenção (Menendez, 2003) e decorrem de uma série de representações e práticas que um grupo social ou sujeito utiliza para diagnosticar, explicar, solucionar, curar ou prevenir enfermidades e mal estares que afetem sua saúde, sobrevivência e reprodução biossocial. Envolvem o autocuidado, automedicação e a consulta e trajetória até especialistas e profissionais de diferentes modelos de atenção.

Nesse capítulo discuto por meio de narrativas e experiências os itinerários terapêuticos e os sujeitos contatados em situações que envolveram o adoecimento, mal estar, doença e aflição de Xerente moradores da aldeia Salto. Mais especificamente trato da atuação e do papel dos conhecedores de plantas, raízes e remédios caseiros, rezadores e benzedores, pajés, pastores e profissionais de saúde aos quais alguns homens e mulheres da aldeia Salto recorreram quando passaram por tais situações.

Dou ênfase para a diversidade dos sujeitos e itinerários acessados admitindo, em consonância com Menendez (2003), que os grupos sociais utilizam de modelos diversos de atenção para prevenir, dar tratamentos, controlar, aliviar ou curar um padecimento ou aflição. Apesar de apresentar os diferentes itinerários em tópicos separados destaco que os diferentes modelos de atenção, aos quais os itinerários estão inscritos, podem ser utilizados, apropriados e acessados de forma conjunta pelos sujeitos e grupos sociais.

Chamo também atenção para a característica restrita ou envolta em “segredos” do conhecimento que utiliza de “remédios caseiros” e terapias não inscritas no modelo médico

hegemônico (MMH) para tratar doenças, aflições, mal estares, etc. Esse conhecimento, mais do que produzir uma assimetria entre especialistas e aflitos, vai além das substâncias, tal como são apresentadas e valorizadas pelo modelo biomédico, ao envolver as características sociais dos atores envolvidos no mal-estar.

É insuficiente conhecer a espécie de planta ou raiz, como acontece no modelo biomédico. Mais do que isso é preciso conhecer os perigos e contatos que envolvem a coleta, o preparo, a administração ou utilização dos “remédios” e raízes. É necessário, afinal de contas, reconhecer que os itinerários terapêuticos são construídos de negociações com “brancos” (não indígenas), com os donos, com os mortos, com facções opostas e outros (em sua ampla possibilidade) por meio dos pajés, de conhecedores de plantas e raízes, de líderes religiosos, benzedores, médicos, enfermeiros, etc.

3.1 – Uma trajetória diversa

Uma narrativa ímpar para pensar quão complexo pode aparecer um itinerário terapêutico é a de Benedito, morador da aldeia Salto, apresentado no capítulo passado. Isso fica evidente na quantidade de sujeitos aos quais o aflito recorreu até encontrar um que identificasse e o livrasse adequadamente das dores no coração ao qual sofria. Benedito destaca que ao se sentir mal procurou primeiro o auxílio do sistema de saúde e entrou em contato com um médico. Esse sujeito, por sua vez, o diagnosticou com um “começo de coração”. Não obstante, o diagnóstico não foi suficiente. Em um trecho suprimido no tópico passado o interlocutor explica que “passava remédio e ficava a mesma coisa. Não diminuía nada”. Ele continuava se sentindo “agoniado”, com “falta de ar” e suando bastante.

Seu pai, preocupado, o levou até a aldeia Lajeado. Lá entrou em contato com um sekwa companheiro de uma não indígena benzedora/rezadeira. Os dois descobriram se tratar de um feitiço. Algo que os médicos não conseguem lidar utilizando o conhecimento biomédico. A “cura” do feitiço evitou o fatal para o entrevistado. Não obstante, ele não deixou de sentir outros incômodos relacionados ao “problema de coração”. Em nosso diálogo ele explica que recorreu a um velho e aprendeu a preparar uma garrafada ou remédio caseiro que limpa o sangue se tiver “algum entupido”.

Aí desde aquele sempre tem um começo de coração, mas eu não sinto nada. - Mas você fez um exame no médico para ver se tinha? [perguntei] - Não. Não fiz mais não, eu tomei remédio do mato. - Que remédio? [perguntei] - Uma casca de pau assim. [respondeu] - Mas isso depois que já

tinha arrumado do feitiço? [perguntei] – Depois que já tinha arrumado. Aí porque tinha um velho que me deu essa informação que se você está sentindo problema do coração tem remédio aqui. (Benedito, aldeia Salto, 2016).

É importante notar que apesar de ainda “sentir o coração” não se trata mais de um feitiço. O feitiço foi curado e a morte foi de Benedito foi evitada. Ele aparece, no entanto, como um marco para o início do “problema de coração” que o entrevistado enfrentou após a cura do feitiço. Esse último adoecimento, diferente do feitiço, pode ser aliviado ou controlado com a garrafada. Segundo Benedito:

Tem vezes que o sangue coisa gordura, fica entupido. Aí tem esse remédio para isso também porque ele vai comendo. Se estiver entupido vai comendo até que desentope. Aí fica normal. Quando você estava me contando diz que eu estava desse jeito, sentindo esse coração. Fica doendo aqui [...] foi mais velho que ensinou para ele. Fez garrafada e bebeu. (Benedito, aldeia Salto, 2016).

Na narrativa de Rita sobre seu estopor o hospital ou o cuidado médico aparece como um itinerário possível para sua filha, mas não para a entrevistada. Isso fica evidente quando ela não fala para sua filha que está passando por um mal estar. Rita identifica o mal estar e utiliza um remédio caseiro e um remédio industrializado para solucioná-lo. Após melhorar fica claro que se tratava de estopor. Outra “doença” não reconhecida pelo modelo biomédico de atenção a saúde.

Langdon (2012) ao tratar da medicina popular colombiana explica que é muito comum que o itinerário terapêutico de uma doença passe por práticas diversas, incluindo as decorrentes do modelo biomédico, na busca pela cura. Segundo a autora “o tratamento das doenças é eclético e incorpora produtos farmacêuticos, medicina convencional, assim como ervas e rituais. Ele pode envolver uma variedade de curandeiros diferentes, refletindo o esquema conceitual mais amplo da medicina popular” (LANGDON, 2012, p.67).

Na mesma direção Júnior (1999), ao pesquisar a população da reserva extrativista do Alto Juruá no Acre, explica que o “diagnóstico” ou o processo de identificação das doenças está inscrito em uma manipulação social da classificação por meio de uma espécie de “rede” na qual estão as famílias, os vizinhos, os agente de cura, os médicos, enfermeiros em um contexto sócio cultural específico no qual coexistem diferentes modelos de assistência.

3.2 - Conhecedores de raízes, plantas e remédios caseiros

Narrativas que envolvem a utilização de remédios caseiros ou tradicionais foram comuns nas entrevistas que realizei com os Xerente. Todos os entrevistados contaram situações nas quais utilizaram alguma raiz, folha ou “remédio caseiro²⁸”. No tópico passado encontramos itinerários terapêuticos que recorreram ao conhecimento sobre remédio caseiro ou remédio tradicional. Vale recordar o caso da congestão do irmão de Nair que foi resolvido por sua mãe com a utilização de remédio caseiro. Não obstante, é importante marcar que os diferentes interlocutores ou entrevistados demonstraram diferentes conhecimentos sobre as partes constituintes das plantas utilizadas para preparar os “remédios caseiros”.

Ilda Nãmnãdi (2011) chama os remédios caseiros Xerente, em seu trabalho, de remédios tradicionais. Preocupada com a diminuição crescente da utilização de remédios tradicionais em detrimento do consumo de fármacos industrializados pelo grupo, a autora produziu um inventário de plantas medicinais utilizadas por sua etnia e os benefícios e indicações de tratamento.

Os remédios caseiros, em língua Akwẽ (*dasikunmõse*), são preparados utilizando diferentes partes extraídas de plantas e de animais. Segundo a autora podem ser utilizados para o preparo de chás, garrafadas e outros remédios a folha (*hêsu*), a casca (*wdê nĩ*), a raiz (*wdê pa*), o óleo (*romwa*) e os frutos de plantas. Outros remédios necessitam de partes de animais como a banha (ou gordura) e, quando secos, os ossos, rabo, barriga, couro. Não obstante, antes de coletar algumas plantas pode ser necessário pedir permissão para o dono delas:

Outra coisa muito importante que os jovens Akwẽ precisam saber é que, quando forem pegar plantas nativas dos matos para curar doença, tem que pedir permissão para o espírito *mrãĩ ddêkwa* (que controla os matos), pois as plantas são vivas: quando tiramos folhas, raiz ou casca, as plantas ou as árvores podem secar e sentir dor (NĂMNĂDI, 2011, p.9).

Por meio do trabalho de Nãmnãdi (2011) é possível perceber que boa parte do conhecimento sobre remédios tradicionais e plantas medicinais é restrito. Enquanto algumas plantas são coletadas e utilizadas de forma mais generalizada pelos Xerente outras não o

²⁸ A categoria remédio caseiro é utilizada pelos Xerente para opções terapêuticas de produção artesanal que utilizam, segundo Nãmnãdi (2011), partes de plantas e animais em seu preparo.

são. Boa parte desse conhecimento está circunscrito ou guardado pelos anciãos, pelas metades, pelos clãs, pelos pajés e em graus de parentesco específicos.

Aparece, nesse ponto, a necessidade de nos aproximarmos de alguns sujeitos e itinerários aos quais boa parte dos Xerente da aldeia Salto recorre ou reconhece como grandes conhecedores de plantas e raízes medicinais. Para esse fim utilizo como fio condutor as narrativas e experiências de Nair, Rita e Josefa, três mulheres Xerente.

Nair tem mais de cinquenta anos e já é reconhecida e associada às outras mulheres mais velhas ou anciãs (*wawê*). Essa característica lhe dá um maior status e respeito face às mulheres Xerente mais novas. A interlocutora utiliza e sabe preparar diversas “garrafadas”. De maneira geral elas são preparadas colocando raízes, ervas, cascas de plantas em imersão na água ou no vinho. Ela explica que aprendeu a preparar remédio caseiro com sua mãe e associa o conhecimento das plantas e remédios aos mais velhos: “é porque antigamente o remédio ninguém não via em farmácia dos brancos. Aí minha mãe sabe. Os velhos ensinam o remédio. Aí qualquer velho procura para saber. Daí que eu aprendi”.

Nair prepara e administra remédios caseiros para seus filhos, netos, cunhados, cunhadas, mas também para outros Xerente sem grau de parentesco próximo. No entanto, nem todos os remédios caseiros administrados ou distribuídos ela mesmo prepara. A entrevistada explica que comprou dos Javaé um remédio caseiro bastante efetivo contra dor de barriga e que o distribuiu com frequência para várias pessoas da aldeia:

Eu comprei esse [remédio] aqui nos Javaé. Aí estava vendendo casca de remédio. Tudo que era tipo de raiz do mato. [...] É igual água ardente [remédio para dor de barriga]. Falou que se você quiser levar esse aqui para dor de barriga é bom. Aí comprei. Eu achei bom. Tanto de gente que eu já livre com esse aqui. Olha, já está acabando. Você bota junto com água, mistura com água e toma. É amargo. (Nair, aldeia Salto, 2015).

Por vezes a distribuição de remédios caseiros para os “aflitos” implica na obrigação de um “pagamento” para remédios administrados. Semelhante ao que acontece com os rezadores e benzedores, quando não são pagos, os “conhecedores de remédios e raízes” enfraquecem. Nair aponta que enfraquece ao curar e não receber um “agrado”. Esse “pagamento” pode ser realizado por meio de uma quantia em dinheiro, mas também em alimento ou outro bem. Ela explica: “eu já curei muito menino aqui. Agora não. Porque ninguém não me paga. Eu mesmo fiquei fraca, fiquei só dando, só curando. Enfermeira recebe, não é? Toda coisa a gente recebe, mas eu não”.

A eficácia e capacidade de aliviar e curar sofrimentos que os remédios caseiros possuem são evidenciadas por Nair quando ela observa que nunca precisou ficar internada no hospital: “eu já estou com sete filhos e nunca internei no hospital e não descanso no hospital”. O conhecimento de plantas e raízes de pau (*wdê pa*) medicinais ganha, nesse ponto, grande importância, afinal se estende para o cuidado com os parentes e afins:

[...] aí depois que eu aprendi esse aqui eu vou comprar tudinho e eu guardo. Aí os meninos vem só tomando. Por isso que eu falo. Cadê os meninos que foram para o hospital? Nunca. Tem muita gente que vai passar uma semana, um mês no hospital porque não sabe” (Nair, aldeia Salto, 2015).

A interlocutora, não obstante, afirma que os mais jovens estão deixando de utilizar os remédios caseiros. Ela argumenta que isso ocorre tanto pela indisposição e desinteresse dos Xerente mais jovens, quanto porque os remédios caseiros deixaram de ter o efeito que outrora apresentavam nos Akwẽ. Em suas palavras “é mode preguiça. Hoje os mais novo não sabe porque não usa. Mas agora eu já estou pensando assim. Que não está servindo mais o remédio do mato porque nós já entremos na doença do branco”. Mas apesar dessa constatação Nair defende a utilização dos diversos remédios caseiros pelos Akwẽ: “mas cada um vamos [ter] que pensar. Não pode deixar nosso remédio do mato não. Eu penso assim. Só do branco, só do branco. Sim, o do branco é bom também e nós também do mato é bom também”.

Rita tem 70 anos e é uma importante anciã (*wawẽ*) da aldeia Salto. Em diversas festas, rituais e reuniões com não indígenas e representantes do estado ela discursa e questiona o que lhe parece adequado ou correto para o grupo. Aparece, portanto, como uma importante liderança política para os Xerente. Semelhante a Nair ela também é procurada pelos moradores da aldeia para preparar, distribuir e até mesmo ensinar o preparo de remédios caseiros. A interlocutora explica a importância da utilização de remédio caseiro por meio do relato de como “fez passar” ou aliviou a asma de uma criança Xerente que era constantemente levada ao hospital devido aos episódios desse adoecimento:

Eu acho que para mim é bom porque tem o menino aí [...] estava passando mal, cansado. Foi no hospital aí mandaram de volta. Nada. Aí de novo voltou com ele para a cidade e nada. Aí eu acho que a mulher dele lembrou. Não eu vou voltar para minha sogra e aí ela veio. - Bom dia, a senhora já está fazendo o que? Pois é, eu vim aqui para pedir o mel. O meu filho está passando mal [...] ele está só puxando o catarro e o médico não está dando jeito para acabar. Aí eu fui pegar esse mel, açafraão, urucum, cebola branca

[...] aí eu dei para ela, para misturar. Eu fui arrancar raiz que é bom também. Tudo misturado. Passou o dia dando para ele. Amanhã o menino estava bom. Ficou bom de asma. (Rita, aldeia Salto, 2015).

Em outro ponto da entrevista Rita associa o conhecimento sobre as plantas medicinais a Waptokwa zawre, chamado também de Deus pelos Xerente. Nãmnadi (2011) em seu trabalho relata que outras anciãs Xerente defendem o mesmo. Segundo a autora enquanto Waptokwa zawre deixou o conhecimento sobre plantas medicinais, o hêpãrwawê em sua associação ao demônio cristão, não como um “dono da mata”, deixou as plantas venenosas como os cipós kbawaski e tbêpãrze utilizados para a “tinguizada”, pesca coletiva na qual um cipó é utilizado para intoxicar os peixes e facilitar sua captura, para os Xerente.

Rita marca essa origem para diferenciar o conhecimento que ela e outras mulheres têm sobre plantas e raízes do conhecimento que os sekwa ou pajés possuem. São conhecimentos diferentes um do outro e que envolvem “segredos” particulares. Isso fica evidente na forma pela qual esses dois sujeitos, os pajés e os conhecedores de plantas e raízes medicinais, entram em contato ou aprendem sobre raízes e plantas. O primeiro é ensinado pelos donos, o segundo por seus parentes e afins. Nessa direção, Rita explica que um sekwa pode muito bem não conhecer várias plantas e raízes medicinais:

Waptokwa que ensinou para a pessoa assim. – Olha. Esse aqui é muito bom para essa doença aqui. Você tem que dar, para ficar bom. Esse aqui também é muito bom para essa doença aqui. Aí você vai dando e vai aprendendo. Aí aprendeu. Sekwa não ensinou não. Nenhum sekwa não. Quer ver, olha. Tem vez que sekwa não sabe. Não sabe não. (Rita, aldeia Salto, 2015).

Outra característica do conhecimento sobre plantas e raízes medicinais envolve as marcações de gênero. As mulheres Xerente, normalmente, conhecem mais sobre plantas e remédios caseiros do que os homens. Isso fica evidente na quantidade de narrativas que apresentam as mães, tias, avós como itinerários comuns quando se tem uma gripe, diarreia, dor de cabeça e deseja recorrer aos remédios caseiros. Alice, uma importante liderança política da aldeia, ao falar sobre remédios caseiros destaca que são as mulheres que mais conhecem sobre o preparo de remédios caseiros: “Eu sei um bocado. Eu só faço remédio caseiro para os meus filhos. Para diarreia, para gripe, essa água que está escorrendo do nariz”.

No primeiro capítulo observei que os Xerente são patrilineares e que os filhos são reconhecidos como uma “propriedade” do pai. Em caso de conflito ou separação o pai da criança tem o direito de permanecer com a mesma. Contemporaneamente, no entanto, em caso de separação as mulheres Xerente, por vezes, reivindicam o direito a “guarda” das crianças, contrariando essa prerrogativa.

Apesar da patrilinearidade, na divisão sexual de tarefas o cuidado com os filhos pequenos, e até mesmo com os maridos, é reconhecido como uma responsabilidade das mulheres. Um homem Xerente entrevistado marcou que homens e mulheres Xerente cuidam-se de forma diferente quando passam por mal estares e adoecimentos. Ele nota que as mulheres dão mais atenção a sua saúde do que os homens. Nesse ponto elas recorrem com maior frequência às garrafadas, chás e outros remédios caseiros. Segundo Paulo:

A mulher se cuida mais do que os homens. Os homens são muito acomodados. Quando está doente não vai fazer um chazinho e tomar não porque são muito forte. Quando está sentindo alguma dor assim fala não, vai passar. Desde muito tempo. E as mulheres não. Quando sente alguma coisa já toma. Faz o seu chazinho e toma [...] As mulheres cuidam dela e do marido, da pessoa, dos filhos, dos rapazes, enfim. Os homens em si são muito acomodados. (Paulo, aldeia Salto, 2015).

Desde já, é importante perceber o quanto os diferentes sujeitos estão envolvidos nos itinerários que recorrem ao conhecimento sobre remédios tradicionais ou caseiros. Cada um desses sujeitos, no entanto, apresenta um acesso limitado ao enorme “repertório” de plantas, raízes e terapias utilizadas pelo grupo. Enquanto alguns “remédios” são de domínio mais generalizado e são amplamente conhecidos por homens, mulheres, jovens, velhos, outros não o são. O conhecimento sobre algumas plantas e raízes está restrito a grupos específicos como homens, mulheres, velhos ou anciãos e anciãs (*wawê*), famílias, clãs, metades, pajés, rezadores e benzedores, etc.

Esses diferentes conhecimentos sobre plantas, raízes, cascas e seus efeitos na saúde e no adoecimento estão, afinal de contas, envoltos em uma série de segredos. Nãmnãdi explica que quando alguns “remédios” são ensinados eles perdem sua eficácia, sua validade. A transmissão desse conhecimento não pode, assim, ser generalizada. Segundo ela:

Sei que é cheio de segredos essas coisas assim. A planta mesmo diz que quando é medicinal. Porque é que perdeu tantas plantas? [...] Por exemplo, eu sei que aquele pé de caju serve para alguma medicinal. Se tu me procurar: - Ah, eu quero que você me ensine. Me ensina um remédio para, por exemplo diarreia. Eu não vou ensinar, vai lá e você pega essa planta.

Ninguém ensina. E eu mesmo tenho que ir lá, fazer e dar para você. Diz que se ensinar não vale. Todas as plantas são assim. Aqueles que já sabem que tem que fazer [...] Diz que se todo mundo saber que aquela planta serve para e sair contando para todo mundo ela não presta mais para nada. (Nãmnãdi, entrevista, 2015).

A pesquisadora e “conhecedora” de plantas e raízes continua sua explicação sobre os “segredos” envoltos nesse conhecimento comparando-os com os “segredos” que os não indígenas também apresentam sobre as terapias, remédios e receitas que utilizam.

Até os não indígenas. Você pode ir no pessoal mais velho. Eles não ensinam. Eles dão a garrafada. Se você for procurar do que é feito ele fala, mas não mostra a prova. Às vezes mostra a metade das plantas e deixa um. – Ah, esse aqui é o segredo. Não tem aquele pessoal que faz bolo gostoso. Você pede a receita. Você acha que dá? Não, esse aí tem um segredinho no meio. Tem um tonzinho no meio. Um segredinho. (Nãmnãdi, entrevista, 2015).

Saber lidar com esses “segredos”, guardá-los, preservá-los mistura-se com a trajetória de vida de Nãmnãdi. A curiosidade aparece como um elemento importante, mas não fundamental. É preciso insistir, aguardar um tempo, ganhar a confiança. Em suas palavras:

Eu mesmo já aprendi mesmo pela curiosidade da minha mãe assim. Com curiosidade eu curiava que planta arrancava e para o que servia. Agora ir atrás assim ela não me levava nem a pau. Não mostrava. Agora não que ela já está velhinha. Confia muito em mim. Manda eu pegar: – Pega essa planta assim. Fulano pediu garrafada.

Para Nãmnãdi os segredos são parte fundamental do mundo. Tanto para os Xerente, quanto para os não-indígenas ou brancos. Contudo, ela não deixa de lamentar os segredos que se “perderam” ou “acabaram”. Itinerários que, contemporaneamente, tem menos destaque ou atenção, em contraste com os percursos que envolvem os profissionais de saúde e o modelo biomédico. Ela explica:

O mundo está cheio de segredo. Até a gente desvendar todinho, não é fácil não. Faltam muitos detalhes. Assim, tem muita coisa assim, até cultura não indígena, religião assim que deixaram. Essa rezadeira deixaram assim. Acabou. As parteiras não tem mais, acabou. Agora só no hospital. Até mesmo nas aldeias. Porque antes os indígenas eram muito cuidados. As parteiras eram muito famosas. Era igual médico.

Evitar conflitos políticos é outro motivo importante que justifica a necessidade de manter certos segredos sobre plantas, raízes, cascas. Isso porque nem todas as plantas são

medicinais. Algumas podem ser utilizadas para adoecer e causar mal estar. Nesse sentido, semelhante ao que ocorre com os pajés, os sujeitos “conhecedores” de plantas, raízes, cascas são potencialmente curadores, mas também potencialmente causadores de adoecimento, mal estares, aflições.

O fato de parte desse conhecimento estar inscrito de forma restrita nos clãs e nas metades é também característica do faccionismo dos Xerente. Em conversas informais meus interlocutores acusavam os clãs da metade oposta de possuírem conhecimentos perigosos sobre raízes e plantas que envolviam o adoecimento dos que com eles entrassem em contato ou disputa. Nem os clãs da mesma metade escapam dessa relação. Todo clã tem potencialmente certo conhecimento para adoecer e curar com plantas, raízes.

Evidentemente, apesar de ser um conhecimento de “posse” do clã, ele não é generalizado para todos os “membros”. Alguns homens e mulheres são os portadores e transmissores desses segredos. Essa mesma relação pode ser encontrada no facciosismo que envolve as associações masculinas, os partidos de toras (*Stamhã* e *Steromkwá*), as famílias, as aldeias e outros grupos que se opõe politicamente.

Esses “segredos” podem também ser guardados para fins de controle social e populacional. É o que ocorre com o conhecimento que alguns anciãos e anciãs (ou *wawë*) possuem sobre plantas e raízes abortivas e garrafadas contraceptivas. Em conversas informais com interlocutores ficou claro que esse conhecimento pertence aos mais velhos. Só eles podem preparar e distribuir esses “remédios”. Visto o desejo desse grupo em manter o crescimento populacional dos Xerente, a distribuição é feita com bastante cautela.

Outra relação importante, já citada anteriormente, que liga e traça um itinerário terapêutico é a de parentesco. Além das mães, as “tias” e os “tios” ou irmão da mãe tem papel muito importante como itinerários possíveis. Lembro-me de uma mulher Xerente que ficou indignada, pois sua sobrinha (MBC), tratada como *baknõ* ou *i-Krawapte*, constantemente levava mordidas de outra criança sem ser repreendida pela mãe. Ela, então, preparou um “remédio” para a criança que mordida sua sobrinha deixando-a por um tempo com a boca “coçando”. Quando acusada de tal feito, evidentemente, o negou veementemente para evitar maiores conflitos.

3.3 - Rezadores/benedores

Enquanto o conhecimento sobre “remédios tradicionais” envolve as plantas, raízes e cascas que *waptokwazawré* deixou para os Xerente, o conhecimento sobre rezas e benzeduras decorre do contato com os “brancos” ou não indígenas. Ele é associado como um conhecimento dos “brancos” ao qual os Xerente se apropriam. Já as rezas são influenciadas pelo catolicismo popular e têm forte ligação com os santos e espíritos. Contemporaneamente esse conhecimentos entram em conflito com os Xerente de religião protestante.

Rosa é identificada nos Xerente como rezadora. Em entrevista ela explicou que aprendeu sobre rezas com os “brancos” ou não indígenas. A transmissão do conhecimento que envolve as rezas também é restrita e envolve questões geracionais nos termos de pessoas “velhas” que guardam seus segredos das pessoas “novas” e não iniciadas. A interlocutora notou essa restrição por meio de um limite de transmissão. Contrariar essa recomendação implicaria na “quebra” da reza. Tornaria a reza ineficaz não só para o responsável pela quebra, mas também para todos os envolvidos na cadeia de aprendizado. Segundo Izabel: “o que me ensinou já ensinou pra três. Aí não pode mais. Esse que ensinou para mim. Aí eu já não posso ensinar para outra. Quebra”.

Os Xerente por vezes associam e chamam os rezadores e benzedores da mesma forma, sem diferencia-los. Isso pode ocorrer porque vários rezadores conhecem, além das rezas, benzeduras. Izabel se identificou como rezadora e não como benzedora. Ela fez questão de localizar seu conhecimento afastando-o do que envolve adoecimento e mal estar. Um rezador/benedor tem, afinal, potencialidade para a “macumba”, outra categoria “de fora”, um “feitiço” de não indígena. Segundo a entrevistada: “eu rezo assim para quebrante, mau olhado, arca caída. Outras coisas eu não sei não. Porque não adianta. Nós faz e deus não vai receber nós não. Quem vai receber é o diabo, porque ele é que manda”.

Identifiquei na aldeia Salto, além de Rosa, dois rezadores e benzedores. Trata-se de dois homens não indígenas casados com mulheres Xerente. É importante deixar claro, desde já, que esse conhecimento não é incompatível com outros conhecimentos de cura e adoecimento. Um pajé pode ser também rezador e benzedor. Fui informado que esse é o caso de uma antiga moradora da aldeia. Uma anciã que além de pajé conhecia rezas para quebranto e mau olhado.

Não inventariei as rezas, mas ouvi relatos de outros pajés que aprenderam com os “brancos” rezas para picada de cobra e para “abaixar” fogo alto (evitando que ele se espalhe e destrua alguma roça ou propriedade). Em conversas informais também fui informado de “rezas de Akwê”, que não foram aprendidas com os “brancos” e que são ditas na língua materna. A reza para descer (ou cair) espinha de peixe entalada na garganta parece se encaixar nessa categoria.

As rezas e as benzeduras também envolvem um conhecimento sobre plantas e raízes. Esse conhecimento também parece estar envolto em “segredos” e restrições de transmissão. Nãmnãdi, que é filha de uma rezadora, mais uma vez pontua a perda de efetividade como consequência de uma transmissão inadequada. Ela lamenta o fato desse conhecimento entrar em conflito com outras concepções. Segundo *Nãmnãdi*:

Eu perguntava só por curiosidade. Mas eles não ensinam. Diz que não pode. Quando a pessoa ensina não vale para ela. [...] Eu falo: - Então mãe, me ensina. Ela fala: - Não, porque eu ainda estou usando. Se não nem eu, nem você serve. Tem que ensinar para outra pessoa. Mas acho que vai acabar porque lá todo mundo é crente. (Nãmnãdi, entrevista, 2015).

3.4 - Pajés (*sekwa*)

O *sekwa* é chamado em língua portuguesa pelos Xerente de pajé e de curador. Contudo, alguns Xerente chamam também os sujeitos que detém conhecimento considerável sobre plantas medicinais, mas que não são *sekwa*, de curadores. Para evitar confusões, trato os pajés como *sekwa* ou curadores, partindo dessa recorrente associação presente nas entrevistas e conversas informais com interlocutores Xerente mais velhos ou *wawẽ*. Chamo os sujeitos que detém conhecimentos sobre plantas e terapias medicinais, mas que não são pajés, de “conhecedores”.

No capítulo passado fica claro que para que um Xerente, homem ou mulher, se torne pajé ele precisa obrigatoriamente entrar em contato com uma entidade sobrenatural chamada de “dono”. Existem vários donos diferentes, como o dono da mata (*mrã ddêkwa*), dono da água (*kâtdêkwa*), dono do peixe, dono do mel, etc.

O contato com esses “donos” é bastante perigoso. Já de início ele envolve adoecimentos, mal estares, febres. No entanto, nem todo contato com um dono implica que o afetado vá se tornar um pajé. A agência dos donos é fundamental, nesse ponto, pois ela marca o interesse do dono em passar seus conhecimentos para um Xerente e formá-lo como

um pajé. Identificar e orientar esse processo, no entanto, é uma tarefa dos *sekwa* já iniciados. Eles conseguem diferenciar quando se trata de um contato que tem por finalidade formar um pajé ou de um contato que decorre de uma quebra de restrição, de uma punição, infortúnio, etc. Nessa direção, apesar dos *sekwa* serem formados pelos donos, eles são orientados e acompanhados por *sekwa* já iniciados.

Essa iniciação pode envolver um teste e pode ser orientada por um *sekwa*. Jorge, no capítulo passado, narrou parte de sua experiência de contato com os donos. Após um *sekwa* identificar nele sinais de um contato com os donos ele o orientou sobre a iniciação e um teste ao qual ele precisaria passar para se tornar um iniciado. Esse teste ocorreria com um dono, que apareceria em forma/corpo de gente, e lhe pediria para escolher um entre vários pedaços de corda de cores diferentes. Segundo recomendação do *sekwa* ele deveria escolher a mais comprida. Não obstante, Jorge ficou apreensivo com as consequências do contato e, certamente, com a possibilidade de falhar no teste, e não foi ao encontro do dono. Jorge descreve a situação de aflição:

Aí o [*sekwa*] falou pra mim. Lá ele [o dono] vai te botar um tanto de corda para a pessoa escolher. Vermelho, amarelo, verde, preto. Aí quando você estiver escolhendo uma corda você não pode escolher curtinho. Você vai escolher mais comprido. Aí eu ia da distancia desse vale lá, eu fiquei com medo, fiquei parado lá. Eu pensei, não vou não. Aí eu voltei. (Jorge, aldeia Salto, 2015).

A preocupação e medo de Jorge são mais do que justificáveis. Enquanto passar no teste propicia, nas suas palavras, que “você pode fazer qualquer coisa com a pessoa doente, poder curar e aí fica bonzinho”, falhar no teste implica, segundo o entrevistado, que “se acontecer qualquer coisa com a gente, aí morre”. Ademais, vale notar, que o medo ou aflição de tornar-se pajé ou *sekwa* não decorre unicamente dos processos de adoecimento e mal estares a ele atrelados. Afinal, tornar-se pajé e aprender a curar implica em potencialmente aprender a enfeitiçar ou “mandar feitiço” para as pessoas.

Um interlocutor explicou-me, certa vez, que não se tornou pajé mais pelo medo de ser acusado de algum feitiço e participar de algum conflito político do que pelos mal-estares, febres e sonhos perturbadores decorrentes do processo. Isso fica evidente pela capacidade da simples menção do contato do pajé com um “espírito” ou dono mau, que ensina feitiço, poder gerar acusações de feitiço e desencadear conflitos políticos sérios.

Semelhante ao que ocorre com os “conhecedores” de plantas e remédios certo conhecimento sobre remédios e terapias está restrito aos pajés. Esse “segredo” ensinado pelos donos deve ser guardado. Segundo Nãmnãdi (2011) os pajés acreditam que o segredo ajuda a “fortalecer” as plantas que servem como remédio. O conhecimento generalizado, mais uma vez, enfraquece e retira a efetividade do remédio.

Os sekwa ou pajés são itinerários terapêuticos fundamentais para aliviar e curar males, aflições e doenças decorrentes do contato com os donos, do contato com as almas dos mortos (*hêpãri*), para o cuidado com as almas dos vivos (*dahêmba*) e, evidentemente, para curar feitiços jogados por outros pajés.

Para Langdon (2013) o pajé, ou xamã na literatura antropológica, aparece como um mediador do contato entre o mundo visível e o mundo invisível em um “cosmos fractal, dotado de uma multiplicidade de reinos e seres animados organizados em coletividades sociais” (LANGDON, 2013, P.184). Esse mundo “invisível”, assim chamado pela autora quando ela se refere aos Siona da Amazônia colombiana e que pode ser revelado por meio da ingestão de yagé, também pode ser encontrado nos Xerente.

Ele fica evidente ou pode ser revelado, no caso dos Xerente, quando os “bichos” e donos realizam contatos. Essa revelação, não obstante, é particular ao contato e pode mostrar-se clara, como no caso do parente do pajé Mario que foi perseguido pelos “bichos” e quase enlouqueceu (página 51), ou mais sutil, como o caso de Jorge que não viu o dono, mas foi avisado que sua caça e pesca em demasia eram sinais do contato (página 50).

Nas duas narrativas supracitadas fica evidente que os pajés negociam com essas outras “sociedades”, ou coletivos sociais, que são compostas pelas almas dos mortos (*hêpãri*), pelos donos e animais e com outras atividades “invisíveis”, conscientes de que “as atividades no outro lado influem no desenvolvimento de pessoas, plantas, animais e forças da natureza; nas atividades de subsistência (agricultura, caça e pesca); nas relações intra e intercomunitárias; e nos estados de saúde e doença” (LANGDON, 2013, P.190).

Trata-se, segundo Nãmnãdi (2011), de assegurar a sobrevivência dos Akwẽ em face à influência das “forças sobrenaturais” por meio da negociação do convívio e do reconhecimento da necessidade de relações. Afinal, sem os donos não há caça, não há rio, não há peixe e, portanto, não pode existir reprodução social Xerente.

Apesar dos pajés serem considerados como um dos especialistas do contato com seres sobrenaturais, habitantes de outro mundo ou perspectiva eles também são, contemporaneamente, sujeitos importantes nas negociações com não indígenas. Esses sujeitos são associados tanto pelos Xerente, quanto pelos não indígenas como detentores e guardiões do “conhecimento tradicional” do grupo. É uma articulação eficaz e que permite que os pajés participem de espaços de negociação política e atraiam a atenção de instituições públicas para as necessidades de sua etnia, aldeia, etc.

No capítulo passado notei que, contemporaneamente, o conhecimento que os pajés possuem sobre processos de cura e adoecimento os coloca em confronto direto com alguns Xerente, mas também com não indígenas influentes em algumas aldeias, que são membros de igrejas protestantes neopentecostais. Não posso confirmar, no entanto, se o mesmo pode ser aplicado aos Xerente de religião católica.

Vários Xerente evangélicos associam o conhecimento dos pajés como decorrente do contato com o demônio cristão. Alguns interlocutores Xerente apesar de reconhecerem a importância dos conhecimentos dos pajés que envolvem terapias e remédios para aliviar mal estares, adoecimentos, aflições, recusam e criticam a potencialidade para o feitiço. Nessa direção Raimundo, morador da aldeia Salto e de religião protestante, critica os feitiços e nota a “conversão” de alguns pajés em evangélicos:

Eu tenho amizade com os pajés, eu não falo mal deles. Mas até os pajés estão agora virando evangélico porque eles estão descobrindo. É igual bebida. Porque eles estão fazendo não umas coisas boas. Eles ajudam muito com plantas medicinais, eles têm aquela medicina. A parte ruim é o feitiço. Ele vai botar feitiço no meu parente e tudo. Ninguém não vai gostar. Aí depois ele vai [e fala]: - Fui eu que matei. (Raimundo, aldeia Salto, 2015).

Particpei em julho de 2015 de um culto evangélico em uma aldeia Xerente. Na ocasião estavam reunidos pastores Xerente e pastores não indígenas. As “doenças” de origem “sobrenatural” foram associadas no evento por um pastor Xerente ao demônio da literatura cristã. Em depoimento ou “testemunho”, evento comum em cultos evangélicos no qual o sujeito narra uma experiência de cura/livramento decorrente de ação divina, um Xerente explicou que estava doente e que recorria ao Sekwa, mas não era curado. Seguindo os conselhos de um pastor ele então pediu a cura para Waptokwa, em sua associação ao deus cristão, e só então foi curado. Isso apresenta, para esse trabalho, mais um itinerário terapêutico. No qual se procura o auxílio de pastores de religiões protestantes.

3.5 - Pastores

O contato dos Xerente com a religião protestante deu-se no início do século passado com a missão batista. Segundo De Paula (2000) a Missão batista ou Junta de Missões Nacionais da Convenção Batista Brasileira (JMN/CBB) entrou em contato nos anos 20 com indígenas *Krahô*, no antigo norte de Goiás. A partir de 1936, por meio de cultos ocasionais, a missão entrou em contato com os Xerente. Foram, então, criados em Tocantínia o Colégio Batista do Tocantins e a Primeira Igreja Batista de cidade. Já nos anos 50 a missionária batista Anna Müller decidiu “evangelizar” os Xerente da aldeia Funil. Respectivamente em 1958 e 1959 os pastores Guenther Carlos Krieger e Rinaldo de Mattos contataram os Xerente. Hoje em dia Guenther tem fortes relações com a aldeia Porteira, enquanto Rinaldo de Mattos tem uma casa e frequentemente está com os Xerente da aldeia Salto.

Decorre da influência do missionário Rinaldo de Mattos na aldeia Salto uma presença marcante da religião protestante. Rinaldo de Mattos habita a área Xerente há mais de 40 anos, é falante da língua Akwẽ e é tratado como um ancião (wawẽ) Xerente. O missionário tem publicações acadêmicas sobre o grupo e contribuiu para a alfabetização de vários Xerente por meio da tradução do novo testamento e da criação de um dicionário português-Akwẽ/Akwẽ-Português. Em sua casa na aldeia são realizados cultos evangélicos em língua portuguesa e Akwẽ.

Particpei de alguns desses cultos. Na aldeia eles são conduzidos principalmente por pastores Xerente. São cantadas músicas gospel em português e em suas traduções para o Akwẽ. As festas de final de ano de 2015, respectivamente natal e ano novo, foram conduzidas por um pastor da aldeia e pelo cacique, que é evangélico. Orações, canções e hinos gospel foram realizados nessas ocasiões. A aldeia Salto apresenta também uma unidade da Congregação Cristã no Brasil. Parece, no entanto, desativada visto que, segundo o cacique da aldeia os que nela congregam há um tempo que não aparecem por lá.

Além das aldeias Salto e Porteira outras aldeias localizadas próximas à cidade de Tocantínia, como a as aldeias Funil e Karehu, apresentam forte influência da igreja batista. Nessa região, escapa a essa relação a aldeia Recanto, com forte influência da religião católica. Destaco, no entanto, que nesse tópico apresento somente narrativas de itinerários que envolveram pastores de igrejas protestantes, visto sua influência na aldeia Salto, apesar

dos padres e outros religiosos católicos certamente serem acessados como sujeitos de itinerário semelhante.

Afinal, mesmo na aldeia Salto o contato com esses últimos e com atividades desenvolvidas pela igreja católica é constante. No final de 2015, quando eu ainda estava em campo, alguns membros da igreja católica se hospedaram na aldeia Recanto, mas realizaram durante uma tarde inteira atividades diversas e distribuíram brinquedos para as crianças da região na escola da aldeia Salto.

Além dos cultos as vigílias são eventos importantes para os Xerente evangélicos. Nelas os Xerente se reúnem em um local e passam a noite cantando músicas em Akwẽ e Português chamadas de gospel, ligadas a religião protestante. São eventos nos quais os pastores são consultados para situações de aflição os quais os processos de adoecimento e mal estar fazem parte. Os pastores são procurados tanto para orarem por “doenças naturais” como as de “branco”, nas quais, normalmente, os serviços médicos são acionados, mas também para as doenças “sobrenaturais” como os feitiços.

Claudio, um homem Xerente, narra o episódio no qual procurou o auxílio de um pastor não indígena para curar uma doença que atingiu os rins e os pulmões de seu filho, na época com menos de 20 anos, e que o deixou internado no hospital de Palmas por meses. O episódio ocorreu quando pastores de uma igreja neopentecostal visitaram uma casa de apoio para doentes em Palmas. A fé em deus aparece como elemento fundamental para a cura. Não obstante, a ação e o toque do pastor aparecem como elementos importantes. Claudio narra a sua experiência com o pastor:

Pois é, na hora que eu começar a oração você bota a mão onde que seu filho está sentindo [...] aí começou a orar. Aí botei a mão no peito e a outra em cima do rim. Foi. Aí ele veio, falou de novo. Aí terminou. [Ele] veio direto para mim e me deu uma toalha. Falou: - Você leva isso aqui amanhã, amanhã você vai encontrar o seu filho de olho aberto. Eu até teimei com ele. Será? Aí ele virou para mim: - Você acredita em deus? Deus tocou em mim para eu falar isso para você. Acredite em mim porque você vai chegar lá com ele já te olhando. Aí eu comecei a animar, porque não ia ter jeito não. (Claudio, aldeia Salto, 2015).

Ricardo, morador da aldeia Salto e de religião protestante defende também a efetividade das orações contra os feitiços jogados por pajés. Segundo o interlocutor “muitas vezes faz uma oração muito forte aí já faz curar” o feitiço. Nesse ponto, a fé do aflito aparece como o essencial para a cura. Apesar de consultar um pastor e pedir orações segundo

Ricardo “é só crer mesmo que a fé da pessoa cura. Porque ele [deus] tem o poder de fazer, por exemplo, o que a pessoa está sentindo. Aí já passa”.

A fé em deus também é utilizada pelos rezadores como uma espécie de “blindagem” e como a agência fundamental para a cura de processos de adoecimento decorrentes de feitiço. Segundo Rosa quando se tem fé em deus o feitiço não se efetiva na pessoa. Em suas palavras “ele fala que vai botar [o feitiço]. Aí você tem fé. Agora ele vai me botar. Aí ele te pega. Mas ele fala que vai botar e você fala pode botar, mas eu não tenho fé [que vá pegar]. Então não é deus, você não é deus. Então não pega não. Ele reza, mas não vale nada”.

Contudo, apesar dessa semelhança, as rezas e oração apresentam diferenças fundamentais. Luiz, que é pastor e membro da igreja batista, destaca essa diferença fundamental entre reza e oração. Semelhante ao que apresenta Júnior (1999), enquanto a reza pode se dirigir a intermediários entre o aflito e deus, como os santos e espíritos, a oração é dirigida diretamente para deus. Segundo Silvino:

Tem a diferença de oração porque é reza. Ele fala em nome do pai, mas só fala mais é de santo essa coisas. E santo não ouve. Santo não fala contigo. Agora deus está ouvindo agora que a gente está conversando. Então toda vez que a gente vê tem que agradecer a deus as maravilhas. Manda para o santo fazer uma folha ou fazer secar uma folha. Ele não seca. Agora deus seca. Eu já tenho experiência porque antes de ser evangélico eu já acreditei muito em santo. Eu acreditava assim, eu pedia a eles, para são Pedro, Santa Luzia. (Luiz, aldeia Salto, 2015).

Apesar da “conversão” dos Xerente ao protestantismo inicialmente implicar na negação e rejeição de itinerários que envolvem os pajés e os rezadores, visto que eles são associados pelos pastores a um conhecimento que não decorre de deus, ela pode não necessariamente se efetivar ou ser utilizada em momentos particulares e estratégicos pelos “convertidos”. De Paula (2000) notou essa relação e observou o quão comum é para os Xerente se aproximar e se afastar publicamente em momentos específicos dos cultos realizados pela igreja batista.

No que toca a saúde, apesar de não trabalhar com uma etnia indígena, Júnior (1999) ressalta que “mesmo fazendo parte de uma religião que não aceita a presença de intermediários durante as práticas das rezas de cura [...] para o doente e sua família, quando for necessário,” eles recorrerão a outros itinerários.

Isso fica evidente na narrativa Rosa que por vezes entrou em conflito com a “demonização” de suas atividades por pastores Xerente. Segundo essa interlocutora é

comum para alguns Xerente protestantes ora recorrem ao pastor, ora recorrer aos pajés, aos rezadores, etc. Esse “conflito”, não obstante, traria confusões aos que nele circulam. Sobre um homem e pastor Xerente ela narra:

Ele é crente, pastor, mas quando o momento aperta ele, ele vai bater nos curadores. E mais dinheiro também. Eles pensam que crente traz roupa usada, crente tem aqueles dinheiro essas coisas assim. Mas ele nunca deixa de ser índio, porque crente ele não pode acreditar nessas coisas. Apagar a cultura. Aí vira uma confusão danada na mente deles. (Rosa, aldeia Salto, 2015).

Em sua narrativa também fica evidente que o acesso a bens como roupas, comida, é um dos benefícios aos quais os Xerente “convertidos” ao protestantismo tem acesso. É o caso da aldeia Salto que apresenta uma grande população protestante e é muito visitada e recebe doações de igrejas batistas, adventistas e outras.

É necessário, no entanto, não simplificar a complexa relação que parece envolver a identificação de vários Xerente com a religião protestante. Em vários momentos quando uma família ou uma liderança política se apresentava ou era apresentada como “evangélica” ficava mais evidente a ideia de que aqueles sujeitos não ingeriam bebida alcoólica e que evitavam conflitos e abusos. Evidentemente, emerge dessa relação uma série de conflitos com outras crenças e influências. Os católicos e pajés são associados aqui ao conflito, com as festas com bebida alcóolica e a certos excessos. Se afastar, inicialmente, dessa representação aparece, nesse ponto, como uma “estratégia diplomática”.

3.6 – Profissionais de saúde

A população Xerente, no que toca aos itinerários que envolvem os profissionais de saúde formados no conhecimento biomédico, recorre principalmente aos cuidados de saúde públicos inscritos no sistema único de saúde (SUS). Contemporaneamente a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) é a responsável por coordenar a Política Nacional de Atenção à saúde dos povos indígenas e a gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS).

Segundo o decreto Nº 8.065, de 7 de Agosto de 2013, a estrutura administrativa da SESAI é constituída pelo departamento de atenção à saúde indígena; departamento de saneamento e edificações de saúde indígena; departamento de gestão da saúde indígena e pelos distritos sanitários especiais indígenas (DSEI).

A implantação dos DSEI data de 1999, quando a extinta FUNASA (Fundação Nacional de Saúde) era ainda responsável por coordenar e executar as ações de saúde indígena. Segundo Garnelo (2012) caberia inicialmente aos 34 DSEI oferecer cuidados de atenção primária à saúde como prevenção de doenças e cuidados de saúde direcionados a grupos específicos como o de idosos e de recém-nascidos e crianças. O site institucional do Ministério da Saúde (MS) define os DSEI como uma:

[...] unidade gestora descentralizada do Subsistema, responsável pela execução de ações de atenção à saúde nas aldeias e de saneamento ambiental e edificações de saúde indígena. Os Distritos foram divididos por critérios territoriais, tendo como base a ocupação geográfica das comunidades indígenas. Os DSEIs abrangem mais de um município e em alguns casos mais de um estado; (BRASIL, 2016)

O atendimento de saúde é realizado pelos DSEI por meio de uma rede de serviços que envolve os postos de saúde, localizados nas aldeias, os polo base de atendimento, localizados nas áreas de abrangência dos municípios próximos a região dos DSEI, e as CASAI (Casas de Saúde Indígena), outrora Casas do Índio, localizadas em municípios próximos as unidades de referência em saúde para acolher os indígenas e seus acompanhantes em tratamentos de saúde e exames médicos. Os indígenas também são encaminhados para os centros de referência em saúde como hospitais e ambulatórios localizados em centros urbanos. Esses últimos, no entanto, não são geridos pelos DSEI e são administrados pelos sistemas municipais e estaduais de saúde.

O DSEI Tocantins é responsável por gerir os recursos financeiros e realizar os atendimentos de saúde dos Xerente, Krahô, Javaé, Apinajé, Karajá, Xambioá e outras etnias inscritas em sua área de abrangência. A estrutura de atendimento é hierarquizada e parte dos postos de saúde, nas aldeias, para os polos-base de atendimento, nos municípios, para uma unidade gestora sede do DSEI Tocantins, especificamente localizada em Palmas. A próxima hierarquia envolve a relação dessa “unidade gestora” com a SESAI, secretaria do Ministério da Saúde.

Sendo mais específico, traçando um itinerário simples de acesso ao serviço de saúde, quando um Xerente deseja atendimento de um profissional de saúde ele recorre inicialmente aos profissionais vinculados ao posto de saúde mais próximo da sua aldeia. O profissional vinculado ao posto, caso considere necessário, providenciará o transporte e encaminhará o Xerente para uma região da área Xerente na qual circulem os médicos e

enfermeiros ou para o polo-base da região, caso haja médico disponível no local, onde ele poderá ter um atendimento médico primário e receber a prescrição de algum medicamento.

Não obstante, quando a prescrição de um medicamento não é suficiente e são necessários exames ou um atendimento de maior complexidade o indígena é encaminhado para uma unidade de referência em saúde. A unidade mais utilizada para o atendimento dos Xerente é o Hospital Regional Público de Miracema (HRM), localizado em Miracema do Tocantins, cidade vizinha do município de Tocantínia. Para casos de maior complexidade ou que exigem especialistas e procedimentos que não são realizados no hospital regional os Xerente são encaminhados, comumente, para o Hospital Geral de Palmas (HGP), localizado na capital do estado. Nesse último itinerário, e em outros encaminhamentos que necessitem o deslocamento e permanência do aflito em unidades de referência localizadas em outros municípios, o indígena em tratamento de saúde ou realização de exames e seu acompanhante podem recorrer ao apoio da CASAI local.

O polo-base responsável pelo atendimento dos indígenas vinculados a terra indígena Xerente (TI Xerente) está localizado na cidade de Tocantínia. Nele circulam médicos, enfermeiros, dentistas, auxiliares de saúde bucal e técnicos em enfermagem com funções administrativas e de atendimento de saúde. O polo-base divide a terra indígena Xerente em sete regiões: respectivamente Brupré, Brejo Comprido, Rio Sono, cabeceira verde, Funil, Salto e Porteira. Cada uma das regiões apresenta um posto de saúde ou “enfermaria”. São chamadas pelos profissionais de saúde de PINs fazendo referência aos antigos Postos Indígenas (PINs), criados quando a FUNAI era a responsável pela saúde das populações indígenas .

O polo-base de Tocantínia apresentou no período de novembro de 2015 até janeiro de 2016 quatro equipes de área, responsáveis por circular nas sete regiões ou PINs. Elas eram compostas por três médicos cubanos, trazidos pelo programa governamental Mais Médicos, por quatro enfermeiros e por técnicos de enfermagem (técnicos de área). Os médicos circulavam com as equipes nas regiões que estavam vinculados de segunda até sexta e normalmente não dormiam nas aldeias. Já os enfermeiros dormiam nos PINs de segunda a sexta, alternando entre regiões. Os técnicos de enfermagem estavam vinculados a PINS específicos e, de forma semelhante aos enfermeiros, também passavam a semana e algumas vezes os finais de semana na aldeia. Os Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e os

Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN) não faziam parte das quatro equipes, estavam vinculados às aldeias, e realizavam, ocasionalmente, ações com as equipes do polo-base.

Na aldeia Salto, no mesmo período, havia um agente indígena de saúde (AIS), um agente indígena de saneamento (AISAN), um técnico em enfermagem, que também é Xerente, e um enfermeiro não indígena. O enfermeiro estava responsável pelas regiões Funil e Salto e alternava sua permanência nos dias de semanas entre as duas regiões. Já o técnico em enfermagem estava restrito ao posto de saúde da aldeia Salto.

Tanto o técnico em enfermagem, quanto o enfermeiro circulavam pela aldeia administrando doses de remédios como antibióticos, distribuindo medicamentos para pacientes crônicos, agendando encaminhamentos de consulta e exames para as unidades de referência. Visto que a aldeia Salto apresenta uma torre de telefonia móvel para contatar o transporte e o polo-base os dois profissionais de saúde utilizavam telefones celulares. Não obstante, como é o caso do PIN Brupré, onde não há sinal de telefonia móvel disponível, a comunicação entre os profissionais de saúde e o polo-base ocorre por meio de um telefone fixo com antena rural.

Com bastante frequência homens e mulheres Xerente se dirigiram ao posto de saúde da aldeia para ter acesso a medicamentos como antitérmicos, analgésicos e antipiréticos que não necessitam de prescrição médica. Os antibióticos e outros medicamentos que necessitam de prescrição médica, por sua vez, dependeram do contato com os médicos. Nos 45 dias que passei no final do ano com os Xerente as equipes com médicos circularam duas vezes pela aldeia Salto.

Nos outros dias, para ter atendimento médico, foi necessário que os Xerente se deslocassem por conta própria até o polo-base ou unidade de referência. Ou então fossem encaminhados pelos profissionais do posto de saúde e transportados pelos carros conveniados com a SESAI até uma equipe com médicos em deslocamento por uma região próxima, até o polo-base ou diretamente para o hospital regional de Miracema do Tocantins.

O deslocamento até o polo-base de Tocantínia para contatar um médico merece considerações especiais visto que é bastante comum, mas não recomendado pelo DSEI. Segundo um interlocutor os médicos vinculados ao polo-base devem realizar os atendimentos em trânsito pelas regiões e não no polo-base. Não obstante, os Xerente e os profissionais de saúde aproveitam a chegada dos médicos até o polo-base pela manhã e o

retorno das aldeias no final de tarde para esse atendimento. É dado crucial para esse comportamento o fato que os Xerente além de se deslocarem com muita frequência pela cidade também habitam em Tocantínia.

Nessa direção, seria um absurdo imaginar que um Xerente para ser atendido pelo sistema de saúde deveria se dirigir até a sua aldeia de origem ou aldeia na qual ele e sua família também habitam e tem casas. No entanto, é essa a recomendação que vários Xerente recebem quando se deslocam até a unidade de saúde do município de Tocantínia. São, assim, direcionados ao subsistema de saúde indígena e tratados como uma “população rural”, ignorando sua característica de moradores ou cidadãos de Tocantínia.

Relação semelhante vale para o Hospital Regional de Miracema do Tocantins. Segundo um interlocutor Xerente ao buscar atendimento médico no hospital regional de Miracema (HRM) um médico contestou: “não esse aqui não é para ter vindo aqui não. Consultado lá mesmo. Isso aqui é coisa simples. [...] Cadê o médico de vocês?”. Nesse caso, nem o posto de saúde de Miracema do Tocantins, tampouco o de Tocantínia são reconhecidos como itinerários aos quais os Xerente devem recorrer. Outros interlocutores relataram constrangimentos semelhantes nas unidades de saúde administradas pelo estado e município decorrentes da ideia de que os Xerente só podem ser atendidos e encaminhados pelo subsistema de saúde.

Quando procuram o atendimento de um profissional de saúde para curar, resolver, aliviar um mal estar ou uma enfermidade os Xerente recebem além de medicamentos industrializados recomendações e orientações diversas que tocam aos hábitos, dietas, etc. Nos dois casos submetem as orientações e o uso de medicamentos às suas próprias representações, diagnósticos e experiências. É o caso de uma mulher Xerente que diagnosticou e compartilhou um antibiótico receitado para seu filho de quatro anos para uma outra criança de idade próxima que apresentava diarreia e febre, sintomas semelhantes aos apresentados por seu filho. É também o caso de uma anciã que evitava utilizar diariamente um remédio industrializado para o controle de hipertensão alternando-o com um remédio caseiro, justificando que o “pó” do remédio industrializado é forte e demora em sair do corpo.

Apesar da auto-medicação não ser recomendada pelo enfermeiro do posto de saúde da aldeia ela também faz parte do processo de autoatenção utilizado pelos Xerente. Esse

processo, não obstante, também envolve as orientações e recomendações apresentadas pelos profissionais de saúde. Enquanto os enfermeiros e profissionais de saúde, preocupados com um modelo biomédico de atenção, insistem em uma separação clara na utilização de terapias específicas, os Xerente se apropriam e alternam entre modelos de atenção com a finalidade de interpretar, diagnosticar, compreender e solucionar suas aflições. Nessa direção mais do que questionar o papel do médico ou a eficácia da biomedicina o “paciente” deseja “mejorar su salud, controlar lo mejor posible su padecimiento crónico” (MENENDEZ, 2003, p.204).

Além dos médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem as equipes de saúde do polo são compostas por dentistas. No período supracitado dois dentistas e dois auxiliares de saúde bucal atendiam toda a área Xerente. Semelhante aos enfermeiros eles passavam a semana nas aldeias, alternando o atendimento nas diferentes regiões. Nas aldeias com consultório odontológico, como a aldeia Salto, eles realizam além do atendimento básico, utilizando TRA , pequenas cirurgias e extrações dentárias.

Em Tocantínia, uma vez por semana, eles podem utilizar o consultório odontológico do município. Os casos que não podem ser tratados na aldeia e que demandam maior complexidade são encaminhados para o Centro de Especialidades Odontológicas – CEO. Não obstante, a maior parte dos casos não é encaminhada. Ademais existe uma lista de espera constituída por indígenas e não indígenas de tamanho considerável para o atendimento no local. Existe também um convênio com uma universidade privada de Gurupi (TO) para o atendimento da população Xerente. A maior parte da população, no entanto, é atendida na região da área Xerente.

Além de recorrer ao subsistema de saúde vinculado ao SUS alguns Xerente procuram o atendimento privado de saúde. Evidentemente trata-se de uma minoria que recebe remuneração, como os funcionários do município e do estado. É bastante comum nesse itinerário recorrer ao atendimento oftalmológico em Palmas que envolve, normalmente, a prescrição ou troca de lentes de grau (óculos). A justificativa para esses itinerários decorre da enorme fila para o atendimento por especialistas vinculados ao SUS. No próximo capítulo volto minha atenção para uma avaliação de Xerente e de profissionais de saúde sobre o serviço de saúde público que é oferecido para o grupo.

CAPÍTULO IV – APONTAMENTOS PARA UMA AVALIAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE

Nesse capítulo apresento avaliações de usuários Xerente e de profissionais de saúde vinculados ao polo base de Tocantínia sobre o serviço de saúde público que é oferecido para o grupo em Tocantínia e em Miracema do Tocantins. Trata-se de uma série de narrativas que decorrem das 27 entrevistas que realizei com os Xerente e com profissionais de saúde vinculados ao polo base de Tocantínia.

Apesar dessa avaliação não poder, no que tange a amostra, ser generalizada para o grupo ela reúne temas que foram recorrentes nas entrevistas e em conversas informais realizadas com os interlocutores Xerente como a falta de medicamentos industrializados, a estrutura precária do posto de saúde da aldeia, o contato com médicos e profissionais de saúde, abusos e violências no hospital regional de Miracema, transporte insuficiente. Situações que vão de encontro ao que foi constatado na aldeia Salto por Rodrigues (2014) e que se assemelha a de outros polo-base e DSEI do país, como evidencia Garnelo (2012). Apresento também as narrativas de profissionais de saúde vinculados ao polo-base de Tocantínia sobre as dificuldades e limites no serviço que oferecem para os Xerente.

Noto que nesse capítulo deixo de adotar os pseudônimos utilizados para os sujeitos de pesquisa e não apresento, em algumas narrativas, o cargo do profissional em saúde com o objetivo de preservar o anonimato dos participantes e evitar tanto conflitos sociais na aldeia e nos locais de atendimento, quanto conflitos profissionais em Tocantínia e Miracema do Tocantins que decorram das opiniões e avaliações que são aqui expressas.

4.1 - Atendimento na aldeia

Notei no capítulo passado que diversos profissionais realizam o atendimento de saúde aos Xerente dentro da terra indígena (TI). As aldeias Salto e Brupré possuem um posto de saúde no qual de segunda a sexta feira, normalmente, se encontra ao menos um profissional de saúde, seja ele um técnico em enfermagem ou enfermeiro. Tanto na aldeia Salto, quanto na aldeia Brupré os profissionais foram avaliados pelos Xerente positivamente quando se deslocaram com frequência regular pelas casas.

Segundo um interlocutor da aldeia Salto, o atendimento dos profissionais de saúde que passam a semana em sua aldeia é bom porque *“eles têm visitado as casas. Antes não visitava. Principalmente o técnico de enfermagem. Ele é muito bom. Ele visita, pergunta”*. Um profissional que não visita as casas e só restringe seu atendimento e atenção aos que o procuram no posto de saúde, com toda razão não será bem avaliado.

Os profissionais de saúde vinculados ao polo base de Tocantínia que foram entrevistados deixaram evidente a mesma posição de que um bom profissional deve se deslocar pela aldeia e realizar visitas domiciliares com frequência. Segundo um enfermeiro vinculado ao polo base as visitas domiciliares são importantes, pois *“todo indígena tem muita vergonha, eles são muito tímidos. Então necessita da gente ter essa aproximação. Ter esse vínculo. Dentro da casa deles. Para a gente estar se deparando também com algumas situações”*. Outro enfermeiro notou que a qualidade das visitas domiciliares que ele realizou aumentou substancialmente devido a um maior acesso às casas propiciado por visitas conjuntas com o técnico em enfermagem indígena morador da região.

Boa parte das críticas aos médicos que circulam pelas áreas está ligada ao fato de que suas visitas são rápidas e, principalmente, pouco frequentes. Um impacto direto dessa circulação dos médicos pelas aldeias pode ser encontrado na restrição do acesso aos medicamentos. Outra crítica importante toca a regularidade e ao planejamento e divulgação da circulação dos médicos. Segundo uma interlocutora Xerente:

[...] aqui não tem antibiótico, não tem remédio para verme. Só com o médico mesmo. Só consultar. Só ele pode passar. E o médico quase não fica. Só vem uma vez não sei quantas vezes. Não sei se é começo do mês, final do mês. Não sei se é no meio do mês. A gente não entende esse povo, o trabalho deles. (aldeia Salto, 2016).

Nas aldeias sem postos de saúde a circulação e visita domiciliar diária dos profissionais de saúde é bastante comprometida e fica, por vezes, restrita a circulação pouco frequente das equipes com médicos. Trata-se da maior parte das aldeias Xerente. Nesses casos o contato com os profissionais de saúde vinculados ao polo ocorrerá mediante uma comunicação com o polo-base, com o posto mais próximo, diretamente com um motorista responsável pelo transporte ou em uma unidade de atenção à saúde fora da TI.

Em novembro de 2015 todos os médicos que trabalhavam na TI Xerente eram profissionais de saúde cubanos ligados ao programa do governo federal Mais médicos. Os

profissionais de saúde vinculados ao polo-base que foram entrevistados fizeram uma boa avaliação do serviço oferecido por esses profissionais. Um dos profissionais de saúde fez comparações entre os médicos brasileiros e os cubanos que prestaram serviços ao DSEI. Ele destacou nos médicos cubanos uma maior disposição ao campo, um maior contato com a população Xerente e uma preocupação com uma medicina preventiva. Segundo esse interlocutor:

Um [médico] não cubano trabalha mais com a parte curativa e já os cubanos eles gostam de trabalhar mais com a parte preventiva. É um ponto positivo muito grande isso aí. Com eles não tem tempo ruim não e eles gostam de trabalhar com famílias. Não gosta de ficar dentro de um consultório com ar condicionado. Eles colocam aí, vão no calorão, com mosquito mordendo. Andando no meio do mato. Eles não têm esse problema não. (Posto de Saúde, aldeia, 2015).

Um Xerente da aldeia Salto fez considerações semelhantes sobre o trabalho e atendimento dos médicos cubanos que atuaram em novembro de 2015. Novamente os cubanos foram contrapostos aos médicos brasileiros respectivamente por sua maior atenção e contato com os indígenas. Segundo esse interlocutor:

[...] antes os brancos, eles só tem paciência mais ou menos um mês ou dois meses. Aí depois não tem mais. Depois já fica irritado. Antes do índio falar o que está sentindo eles já passam o remédio, dipirona ou então passa um antibiótico. Isso não é bom para a gente. Aí depois você passa o remédio errado e aí ele quer se livrar... eles [os médicos cubanos] perguntam muito mais do que o próprio brasileiro. (aldeia Salto, 2015).

No entanto, houve também avaliações negativas decorrentes de uma dificuldade de comunicação entre Xerente e médicos cubanos. A mesma dificuldade é encontrada com os médicos brasileiros falantes da língua portuguesa, mas em uma menor intensidade. Em campo participei de uma situação problemática e perigosa decorrente desse problema de comunicação que envolve o espanhol, o português e o Akwẽ Xerente.

Na ocasião uma mulher Xerente apresentava pequenos machucados na perna graças às partidas de futebol dos dias anteriores. Para uma melhor cicatrização do machucado ela já fervia a casca de caju em água e utilizava sobre o ferimento. Em uma visita da equipe que circulava pelas aldeias um médico cubano indicou permanganato de potássio para auxiliar a cicatrização e diminuir a chance de contágio com agentes externos como bactérias. Apesar do médico orientar a utilização externa do medicamento, a indígena entendeu que,

semelhante a outros medicamentos, ele deveria ser utilizado de forma oral. Felizmente, após colocar o medicamento na boca a mulher cuspiu o comprimido, devido ao seu gosto amargo.

Quando soube desse acontecimento o médico imediatamente foi até a casa da indígena e buscou saber como ela estava. Particpei desse encontro no qual o médico tentava se comunicar com a indígena sem muito sucesso, visto que ela não compreendia sua “mistura” de português com espanhol. O técnico tentou auxiliá-lo, mas, inicialmente, em vão. Nenhum dos três parecia se compreender muito bem. Preocupado, traduzi algumas recomendações e indagações do médico para o técnico, que então traduziu para a língua Akwẽ. Com o passar do tempo, o médico foi se explicando e conseguiu avaliar e realizar novas orientações que pareceram ser compreendidas pela indígena.

Trata-se, como já notei, de um problema que também pode ocorrer com médicos brasileiros. Apesar dos Xerente serem bilíngues sua língua materna é o Akwẽ. A compreensão da língua portuguesa vai depender, em grande parte, do contato que esse Xerente tem com os não indígenas. Os Xerente mais novos são exemplos desse contato, pois realizam boa parte do ensino básico fora da aldeia, geralmente em Tocantínia e Miracema. Mesmo o ensino médio realizado no CEMIX, no qual boa parte do quadro de professores é Xerente, envolve o contato com professores não indígenas e com a língua portuguesa.

Existe também o contato com a língua espanhola e inglesa visto a sua obrigação curricular. Mas trata-se de um contato precário, semelhante ao que ocorre em várias outras escolas públicas do país. Ademais, isso se aplica aos jovens, que hoje tem maior acesso ao ensino básico. Para os homens e mulheres mais velhos, para as mulheres (mesmo as jovens, que quando engravidam por vezes interrompem seus estudos e não concluem o Ensino Médio), existe ainda uma dificuldade considerável de comunicação em língua portuguesa.

As avaliações dos Xerente da aldeia Salto insistem na mesma relação. Mulheres, velhos e outras pessoas com pouco contato com não indígenas e com menor grau de instrução apresentam grande dificuldade em explicar suas aflições, mal estares e em receber orientações e indicações para os médicos cubanos. Segundo um interlocutor Xerente da aldeia Salto *“já temos a dificuldade aqui, posso dizer com o nosso povo do país, na expressão da comunicação. Aí vem para complicar ainda mais? Agora quem entende? Que nem alguns professores aqui. Eles não tem tanta dificuldade, mas imagina quem não estudou”*. Outro

interlocutor da aldeia Salto elogiou a atenção e o contato dos médicos cubanos, mas também lamentou a dificuldade na comunicação: *“até agora que eles foram duas vezes aqui em casa eu achei legal, bom. Pergunta direitinho. Mas a gente só não entende é a fala dele”*.

Tanto a necessidade de ter uma maior aproximação com os domicílios, quanto as dificuldades de comunicação que decorrem da relação assimétrica existente entre o português e o Akwẽ chamam a atenção para a importância de profissionais indígenas falantes da língua Akwẽ. Em novembro de 2015 alguns Xerente trabalhavam para o polo-base como técnicos em enfermagem e um como enfermeiro. No entanto, ainda não é o caso dos médicos.

Um profissional de saúde vinculado ao polo-base de Tocantínia e que trabalha com um técnico em enfermagem indígena destacou o quanto trabalhar com um profissional de saúde que é indígena facilita a comunicação e o diálogo com os moradores. Inicialmente ele evidenciou as vantagens do “trabalho de tradução” realizado pelos indígenas. Depois notou a qualidade técnica desses profissionais. Segundo esse interlocutor:

O técnico de enfermagem, o AIS, e o AISAM sendo indígenas fica muito mais fácil esse diálogo. Muitas coisas que eles realmente não sabem como falar em português ou se expressar completamente em português eles falam para o técnico de enfermagem, para o AIS ou o AISAM que repassam para nós. O trabalho deles é muito bom. Dá para suprir todas as necessidades que tem a população aqui indígena. As doenças que nós temos aqui hoje que são poucas doenças crônicas graves, patologias cardíacas, neurológicas e as outras patologias que são mais frequentes como a diabetes e pressão alta [...] eu vejo que é bastante gratificante, nesse sentido, para nós.

No entanto, apesar de ter qualidade técnica equivalente aos outros profissionais de saúde da região vários interlocutores relataram situações nas quais tais profissionais não foram bem tratados, tanto pela posição hierárquica (na qual os técnicos em enfermagem estão posicionados abaixo dos enfermeiros) quanto por serem indígenas. Tais relatos podem ser aplicados para situações que ocorreram nas aldeias, mas também no hospital regional. Segundo um interlocutor profissional em saúde vinculado ao polo base:

No hospital eles não tratam muito bem os indígenas não. Mas quando vai o enfermeiro, não o técnico de enfermagem, tanto no posto de Tocantínia, quanto no hospital regional o comportamento muda. [...] Porque todas as vezes que eu fui ao hospital em Miracema eu não fui nenhuma vez barrado [...] mas eles não respeitam muito os técnicos em enfermagem não. Ainda mais se for indígena.

Outra avaliação negativa dos moradores da aldeia Salto trata da estrutura do posto de saúde da aldeia. Rodrigues (2014) descreveu que em 2012 tal posto estava literalmente caindo aos pedaços. Parte do telhado, feito com estrutura de madeira, havia cedido e faltavam várias telhas. No começo de 2015 o posto estava reformado. Parte do telhado recebeu madeiras novas e não faltavam telhas. Mas no final de 2015 a situação estava diferente. Por fora o posto até parecia em bom estado, mas dentro dos três cômodos, nos quais respectivamente os profissionais realizam atendimentos e consultas odontológicas, guardam seus pertencem e dormem, cozinham e armazenam alimentos, havia infiltrações e muito mofo. Em um dos cômodos a estrutura do telhado voltava a ceder, sinalizando que em pouco tempo, caso nada seja feito, realizará a mesma precária configuração descrita por Rodrigues (2014).

Nas avaliações dos Xerente da aldeia Salto foi recorrente associar a estrutura física do posto com a falta de medicamentos. A estrutura do hospital, que em novembro estava em reforma, foi considerada, evidentemente, em melhores condições que a do posto de saúde da aldeia Salto. Segundo um interlocutor indígena *“estrutura tipo remédio eles não tem às vezes. E falta de estrutura mesmo. Física, que nem a casa ali no posto de saúde. Ali para mim não deveria estar nessa situação. Como cuida da saúde das pessoas?”*.

A “falta de medicamentos” apresentada nas avaliações dos indígenas envolvem vários fatores. Elas tanto tratam de medicamentos ou instrumentos que estão em falta, como ocorre comumente com as gazes e materiais utilizados para realizar curativos, quanto se referem à restrição de medicamentos comprados pelo SUS e disponibilizados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

Apesar dos profissionais de saúde entrevistados enfatizarem que há disponibilidade de todos os medicamentos apresentados pela RENAME não ficou evidente se os medicamentos nela inscritos são suficientes para o quadro epidemiológico dos Xerente. Interlocutores indígenas por vezes questionaram a qualidade desses medicamentos contrapondo-as às prescrições de medicamentos que não estão inclusos na relação. Para vários indígenas a RENAME só apresenta remédios básicos. Segundo uma interlocutora indígena, certa vez um médico perguntou se ela tinha condições financeiras de comprar um medicamento de custo considerável que não estava incluso na RENAME:

[...] aqueles remédios que eu acho que tem que eles dão. Se o remédio for caro eles passam é tempo. Só tem remédio básico. Até o médico mesmo

fala assim. Se você tiver condição de comprar eles passam. Se não tiver passa outro tipo de remédio. Porque meus meninos tem o nome indígena. As vezes eu consulto a mesma coisa e eles falam assim: - porque no Polo não adianta ir não que eles não compram. Aí eu falo: - Não. Passa um remédio mais ou menos. [É o que] eu falo para ele.

A lista da RENAME em avaliação para o ano de 2016 conta com 1700 medicamentos, em contraste com os 800 medicamentos listados na RENAME de 2014. Para *Junior et al* (2015) a RENAME passou nos últimos anos de uma lista de relação de medicamentos indicados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para uma lista mais comprometida com a gestão e com o financiamento dos medicamentos ofertados. Segundo os autores, antes do decreto nº 7.508/2011 era comum que remédios que estavam fora da lista fossem financiados e distribuídos, enquanto outros medicamentos inclusos na lista não eram adquiridos por conflitos de responsabilidade existentes entre os três entes federativos.

Tal formulação, no entanto, não descarta a possibilidade de falta de medicamentos que estão inscritos na RENAME no posto de saúde da aldeia e no hospital regional. Tampouco nega as narrativas que defendem que os médicos, apesar de prestarem serviços ao SUS, prescrevem medicamentos que não estão listados na RENAME. O fato é que os Xerente avaliam esses diferentes fatos e conflitos como falta de medicamento. Há claramente pouca preocupação por parte do polo-base em elucidar qual fato tem maior peso nessa relação. Nessa direção, segundo uma interlocutora indígena “*o remédio que eles passam não tem na lista. Só tem que passar da RENAME [...] se precisar de outro remédio você tem que tirar do seu bolso para comprar para não morrer*”.

As avaliações mais negativas dos meus interlocutores da aldeia Salto, quanto ao atendimento dos profissionais de saúde, esteve localizada no hospital regional de Miracema. As maiores queixas envolviam a demora no atendimento e a má qualidade e rispidez no trato com os pacientes. Rodrigues (2014) acessou o referido hospital e encontrou situações nas quais houve pouca ou nenhuma atenção com as particularidades das mulheres Xerente de forma de que procedimentos médicos e cirúrgicos eram pouco explicados, descritos pelos profissionais e, conseqüentemente, pouco compreendidos pelas Xerente.

Em novembro de 2015 um profissional de saúde ligado ao Polo-base estava responsável por acompanhar os pacientes indígenas quando esses eram encaminhados ao hospital. Não obstante, esse profissional trabalhava das 8 da manhã até às 17:30. Depois

desse horário e nos finais de semana não havia ninguém responsável por esse acompanhamento.

Ele tampouco implicava em uma boa qualidade do atendimento. Afinal de contas, o atendimento, além do acompanhamento, envolve a recepção e o encaminhamento para diversos profissionais como técnicos em enfermagem, radiologia, enfermeiros e médicos. Segundo um interlocutor Xerente da aldeia Salto o atendimento no hospital de Miracema:

[...] não é muito bom. É ruim porque eles falam que o pessoal está abusado indo lá todo dia ou talvez nem atende. Diz que tem que esperar, demora e muitas vezes não dá o medicamento direito. Só manda quando está passado para Palmas, quando está bem ruim. Isso já aconteceu várias vezes em Miracema.

Profissionais de saúde vinculados ao polo-base justificaram a demora no atendimento graças à demanda e ao quadro de referência de prioridades. Quanto mais grave ou emergencial, mais rápido um paciente é atendido, seja ele indígena ou não indígena. Mas vale lembrar, conforme exemplo no capítulo passado, que existem profissionais de saúde que só responsabilizam o polo-base pelo cuidado com a saúde dos indígenas e retiram do município e do estado essa atribuição. Esses profissionais, certamente contribuem e disseminam violência nas narrativas que envolvem uma caracterização dos indígenas como “abusados” por utilizarem esse serviço que é público e universal.

Tocante a uma falta de atenção em explicar procedimentos e diagnósticos duas narrativas sobre usuários indígenas do sistema de saúde chamam a atenção pela violência dos profissionais de saúde. No primeiro caso uma diabética se feriu e não obteve uma boa cicatrização. Quando chegou ao hospital o dedo ferido estava “preto”, indicando gangrena. O médico sugeriu uma amputação, a qual a indígena protestou. Segundo uma interlocutora da aldeia Salto:

O médico falou assim: Olha. Você tem que decidir. Porque a gente não pode ver você desse jeito. Você tem problema de diabetes e a gente não pode nem ter uma pancadinha ou um cortinho. Porque você perde sua mão. Se for na mão, se for na perna. Aí você vai decidir. Se você pensar de hoje até para amanhã a gente não pode perder tempo porque isso é risco de morte, aí nos vamos cortar sua mão.

A segunda narrativa é semelhante. Foi dado um diagnóstico para a paciente, também diabética, no qual seria necessário amputar um membro. A indígena e sua família

protestaram, mas só alcançaram a indignação do médico, que ameaçou voltar para Palmas e não realizar nenhum procedimento caso ela não se resolvesse com rapidez. Um familiar da aflita, que se comunicava bem em português e apresentava vários contatos e relações com profissionais de saúde de Miracema, foi ao hospital e lá repreendeu o médico e o convenceu a tratar com maior dignidade e respeito a paciente.

Nas duas narrativas tratava-se de mulheres consideradas anciãs (wawẽ) pelos Xerente, com diabetes (doença de impacto considerável no grupo como podemos verificar no quadro 1 sobre as principais causas de óbito), e que apresentavam dificuldades em se comunicar na língua portuguesa. Todos esses marcadores sociais foram ignorados pelos profissionais de saúde e a recusa em aderir aos procedimentos foi considerada, pelos profissionais, um abuso. As implicações dos procedimentos na vida dos pacientes, o impacto do diagnóstico não parecem ter sido sequer cogitados pelos profissionais de saúde em questão.

É possível encontrar violência semelhante em proibições e constrangimentos causados por profissionais de saúde que se posicionam contra a utilização de remédios caseiros, cascas de árvore e outras terapias pelo grupo. Várias narrativas de interlocutores Xerente evidenciaram o quanto para alguns profissionais de saúde os remédios caseiros utilizados pelo grupo são tratados como ineficazes e associados com a categoria de crença, ou como um obstáculo para a utilização de medicamentos industrializados.

Um homem Xerente da aldeia Salto contou-me que quando levou seu filho ao hospital regional de Miracema um profissional de saúde lamentou a “falta de cuidado” do Xerente com seu filho. Fato o qual o Xerente contestou: *“nós estávamos cuidando com remédio tradicional. O enfermeiro falou: - não. Esse remédio de vocês não serve de nada. Não serve para nada. Não vale nada esse remédio”*. De forma semelhante, uma anciã Xerente narrou que foi constrangida por um médico quando utilizava remédio caseiro e estava no hospital: *“O médico me conheceu disse que eu tomei o caseiro. Aí eu fui negar. Eu neguei para ele: - ninguém não está me dando o caseiro, ninguém não está trazendo para mim nem nada. [...] Aí ele, o médico falou assim: - Não. Você não pode trazer remédio caseiro para cá não. Não pode trazer não”*.

Além do atendimento no hospital regional de Miracema o serviço de hospedagem contratado pelo DSEI em Tocantínia para acolher os indígenas que são encaminhados para o

hospital de Miracema, Palmas ou outro centro de referência também foi criticado por meus interlocutores Xerente. Até 2015 o hotel contratado pelo DSEI apresentava poucos banheiros por andar, camas desconfortáveis e uma alimentação que não se preocupava com a dieta hospitalar e com as restrições e proibições alimentares necessárias no resguardo de um filho para os homens e mulheres. Segundo uma interlocutora Xerente:

Quando a pessoa está lá hospedada [e] passa dois ou três dias. Enquanto a pessoa está lá a colcha de cama não lava, não troca. Não troca todo dia. [...] de comer não tem aquele caldinho. Porque os hipertensos não comem essas coisas duras. Arroz duro, carne frita. Tem que comer uma sopa. Aí um dia daí eu fiquei brava: – Olha. A gente está enjoada de comer aqui só frango, só frango. A gente já cansou de comer. Parece que aqui nem se compra carne de gado, nem peixe, nem nada. Só tem dois banheiros. Um da mulher. Só cabe uma pessoa.

4.2 - Avaliações dos profissionais

Os profissionais de saúde vinculados ao polo-base de Tocantínia avaliaram positivamente o serviço que prestam para a população Xerente. Mas de forma semelhante a algumas narrativas dos Xerente, que qualificaram o serviço ofertado pelo polo-base como regular ou bom, os profissionais localizaram essa avaliação considerando como parâmetro um atendimento médio inscrito no sistema único de saúde (SUS). Nessa direção, um dos profissionais entrevistados destacou a frequência das visitas domiciliares em terra indígena e a quantidade de médicos para o número da população Xerente como superiores aos encontrados para não indígenas usuários do sistema único de saúde:

Se você pegar o SUS fora do não indígena o trabalho em visitas domiciliares é muito fraco. Você conseguir visitar uma vez uma residência a cada quinze dias é muito. Aqui você consegue visitar uma residência a praticamente [cada] três dias. Os hipertensos e diabéticos, as pessoas com doenças crônicas, você consegue visitar quase diariamente. Já na saúde pública pelo SUS não indígena você não consegue fazer isso. Exames laboratoriais, exames mais complexos como ultrassom. Isso aí para o indígena a gente consegue muito mais fácil [em] uma quantidade maior também. Além de ser muito mais fácil que o SUS na saúde pública não indígena. Essa comparação se você olhar, ela é muito grande.

Da mesma forma outro profissional localizou as limitações do serviço que oferece como semelhantes às que apresentam os serviços prestados aos não indígenas. Prevalece a ideia de que o que é prestado para os indígenas é superior ao que é prestado para os não indígenas. Segundo esse profissional *“hoje tudo a gente depende do SUS e o SUS para o indígena ele é muito melhor que o SUS para o não indígena. Em medicamento também. A*

gente trabalha com a RENAMI, a RENAMI é a lista de medicamentos para o SUS, a gente tem todos eles”.

Tanto os profissionais hoje vinculados ao polo-base, quanto os profissionais indígenas e não indígenas que tiveram vínculo com a FUNAI e trabalharam com saúde indígena até 2010, quando a FUNASA ainda era responsável pelo atendimento de saúde oferecido aos Xerente, destacam as vantagens e diferenças pontuais nas duas administrações. A terceirização no que toca ao acesso a exames laboratoriais como o ultrassom e a médicos especialistas foi considerada uma grande vantagem pelos entrevistados. Rodrigues (2014) apresenta narrativas de Xerente que, do mesmo modo, elogiaram o transporte, o atendimento em tempo integral e o acesso a especialistas, no período anterior a gestão da SESAI.

Evidentemente cada caso deve ser localizado, visto que os períodos de administração da saúde pelo SPI, pela FUNAI e pela FUNASA também apresentavam graves problemas como a má aplicação de recursos, falta de qualificação técnica e pouca ou nenhuma atenção, mesmo formal, com as especificidades epidemiológicas e com os marcadores sociais e culturais das populações indígenas, como podemos verificar em Garnelo (2012). Mas de todo modo, mais uma vez, estar inscrito no SUS justificaria os parâmetros e limitações do serviço oferecido para a população Xerente. O discurso de um profissional de saúde deixa isso claro:

Na FUNASA parece que era terceirizado e a gente está dentro do SUS. E você pensa, é saúde pública? E o posto de saúde? O não indígena? Ele tem o mesmo acesso? Tudo que ele pedir ele vai ter ali? Não, então a gente tem as mesmas limitações. Eu não posso exigir sendo que mudou. A gente trabalha com outra coisa agora. É dentro do sistema único de saúde. Eu não vou poder exigir uma coisa grande sendo que eu sei que o sistema não vai me dar isso. Isso é culpa do DSEI? Não, isso a gente trabalha, no caso, para a saúde pública dentro do SUS. De acordo com o que temos ali.

Conforme pontuei no capítulo passado os profissionais de saúde vinculados ao polo-base de forma recorrente criticaram a falta de apoio do município no atendimento aos indígenas. Eles destacaram que o polo-base e o DSEI não são os únicos responsáveis pela atenção a saúde dos Xerente. Afinal, a população do município de Tocantínia é constituída por indígenas e não indígenas que devem ser tratados sem distinção, no que toca ao acesso e qualidade do serviço, e ter também suas especificidades garantidas. Segundo um profissional de saúde:

Essa desvinculação do município, quando chega na época da política os índios parece que servem para eles e eles vinculam o índio de novo, insere o índio de novo. A responsabilidade de uma doença, de uma epidemia, independente se ela for na cidade ou na aldeia é do município. Juntamente com o Polo. Mas é uma única população. Se acontecer uma epidemia, alguma coisa em uma doença em massa, ela está atingindo uma população de Tocantínia [...] tem que ver dessa forma. E os índios sofrem muito com isso e eu como profissional sofro também com eles porque eu vejo isso nítido, eu vejo essa divisão. A gente vê essa divisão quando precisa vincular o índio ao posto de saúde porque a fala de todos os indígenas é que tem preconceito com eles, que eles chegam mais cedo do que todos os brancos e eles são atendidos por último, tem vez que nem são atendidos.

Quanto aos medicamentos industrializados os profissionais vinculados ao polo-base de Tocantínia se queixaram com frequência da utilização inadequada e da interrupção do tratamento. Esses profissionais não identificaram uma resistência em iniciar o tratamento, mas em realiza-lo da forma adequada, sem interrupções. O acompanhamento do técnico em enfermagem, do agente indígena de saúde (AIS) e do enfermeiro da região foi apresentado como essencial para desestimular e evitar essa prática recorrente. Segundo esse profissional:

A gente deixa a medicação, a gente explica direitinho, a gente escreve na caixinha do medicamento ou em um papel, direitinho. E quando a gente volta, a gente vê que a medicação não foi tomada de maneira adequada. [...] Essa situação a gente se depara na área. Agora de rejeitar a medicação a gente escuta um ou outro. Mas com uma conversa, uma explicação da importância da medicação, que a fala deles é que tem que usar mais a medicação do mato, a gente os deixa usar a medicação do mato, mas mostra a importância, as pessoas que já morreram devido não ter feito o uso adequado da medicação [industrializada] e aí eles sempre se associam nisso e usam a medicação[industrializada].

Tanto as avaliações dos profissionais em saúde das equipes multidisciplinares em saúde indígena (EMSI), quanto as qualificações dos Xerente sobre o serviço prestado transparecem a necessidade de um serviço de saúde que atenda as especificidades culturais, sociais das populações atendidas. Não se trata de uma necessidade recente, tampouco pouco discutida.

A criação do subsistema de saúde indígena envolveu essa discussão, consolidada com a criação do modelo de gestão do DSEI por meio da lei Arouca (nº 9.836) em 1999. Em 2002 a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) estabeleceu como uma

importante diretriz estratégica o atendimento diferenciado das populações indígenas por meio de profissionais qualificados para a atuação em contextos interculturais.

No entanto, como podemos constatar no trabalho de Langdon e Diehl (2007), apesar do discurso institucional prezar o princípio de atenção diferenciada, que deve levar em conta as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais das populações indígenas, na prática, em vários distritos sanitários especiais indígenas (DSEI), prevalece o sistema biomédico de saúde no qual as especificidades culturais e sociais das populações e suas configurações são ignoradas e detrimento de aspectos biomédicos e opções terapêuticas farmacológicas.

Entretanto, esse quadro geral, no qual as práticas indígenas de auto atenção à saúde e o respeito “a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura” (Brasil, 2002, p.13) são deixadas de lado pelos serviços de saúde, se apresenta de forma distinta e não homogênea. Enquanto o atendimento dos profissionais de saúde vinculados ao polo-base apresenta certa “permissividade” e “tolerância” com os remédios tradicionais ou caseiros, apesar de não identificá-los como ideais ou utilizarem o referencial biomédico para qualificá-los como efetivos ou não, fora da aldeia, no hospital regional de Miracema, os profissionais apresentam muito maior resistência e até aversão a essa opção terapêutica, associada por vários médicos à categoria de “crença” e “superstição”.

A atuação de técnicos em enfermagem e profissionais em saúde indígena pode fragilizar esse quadro, mas dificilmente de forma contundente. O MMH, de base biomédica, pode prevalecer como um referencial de cuidado sobre outras opções terapêuticas e itinerários utilizados pelo grupo, como demonstram os trabalhos de Pontes, Rego e Garnelo (2015) e Langdon e Diehl (2007) sobre os agentes indígenas de saúde (AIS).

Todavia a adoção do modelo biomédico e suas implicações pelos profissionais de saúde, indígenas ou não indígenas, não necessariamente resulta na adoção única desse referencial pelas populações. Nesse caso, a recusa ou resistência dos Xerente a um tratamento ou medicamento industrializado será, como vimos no último exemplo, localizada como um problema grave da “cultura” Xerente, e não como resultado de uma falta de atenção aos processos de *autoatenção* utilizados pelo grupo.

O tratamento para as doenças crônicas é icônico nesse sentido e demanda uma atenção substancial nos Xerente, visto no que toca a diabetes, segundo os dados da SESAI

apresentados no quadro 1 (página 19), as complicações decorrentes da doença foram uma das principais causas de óbito em 2015 no grupo. Tal situação atinge contornos maiores quando encontra quadros semelhantes em periferias de centros urbanos (Souza e Garnelo, 2008), apontando para problemas recorrentes na formação de profissionais que envolvem assimetrias sociais e nos modelos de atenção. A narrativa de uma mulher Xerente anciã esclarece as dificuldades do polo-base em lidar com as possibilidades dietéticas dos aflitos e em um tratamento e atenção que não seja restrito a prescrição de medicamentos industrializados, mas que se atenha as diversas representações e opções terapêuticas dos aflitos. Segundo a indígena:

A gente fala para a pessoa tomar o medicamento direito, para não faltar nem um dia, não ficar sem tomar remédio, se alimentar bem e eles enjoa de comer hoje só arroz, amanhã feijão, isso enjoa. [...] porque a gente não pode cuidar das pessoas só com remédio. Remédio não alimenta ninguém, não é saúde. [...] porque a gente abusa de tomar remédio. [tem] que mudar o esquema, mudar alguma coisa para eles, orientando, falando, amostrando o que está matando. Mas eu duvido os índios, aqueles mais velhos parar de comer farinha. Eu respeito [...] porque isso é de nascença, é da cultura deles, tem que respeitar.

Trata-se de uma homogeneização da atenção à saúde que ignora especificidades como condições socioeconômicas dos aflitos, poder de decisão sobre dietas, configurações sociais e a necessidade da coexistência simétrica de diferentes modelos de atenção. Expressa fundamentalmente por meio de um modelo predominantemente ainda emergencial-curativo que dá peso excessivo ao componente farmacológico e desvaloriza a dimensão relacional do cuidado, visto que:

Ainda que o medicamento seja peça fundamental no controle da hipertensão e do diabetes, sozinho, ele é insuficiente para garantir uma adesão permanente do doente aos cuidados oferecidos pela unidade de saúde (SOUZA E GARNELO, 2008, p.S97.).

Uma formação continuada ou permanente dos profissionais que atuam nos polos administrados pelos DSEI aparece como uma variável importante para aproximá-los dos conceitos, terapias, limites e dificuldades que envolvem o atendimento das populações indígenas com as quais trabalham. Afinal, segundo Diehl e Pellegrini (2014), a graduação de profissionais de saúde não indígenas, normalmente, não os prepara de forma suficiente para atuar em contextos interétnicos.

Entrevistas com profissionais do polo base de Tocantínia indicaram cursos de formação sobre procedimentos e técnicas de base biomédica, mas não sobre a diversidade de terapias ou características sociais e econômicas da população Xerente. Nesse ponto, como pontua Diehl e Pellegrini (2014), uma atenção diferenciada é substituída por um conceito de integralidade do atendimento que se preocupa em expandi-lo e homogeneizá-lo e não, semelhante ao sentido utilizado pela Política Nacional de Humanização, que se preocupa em valorizar os diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde, sua autonomia, protagonismo, corresponsabilidade, estimulando vínculos solidários e uma participação coletiva.

Outra variável importante que, como vimos anteriormente nas narrativas, tem impacto considerável no atendimento e na construção de uma relação entre profissional e usuário do sistema de saúde toca a permanência dos profissionais de saúde no DSEI. Semelhante ao que apresenta Garnelo (2012), Langdon e Diehl (2015) há também no DSEI de Tocantínia uma alta rotatividade de profissionais de Saúde, principalmente médicos.

O quadro de profissionais que encontrei em campo em 2015 é diferente do encontrado por Rodrigues (2014) em 2013. Mas apesar de mudarem os profissionais, permanece o tipo de contrato, visto que os profissionais de saúde que entrevistei também foram contratados pela ONG Missão Evangélica Caiuá, conveniada com a SESAI. O profissional de saúde que entrevistei, contratado por ONG, com o maior tempo vinculado ao DSEI Tocantins estava lá há dois anos.

Destaco que esse tipo de vínculo empregatício teve impacto considerável nas entrevistas que realizei com os profissionais de saúde, mas principalmente com os técnicos em enfermagem que são indígenas. Perguntas que envolveram a estrutura física dos postos de saúde das aldeias deixaram esses profissionais evidentemente constrangidos e receosos sobre as consequências de suas respostas em sua relação profissional em face da possibilidade de uma suspensão dos contratos.

Os contratos de transporte e de motoristas estão sujeitos a uma situação semelhante, são também inconstantes. No segundo semestre de 2015 havia oito carros circulando pela área Xerente, transportando os indígenas que precisavam de atendimento de saúde. No entanto, segundo interlocutores Xerente, no começo de 2015 havia somente

dois. São duas configurações bastante diferentes e que impactam diretamente o serviço de saúde oferecido para o grupo.

Segundo um interlocutor Xerente até julho de 2016 os médicos cubanos ainda atuavam nas TI Xerente e Funil. O número de carros para o transporte dos Xerente permanecia o mesmo. Contudo, após o afastamento da presidente Dilma em maio de 2016 o presidente interino trocou os ministérios e nessa nova configuração também mudaram o chefe de gabinete do DSEI – Tocantins. Preocupa o fato do novo ministro da saúde, Ricardo Barros, ser a favor de cortes orçamentários no Sistema Único de Saúde (SUS)²⁹ e de qualificar o programa Mais Médicos, responsável pelos contratos com os médicos cubanos, como provisório³⁰. Novas medidas do governo podem suspender ou não renovar tanto os contratos com os profissionais de saúde, quanto os de transporte e hospedagem, impactando significativamente a população Xerente.

²⁹ Em maio de 2016 o ministro voltou atrás e em uma reportagem do jornal folha de São Paulo afirmou que não é preciso rever o tamanho do SUS. No entanto, a ampliação do sistema não aparece como um objetivo imediato. Fonte da reportagem: <www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2016/05/1772095-ministro-da-saude-recua-e-diz-que-nao-pretende-rever-tamanho-do-sus.shtml>.

³⁰ Em julho de 2016 para o jornal Folha de São Paulo o ministro qualificou o programa como provisório, mas não estimulou um prazo final para o programa. Fonte: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2016/07/1794201-programa-mais-medicos-e-provisorio-diz-ricardo-barros-ministro-da-saude.shtml>>

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Busquei nesse trabalho abordar três elementos importantes para a compreensão de processos que envolvem a saúde e o adoecimento dos Akwẽ Xerente moradores da aldeia Salto Kripre. O primeiro deles é a categoria *hãze*, utilizada pelo grupo para designar uma série de sintomas, mal estares e dores pelos quais um Xerente pode passar. A segunda são os itinerários terapêuticos aos quais o grupo recorre para aliviar e solucionar seus mal estares, dores, doenças e aflições. O terceiro elemento é uma avaliação dos Xerente da aldeia Salto e de profissionais de saúde vinculados ao polo-base de Tocantínia sobre a qualidade serviço de saúde público que é oferecido para o grupo.

No segundo capítulo tomei como ponto de partida para pensar as doenças, dores, mal estares, padecimentos a categoria *hãze*. Por meio dela foi possível perceber a grande complexidade e a diversidade de mal estares, padecimentos, doenças e dores que compõem o modelo etiológico do grupo. Nele estão inscritas as “doenças de branco”, as que decorrem de quebra de restrições ou que contrariam recomendações dietéticas, as que advêm de um contato inadequado com outros seres e corpos (como os espíritos, almas, donos), ou que emergem de conflitos políticos e sociais como os feitiços.

Apesar da categoria *hãze* não poder ser totalizada ou generalizada ela consegue reunir e integrar tanto algumas narrativas de experiência sobre enfermidades que escapam, não se encaixam ou são deixadas de fora pelo modelo médico hegemônico, quanto as que nele podem ser inscritas e que são facilmente associadas a tal modelo pelos profissionais de saúde.

Nessas associações percebe-se que os Xerente apresentam tanto doenças e mal estares que são mais comuns para outras populações indígenas, como os feitiços jogados pelos sekwa, e as doenças e mal estares que advêm do contato inadequado com os donos, espíritos e almas, mas também outras doenças próximas de classificações populares e que podem ser encontradas em várias regiões do país como a arca caída, a congestão, o mau olhado.

Tais enfermidades também evidenciam o indissociável aspecto social da doença. Mesmo as doenças associadas aos “brancos” são interpretadas pelo grupo como fruto de relações específicas com o “outro” ou alteridade. A “substância” de cura e adoecimento é localizada socialmente e espacialmente e de forma alguma está restrita somente ao corpo. O

hospital, a aldeia, a cidade e as relações construídas historicamente nesses espaços são fundamentais para a expressão desses mal estares e adoecimentos no grupo.

As narrativas sobre adoecimento e mal estar me direcionaram para o segundo elemento: a multiplicidade de sujeitos, caminhos ou itinerários terapêuticos utilizados pelos Xerente que estão doentes, com algum mal estar, ou aflitos para preservar ou recuperar sua saúde. Essa multiplicidade de sujeitos é comparável a diversidade de doenças apresentadas no capítulo dois.

No capítulo três, o itinerário que recorre aos cuidados dos profissionais de saúde é somente um dos caminhos possíveis para o alívio ou resolução de alguma doença, enfermidade. Contrariando concepções nas quais o modelo biomédico de atenção e os itinerários que dele decorrem são apresentados como cabais ou capazes de solucionar ou dar respostas e conforto para todas as aflições e padecimentos.

As narrativas dos aflitos destacam as diferentes negociações, relações e trajetórias envoltas nos processos de cura e adoecimento. Os diferentes sujeitos acessados utilizam de conhecimentos específicos que por vezes apresentam acesso restrito quando diagnosticam e oferecem opções terapêuticas.

As falas de *Nāmnādi* deixam isso evidente quando ela trata como segredos os conhecimentos que são restritos e estão inscritos nos clãs, nas metades, com os anciãos e anciãs, com os rezadores, benzedores, pajés, pastores e profissionais de saúde. Nesse ponto, o itinerário terapêutico que recorre aos profissionais de saúde de formação biomédica aparece como um dos vários itinerários possíveis e que envolvem o diagnóstico de mal estares e doenças que afetam a reprodução biossocial do grupo.

O conflito e a negociação são uma característica desses diversos sujeitos, itinerários terapêuticos e dos tipos de conhecimento que dele decorrem. O *sekwa* ou pajé é ímpar nessa negociação com o outro, posto que dialoga com “sociedades” outras, ou coletivos sociais, que são compostos pelas almas dos mortos (*hêpāri*), pelos donos e animais e com outras atividades “invisíveis”.

Tais observações servem tanto para a necessidade do contato e diálogo com os “brancos” e profissionais de saúde e com o conhecimento de base biomédica, quanto para a influência de forças sobrenaturais, as quais os pastores evangélicos também se referem. Trata-se, segundo *Nāmnādi* (2011), de assegurar a sobrevivência dos Akwẽ em face à

influência das “forças sobrenaturais” por meio da negociação do convívio e do reconhecimento da necessidade de relações.

No quarto capítulo realizo uma avaliação do serviço de saúde oferecido para os Xerente da aldeia Salto, contrastando as considerações mais recorrentes dos moradores da aldeia sobre a qualidade do serviço com as observações de profissionais de saúde vinculados ao polo-base de Tocantínia.

Ficam evidentes a fragilidade das estruturas físicas do subsistema de saúde, a irregularidade dos contratos de recursos humanos e transporte, a dificuldade de comunicação entre indígenas e profissionais de saúde e situações graves de maus tratos e preconceito nos atendimentos realizados fora do subsistema de saúde, no Hospital Regional de Miracema, próximos aos que foram encontrados por Rodrigues (2014) quando pesquisou a saúde reprodutiva das mulheres Xerente.

Dados da SESAI, apresentados nos capítulos anteriores, agravam esse quadro, pois caracterizam o impacto das doenças crônicas diabetes e hipertensão nos óbitos do grupo. Essa fragilidade aparece como uma característica do serviço de saúde vinculado ao modelo biomédico que é oferecido para os Xerente.

Dou ênfase a esse elemento porque ele aparece em um campo de disputa bastante assimétrico. Isso porque dos vários itinerários terapêuticos possíveis para os Xerente, os que são associados ao modelo médico hegemônico, de base biomédica, são os que menos os Xerente apresentam condições de participar/disputar/construir. Tanto porque para boa parte do grupo são conhecimentos “novos”, ligados ao ensino formal, quanto porque eles não estão nas posições de poder capazes de impactá-las substancialmente.

Além disso, trata-se de uma característica do modelo médico hegemônico (MMH) que apresenta uma ignorância profunda na dinâmica existente entre os sujeitos e grupos sociais na interpretação constante de diagnósticos e construções etiológicas e perde uma efetividade real ao ignorar os itinerários e estabelecer que o quê o modelo biomédico reconhece como uma doença, segundo seus moldes, pode ser interpretado pelos Xerente como ser um sintoma de outra enfermidade, mal estar, como um feitiço, uma quebra de restrição, etc.

A diversidade de mal estares, doenças e dos itinerários e sujeitos aos quais os Xerente recorrem nesse trabalho expressam, portanto, a resistência do grupo em face de

tendências hegemônicas de corpo, saúde e adoecimento. Busquei com esse trabalho também resistir às mesmas tentações supracitadas, concordando com Sarti (2010) que os estudos sobre corpo e doença devem vir como formas alternativas e críticas à racionalidade biomédica.

REFERÊNCIAS

ALVES, P. C.; SOUZA, I. M. A. **Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico.** In: RABELO, M. C. M.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. (Orgs.). *Experiência de doença e narrativa.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999, p. 125-138.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas.** 2.ed. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Conheça a secretaria – SESAI.** Brasília: site institucional do Ministério da Saúde. 2016. Disponível em: <portalsaude.saude.gov.br/index.php/conheca-a-secretaria-sesai>.

CABRAL, Ana Lucia Lobo Vianna et al . Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 11, p. 4433-4442, Nov. 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27/06/2016.

DE PAULA, L. R. **A dinâmica faccional Xerente:** esfera local e processos sociopolíticos nacionais e internacionais. 2000. 342 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Departamento de Antropologia, FFLCH, USP, São Paulo.

DIEHL, Eliana Elisabeth; PELLEGRINI, Marcos Antonio. Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos interculturais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 867-874, 2014. Disponível em: < http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000400867&lang=pt> Acesso em 26/07/2016.

DIEHL, Eliana E; JEAN LANGDON, Esther. Transformações na Atenção à Saúde Indígena: Tensões e Negociações em um Contexto Indígena Brasileiro. **Universitas Humanística**, Bogotá, n. 80, p. 213-236, 2015. Disponível em: < http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-48072015000200009&lang=pt> Acesso em 26/07/2016.

DUARTE, Luiz F. D. **Investigação Antropológica sobre Doença, Sofrimento e Perturbação: uma introdução.** In: DUARTE E LEAL (orgs.) *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. 210 p. ISBN 85-85676-46-9. Disponível em: SciELO Books <<http://books.scielo.org>>. Acesso em 20/06/2016.

GALLOIS, D. T. A. **Categoria “doença de branco”:** ruptura ou adaptação de um modelo etiológico indígena? In: BUCHILLET, D. (Org.). *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia.* Belém: MPEG; CNPq; SCT; CEJUP; UEP, 1991. p. 175-206.

GARNELO, Luiza. **Política de Saúde Indígena no Brasil:** notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à Saúde. In: GARNELO, Luiza; PONTES, Ana Lúcia (org.) *Saúde Indígena: uma introdução ao tema.* Brasília: MEC-SECADI, 2012.

GIRALDIN, Odaire e MELO, Valéria M. C. de. Os Akwẽ Xerente e a busca pela domesticação da escola. *Revista Tellus*, ano 12, n.22, p.177-199, 2012. Disponível em: <www.tellus.ucdb.br/index.php/tellus/article/view/279> Acesso em: 24/07/2016.

HELENA, Maria. **A vida da Água**: um estudo sobre a água, seus donos e a poluição nos dias de hoje na área Akwẽ (AKWË NĨM TKAI WAM HÃ KÂ). 32 f. Trabalho de conclusão de curso (projeto extraescolar) – Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Letras, Núcleo Takinahaky de Educação Intercultural, Goiânia, 2011.

HOUAISS, A. e VILLAR, M. de S. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Elaborado no Instituto Antonio Houaiss de Lexicografia e Banco de Dados da Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

JÚNIOR, Hélio Barbin. **Do feitiço a malária: uma etnografia do sistema de saúde na reserva extrativista do alto Juruá – Acre**. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – UFSC, Florianópolis, 1999.

JÚNIOR, José Miguel do Nascimento *et al.* Avanços e perspectivas da RENAME após marcos legais: o desafio de contribuir para um SUS único e integral. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, vol. VI (supl. 4), 2015, pp.3354-3371. Disponível em: <<http://rebrats.saude.gov.br/noticias/320-avancos-e-perspectivas-da-rename-apos-novos-marcos-legais-o-desafio-de-contribuir-para-um-sus-unico-e-integral>> Acesso em 26/07/2016.

KARASCH, Mary. Catequese e cativo: Política indigenista em Goiás 1780-1889. In: CARNEIRO DA CUNHA, Manuela. (Org.). **História dos índios no Brasil**. São Paulo, Companhia das Letras/Sec. Mun. de Cultura/FAPESP, 1992. p. 397-413.

LANGDON, Esther Jean. *A doença como experiência*: o papel da narrativa na construção sociocultural da doença. *Etnográfica*, Vol. V (2), 2001, pp. 241-260. Disponível em: <http://ceas.iscte.pt/etnografica/docs/vol_05/N2/Vol_v_N2_241-260.pdf> Acesso em: 20/06/2016.

LANGDON, Esther Jean. Redes xamânicas, curanderismo e processos interétnicos: uma análise comparativa. *Mediações*, Londrina, v. 17, n. 1, 2012. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/mediacoes/article/view/2012.v17n1p63>> Acesso em 20/06/2016.

LANGDON, Esther. A viagem à casa das onças: narrativas sobre experiências extraordinárias. *Revista de Antropologia*, USP, São Paulo, v.56, n.2, p.183-212, 2013. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/ra/article/view/82465/85445>>. Acesso em 26/06/2016.

LANGDON, Esther Jean. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1019-1029, Apr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000401019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27/06/2016.

LANGDON, Esther Jean; DIEHL, Eliana E. Participação e autonomia nos espaços interculturais de Saúde Indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 19-36, 2007. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000200004&lang=pt> Acesso em 26/07/2016.

LANGDON, Esther Jean; WIJK, Flávio Braune. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p. 459-466, June 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000300023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20/06/2016.

LAPLANTINE, François. **Antropologia da doença**. São Paulo, Martins Fontes, 1991.

LOPES DA SILVA, Aracy. Dois séculos e meio de história Xavante. In: CARNEIRO DA CUNHA, Manuela. **História dos índios no Brasil**. São Paulo: Companhia das letras, 1992.

LOPES DA SILVA, Aracy & FARIAS, Agenor. Pintura corporal e sociedade, os partidos Xerente. In: VIDAL, Lux (org.) **Grafismo Indígena**. São Paulo: Nobel/EDUSP. p. 89-116. 1992.

MARTIUS, Carl F.P.von. **Natureza, doenças, medicina e remédios dos índios brasileiros**. 2ª ed., São Paulo: Ed. Nacional/INL/MEC; 1979 [1844].

MAYBURY-LEWIS, D. Introduction; Chapter 7: cultural categories of the central Gê. In: MAYBURY-LEWIS, D. (ORG.) **Dialectical societies: the Gê and Bororo of Central Brazil**, Cambridge, Harvard University Press, 1979.

MAYBURY-LEWIS, D. **O selvagem e o inocente**. Trad. Mariza Corrêa. Campinas: Editora da UNICAMP, 1990.

MENENDEZ, Eduardo L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 185-207, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20/06/2016.

NÃMNÃDI, Ilda Xerente. **O tratamento de remédio tradicional**: oficina com alunos e moradores da aldeia Bru Krãipa/Boa Fé. 33 folhas. Trabalho de conclusão de curso (projeto extraescolar) – Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Letras, Núcleo Takinahaky de Educação Intercultural, Goiânia, 2011.

NETO, Odilon R. de Moraes. **Sawrepté**: imagens do Brasil-Central. 2007. 101f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade de Brasília (UNB), Brasília.

NUNES, H. M. M.; PAIVA, J. A.; RAMOS, A. T. et al Effects of *Buchenavia tomentosa* consumption on female rats and their offspring. **Acta Scientiarum**. v. 32, n.4.p.423 - 429, 2010.

NIMUENDAJU, Curt. **The Serente**. Los Angeles: Southwest Museum, 1942.

OLIVEIRA, Bernadete Castro. Cultura e Natureza: um exemplo entre os Xavante da TI Sangradouro/Volta Grande-MT. **Espaço e Cultura**, UERJ, Rio de Janeiro, n.23, p.18-32, Jan/Jun de 2008. Disponível em: < <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/espacoecultura/article/viewFile/3519/2446>> Acesso em 27/06/2016.

OLIVEIRA-REIS, C.F. **Aspectos do contato e formas socioculturais da sociedade Akwe-Xerente (Jê)**. Dissertação de Mestrado em Antropologia Social. Universidade de Brasília (UNB), 2001.

PONTES, Ana Lucia de Moura; REGO, Sergio; GARNELO, Luiza. O modelo de atenção diferenciada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: reflexões a partir do Alto Rio Negro/AM, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3199-3210, 2015. Disponível em: < http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001003199&lang=pt> Acesso em 26/07/2016.

REICHEL-DALMATOFF, G. - Cosmology as Ecological Analysis: a view from the rain-forest. **Man**, New Series, 11/3, 1976 (307-318). Disponível em: < web.mnstate.edu/robertsb/380/cosmologyecological.pdf> Acesso em 20/06/2016.

RODRIGUES, Bonfim Pereira Xerente. **Casamentos tradicionais**. 49 folhas. Trabalho de conclusão de curso (projeto extraescolar) – Universidade Federal de Goiás, Faculdade de letras, Núcleo Takinahaky de Educação Intercultural, Goiânia, 2012.

RODRIGUES, Kária Segato. **Saúde Reprodutiva das Mulheres Akwe-Xerente: uma perspectiva intercultural**. 2014. 167 folhas. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia.

SARTI, Cynthia. Corpo e doença no trânsito de saberes. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. São Paulo, Vol. 25, nº74, 2010.

STRATHERN, M. **O efeito etnográfico e outros ensaios**. SP: Cosac Naify, 2014.

SCHMIDT, Rosana. **Nossa cultura é pequi, frutinha do mato: um estudo sobre as práticas alimentares do povo Akwẽ**. 2011. 128 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Sociais, Universidade Federal de Goiás, Goiânia.

SCHROEDER, Ivo. **Política e parentesco nos Xerente**. 2006. 296 folhas. Tese (Doutorado) - Departamento de Antropologia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, USP, São Paulo.

SINÃ, VALCI XERENTE. **Akwẽ Xerente Nĩsizem Re Hã Hêsuka: nomes próprios do povo Akwẽ Xerente**. 37 folhas. Trabalho de conclusão de curso (projeto extraescolar) – Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Letras, Núcleo Takinahaky de Educação Intercultural, Goiânia, 2011.

SILVA, Cleube Alves da. **Confrontando mundos: os Xerente, Xavante, Xacriabá e Akroá e os contatos com os conquistadores da capitania de Goiás**. 2006. 165f. Dissertação (Mestrado em História) – UFGD, Dourados (MS).

SILVA, Georgia da. **“Chama os Atikum que eles desatam já”**: práticas terapêuticas, sabedores e poder. 2007. 115 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal do Pernambuco (UFPE), Recife.

SIVA, Julia Izabelle da. **Entre conflitos e resistências**: usos e atitudes linguísticas de jovens indígenas Akwẽ Xerente. 2014. 163 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Letras, Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia.

SOUZA, Maximiliano Loiola Ponte de; GARNELO, Luíza. "É muito dificultoso!": etnografia dos cuidados a pacientes com hipertensão e/ou diabetes na atenção básica, em Manaus, Amazonas, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s91-s99, 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300014&lang=pt> Acesso em 26/07/2016.

TIKWA, Afonso Xerente. **A corrida de toras entre os Akwẽ Xerente**. 36 folhas. Trabalho de conclusão de curso (projeto extraescolar) – Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Letras, Núcleo Takinahaky de Educação Intercultural, Goiânia, 2014.

TURNER, TERENCE S. The Gê and Bororo Societies as Dialectical Systems: a general model. In: MAYBURY-LEWIS, D. (ORG.) **Dialectical societies: the Gê and Bororo of Central Brazil**, Cambridge, Harvard University Press, 1979.

YOUNG, Allan. **Some implications of Medical Beliefs and Practices for Social Anthropology**. *American Anthropologist* 78(1):5-24. 1976.

YOUNG, Allan. **The Anthropologies of illness and Sickness**. *Annual Review of Anthropology* 11: 257-285. Palo Alto, Annual Reviews, inc. 1982.

ANEXO 1 - ROTEIRO PRELIMINAR DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA – HOMENS AKWĒ XERENTE³¹

Bloco 1 – questões preliminares

1.1 – Qual seu nome?

1.2 – Qual sua idade?

1.3 – Mora na aldeia Salto há quanto tempo? Qual sua aldeia de origem? (caso não tenha nascido na aldeia Salto)

1.4 – Você tem alguma doença crônica, uma doença de longa duração ou que se repete com alguma frequência? Qual?

1.5 – Algum parente seu tem alguma doença crônica, uma doença de longa duração ou que se repete com alguma frequência? Qual?

Bloco 2 – trajetória e itinerário terapêutico

2.1 – Você se sentiu mal essa semana? E no último mês? E nos últimos seis meses? O que você sentiu?

2.2 – Algum parente seu se sentiu mal, indisposto essa semana? E no último mês? E nos últimos seis meses? O que ele(a) sentiu?

2.3 – Você falou com alguém sobre esse mal estar? Com quem falou?

2.4 – Você tomou algum remédio de farmácia ou remédio caseiro para aliviar esse mal estar? O que você acha que é bom para tratar/aliviar esse mal estar?

2.5 – Você foi ao posto de saúde da aldeia ou ao hospital graças a esse mal estar? Você falou com um profissional de saúde sobre como se sentia? Caso sim, que indicação você recebeu?

2.6 – Você foi ao posto de saúde da aldeia ou ao hospital na última semana? E nos últimos seis meses ou um ano? O que foi você foi fazer nesses locais?

Bloco 3 – avaliação serviço de saúde não indígena

3.1 – Como você avalia os profissionais de saúde do posto de saúde da aldeia? Por quê? O que eles poderiam fazer de diferente para melhorar seu trabalho?

³¹ Os anexos 1 e 2 conduziram as primeiras entrevistas realizadas com os Xerente. No decorrer do campo eles mostraram-se insuficientes para discutir as doenças, mal estares e os itinerários utilizados pelo grupo em situações de adoecimento, padecimento, mal estar.

3.2 – O que você acha do tratamento de saúde dado aos Xerente? Como os Xerente são tratados pelos profissionais de saúde na cidade de Tocantínia e Miracema do Tocantins?

3.3 – Quais são os maiores problemas ou dificuldades que envolvem a saúde dos Xerente? E na aldeia salto? Como você acha que eles podem ser revolidos?

ANEXO 2- ROTEIRO PRELIMINAR DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA – PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Bloco 1 – questões preliminares

1.1 – Qual seu nome?

1.2 – Qual sua idade?

1.3 – Mora em que cidade?

1.4 – Qual sua formação? Em que ano se formou?

1.5– Há quanto tempo trabalha vinculado ao posto de saúde/Hospital/polo base?

Bloco 2 – avaliação serviço de saúde não indígena

2.1 – Como você avalia o serviço oferecido pelo Dsei que você está vinculado(a)? Quais são os maiores problemas e dificuldades? Quais são os pontos positivos?

2.2 – Como você avalia o seu trabalho no Dsei que você está vinculado(a)? Quais são os maiores problemas e dificuldades que envolvem sua função?

2.3 – Como você avalia a participação dos indígenas nos serviços de saúde oferecidos? Quais são as maiores dificuldades em oferecer esse serviço a essa população?

2.4 – Como você avalia a participação dos homens indígenas nos serviços de saúde oferecidos? Eles são comuns tanto nos posto de saúde, quanto nos hospitais? Existem queixas recorrentes desses sujeitos sobre os serviços ofertados?

Bloco 3 – avaliação PNAISH

3.1 – Você conhece a política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem? Do que ela trata? Os municípios de Tocantínia e Miracema do Tocantins foram contemplados com essa política?

3.2 – Que ações o Dsei realiza seguindo as indicações da PNAISH? Existe uma programação para este ano?

3.3 – Como você avalia as ações realizadas pelo Dsei sobre a PNAISH?