

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL - PPGAS**

HÉVILA PERES DA CRUZ

**OS CAMINHOS DA CURA: UMA ETNOGRAFIA DE ITINERÁRIOS
TERAPÊUTICOS E DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
ENTRE OS ÍNDIOS *KRAHÓ* DO ESTADO DO TOCANTINS**

FLORIANÓPOLIS

2002

HÉVILA PERES DA CRUZ

**OS CAMINHOS DA CURA: UMA ETNOGRAFIA DE ITINERÁRIOS
TERAPÊUTICOS E DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
ENTRE OS ÍNDIOS *KRAHÓ* DO ESTADO DO TOCANTINS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Antropologia Social.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Esther Jean Langdon.

FLORIANÓPOLIS

2002

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

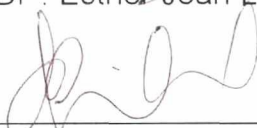
“OS CAMINHOS DA CURA: UMA ETNOGRAFIA DE ITINERÁRIOS
TERAPÊUTICOS E DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE ENTRE OS
ÍNDIOS KRAHÓ NO ESTADO DE TOCANTINS”

HÉVILA PERES DA CRUZ
Orientadora Dr^a. Esther Jean Langdon


Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Antropologia Social, aprovada pela Banca composta pelos seguintes professores:



Dr^a. Esther Jean Langdon (UFSC-Orientadora)



Dr^a. Eliana Diehl (Depto de Ciências Farmacêuticas/UFSC)



Dr^a. Antonella Maria Imperatriz Tassinari (UFSC)

Florianópolis, 19 de julho de 2002.

Aos *Krahó*.

À minha família, em especial a Larissa.

AGRADECIMENTOS

Ao CNPq, instituição financiadora de pesquisa que me apoiou na realização do curso de mestrado, bem como na pesquisa de campo, através de uma bolsa de estudos.

À Universidade Federal de Santa Catarina pela estrutura física oferecida para meus estudos e ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia pelo apoio e formação.

Aos meus colegas de curso e aos professores: Sônia Maluf, Ilka B. Leite, Maria Amélia Dickie, Oscar Saez e em especial a minha orientadora Jean Langdon, pela paciência, exemplo e amizade.

Aos *Krahó*, por tudo! Em especial Reuna *Pyri*, Pascoal *Hapór*, Dalila *Cuhhêc*, Delma *Krampej*, Adriano *Ajêhi* e as crianças. À Zé Miguel, pela enorme dedicação. Ao Valdé pela paciência. À família de Adalcina e de Osvaldo, agradeço e me desculpo pelas insistentes perguntas.

Aos meus grandes amigos de Sambaqui: Raul que gentilmente dedicou-se à leitura e revisão desse trabalho, à Ida, ao Rubi, à Isa, ao Gonzalo, à Paula, Álvaro e família.

Ao meu pai e minha mãe, meus irmãos e minha filha que suportaram a dor da distância sempre torcendo por mim!

RESUMO

CRUZ, Hévila Peres da. **Os caminhos da cura**: uma etnografia de itinerários terapêuticos e da prestação de serviços de saúde entre os índios *krahó* do estado do Tocantins. 2002. 114f. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, 2007.

Este é um trabalho realizado entre os índios *Krahó*, localizados no estado do Tocantins, Brasil. O tema da pesquisa é sobre a questão da saúde indígena, abordado em seus aspectos políticos, sociais e culturais, inseridos no contexto local. Esta é uma realidade na qual interagem várias opções terapêuticas organizadas em sistemas de saúde, das quais os índios fazem uso criativo no decorrer dos “itinerários terapêuticos”. Além disso, procurou-se descrever a prática local da recém implantada política de assistência à saúde indígena, baseada no modelo diferenciado de atenção e nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Apesar de não conclusivos, os dados apontam para problemas decorrentes da falta de adaptação às especificidades locais, o que compromete a qualidade na prestação de serviços por parte desse mesmo órgão.

Palavras-chave: Índios *Krahó*. Saúde Indígena. Itinerário terapêutico. Serviços de Saúde. Antropologia.

ABSTRACT

CRUZ, Hévila Peres da. **The roads of the cure**: an ethnography of therapeutic itineraries and of the services rendered of health among the Indians *krahó* of the state of the Tocantins. 2002. 114f. Dissertation of Master's degree. Program of Masters degree in Social Anthropology, Federal University of Santa Catarina, 2007.

This research among the *Krahó* Indians, whom are situated in the Tocantins state, Central Brazil, was carried out between march and jun 2001. The investigation dealt with the Indians Health issue, in its political, social and cultural aspects in the local context. This is a reality wherein various therapeutics options, organized in Health's Systems, interact and where the Indians, in the course of the therapeutics itineraries, make use of these options creatively. Moreover, based on the differentiated model of attention and in the Indian Special Health District (DSEI's), an attempt to describe the local practice of the recently implemented Indian Health Assistance Policy is carried out. In spite of not being concludes, the facts point to problems caused by the poor adaptation to the local specificities, which compromise the quality of service offered by the institution itself.

Key words: *Krahó* Indians. Indian Health. Therapeutic Itineraries. Health Services. Anthropology.

LISTA DE ABREVIATURAS

AIS	- Agentes Indígenas de Saúde
BNDES	- Banco Nacional de Desenvolvimento
CENARGEN	- Centro Nacional de Pesquisa de Recursos Genéticas e Biotecnologia
CISI	- Comissão Intersetorial de Saúde do Índio
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
DSEI's	- Distritos Sanitários Especiais Indígenas
DST's	- Doenças Sexualmente Transmissíveis
ENBRAPA	- Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária
FUNAI	- Fundação Nacional do Índio
FUNASA	- Fundação Nacional de Saúde
GRIN	- Guarda Rural Indígena
SPI	- Serviço de Proteção ao Índio
SUS	- Sistema Único de Saúde
TI	- Terra Indígena

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Gráfico Demográfico Aldeia Pedra Branca (2001)	39
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Quadro Demonstrativo das consultas médicas.....	101
--	-----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Algumas plantas que fazem parte da Fitoterapia <i>Krahó</i>	62
Tabela 2 - Número de atendimentos realizados na enfermaria da aldeia Pedra Branca	69

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES ACERCA DO TRABALHO DE CAMPO: POR QUE OS <i>KRAHÓ</i> ?	14
2 OS ÍNDIOS <i>KRAHÓ</i>.....	15
2.1 APRESENTAÇÃO E BREVE HISTÓRICO DE CONTATO	15
2.2 ASPECTOS DA ORGANIZAÇÃO INDÍGENA <i>KRAHÓ</i> NO CONTEXTO DE CONTATO	19
2.3 BREVE EXPOSIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL <i>KRAHÓ</i> : AS METADES SAZONAIS	24
2.3.1 As metades <i>Wakmejê</i> e <i>Katamjê</i>.....	24
2.4 OS <i>KRAHÓ</i> E AS RELAÇÕES COM OS NÃO-ÍNDIOS.....	27
2.4.1 Alguns aspectos decorrentes da história de contato.....	27
2.4.2 A Relação com os não-índios da região: os “moradores do sertão”, os comerciantes e os funcionários dos órgãos prestadores de serviços na TI.....	30
2.4.3 A relação dos <i>Krahó</i> com os não-índios “distantes”: os visitantes e os pesquisadores	34
2.5 A ASSOCIAÇÃO UNIÃO DAS ALDEIAS <i>KRAHÓ</i> – <i>KAPEJ</i>	36
2.6 A ALDEIA PEDRA BRANCA.....	39
3 ALGUNS APONTAMENTOS SOBRE O SISTEMA ETNOMÉDICO <i>KRAHÓ</i>	42
3.1 O CONCEITO DE SISTEMA ETNOMÉDICO E A REALIZAÇÃO DAS NAÇÕES DE SAÚDE E DOENÇA: A CONTRIBUIÇÃO DA ANTROPOLOGIA	42
3.2 A PLURALIDADE DE SISTEMAS MÉDICOS E O CONTEXTO <i>KRAHÓ</i>	44
3.3 O CONCEITO DE SISTEMA XAMÂNICO E A RELEVÂNCIA DAS TEORIAS NATIVAS.....	47
3.4 ALGUNS APONTAMENTOS PARA UMA ETNOMEDICINA <i>KRAHÓ</i>	51
3.4.1 O <i>aikri</i> do nascimento.....	52
3.4.2 O <i>aikri</i> do “morto”- o luto dos <i>Krahó</i>	54
3.5 OS “CURADORES” E O SABER ESPECIALIZADO ENTRE OS <i>KRAHÓ</i>	58

4 OS CAMINHOS DA CURA: O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO ENTRE OS	
KRAHÓ DA ALDEIA PEDRA BRANCA	63
4.1 O MODELO TEÓRICO PROPOSTO POR ARTHUR KLEINMAN.....	63
4.2 ACOMPANHAMENTO DO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO	67
4.3 A ENFERMARIA DA FUNASA ALDEIA PEDRA BRANCA: UMA DAS	
OPÇÕES PARA O TRATAMENTO DE DOENÇAS	68
4.4 O CASO DE ANDRÉ <i>POHPRÂ KRAHÓ</i> . DOENÇA AGUDA TRATADA	
POR CURADOR.....	69
4.5 O CASO DE OSVALDO <i>HOWKUR KRAHÓ</i>	71
4.6 O CASO DE DALVA <i>XÔPÔ APINAY É</i>	77
4.7 O CASO DE ADELICINA <i>IHPREMP KRAHÓ</i>	79
5 A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS BIOMÉDICOS NO CONTEXTO INDÍGENA	
DA NAÇÃO <i>KRAHÓ</i>.....	86
5.1 CONTEXTO NACIONAL.....	86
5.1.1 Breve histórico e estrutura organizacional da prestação de serviços biomédicos ...	87
5.1.2 Meu contato com a equipe médica da FUNASA na TI <i>Krahó</i>.....	90
5.2 CONTEXTO LOCAL: O ACESSO À REDE DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE	
OFERECIDA PELO DSEI.....	93
5.3 A QUESTÃO DA QUALIDADE NOS SERVIÇOS OFERECIDOS PELA	
REDE DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE INDÍGENA	97
5.4 O CONTROLE SOCIAL: A APROPRIAÇÃO LOCAL DO CARGO DE	
CONSELHEIRO INDÍGENA.....	103
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	105
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	107
ANEXOS	112
ANEXO I - MAPA DA TERRA INDÍGENA <i>KRAHÓ</i>	113
ANEXO II – MAPA DA ALDEIA PEDRA BRANCA	114

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho é fruto de pesquisa de campo entre os índios *Krahó* realizada nos meses de março, abril, maio e junho, no ano de 2001, em uma de suas dezoito aldeias: a Pedra Branca. Os interesses que motivaram a pesquisa estão relacionados à aplicação do modelo assistencial biomédico oferecido pela FUNASA - Fundação Nacional de Saúde - e a apropriação desse modelo, pelos índios dessa nação. Os dados, bem como as reflexões que os mesmos sugerem sobre esse tema, foram obtidos a partir do acompanhamento do “itinerário terapêutico”, processo construído nos episódios de doença e que caracteriza a busca da cura.

O trabalho está estruturado em cinco partes, incluindo as considerações finais nas quais são tecidas reflexões generalizáveis da pesquisa. As outras partes estão apresentadas em quatro capítulos. O primeiro visa apresentar os *Krahó* em uma perspectiva histórica e contextual. O esforço é em descrever essa nação a partir de importantes trabalhos teóricos realizados junto a ela, oferecendo ao leitor não só elementos, como também uma leitura do contexto atual e específico dessa etnia. Além disso, há uma breve apresentação do seu sistema sócio-cultural, não de modo isolado, mas em relação à dinâmica de contato intenso que esse povo tem com outros grupos sociais, inclusive a sociedade nacional. Nele, faço também a apresentação da aldeia Pedra Branca onde foi predominantemente realizada a pesquisa.

No capítulo seguinte há um esforço em descrever alguns elementos que constituem o Sistema Etnomédico *Krahó*. A intenção nesse capítulo é menos fornecer uma análise elaborada sobre a etnomedicina nativa, do que oferecer elementos significativos acerca das teorias nativas sobre esse assunto. São dados importantes para a melhor compreensão do capítulo subsequente, no qual trato dos “itinerários terapêuticos”. Esse capítulo constitui o núcleo central do trabalho, pois são descritos os dados necessários para os objetivos pretendidos por essa pesquisa. Nele é possível ter uma idéia de como o sistema de pensamento nativo orienta as ações dos indivíduos, mobilizando-os em busca da cura e qual o papel da biomedicina nesse processo.

O quarto capítulo tem uma pretensão avaliativa, mas não conclusiva, acerca da prestação de serviços biomédicos junto à nação em questão. Com base nos princípios norteadores do modelo de assistência que idealmente garante o **acesso, a qualidade e o controle social**, pretende-se demonstrar até que ponto esses princípios, no contexto local, têm correspondido ao modelo proposto pela FUNASA.

1.1 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES ACERCA DO TRABALHO DE CAMPO: POR QUE OS *KRAHÓ*?

A opção pelo estudo dessa nação é consequência de minha experiência individual. Sendo filha de ex-funcionário da FUNAI - Fundação Nacional do Índio - tive a oportunidade de conhecer e conviver por três anos com os *Krahó*, quando criança. Os anos se passaram e, depois de concluir minha graduação em Ciências Sociais, busquei na Antropologia as ferramentas necessárias para uma reaproximação.

Com essa disciplina, aprendi que por trás da intenção de conhecer o “outro” a princípio distante e desconhecido - há uma inquietação ainda maior em responder aos próprios porquês. Com a Antropologia, me encantei com as experiências de outros etnógrafos que descrevem o contato com o “outro” distante, como um mergulho em multiplicidade de emoções, ora angustiantes, ora prazerosas. Descobri com a teoria o quanto ela é necessária no exercício de ver e ouvir. Mais do que um meio de se alcançar o “outro”, a prática antropológica é um lento processo de introspecção, de reconstrução pessoal.

Imbuída dessas expectativas, realizei minha primeira incursão com pretensões antropológicas em uma aldeia *Krahó*, em março de 1999, quando ainda na graduação decidi visitar o Território Indígena. A oportunidade surgiu a partir do convite dos índios da Pedra Branca para visitá-los, pois naquele mês realizariam um rito de passagem: o *Khetwajê*. Além de assistir o rito, minha intenção era levantar possíveis problemáticas que pudessem servir de tema para projetos mais elaborados de pesquisa. Ainda nessa ocasião decidi pelo tema da saúde indígena, visto que foi o aspecto que na minha visão demandava por maiores empenhos.

Fiquei familiarizada com os índios da Pedra Branca, onde recebi um nome indígena. Os *Krahô* têm esse modo *sui generis* de incorporar alguns dos visitantes não índios: oferecem um nome indígena que tenta fazer desse “distante” um membro sujeito às complicadas regras de reciprocidade, colocando-o dentro da lógica que liga as pessoas através do parentesco. Dessa forma, passei a ter “parentes” entre os *Krahô* da Pedra Branca, com os quais não deixei de manter contatos. Com meu ingresso no mestrado optei pela pesquisa nessa mesma aldeia e minha entrada na Terra Indígena, para realização do trabalho de campo, foi sem dúvida facilitada por essa familiaridade adquirida entre eles.

2 OS ÍNDIOS *KRAHÓ*

2.1 APRESENTAÇÃO E BREVE HISTÓRICO DE CONTATO

Os *Krahó*¹ são uma nação indígena que habita um território² de aproximadamente 3.200 Km² que lhes foi concedido em 1944 pelo Governo do Estado de Goiás, atualmente Estado do Tocantins. Esse território está situado na parte nordeste do Estado do Tocantins, mais precisamente, nos municípios de Goiatins e Itacajá, entre os rios Manoel Alves Pequeno (afluente da margem direita do rio Tocantins) e Vermelho (afluente do Manoel Alves Grande, que por sua vez, também desemboca no no Tocantins).

Inúmeros trabalhos já foram e vem sendo produzidos sobre esta nação. Entre eles pode-se destacar os de Júlio César Melatti que, no conjunto de sua obra, os inclui dentre os Timbira, da família linguística Jê e no tronco linguístico Macro-Jê. Os Timbira incluem, além dos *Krahó*, os *Kamkokamekrá* (no Maranhão), os *Apaniekrá* (no Maranhão), os *Krinkati* (no Maranhão), os *Prkrobýê* (no Maranhão), os Gaviões (no Pará), os *Apinayé* (em Tocantins), para citar apenas aquelas tribos que ainda hoje vivem organizadas em aldeias. Os Timbira, juntamente com os *Kayapó*, os *Suyá* (Mato Grosso), os *Akuen - Xavant* (Mato Grosso) e *Xerente* (Tocantins) - os Kaingang (São Paulo, Paraná, Santa Catarina) e os *Xokleng* (Santa Catarina), fazem parte da família linguística Jê. Por sua vez, os índios dessa família, juntamente com os *Bororo* (Mato Grosso), os *Karajá* (Tocantina), os *Maxakali* (Minas Gerais) e os *Fulniô* (Pernambuco), fazem parte do tronco linguístico Macro-Jê (MELATTI, 1978).

Melatti (1968) traça a complexa história de contato da nação *Krahó* com a sociedade envolvente, tanto com a sociedade regional representada pelos habitantes das cidades circunvizinhas, quanto da sociedade nacional representada pelos grandes centros políticos e econômicos. Esse contato é marcado por inúmeras alianças e conflitos, os quais demonstram, conforme o mesmo autor, que os “*Krahó* não sofrem de modo inteiramente passivo a situação de contato, mas atuam dinamicamente na defesa de seus interesses”. (MELATTI, 1968, p. 42). De fato, é expressiva nessa nação a singularidade com que buscam alianças assim como tentam lançar mão de tudo aquilo de que se podem valer pelo fato de serem índios. Isso

¹ Conforme convenção estabelecida pela Associação Brasileira de Antropologia, os termos indígenas são grafados somente no singular.

² Ver mapa da Terra Indígena em anexo, p. 114.

porque, tanto no histórico de contato, quanto no presente, os *Krahó* continuam a defender seus interesses políticos junto à sociedade nacional.

No passado remoto por exemplo, os *Krahó* defendiam seus interesses aliando-se “aos criadores de gado na luta contra outros grupos tribais” (MELATTI, 1968, p. 47), e também “cobrando taxas a moradores não-índios do Território” (MELATTI, 1968, p. 48). Atualmente, os *Krahó* tentam lidar com a questão do contato criando a associação indígena *Kapej*³ e reivindicando seus “direitos civis” junto aos órgãos públicos competentes, principalmente no que tange a questões como saúde e educação indígenas.

Segundo Melatti (1968) o processo de contato se inicia por volta do começo do século XIX. Os *Krahó* se encontravam no Maranhão “situados na região banhada pelo curso inferior do Rio Balsas e seus afluentes” (MELATTI, 1968, p. 48). A partir daí os *Krahó* se deslocam “para a região oeste na direção do Rio Tocantins”.

Ainda segundo o mesmo autor, é nesse período que se iniciam os conflitos entre os *Krahó* - que investiam contra os estabelecimentos de não-índios criadores de gado - instalados nas terras de que estavam sendo obrigados a abandonar. Esses não-índios, por sua vez, retribuía as investidas, até que em 1809 os índios sofreram “uma grande derrota, quando tiveram uma de suas aldeias atacada por 150 paisanos e 20 soldados de linha”. (MELATTI, 1968, p. 62). Justamente nessa ocasião, Melatti descreve que os *Krahó* se encontraram “as margens do rio Tocantins, tendo mesmo uma parte deles atravessado para o lado oposto” (MELATTI, 1968, p. 69), disputando as terras e, conseqüentemente, deslocando dali os *Xerente*⁴.

Em 1810, um comerciante chamado Francisco José Pinto de Magalhães encontrou os *Krahó* nas margens do Tocantins. De acordo com o autor já citado, tal comerciante passou a usar os *Krahó* como seus “aliados” a fim de fazer prisioneiros entre os demais “índios das vizinhanças, transformando-os em escravos” (MELATTI, 1968, p. 73). Em 1843 os *Krahó* foram levados para Pedro Afonso - situada na confluência do Rio do Sono com o Tocantins - por Frei Rafael de Taggia⁵, para depois se deslocarem desse local e ocuparem a região que habitam atualmente.

³ Os termos escritos nessa dissertação em língua nativa obedecem à correção dos professores indígenas *Krahó* da aldeia Pedra Branca. Na palavra *kapej*, por exemplo, o J tem som de i.

⁴ Segundo Melatti, há controvérsias se foram os *Xerente* ou os *Xavante* a nação a ser deslocada daquela região de acordo com diferentes cronistas, (MELATTI, 1968, p. 23).

⁵ O governo do Império havia autorizado a mandar vir da Itália missionários capuchinhos. Um deles, Frei Rafael de Taggia, coube a catequese dos índios *Krahó Xerente*, para o que criou o aldeamento de Pedro Afonso em 1848, transferindo para lá os primeiros, dedicando um outro aldeamento, o de Teresa Cristina (atual Tocantínea), às margens do Piabanha, aos segundos. (MELATTI, 1968, p. 44).

Importante salientar aqui o fato de que, conforme Melatti (1968), durante todo esse processo os *Krahó* “serviram de tropa de choque dos fazendeiros de gado contra os demais índios *Timbira* [...]” (MELATTI, 1968, p. 33), numa espécie de aliança com os não-índios criadores de gado, o que lhes assegurava paz - em relação aos “criadores de gado” - e território,

Coube aos *Krahó* um papel especial neste processo de esvaziamento da área: o de aliados dos criadores contra os demais indígenas [...] Para os índios havia duas aparentes vantagens: em primeiro lugar tinham o apoio dos “civilizados”, mais em armas talvez do que em homens, para lutar vantajosamente contra outros indígenas e em segundo lugar havia a oportunidade de roubar gado dos fazendeiros, acusando deste ato os grupos inimigos (indígenas), agravando ainda mais a situação destes em face dos criadores. (MELATTI, 1968, p. 39).

Tal aliança perdurou até que os demais indígenas estivessem dizimados ou afastados do território. Daí em diante, os próprios *Krahó* passaram a não ter mais utilidades para os fazendeiros e transformaram-se então em vítimas. Essa situação se agravou quando, em 1940, os *Krahó* vêem duas de suas aldeias serem atacadas por fazendeiros armados, resultando em mais de vinte índios mortos.

O motivo alegado pelos fazendeiros foi o roubo de gado. Em decorrência desse ataque, o antigo SPI estabeleceu um Posto entre os *Krahó* para assisti-los e o então Governo de Goiás concedeu-lhes o uso e gozo da atual área de terras ocupada por eles. Tal fato mostrou aos moradores locais que os índios não estavam sozinhos e que o poder do Governo Federal podia se manifestar de modo efetivo a favor dos *Krahó* (MELATTI, 1968).

Atualmente a população está estimada em aproximadamente duas mil pessoas⁶. De acordo com dados contidos nos trabalhos etnográficos de Melatti (1978, p. 88), “os *Krahó* eram calculados em três mil índios e possuíam duas aldeias à época dos primeiros contatos com a sociedade não-índia”. Os números dessa história de contato são os seguintes:

- Em 1852 - quarenta anos após o contato - os *Krahó* somavam 620 indivíduos;
- Em 1963, segundo censo realizado por Melatti, os *Krahó* somavam 520 pessoas distribuídas em cinco aldeias;
- Em 1971, o mesmo autor contou um total de 579 indivíduos em cinco aldeias.

⁶ Esse número é um dado estimado oficialmente usado pela FUNASA (Fundação Nacional de Saúde), pelo *Kapej* (Associação *Krahó*) e pesquisadores da Embrapa.

também de alguns fazendeiros¹¹. Nos arredores dessa rua, se distribuem as residências mais humildes. Já no distrito de Alto Lindo estão mais concentradas e são mais visíveis.

Atualmente as duas localidades - Itacajá e Alto Lindo - se servem de alguns serviços públicos como de energia elétrica, água encanada, telefone e agência de correios - com uma única agência em Itacajá. Estão também essas duas localidades servidas por um sistema de transporte rodoviário intermunicipal regular. Ainda não possuem agências bancárias, tendo os moradores que buscarem por esses serviços em outras cidades como Colinas - TO (a cinco horas de viagem de Itacajá). Não possuem nenhuma clínica médica particular e os serviços de saúde são oferecidos para as duas localidades pelo SUS através de dois hospitais públicos, sendo um deles mantido pela prefeitura de Itacajá e o outro pelo Estado do Tocantins, ambos no município de Itacajá. Apesar disso, grande parte dos agravos tem que ser encaminhada pelos médicos para municípios com maiores recursos de tratamentos.

Em termos gerais, uma análise primária da história de contato aponta para um convívio complexo de interdependência e ao mesmo tempo intolerância entre os *Krahó* e não-índios. Apesar do alto fluxo de índios em Itacajã e Alto Lindo, a população não índia local continua a expressar cotidianamente os contrastes dessa convivência. Raramente é possível avistar índios conversando ou mesmo adentrando as casas dos não-índios. Os olhares, e até mesmo as atitudes desses últimos, ainda são de repúdio e perplexidade diante dos índios. Na realidade local, não há “misturas” entre índios e não-índios, apesar de serem obrigados a conviver no mesmo espaço.

2.2 ASPECTOS DA ORGANIZAÇÃO INDÍGENA *KRAHÓ* NO CONTEXTO DE CONTATO

A Organização Política e Social *Krahó* se mantém no cotidiano das aldeias sob a estrutura de suas tradições indígenas, da mesma forma que a vida em suas aldeias ainda se pauta pelos elementos constitutivos dessa forma de organização. Tais elementos definem a forma circular da aldeia, bem como a distribuição das famílias na aldeia segundo suas

¹¹ Esses grupos não são excludentes, visto que se pode observar que tanto os comerciantes, quanto fazendeiros estão ligados à política local.

complexas regras de parentesco, a prática de alguns ritos, o modo como se vestem¹² e a língua praticada, que é predominantemente o *Krahó*, sendo que grande parte de mulheres e praticamente todas as crianças têm essa língua como a única falada.

O modo como é vivido o cotidiano na aldeia contrasta-se com a forma com que os *Krahó* têm de lidar com a política em relação à sociedade envolvente. Ao mesmo tempo em que se esforçam para manter suas formas mais tradicionais de organização indígena e, com isso, sustentarem sua “indianidade”, têm de se adaptar e criar mecanismos de captação de recursos e benefícios, lidando com as outras formas de “organização política”, praticadas pela sociedade não-índia.

Os mecanismos de adaptação a essa política - ou “políticas” - são múltiplos. Vão desde a organização de uma Associação Indígena (*Kapej*) para lidar com questões mais amplas, a pequenas alianças com políticos locais - principalmente vereadores - a fim de conseguirem alguns benefícios que podem ser tanto um campo de futebol na aldeia, quanto à manutenção das estradas que dão acesso às aldeias, dentro da TI. Sobre isso, tive a oportunidade de observar, durante o trabalho de campo na Pedra Branca, que é de interesse dos próprios vereadores municipais locais negociarem com os *Krahó* pessoalmente, indo até a aldeia para darem satisfações acerca de suas promessas de campanha. Pude presenciar alguns desses encontros, concluindo que sem dúvida, na atual conjuntura política, os votos dos índios fazem bastante diferença nas eleições locais.

Um outro aspecto importante nesse processo está a formação de Lideranças Jovens, preparadas para tornarem-se aptas a lidar com a política indígena junto à sociedade não-índia. A formação exige desses jovens fluência no português - falado e escrito - e capacidade de lidar com artefatos do mundo não-indígena, como por exemplo, saber dirigir automóveis, operar tratores, o rádio telecomunicador, máquinas fotográficas, micro computador¹³, filmadoras e, atualmente, lidar com os medicamentos - no caso dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS).

Sobre esse aspecto da valorização dos jovens, Souza (2000) descreve em sua dissertação de mestrado sobre os *Krahó* que os mesmos vêm ocupando a maioria dos cargos burocráticos na associação indígena *Kapej* e realizando uma espécie de mediação entre as aldeias e a própria associação. Segundo suas observações, os jovens *Krahó* que atuam na

¹² As mulheres conservam ainda hoje o *Kupenbcê*: tecido de pano amarrado à cintura e os seios à mostra. Os homens usam somente os shorts ou calças, sem camisa. Quando saem das aldeias, os homens e mulheres costumam se vestir como os não-índios.

¹³ Atualmente, no escritório da *Kapej* há um micro computador, conectado a internet, no qual dois jovens *Krahó* estão aprendendo informática com um funcionário não-índio.

associação são unânimes em afirmar “que estão interessados em entender a ação dos brancos, para tomar suas iniciativas” (Souza, 2000, p. 81), ou seja, que é de interesse desses jovens aprender a lidar com as formas de organizações burocráticas, características do mundo dos não-índios.

Na Pedra Branca essa realidade é bastante visível. Paralelo ao reconhecimento da comunidade pelos Líderes tradicionais, principalmente a figura do “cacique” - ou *Pahhi* na língua nativa -, se apresentava um outro grupo de “liderança” composto por indivíduos mais jovens¹⁴. Esses jovens ocupavam praticamente todos os cargos assalariados, como os de Agente Indígena de Saúde, professor, motorista e cinegrafista. O respeito que obtém da comunidade se baseia no fato de servirem como verdadeiros canais de captação de recursos financeiros que; juntamente com a aposentadoria dos velhos, é indispensável para a sobrevivência na *aldeia*.

Tradicionalmente, a organização sócio-política Krahó se dá de forma extremamente complexa. Apesar de se reconhecerem como uma nação étnica, ou seja, como sendo um só povo, cada aldeia representa uma “unidade política” mais ou menos independente das demais¹⁵, com suas *facções* - unidade política mínima entre os *Krahó* - e uma série de “líderes formais”:

[...] Não há nenhum líder ou Conselho que dirija a nação como um todo. O que lhe dá unidade é a posse de um território em comum, os laços de parentesco entre os habitantes das diversas aldeias, os convites formais que cada aldeia faz às demais para a participação em seus ritos, à hostilidade aos outros grupos tribais [...] (MELATTI, 1972, p. 10).

Melatti (1972, p. 13) melhor explica sobre tal forma de organização:

Uma facção não se confunde com uma família elementar, nem com um grupo doméstico e nem com um segmento residencial. Também não coincide com o grupo de parentes consanguíneos de seu líder [...] Uma série de interesses pode fazer um indivíduo pender para uma ou outra facção, independentemente das unidades de parentesco a que pertença muito embora as relações de parentesco também possam ser utilizadas no aliciamento de adeptos [...] O conflito de facções, geralmente, culmina com a cisão da aldeia.

¹⁴ Chamo de jovem os indivíduos masculinos entre 15 e 30 anos que, embora estejam liberados para o casamento, ainda não são considerados “homens maduros” pelos *Krahó*. O termo utilizado para classificar indivíduos nessa faixa etária é *mentuajê*. Os *Krahó* traduzem para o português como “rapaziada”.

¹⁵ Os laços de parentesco unem todos os indivíduos de modo que todos, de uma forma ou de outra (por consanguinidade ou por afinidade), tenham parentes em praticamente todas as aldeias, além daquela na qual ele mora.

Quanto aos “líderes formais”, Melatti (1972) afirma serem eles, tradicionalmente, os responsáveis pelas relações de seus habitantes com a sociedade envolvente e também pelas relações internas e pela boa ordem da aldeia. Atualmente, parece haver algumas modificações em relação a esse papel dos “líderes formais”, decorrentes talvez, do próprio processo de contato com a sociedade não-índia, havendo uma preocupação entre os *Krahó* em preparar novas formas de “mediação” em relação à sociedade não-índia, mais especificamente com a sociedade não-índia mais distante e que representa os grandes núcleos urbanos e burocráticos.

O próprio caráter dinâmico implícito no conceito de *facção* entre os *Krahó* permite que essa atue como motivadora de rearranjos contextuais. Daí, talvez ser, até certo ponto, tolerável a convivência entre dois aspectos aparentemente distintos de liderança: os “líderes formais”, que obedeceriam à estrutura mais tradicional de hierarquia dentro da organização política nativa e os líderes mais jovens, preparados para lidar com o “mundo dos brancos” e suas respectivas formas de organização.

Dentre esses “líderes formais tradicionais”, o mais importante é o “chefe” ou “cacique” que se apóia numa *facção* e é chamado na língua nativa de *Pahhi*. Não vem a ser um cargo vitalício nem hereditário, uma vez que o indivíduo que exerce tal cargo só o mantém enquanto tiver o consentimento de uma grande parte dos habitantes da aldeia. Além do “cacique”, há também dois “prefeitos”, ambos pertencentes a uma das metades sazonais: *Wakmejê* e *Katamjê*¹⁶ e que exercem suas funções durante uma estação climática: a seca ou a chuvosa - de acordo com o modo como os *Krahó* e também os moradores da região dividem as estações do ano. A primeira seca inicia-se por volta do mês de março ou abril, quando cessam as chuvas, que voltam a cair em meados de outubro.

De acordo com essa divisão do ano, os “prefeitos” são substituídos por dois outros “prefeitos” da metade oposta. Entre outras coisas, cabe a esses “prefeitos” coordenarem atividades diárias da aldeia, como por exemplo, as corridas de tora¹⁷ - praticadas por homens e mulheres - e a partilha dos bens de consumo, sobretudo a carne (gado ou caça).

Essa lógica de distribuição entre as duas metades se estende a outros bens de consumo adquiridos pela comunidade de cada aldeia. Enquanto estive na Pedra Branca, os índios dessa

¹⁶ Sobre as metades sazonais ver p. 24.

¹⁷ Segundo Melatti (Corrida de toras. Revista de Atualidade Indígena Ano 1, p. 38-45, Brasília: FUNAI, 1976), a maioria dos grupos que pratica ou praticava as corridas de toras se classifica como pertencente ao tronco lingüístico *macro-jê*. Isso não significa que todos os grupos do tronco *macro-jê* corram com toras: os *Kaingang*, os *carajá*, os *bororo*, por exemplo, não o fazem. Entre os *Krahó*, a corrida de tora pode ou não estar associada a algum rito. Conforme o rito que se realiza, variam os grupos que disputam a corrida, assim como a forma das toras e até mesmo o percurso.

aldeia receberam do Governo do Estado do Tocantins, uma cesta básica contendo: 27 litros de óleo de cozinha, feijão, farinha, macarrão, açúcar e balinhas. Como a quantidade doada não foi suficiente para o número de famílias na aldeia - mais de cinquenta - todo o conteúdo foi levado ao pátio para ser dividido entre as pessoas de acordo com o pertencimento às duas metades sazonais, *Wakmejê* e *Katamjê*, a que pertencia cada pessoa.

Cada aldeia também possui um *Padre*, ou seja, um homem que se ocupa da direção dos ritos e um “conselho informal” que, segundo Melatti (1978, p. 68): “inclui aqueles homens que se interessam pela vida coletiva e que dispõem de algumas qualidades que os *Krahó* reconhecem nos líderes: são ativos, falam bem, conhecem as tradições tribais, são generosos e, principalmente, têm habilidade para lidar com os civilizados [...]”.

Não raro ouvia dos *Krahó* da Pedra Branca, recordações saudosistas de líderes do passado, lembrados pela “Valentina”. Esses comentários vieram à tona durante meu trabalho de campo, quando tivemos oportunidade de ver fotos dos antigos recrutas da GRIN - Guarda Rural Indígena. A GRIN foi criada em 1968 por ocasião da substituição do SPI pela FUNAI e tinha por objetivo empregar índios *Krahó* nos serviços de proteção e vigilância dentro da TI.

Segundo Melatti (1978) esse órgão foi responsável por algumas transformações consideráveis na relação dos *Krahó* com a sociedade envolvente. Esse autor observa que a partir da GRIN, os jovens recrutas passaram a dispor de um salário e, ao mesmo tempo, eram obrigados, em função do trabalho na Guarda, a deixar de realizar outras atividades, como por exemplo, cultivar nas roças indígenas e participar de ritos e corridas de toras. Com a entrada de recursos financeiros através dos guardas, os *Krahó* passaram a ter outra forma de obtenção de bens, possibilitando-os efetuar compras junto aos estabelecimentos comerciais dos não-índios.

Poderia se afirmar então que, a partir da GRIN, inicia-se entre os *Krahó* os primeiros contatos com uma outra forma de captação de recursos financeiros, desta vez através do salário dado a alguns de seus membros. Esse é um dado histórico que talvez marque o início da preocupação atual de se manter meios de captação de recursos, agora através da formação das “lideranças jovens”.

Interessante aqui perceber como que a lógica nativa orienta a distribuição da renda obtida do trabalho assalariado. Os dados de Melatti acerca da GRIN descrevem que a apropriação dos salários continuou a obedecer à mesma lógica de distribuição de bens, praticada tradicionalmente dentro do sistema organizacional nativo. Ou seja, permanecem as regras de parentesco do sistema nativo, direcionando o consumo dos bens adquiridos pelos

recrutas. Desse modo, o salário de cada um beneficia um grande número de pessoas, uma vez que Iradicionalmente o rapaz tem obrigações para com a família de sua esposa.

Atualmente, é possível perceber que é esse sistema organizacional nativo que ainda rege as regras de distribuição de bens dentro das aldeias, incluindo os salários e as aposentadorias dos funcionários índios, baseando-se em um complexo sistema de metades constituintes de diferentes pares, além das metades *Wakmejê* e *Katamjê* já referidas. Sobre esses vários pares de Metades, Melatti (1978, p. 81) diz que:

[...] alguns desses pares (de metade) se subdividem em grupos menores. Algumas dessas metades têm relação com o sistema de parentesco, porque são atribuídas ao indivíduo juntamente com o nome pessoal e este sempre é dado por alguém que é chamado por um determinado termo de parentesco [...] Nenhum desses pares de metades têm qualquer ligação com a regulamentação de matrimônio. Essas metades e grupos nada têm a ver com o sistema político. Nenhuma disputa entre indivíduos ou grupo de indivíduos tem por motivo o fato de pertencerem a metades diferentes. Apesar de se exigir que os “prefeitos” sejam de uma ou de outra metade de um determinado par, segundo as estações (seca ou chuvosa), e que os “prefeitos” de um mesmo período pertençam a metades opostas de um outro par, essa regra não tem caráter propriamente político, uma vez que não envolve uma disputa por poder; parece ter um caráter mais administrativo.

A princípio, diante desse contexto, somos levados a pensar em uma aparente contradição entre duas formas de organizações político-sociais: um sistema tradicional indígena *versus* um sistema de organização no-índio. Porém, o que a realidade *Krahó* nos apresenta é que dessa contradição não há somente relações conflituosas. Nela é possível perceber também inúmeras formas de alianças e “jogos de interesse” locais, nos quais índios e não-índios tentam obter vantagens.

2.3 BREVE EXPOSIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL *KRAHÓ*: AS METADES SAZONAIS

2.3.1 As metades *Wakmejê* e *Katamjê*

Essas duas metades também são chamadas pelos *Krahó* de “partido”. Embora não regulem o matrimônio e não relacione indivíduos a alguma regra de descendência unilinear, todo indivíduo *Krahó*, independentemente de ser homem ou mulher, irá pertencer a uma

dessas metades, de acordo com o repertório de nomes pessoais. Ou seja: cada indivíduo pertencerá a uma das metades segundo o nome que receber.

A transmissão de nomes é uma das instituições fundamentais na sociedade *Krahó*. É através da nomenclatura que um indivíduo tem assegurado a sua participação na rede das relações sociais estabelecidas pelo grupo e construída a sua “identidade étnica” (BARTH, 1998; CUNHA, 1986; CARDOSO DE OLIVEIRA, 1976). Ao receber um conjunto de nomes¹⁸, o indivíduo *Krahó* recebe um conjunto de papéis pré-determinados que, segundo Melatti (1968), serão constitutivos do “personagem” que ele interpretará enquanto “*ator social*”. Ao receber seu nome, o indivíduo compartilhará com os demais membros da nação *Krahó* as seguintes categorias de envolvimento social:

a) Vinculação a uma das metades *Wakmejê* ou *Katamjê*:

[...] Uma série de símbolos está ligada a essas metades. A primeira se liga o dia, a estação da seca, o oriente, o pátio da aldeia, as listras verticais da pintura do corpo, as palhas para enfeite de cor clara, etc. À segunda, está ligada a noite, a estação chuvosa, o ocidente, a periferia da aldeia, as palhas para enfeite de cor escura, as listras horizontais da pintura do corpo, etc. [...] Além da participação em vários ritos, cada uma dessas metades fornece dois orientadores das atividades da aldeia, os chefes que exercem suas funções durante a estação correspondente à metade de que são membros. Convém esclarecer que somente este par de metades engloba como membros. As mulheres segundo o mesmo critério aplicado aos indivíduos do sexo masculino. (Melatti, 1978, 140-41).

b) Participação especial em determinados ritos: O sistema de nomenclatura *Krahó* garante uma espécie de reposição de “personagens” rituais, bem como papéis sociais a serem desempenhados através das gerações. Ou seja, de forma bastante simplista há, por exemplo, sempre um repertório de nomes exclusivos para “cantadores”, ou para certos personagens chave de alguns ritos. De modo que toda pessoa a quem um nome de “cantador” é passado, é responsável por um determinado repertório de músicas a ser aprendida e entoada. Sendo assim, cada indivíduo tem obrigações sociais relativas ao seu nome;

c) Estabelecimento de uma relação especial com os “amigos formais”: Essa é uma relação que se dá através da instituição da “amizade formal” marcada essencialmente por uma relação de “evitação” e “solidariedade” entre duas pessoas, bem como com os parentes de quem se é “amigo formal”. O termo de

¹⁸ Os nominadores são, preferencialmente, o irmão da mãe para as crianças do sexo masculino e a irmã do pai para as do sexo feminino.

tratamento empregado é *hōpin* para os homens e *hōpintxói* para as mulheres. (CUNHA, 1986, p. 53);

d) Emprego dos termos de parentesco que aqueles usados por seu nominador: O processo de nomeação *Krahô* é um complexo mecanismo ritual de estabelecimento de relações interpessoais que gira, fundamentalmente, em torno da “reciprocidade” entre *Kêti* (o homem que doa o nome), *Tili* (a mulher que doa o nome) e *Ipantú* (homem ou mulher que recebe o nome). O *Keti* ou *Tili* dá ao seu *Ipantú* um **nome**: não qualquer **nome**, mas alguns de seus nomes. Todo homem e mulher *Krahó* têm vários nomes recebidos de seus respectivos *Keti* e *Tili*, o que lhes proporciona uma posição social atribuída pelo sistema de parentesco. Assim, ao receber um **nome**, a pessoa recebe junto a sua posição no sistema de parentesco e deve, a partir daí, tratar os seus familiares pelos mesmos termos que o seu/sua *Keti/Tili* os trata. Reciprocamente, os familiares e todos aqueles com quem o *Keti/Tili* tenham alguma relação similar - caso do “amigo formal” - vão tratá-lo pelo termo com que se dirigem ao *Keti/Tili*.

O nome pessoal também regula o pertencimento a outro par de metades: as metades *Khöirumpekëtxë* e *Harārumpekëtxë*. Porém, ao contrário das duas metades sazonais, nessas duas somente os homens irão pertencer a uma ou a outra. Segundo Melatti (1978, p. 88):

Essas metades estão subdivididas em grupos e são primariamente a esses grupos que estão associados os nomes masculinos. Esses grupos são localizados na praça da aldeia. À metade *Khöirumpekëtxë*, que fica do lado leste da praça, pertencem os seguintes grupos, dispostos de norte para sul: *Pã* (coruja), *Autxet* (tatupeba), *Txon* (urubu) e *Kren* (periquito-estrela). À metade *Harārumpekëtxë*, localizada no lado oeste da praça (a), pertencem os seguintes grupos, também citados de norte para sul: *Txó* (raposa), *Hëk* (gavião), *Khedré* (periquito) e *Kupen* (não-índios).

Esses grupos marcam sua presença sobretudo no rito *Khetwajê* e no rito *Pembkahël¹⁹*.

Além dessas metades, há também as que englobam as classes de idade. São elas: *Khökateye* e *Harākatete*. Segundo Melatti (1978, p. 84) não há uma “regularidade” absoluta, no sentido de determinação de quem irá pertencer a qual metade. Afirma também que tais metades funcionariam nos ritos e também em outras ocasiões, como por exemplo nos casos de mutirão - nas roças - e em divisões de carne ou de qualquer outra coisa no pátio. O que se poderia afirmar sobre tais metades é que a qualidade de membro, não se adquire por nenhuma

¹⁹ Ambos ritos de iniciação masculinos.

regra de descendência unilinear e nem pela transmissão de nomes. Nesse caso, somente indivíduos do sexo masculino irão pertencer a uma ou a outra.

Há também outros pares de metades nas quais os indivíduos que delas participam o fazem por escolha individual, ou seja, cada homem escolhe a metade a que deseja pertencer antes da realização de cada rito do qual tais metades participam. Isto não significa que ele irá sempre pertencer a tal ou qual metade escolhida. Um indivíduo que pertença a uma das metades em determinada ocasião pode escolher fazer parte da metade oposta quando o rito se repetir noutra ocasião. As mulheres, assim como na divisão das classes de idade, pertencem sempre à mesma metade a que está afiliado o marido.

2.4 OS *KRAHÓ* E AS RELAÇÕES COM OS NÃO-ÍNDIOS

2.4.1 Alguns aspectos decorrentes da história de contato

A preocupação com o problema do contato entre sociedades índias e não-índias há tempo está presente nas pesquisas antropológicas. Apesar de não ser esse o tema que pretendo contemplar nesse trabalho, é imprescindível não deixar de abordar essa questão, mesmo que de forma tangencial, já que ela permeia qualquer aspecto da vida dos *Krahó*, bem como dos habitantes não-índios que com eles convivem.

No tópico anterior foi possível ter uma idéia do processo de contato ao qual os *Krahó* se submeteram. Este, como na realidade de outras nações, caracterizou-se pela violência e pela conquista que proporcionou inúmeras perdas humanas e culturais. Diante de um contexto tão desfavorável, seríamos levados a pensar que o ciminbo a seguir teria um único resultado: a extinção completa dessa nação. Talvez fosse esse o real interesse dos “conquistadores”, desejosos das terras nas quais viviam os *Krahó*.

Nesse sentido, é importante nos voltarmos de novo aos números dessa história de contato. O crescimento demográfico²⁰ é uma evidência inquestionável e resta-nos pensar nos fatores que os elevam no decorrer dos anos. Sem dúvida a proteção do Estado-Nação depois do episódio do massacre na década de quarenta do século passado, é um fator primordial para

²⁰ Conforme descrito no tópico anterior, a população *Krahó* triplicou em um espaço de trinta anos.

a proteção dos índios *Krahó*, bem como um fator que vem marcar e caracterizar o tipo de relação entre índios e não-índios que passou a ser construída nesse contexto.

Juntamente com a proteção do Estado, se constituiu também uma série de mecanismos voltados para a construção de um programa de assistência. A construção desse programa envolveu uma política específica para a questão indígena que interferiu na política local das relações interétnicas. Os indígenas passam a obter direitos - inclusive a terra - e benefícios que boa parte da população local não possuía e ainda não possui. Diante dessa nova realidade, não apenas índios tentam se beneficiar dos direitos conquistados, como a população local também tenta se apropriar de possíveis vantagens do fato de serem agora obrigados a conviver com uma nação indígena.

Tratar essa questão em toda sua dinamicidade e dimensão seria um desafio que não me proponho nesse trabalho. Sua complexidade, porém, não poderia deixar de ser no mínimo aqui apontada. Isso porque as relações que os *Krahó* estabelecem com a população não-índia atualmente envolvem inúmeros aspectos. Esses aspectos foram se ampliando e também se complexificando ao longo dessa história dinâmica de contato interétnico. Atualmente eles envolvem relações culturais, políticas, comerciais, financeiras, empregatícias etc.

Essas relações não são pautadas somente pelo conflito, como bem se pode perceber nos relatos dos primeiros contatos. Elas envolvem também alianças permeadas por interesses políticos tanto da parte dos índios, como por parte dos não-índios. Inúmeros foram - e continuam sendo - os mecanismos de “resistência”, assim como também são vários os interesses que promovem aliança em todas as esferas da vida social e cultural.

Seria ingênuo generalizar as relações entre índios e não-índios como se estivéssemos tratando de dois blocos homogêneos sócio-culturais. Evitando isso, tento aqui especificar dentro do ponto de vista *Krahó* a pluralidade de atores e grupos sociais com que eles lidam e as várias formas de se inter-relacionarem.

Quando me refiro a não-índios, no contexto do qual estou tratando, falo de pelo menos quatro grupos diferenciados e com formas de relações, com os *Krahó*, também distintas, mas que, acima de tudo se caracterizam pela troca em várias instâncias e pelos interesses mútuos, a partir dessas relações as quais são construída. Nesse intenso movimento que caracteriza as relações interétnicas locais, algumas “influências” resultantes dessas trocas podem até ser mais visíveis aos olhos de quem possa entrar em contato com esse contexto.

Das influências que os *Krahó* absorveram dos moradores não-índios da região²¹, uma das mais visíveis está na arquitetura das casas, o que já fora percebido por Melatti em seu trabalho de campo em 1963. Assim descrevia as casas dos *Krahó*:

[...] o teto é de duas águas, coberto com folhas de buriti ou de piaçava, sendo esta última preferível por ser mais durável. As paredes são feitas de estacas fincadas no chão uma ao lado da outra, amarradas umas às outras com embira, sendo o espaço entre elas preenchido com palha de buriti ou com barro [...] **distingue-se (grifo meu)** das casas dos sertanejos porque não têm janelas e (além disso) a casa indígena geralmente é sem divisões (enquanto que) [...] as casas dos sertanejos têm geralmente varanda, quarto e cozinha [...] (MELATTI, 1978, p. 34-5).

Não param por aqui as “influências” que os “moradores do sertão”, de toda região da TI, têm em relação aos *Krahó*. Nos trabalhos de Melatti (1978) sobre essa nação são pontuadas inúmeras delas. Um aspecto interessante contido nesses trabalhos diz respeito ao fato de que, apesar dos esforços dos missionários católicos e evangélicos em catequizá-los e convertê-los para a doutrina cristã, a “ação dos sertanejos da área” parece ter sido mais decisiva. Melatti (1978, p. 93) chega a perceber essas “influências” no próprio mito de origem *Krahó* o mito do Sol (*Püt*) e Lua (*Püdlere*):

Um dos heróis míticos, Lua foi identificado como São Pedro, mas não o São Pedro do Evangelho e sim o herói de contos pios dos sertanejos, um tanto esperto e maldoso. A identificação se justifica, pois Lua, nos mitos *Krahó* é um herói desajeitado, sempre a provocar situações desagradáveis; isso mesmo o leva a ser identificado também como Pedro Malasartes; o Sol por sua vez é identificado como Deus, também chamado *Papan*.

Esses aspectos assimilativos foram levados ao extremo no “discurso” indígena, por ocasião do movimento messiânico acontecido entre os *Krahó* na primeira metade da década de 50, do século passado. Isso porque foi um movimento que apregoava a transformação completa dos *Krahó* em “não-índios”, o que incluía por exemplo abandonar a língua *Krahó* em troca do português, os rituais e os cantos, além de adotar costumes dos não-índios como, por exemplo, vestir-se igual a eles. Ainda hoje, é possível encontrar vivas, na aldeia Pedra Branca, pessoas que se envolveram com o messianismo, inclusive o próprio líder do movimento, José Nogueira *Ropkur Xorxo Kraó*, que hoje conta com aproximadamente 83 anos.

²¹ Os *Krahó* os chamam de “povo e/ou morador do sertão”, diferentes, portanto, dos moradores de Itacajá ou Goiatins, as duas cidades mais próximas.

As informações sobre o movimento, coletadas por Melatti (1978), narram que *Ropkur* teria entrado em contato com *Tahti* (chuva). *Tahti*, nos mitos *Krahó*, é um ser com aparência humana e de barba grande, com um fuzil na mão, chamado de “bandeirante”. É com esse ser mítico que *Ropkur* entra em contato. Dele obteve a promessa de receber poderes para castigar os “cristãos” e transformar os índios em “civilizados”. Para que isso acontecesse, *Tahti* determina várias coisas, dentre elas a construção de uma grande casa e de um curral na TI. Nessa grande casa, seriam realizadas festas à moda dos não-índios, na qual os *Krahó* dançariam o forró aos pares e vestidos como os sertanejos da região.

Os participantes do movimento também foram orientados por *Ropkur* a adotar alguns costumes católicos, como por exemplo, a proibição da ingestão de carne durante alguns dias da semana. Incentivou o abandono da pintura corporal, dos cânticos acompanhados pelo maracá e das corridas de toras. Era o cumprimento desses preceitos que faria com que um dia os *Krahó* acordassem como “civilizados”.

Como o movimento não foi unânime, influenciando mais os jovens do que os velhos, o messianismo foi se desvitalizando e *Ropkur* foi sendo desacreditado, pois as promessas do líder não se cumpriam. Pressionado por seus seguidores, o próprio *Ropkur* chegou a marcar o grande dia da transformação e como esta não ocorreu, ele se refugiou com sua família fora das aldeias. Hoje mora na Pedra Branca com toda a sua família e se dizem “evangélicos”, apesar de não frequentarem nenhum culto cristão.

Esses fatos marcam, de alguma forma, o modo como se dá o contato intenso e dinâmico desse contexto pluriétnico. É impossível não levá-los em consideração quando nos deparamos com a realidade *Krahó* atual. A finalidade do movimento messiânico, segundo as argumentações nativas que o sustentaram, é exemplar dessa realidade. Com a ajuda do sobrenatural, os *Krahó* queriam destruir os “civilizados” por eles considerados “maus”, talvez aqueles que investiram sobre eles no episódio do massacre da década de 40, mas, por outro lado também queriam se “transformar”, adotando alguns dos costumes dos “civilizados”.

2.4.2 A Relação com os não-índios da região: os “moradores do sertão”, os comerciantes e os funcionários dos órgãos prestadores de serviços na TI

É importante salientar aqui que os próprios *Krahó* fazem distinção entre os “moradores do sertão” - ou sertanejos -, os moradores de Itacajá, Alto Lindo e Goiatins e os

que vêm dos grandes centros urbanos, para visitá-los ou pesquisá-los. Os primeiros são as famílias que moram em torno da TI, vivendo de uma pequena agricultura de subsistência, baseada no plantio de arroz; fava, abóbora, mandioca e milho e algumas frutas, tais como laranja, banana, limão, tangerina e melancia. Além de consumidos pelos próprios sertanejos, esses produtos também são usados pelos indígenas.

Enquanto estive em campo presenciei por várias vezes, os sertanejos homens (sozinhos ou acompanhados de suas mulheres) ou mulheres (sem seus respectivos maridos, porém acompanhadas de seus filhos pequenos), adentrarem na aldeia para trocar, receber pagamento de permutas anteriores ou mesmo venderem esses produtos. Na troca, os “sertanejos” recebiam panelas, tampas de panelas, chinelas e, até mesmo, remédios de farmácia, quando encontrados nas casas dos índios²².

Com alguns moradores de Itacajá, percebi também esse tipo de relação comercial por escambo. Entre esses moradores que residem nos arredores de Itacajá, em casas similares às construídas pelos *Krahó*, alguns são dos “moradores do sertão” que buscam, na proximidade da cidade, uma forma de subsistência.

Nas casas desses “sertanejos” (conheci e entrei em pelo menos três delas), os *Krahó* parecem ter mais “liberdade”, pois normalmente são muito mal tratados entre os outros grupos de moradores de Itacajá e Alto Lindo, razão pela qual não costumam entrar em suas casas, uma vez que têm fama de ladrões, alcoólatras e sujos. Já os sertanejos habitantes desses dois municípios, além de se unirem a alguns índios pelo laço de compadrio à moda católica, também têm como fonte de renda as “trocas” estabelecidas com os *Krahó* que freqüentemente visitam Itacajá, usando a casa dos sertanejos como ponto de encontro e pernoitando em seus quintais, em troca de algum pertence ou dinheiro.

Já a relação que estabelecem com os moradores não sertanejos é bem diferente e de forma alguma entram em suas casas, sejam comerciantes, funcionários da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA - ou da associação *Kapej*, mesmo que exista algum laço de compadrio.

Os *Krahó* circulam entre o município de Itacajá e o distrito de Alto Lindo constantemente, principalmente os das aldeias Manuel Alves e Pedra Branca - a primeira a apenas cinco quilômetros de distância e a segunda a vinte e cinco quilômetros dos dois municípios. Tal circulação se intensifica mais entre os dias dois e onze de cada mês. Nesse período, não só índios dessas duas aldeias, mas também vários das demais se direcionam para

²² Atualmente, a atendente da FUNASA faz uma “revista” nas casas periodicamente em busca desses remédios.

Itacajã em carros de carroceria (chamados “gaizeiros”, pois são movidos a gás), fretados junto a não-índios moradores de Itacajá, cheios de gente.

Esses fretes transportam os aposentados e suas famílias para que possam receber suas respectivas aposentadorias na agência de correios de Itacajá. Parte considerável dessa aposentadoria é destinada a esse frete: média em torno de cinquenta reais²³ - valor correspondente a uma passagem paga pelo trajeto de 800 km que separam a cidade de Goiânia - GO e o município de Guaraí, no Estado do Tocantins.

Uma vez recebida a aposentadoria, as famílias dirigem-se aos estabelecimentos comerciais onde fazem as compras do mês. É interessante observar que lojas e mercearias de Itacajá, diariamente freqüentadas pelos moradores da cidade, sempre têm os artigos preferenciais dos *Krahó* em seus estoques. Entre eles destaco os tecidos para as mulheres e os óleos de cabelo, das marcas preferidas pelos *Krahó*. Além desses, há os gêneros alimentícios mais consumidos por eles: o café, o fumo, o óleo de cozinha, o sal e o açúcar, além de panelas, pratos, colheres e facas.

Observei em todos os casos que acompanhei de perto que o salário ou aposentadoria destina-se para a quitação de dívidas anteriores, sempre renovadas na obtenção mensal de mercadorias. De forma que o comerciante local mantém a garantia do estipêndio do mês seguinte e o indígena permanece indefinidamente em débito. Também é significativo o fato de que os preços comercializados com os índios são sempre mais elevados. Muitas mercadorias alcançam o dobro do preço vendido para um não-índio. Isso é uma prática antiga, da qual Melatti (1968, p. 116), faz referência no seu trabalho “Índios e Criadores”:

[...] A caracterização do índio como “ladrão” tem servido a alguns civilizados para exercer certo tipo de exploração sobre os indígenas, como que se ressarcindo de furtos antigos ou futuros. Tratam de cobrar os gêneros alimentícios com preço mais alto quando os vendem aos índios do que quando os adquirem os civilizados.

Outro grupo de moradores de Itacajá com os quais os *Krahó* se relacionam são os funcionários que, de uma forma ou de outra, trabalham diretamente com eles. Estes, formam o quadro de pessoas contratadas para trabalhar na área de educação indígena, saúde indígena e para a Associação Indígena *Krahó Kapej*. No primeiro grupo pode-se incluir além dos professores atuantes em toda a TI - e que na Pedra Branca são duas - um outro funcionário(a)

²³ Esse é o custo de Pedra Branca -Itacajá. O preço aumenta dependendo da distância da aldeia e pode chegar aos cento e cinquenta reais, se for por exemplo o trajeto aldeia Rio Vermelho-Itacajá, segundo informação de um dos motoristas da FUNASA.

que ocupa o cargo de secretário(a) para monitorar a assiduidade das professoras nas aldeias, controlar a merenda escolar dada pelo Governo do Estado do Tocantins, o arquivamento dos documentos relativos ao trabalho de educação: provas, notas e o controle do material didático (caderno, livros, giz, lápis de cor)²⁴.

Já os funcionários que atuam na área da saúde indígena são, na sua maioria, pessoas que já ocupavam algum cargo na Fundação Nacional do Índio - FUNAI, seja de enfermeira(o) ou motorista e, que agora, são contratados pela FUNASA. Com essa mudança de instituição, outras pessoas foram contratadas e, à exceção de três auxiliares de enfermagem e uma enfermeira, são todos nativos ou moradores antigos de Itacajá. Além desses há ainda os que trabalham na construção da sede e administração da *Kapej* e alguns funcionários administrativos da FUNAI que continuam contratados desse órgão.

Como é possível observar, várias pessoas não-índias residentes em Itacajá estão envolvidas, de uma forma ou de outra, com a nação *Krahó*. Desde que suas Terras foram demarcadas pelo Governo Federal e lá se estabeleceu um Posto Indígena, os moradores da região se vêm voltados para a questão de lidar com a presença dos índios agora “protegidos” pelo Estado e com um Território considerável. Em seu trabalho “Índios e Criadores” Melatti (1968) chega a perceber entre os regionais uma certa “cobiça” pelos cargos de encarregados do Posto do antigo SPI, já que na prática significava ser uma espécie de autoridade máxima dentro da TI. Além disso, não é difícil perceber que, para os padrões locais, ser um funcionário contratado pelos órgãos públicos que ali atuam significa um certo “*status*”, justificado pelas condições de vida locais.

Uma outra forma de relação dos *Krahó* com os não-índios da região é a prática de realização de festas nas aldeias à moda “sertanejas”, para a qual é providenciado um conjunto de músicos tocadores de forró. Nessas festas, os *Krahó*, tanto homens quanto mulheres, se vestem como os não-índios, ou seja: calça, camisa e sapatos - os homens - e saias, vestidos ou calças, sapatos ou sandálias - as mulheres. Essas últimas se preocupam ainda em passar o batom (de preferência vermelho) nos lábios e nas bochechas; usam óleo nos cabelos e se encharcam com perfumes, além de passarem esmaltes nas unhas - vermelhos - e usarem brincos de metal como as moças de Itacajá²⁵. Enquanto estive na Pedra Branca foi realizada uma festa desse tipo, com tocadores de forró contratados para tal fim. Somente moças

²⁴ Pelo menos na Pedra Branca é esse o material didático.

²⁵ No cotidiano, as mulheres usam o *Kzpenbcê*: ixn tecido de preferência bastante estampado e com aproximadamente dois metros de largura, amarrados na cintura e desnudas da cintura para cima.

solteiras - normalmente com idades abaixo dos quinze anos - costumam participar dessas festas à moda dos não-índios.

O mesmo não vale para os homens, sempre é possível perceber a presença de vários deles durante o forró, pois embora não seja de bom tom que os casados freqüentem essas festas. Alguns, porém, evitam dançar e se contentam em observar a dança dos solteiros, ridicularizando-a às vezes. Os *Krahó* costumam convidar outros índios de outras aldeias para o forró e, além desses, os não-índios que consideram amigos e que vêm do “sertão”.

Essas atividades não são novidade entre os *Krahó*, já que Melatti observara tal prática ainda na década de sessenta, por ocasião de sua pesquisa de campo. Diz ele que era até mesmo presente em “algumas casas indígenas uma área contígua com o chão cuidadosamente batido e nivelado, às vezes coberta por um teto horizontal. Tal recinto se destina à realização de festas à moda dos civilizados [...] A festa começa à noitinha e dura à madrugada” (MELATTI, 1978, p. 35).

2.4.3 A relação dos *Krahó* com os não-índios “distantes”: os visitantes e os pesquisadores

Com os não-índios que vêm dos grandes centros urbanos, a relação se modifica bastante, não só em função das representações que as pessoas de longe têm em relação aos *Krahó*, mas também em função das representações que os índios construíram acerca dessas pessoas que vêm ora como visitantes, guiadas por conhecidos que já freqüentam a TI, ora como pesquisadores que por lá permanecem durante alguns meses.

Melatti (1968) explica essa relação através da dicotomia: os não-índios “próximos” e os não-índios “distantes”. Ainda segundo esse autor, os *Krahó* chegam até a diferenciá-los da seguinte forma:

[...] os “próximos” são tidos como “maus” e os “distantes” são considerados “bons”. Esta classificação dos civilizados sob o ponto de vista da distância espacial não parece de modo algum divorciada da realidade. Em verdade, os *Krahó* vivem num estado de continua tensão com os regionais devido às queixas contra o farto de gado, às ameaças de confiscação de parte do território indígena, à gratificação Insuficiente por seu trabalho, à expressão aberta dos preconceitos desfavoráveis dos sertanejos a respeito dos índios. Em compensação, suas relações com os civilizados “distantes” são de cunho bem diverso: entre os “distantes” está instalado o “Governo”, que bem ou mal protege os índios através do SPJ; de longe vêm os missionários, que, embora condenem boa parte da tradição tribal, sempre se mostram amigos; das grandes cidades chegam os pesquisadores, que dão pleno apoio aos costumes indígenas; enfim, os civilizados “distantes” recebem com carinho e admiração os *Krahó*, quando estes visitam suas cidades (MELATTI, 1968, p. 131).

Creio que a relação dos *Krahó* com os não-índios da região se complexificou bastante da década de sessenta até nossos dias, em função da interdependência e dos interesses envolvidos de ambos. Porém, ainda é possível perceber os preconceitos desfavoráveis dos regionais a respeito dos índios e também dos índios em relação a alguns dos regionais. Quanto ao não-índio “distante”, os *Krahó* também construíram, ao longo desses anos, uma relação que envolve interesses, principalmente financeiros. Sabem que estes estão sempre prontos a valorizar seus artesanatos, ao contrário dos “próximos” que pouco lhes pagam por tais artigos. Para se ter uma idéia, os preços de um colar de “tiririca²⁶”, por exemplo, pode variar de dois reais - para um regional - a dez reais - para um não-índio “distante”.

Além disso, os “distantes” gostam de tirar fotos, o que para os *Krahó* pode significar uma outra “fonte de renda”, pois atualmente cobram das pessoas que desejem fotografá-los. Também têm encontrado outras formas de aquisição de bens junto a órgãos públicos e até mesmo privados. Um exemplo recente que pode ser aqui descrito, foi o fato de fazerem parte de documentário para um programa televisivo (Globo Rural), pelo qual cobraram uma quantia considerável²⁷. Ainda outra modalidade é a de enviar “projetos” para o Governo do Estado do Tocantins, requisitando dinheiro para a realização de rituais (tais como os de iniciação de jovens). Em “troca”, o Governo, através de sua secretaria de cultura e turismo, obtém o direito de filmagem e fotografias desses ritos para publicação em revistas que se prestam como veículos de propaganda do Estado.

Presenciei tal fato na aldeia Manuel Alves, a terceira maior aldeia da TI, na qual uma equipe de fotógrafos e jornalistas contratada do Estado, trabalhava durante o rito de iniciação masculino *Pemkahëk*. Enquanto estive na Pedra Branca, os *Krahó* dessa aldeia me pediram auxílio para escrever um projeto, no qual requeriam recursos para rito semelhante.

Os “distantes” também são um meio de conseguir “presentes encomendados” trazidos dos grandes centros urbanos: os tecidos para as mulheres, as miçangas coloridas, as roupas etc... É compreensível que, tão logo esse “distante” adentre a aldeia, já lhe será oferecido um **nome** indígena na língua *Krahó*. Esse nome vincula a um vasto sistema de obrigações tentando incluí-lo no sistema de parentesco indígena. Uma vez portador de um nome *Krahó*, segue-se a proposta do “batismo” o qual, para ser realizado, exige do recém nominado não-índio uma rês a ser oferecida à comunidade. Dessa forma, todos podem ser considerados

²⁶ Nome vulgar da semente nativa com as quais são feitos colares. Tais sementes são chamadas deaka em língua *Krahó*.

²⁷ Um informante da Pedra Branca me falou em quinze mil reais.

“bons”, tanto o “distante” como inclusive o “próximo”, desde que dessas relações haja a possibilidade de conseguirem “trocas” que os beneficiem.

2.5 A ASSOCIAÇÃO UNIÃO DAS ALDEIAS *KRAHÓ* – *KAPEJ*

A idéia geral sobre o que é e como foi o processo de organização acerca da Associação Indígena *Kapej* - que na língua *Krahó* significa “pátio (Ka) bonito (*Pej*)” - me foi passada por Fernando Schiavinni de Castro, funcionário da FUNAI entre os *Krahó* há vinte e cinco anos. De modo geral, o projeto de fundação da associação, segundo depoimento de Schiavinni, está associado à idéia de transformar a nação indígena *Krahó* em uma comunidade auto-sustentável.

Segundo o próprio Schiavinni, o maior problema presente na TI é a fome que vem se agravando nos últimos anos, motivo pelo qual se faz necessário o início do processo de auto-sustentabilidade dos indígenas. Para que deixem de depender de órgãos públicos, enfim do Governo, e passem a produzir seus próprios meios de subsistência através da Associação. Esse discurso se tornou um dos motivos pelos quais os regionais - principalmente os comerciantes - vejam com restrições o andamento da *Kapej*. Segundo a visão dos membros da Associação, os comerciantes são temerosos de que realmente um dia os *Krahó* venham a não mais depender do comércio de Itacajá para comprar os bens industrializados, conseguindo-os diretamente da Associação.

A *Kapej* é um projeto complexo e ainda difícil de se definir. É melhor pensá-la enquanto um processo impulsionado diretamente pelo próprio Schiavinni que, segundo seu depoimento, tenta se abster ao máximo do mesmo a fim de que em um futuro próximo, os *Krahó* já não dependam tanto da sua presença. Além de Schiavinni, há também outros não-índios envolvidos. Esses trabalham com a parte burocrática - captação de recursos, elaboração de projetos, contabilidade etc. - e também estão envolvidos na construção da sede da *Kapej* dentro da TI.

A ata de criação da Associação data do ano de 1993, quando é então registrada judicialmente. Ela passa a existir oficialmente, porém, a partir de 1995, com um estatuto assinado por todos os líderes *Krahó*, representando cada aldeia. Como entidade jurídica, a *Kapej* está legalmente apta a representar os *Krahó* frente à sociedade nacional, o que significa

que através dela, os *Krahó* podem fazer contratos e captar recursos diretamente junto a órgãos governamentais e outras entidades jurídicas.

Além de já possuírem um escritório na cidade de Itacajá - com telefone, computador e rádio -, está em construção dentro da TI, em um local escolhido pelos próprios *Krahó*, a sede, em formato de uma aldeia tradicional indígena, ou seja, redonda. Na sede, já está em processo avançado a construção de uma escola agrícola - denominada *Catxêkwyj* - e ainda há no projeto a idealização de um depósito, um escritório, uma casa de beneficiamentos, uma pista de pouso de avião e um hotel²⁸. Para tal empreendimento, os *Krahó* conseguiram recentemente do Banco Nacional de Desenvolvimento - BNDES - a quantia de R\$ 560.000,00. No local, também poderá morar uma família de cada aldeia, a serem escolhidas pelas comunidades das mesmas.

A Associação, desde sua formalização jurídica, tem conseguido firmar alguns convênios e projetos. Um deles resultou na gravação de uma fita de vídeo chamada "*Ampó - hy - Todas as Sementes*" - e na publicação de um livro sobre a estória de *Caxêkyj*, a mulher estrela que ensina a agricultura aos *Krahó*. Além desses, há o projeto que se realizou a partir de um convênio entre a Universidade Federal de Goiás e a *Kapej* e que resultou na gravação de um *compact disc* com cantos rituais *Krahó*. A comercialização desses produtos é, segundo Schiavinni, administrado pelos membros da diretoria da *Kapej* em parceria com as instituições envolvidas.

O mais recente, e também o maior desses projetos que a *Kapej* concretizou a partir de uma dessas parcerias, é o que envolve uma equipe de pesquisadores do Centro Nacional de Pesquisa de Recursos Genéticas e Biotecnologia - CENARGEN - vinculados à Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária - ENBRAPA. Esse projeto formulado pela equipe da EMBRAPA é denominado "Etnobiologia, Conservação de Recursos Genéticos e Bem-Estar Alimentar em Comunidades Tradicionais: Etnia *Krahó*, Brasil". Nele, estão incluídos mais cinco subprojetos:

- (1) Subprojeto de coleta, caracterização, documentação e conservação de recursos genéticos na comunidade indígena *Krahó*;
- (2) Subprojeto de re-introdução, introdução e translocação de germoplasma na comunidade indígena *Krahó*;

²⁸ Segundo Schiavinni, está sendo estudada pelos membros da *Kapej* a idéia de oferecerem "turismo ecológico" dentro da TI *Krahó*. A sede da *Kapej* também está sendo pensada como palco de congressos e encontros indígenas.

- (3) Subprojeto de identificação das inter-relações entre o conhecimento empírico e científico na agricultura;
- (4) Subprojeto de Manejo de sistemas agrícolas da área indígena *Krahó*; e
- (5) Subprojeto de Documentação em hiperimídia.

O argumento dos pesquisadores é que justifica o projeto da EMBRAPA junto aos *Krahó*, diz respeito ao fato histórico dessa nação ter sido estimulada à produção agrícola em regime de multirão em “grandes lavouras coletivas de arroz”, quando o modelo tradicional era o de lavouras familiares feitas em regime solidário, com o plantio de várias espécies em consorciamento. Tal prática teria, segundo as idéias dos pesquisadores da EMBRAPA, desmoronada a organização social, provocando a perda das sementes tradicionais e a desorganização de seu sistema de segurança alimentar. Como decorrência disso, os *Krahó* teriam gradualmente perdido algumas variedades tradicionais, principalmente a de milho, cujo cultivo esteve fortemente relacionado à realização de alguns ritos.

A idéia geral para a realização dessa proposta de pesquisa foi diretamente passada para a EMBRAPA por Schiavinni que, acompanhado pelos *Krahó*, conseguiu localizar sementes do milho tradicional, denominado na língua *Põhipej*, nas câmaras de conservação de germoplasma da EMBRAPA. Daí, a empresa formulou um contrato de cooperação técnica com a *Kapej* e com a FUNAI, visando o estudo, resgate e conservação de recursos genéticos tradicionais, sistemas de cultivo e conhecimentos tradicionais da nação *Krahó*.

Diante desses dados, podemos entender a *Kapej* não só como instituição legalmente autorizada a captar recursos junto a entidades financiadoras ou órgãos governamentais, para a nação *Krahó*. Mais que isso, ela idealmente tenta garantir um meio legítimo de mediação dessa nação com a sociedade civil organizada, com a especificidade de ser uma Associação na qual os próprios índios se esforçam por administrá-la para poder lidar com as formas burocráticas com que a sociedade não-índia se organiza. Ela é representativa da atual realidade indígena nacional também de como os *Krahó* vem tentando se posicionar perante os demais grupos sociais para garantir que seus direitos e interesses possam ser contemplados de forma satisfatória.

2.6 A ALDEIA PEDRA BRANCA

A aldeia Pedra Branca é, atualmente, a maior de todas as aldeias *Krahó*. Encontrei-a com trezentas e seis pessoas distribuídas em trinta e sete casas; número que diminuiu quatro meses depois, no período da minha salda de campo, para duzentas e setenta e oito pessoas. Isso porque várias famílias haviam se mudado para uma outra aldeia em início de formação, a alguns quilômetros da Pedra Branca, ainda chamada de “acampamento”. O gráfico demográfico da Aldeia Pedra Branca é o seguinte²⁹:

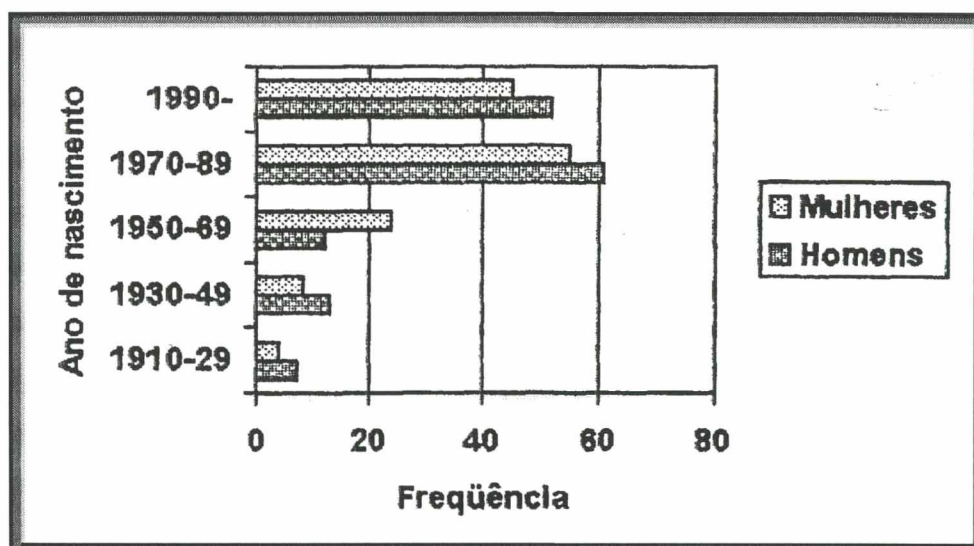


Figura 1 - Gráfico Demográfico Aldeia Pedra Branca (2001)

Fonte: Da própria autor, 2001.

A aldeia Pedra Branca está nesse mesmo local há aproximadamente vinte anos e se localiza a vinte e cinco quilômetros da cidade de Itacajá. Nela, há uma escola de ensino fundamental onde é oferecido o ensino bilíngue português-Krahó; uma enfermeira da FUNASA, uma casinha de rádio e um campo de futebol. Na escola trabalham três funcionários não-índios - sendo duas professoras e um secretário - e mais quatro funcionários indígenas. Dois deles são professores de *Mehin arwkwa* (língua *Krahó*). Os outros dois são contratações recentes, reivindicadas pela própria comunidade da Pedra Branca, e exercem as funções de “merendeira” e “faxeiro”, ganhando um salário mínimo.

²⁹ Dados por mim recolhidos à época da realização do trabalho de campo, de março a junho de 2001.

O período letivo depende diretamente da oferta de merenda escolar distribuída pelo Governo do Estado do Tocantins. De modo que, se não há merenda, não há aulas. Já na enfermaria trabalham uma atendente não-índia e um AIS - Agente de Saúde Indígena, funcionários da FUNASA. Além desse AIS que trabalha diretamente com a atendente não-índia, há um outro agente de saúde indígena contratado pelo município de Goiatins. Seu trabalho como agente consiste basicamente em contabilizar, medir e pesar as crianças da aldeia.

A aldeia é cercada por três poços naturais de água para consumo e banho. No mais fundo deles foi colocado um motor a óleo, mantido pela FUNASA - pois é ela quem compra o óleo do motor - , para prover as duas caixas d'água que abastecem as casas da aldeia. Esse consumo é comprometido pelo óleo que polui a água. Quando saí de campo estava sendo articulada uma reivindicação junto a FUNASA para contratação remunerada de um índio dessa aldeia, responsável pelo funcionamento do motor, que necessita ser ligado e desligado cotidianamente.

Assim mesmo, as duas caixas insuficientes para o armazenamento diário e o abastecimento continua sendo feito predominantemente com o auxílio de “cabaças” e recipientes de plástico (garrafas de refrigerante, querosene, etc.). Não há energia elétrica na aldeia e os *Krahó* não demonstram nenhum interesse por tal. Ao contrário, preferem a ausência da eletricidade, pois, segundo eles, é melhor para a realização das festas. Não há sistema de esgoto, nem banheiros nas casas e não são observados quaisquer cuidados com o lixo, que pode ser visto a céu aberto. Duas casas na aldeia possuem fogão. Uma delas é a casa de um dos professores indígenas, a outra é a casa do motorista - índio - contratado do *Kapej*. Nas demais, casas o cozimento dos alimentos é feito com pedras (para o tripé) e lenha. Em todas é possível observar grande número de utensílios domésticos tais como: panelas (de alumínio ou ferro), colheres, garfos, facas, pratos (de vidro e plástico), bacias etc.

Como atividade de subsistência, os *Krahó* continuam a praticando a coleta, a caça e a pesca. Essa última não ocupa um lugar importante na alimentação *Krahó*, talvez devido à escassez de peixes nos ribeirões da TI. Aliadas a essas atividades estão as roças, distantes em média de seis a doze quilômetros da aldeia. Além disso, como já dito anteriormente, subsistem do salário dos aposentados e dos poucos assalariados contratados, através do qual obtêm os bens industrializados, e das “trocas” com os “moradores do sertão”.

As roças são mantidas por cada segmento residencial e vêm sendo incentivadas nos projetos idealizados pela *Kapej*. Nelas são plantadas, predominantemente, a mandioca, o milho, a abóbora e o arroz; sendo muito raro encontrar frutos. Estes são conseguidos no sertão. No raro as famílias *Krahó* têm que caminhar quilômetros até o sertão para

conseguirem alguns gêneros como laranja, tangerina, melancia, mamão e banana, e sempre ocorre quando os próprios sertanejos não vêm até a aldeia para realização de permutas. Há também a coleta de frutos nativos silvestres: buriti, bacaba, oiti, bacuri, coco babaçu, pequi e o caju do cerrado. No entanto, esses frutos têm se tornado cada vez mais raros devido à sua extração excessiva que é um problema presente não só da TI *Krahó*, mas também em toda a fauna e flora típicas do cerrado goiano e tocantinense, segundo observação dos pesquisadores da EMBRAPA.

Já a aquisição de carne, essencial para a alimentação dos *Krahó* e na realização de ritos, se torna cada vez mais difícil devido ao decréscimo do número de animais nativos na área. Cheguei a presenciar várias tentativas de caças coletivas e individuais - sempre realizadas por homens. Nelas raramente conseguiam capturar um tatu, um veado, uma onça sussuarana, um gambá ou catetu. Na ausência total da carne de caça, se apela para o consumo de gado. Apesar de não desenvolverem a pecuária, uma família da Pedra Branca mantém, ou melhor, tenta manter - pois a pressão para que o gado seja cedido para a comunidade é grande - cinco reses fêmeas na aldeia. Não é raro os *Krahó* tentarem obter de particulares uma rês para realização de festas.

Apesar dessa variedade de estratégias empregadas para a subsistência, ao final o que se demonstra é a escassez dos recursos; sejam da caça e da coleta, ou aqueles provindos do benefício de salários e da relação com os sertanejos, ou ainda os originários das roças. Nenhuma dessas fontes, ou seu conjunto, são suficientes para dar conta da carência alimentar, fazendo com que o cotidiano seja uma permanente busca de alimentos.

3 ALGUNS APONTAMENTOS SOBRE O SISTEMA ETNOMÉDICO KRAHÓ

3.1 O CONCEITO DE SISTEMA ETNOMÉDICO E A REALIZAÇÃO DAS NAÇÕES DE SAÚDE E DOENÇA: A CONTRIBUIÇÃO DA ANTROPOLOGIA

Na visão da antropologia, as noções de “doença” e de “saúde” são experiências presentes em todas as sociedades humanas, enquanto eventos que ameaçam o sentido do mundo. Sendo esse evento uma experiência que exige a necessidade de ser organizada, cada sociedade buscará dar-lhe forma e sentido. A busca desse “sentido” propiciou a construção de complexos sistemas de conhecimentos e práticas que não só explicam o fenômeno da doença, como também pretendem curá-la.

A antropologia trabalha, portanto, com a noção de “sistemas de saúde” que, assim como qualquer outro sistema cultural, é um sistema de significados ancorado em arranjos particulares de instituições e padrões de interações interpessoais. (GEERTZ, 1986). Aqui, a definição de cultura é entendida conforme o conceito elaborado por Geertz (1986, p. 42): “um sistema simbólico que fornece um modelo de e um modelo para a realidade”. Aplicando esse conceito ao domínio da medicina, o sistema de saúde é aquele que integra os componentes relacionados à saúde e fornece ao indivíduo as pistas para a interpretação de sua doença e as ações possíveis. A partir dessa concepção de cultura, os atores sociais um novo *status*: o de agentes ativos no processo de comunicação e negociação dos significados.

Sendo assim, cada cultura constrói um sistema médico composto de conhecimentos, crenças, práticas, normas, valores e rituais. Seguindo a argumentação de Geertz (1996), acerca do conceito de cultura, Kleinman (1980) estabelece que os sistemas de saúde são sistemas culturais que têm significados simbólicos ancorados em arranjos particulares dentro da sociedade.

Nesses arranjos, os atores negociam os significados relativos ao processo de adoecimento e busca da cura. Um sistema de saúde inclui um modelo de valores e crenças pensado pelos atores sobre as causas da doença, sobre as decisões a serem tomadas para responder a esse episódio, sobre as avaliações quanto à eficácia desse tratamento e sobre a expectativa de se sair curado. Dentro dessa perspectiva, a doença não pode ser considerada fora de seu contexto cultural, uma vez que existe uma intrínseca interligação entre saúde, sistema médico e cultura.

Langdon (1994a) diz que esse campo que surge na Antropologia com o enfoque nas construções acerca das noções de saúde e doença, não é novidade nessa disciplina. Segundo essa autora, as discussões sobre saúde e doença aparecem cedo nas etnografias, porém não eram escritas com uma orientação teórica que visasse a construção de um campo específico de antropologia da saúde. Os autores clássicos que exploraram aspectos do mundo “primitivo”, dentre eles Frazer, Mansa, Tylor e Evans-Pritchard, estavam preocupados com religião, magia, rito, feitiçaria e a “comparação dos modos de pensamento entre os primitivos e os civilizados” (LANGDON, 1994a, p. 2). Essas etnografias apontavam para a idéia de que o pensamento “primitivo” era pseudocientífico, ou seja, baseado em falsas concepções de realidade.

Com essa importante contribuição de Rivers, as concepções sobre saúde e doença dos povos “primitivos” deixam de ser vistas como irracionais e passam a ser encaradas como um corpo de conhecimento que faz sentido. Segundo esse autor, as medicinas “primitivas” são manifestações do pensamento lógico, em que o tratamento vai seguir a identificação da causa apontada. Apesar desse grande avanço teórico na intenção de se relativizar os sistemas médicos de acordo com cada cultura, para Rivers a medicina dos povos não ocidentais ainda era considerada “primitiva” em oposição à medicina moderna, científica. Isso porque, segundo Langdon (1994a, p. 4): “sua visão de medicina primitiva representa uma visão estática ou falclorista, ignorando a dinâmica reconhecida hoje como essencial ao conceito simbólico da cultura [...]”.

Outra contribuição importante para a constituição desse campo da Antropologia é a de Erwin Ackerknecht. Esse autor com formação em medicina; é considerado o fundador da antropologia médica nos Estados Unidos. Sua contribuição diz respeito ao fato de defender a idéia de que a medicina “primitiva” está ligada a um papel social e possui um caráter holístico e, mesmo reconhecendo a diversidade cultural e ressaltando não haver uma medicina “primitiva” e sim várias, cada uma ligada a sua cultura particular, seus trabalhos ainda tratam de um “primitivo” que, segundo Langdon (1994a), lembra o “primitivo” do pensamento evolucionista unilinear que está “cego frente a sua realidade empírica”.

Apesar das críticas dos teóricos contemporâneos que pensam a cultura a partir de um modelo simbólico, é inegável a contribuição desses pesquisadores pioneiros que perceberam a existência desse campo de pesquisa. Suas idéias permitiram a formação de um campo de estudos na antropologia, preocupado com a construção de paradigmas onde o biológico aparece articulado ao cultural.

Nesse sentido, há uma mudança de perspectiva conceitual acerca da concepção de doença. Esta não seria mais um evento primariamente biológico, mas segundo Langdon (1994a, p. 8):

Concebida em primeiro lugar como um processo experiencial cujo significado é elaborado através de episódios culturais e sociais, e em segundo lugar como um evento biológico. A doença não é um estado estático, mas um processo que requer interpretação e ação no meio sócio-cultural, o que implica numa negociação de significados na busca da cura.

Então, sob essa perspectiva, cada sociedade construirá seu sistema etnomédico nos quais se inserem suas respectivas teorias médicas, que explicam os eventos de doença e, conseqüentemente, suas práticas e rituais de cura. Entre os *Krahó*, como nas demais sociedades indígenas, o sistema de cura constitui um complexo teórico e prático nativo que busca não somente curar, mas também prevenir e explicar os eventos de doença.

3.2 A PLURALIDADE DE SISTEMAS MÉDICOS E O CONTEXTO *KRAHÓ*

Como bem se pôde observar na descrição do contexto *Krahó* no capítulo anterior, esta nação é atualmente parte de uma sociedade mais abrangente ‘ heterogênea. Com essa mesma sociedade se estabeleceu - e estabelece -, ao longo da história de contato, inter-relações complexas permeadas por vários aspectos. Essa é uma realidade que não se distingue muito de outras realidades de contato entre sociedades índias e não-índias, sendo até mesmo típica das regiões florestais amazônicas.

Foram também típicas dessa história de contato sofrida pelas populações indígenas, as epidemias de sarampo, gripe, coqueluche e outras doenças não menos graves que levaram consigo milhares de vidas. Juntamente a essas epidemias foram introduzidos, com o contato, os remédios ocidentais que, com o conhecimento médico dos primeiros missionários, marcam o encontro primordial dessas nações indígenas com outro “sistema de saúde”: o ocidental.

Entre os *Krahó*, esses primeiros contatos com remédios da biomedicina chegaram a ser documentados da seguinte forma:

[...] os índios (*Krahó*) atribuíam ao batismo católico poder de lhes abreviar a vida e era à força que o padre o administrava às crianças moribundas, havendo mesmo entre eles a proibição de dar parte dos doentes ao missionário por considerarem os remédios dos civilizados como feitiços [...] (MELATI, 1968, p. 45).

Esse primeiro registro do modo como os *Krahó* se apropriaram dos remédios ocidentais, revela uma rejeição por parte dos índios que não perdurou ao longo da história de contato. Não que os *Krahó* tenham abandonado seu próprio modelo nativo de cuidados com a saúde em prol do modelo biomédico. Ao contrário, o contexto *Krahó* nos mostra que além desses dois modelos, outros atualmente coexistem, de modo a fazerem parte de um conjunto de recursos que orientam a cura, utilizados pelos mesmos.

Desde que os *Krahó* passaram a ser tutelados pelo Estado-Nação, fato que se deu na década de quarenta, eles têm feito parte de uma política de assistência que pretende garantir-lhes três direitos considerados básicos: terra, educação e saúde. Não é pretensão desse trabalho demonstrar, ou mesmo discutir acerca do histórico dessa política de assistência. Porém, no que tange à política de saúde, cumpre aqui dizer que apesar desta ter variado em seus aspectos concretos de prestação de serviços, ainda caracteriza-se pela medicação, com medicação e os meios de cura da biomedicina.

O processo que inclui o acesso aos remédios da sociedade ocidental parece até mesmo se confundir com a própria história de contato. Sob a tutela do Estado, representado pelas instituições SPI (Serviço de Proteção ao Índio) e mais tarde FUNAI (Fundação Nacional do Índio), os *Krahó* tiveram acesso aos medicamentos dentro da TI, distribuídos pelos funcionários desses mesmos órgãos. Ficou revelada ao longo da história, a incapacidade desses órgãos na assistência médica exigida para a realidade indígena, carecendo de recursos e investimentos em treinamentos de pessoas capacitadas para tal função. Também se faz criticada pelos próprios *Krahó*, que reivindicam um modelo capaz de concretizar suas demandas, inclusive por remédios da biomedicina.

Essa postura crítica e reivindicativa não é um fato isolado da nação em questão, tanto que a criação de um órgão por parte do Governo Federal, voltado exclusivamente para a assistência à saúde indígena, teve como motivação um coro composto por várias outras etnias, procurando concretizar as garantias legais oferecidas pelo Estado aos povos indígenas, responsável pelo atendimento, tratamento e encaminhamento de doentes dentro e fora da TI *Krahó*.

É então delegada à FUNASA a responsabilidade pelo atendimento, tratamento e encaminhamento de doentes dentro e fora da TI *Krahó*. Com seu modelo de assistência, é a principal fornecedora de recursos da biomedicina junto os *Krahó*, mantendo atendimento de médico e enfermeira nas aldeias e distribuindo medicamentos sob a responsabilidade dos auxiliares de enfermagem não-índios e dos Agentes de Saúde indígenas.

A assistência biomédica fora da TI é efetuada em hospitais de grandes centros urbanos, quando o caso assim o exige, onde os *Krahó* podem utilizar os equipamentos de raios-x e eletrocardiogramas, exames laboratoriais e a assistência de médicos especialistas em determinadas áreas da biomedicina.

Conforme constatei, os *Kraó* não frequentam as farmácias da cidade de Itacajá e fui informada por integrantes da equipe da FUNASA que preferem obter os remédios gratuitamente distribuídos através dos mesmos, a comprá-los nas farmácias. É também significativa a constatação de que o direito a essa assistência biomédica seja um privilégio dos *Krahó* que não se estende à população não-índia local, cujos recursos oferecidos na área de saúde são bastante precários.

Além dessas opções do sistema biomédico de cuidados com a saúde oferecida atualmente pela FUNASA, os *Krahó* também utilizam outro sistema exógeno ao seu sistema nativo, junto aos chamados “moradores do sertão”. Infelizmente, não tive a oportunidade de conhecer nem acompanhar de perto algum tratamento efetivado por tais pessoas. Baseia-me para essa constatação em depoimentos de alguns dos *Krahó* que disseram utilizar ensinamentos acerca de algum “remédio do mato”.

Apesar da evidente utilização dos recursos de cura não-índios, sejam biomédicos ou baseados na fitoterapia popular dos “povos do sertão”, os *Krahó* fazem uso recorrente dos seus próprios meios, que são parte do sistema de saúde nativa e, também, de outros que são parte dos sistemas de saúde de outras etnias indígenas, como por exemplo a *Xerente* e a *Apinayé*, nações próximas da TI *Krahó*. Esse sistema nativo de saúde é composto por um complexo prescritivo de cuidados com a manutenção da saúde individual e Familiar, o que inclui também um saber especializado praticado pelo “curador”.

O “curador” *Krahó* detém um conhecimento xamânico que o habilita a curar e exercer o papel de mediador entre os seres humanos e os não-humanos. A prática terapêutica desses “curadores” inclui, entre outras coisas, a manipulação de conhecimentos fitoterápicos que não são exclusivos deles, mas que fazem parte de um saber doméstico, podendo ser praticado por qualquer pessoa.

3.3 O CONCEITO DE SISTEMA XAMÂNICO E A RELEVANCIA DAS TEORIAS NATIVAS

A noção de sistema xamânico aqui trabalhada coincide com aquela que pensa o xamanismo como um complexo cultural coletivo, ou seja, um sistema cosmológico no qual, na sua expressão simbólica, o xamã é o mediador principal, apesar de não ser o enfoque principal (Langdon, 1996). Essa especificação do xamanismo enquanto um “sistema cosmológico” implica, também, em entendê-lo como um todo complexo que envolve várias teorias nativas como, por exemplo; medicina, política, estética organização social.

Segundo Langdon (1996, p. 27-8), aspectos comuns aos sistemas xamânicos podem ser caracterizados da seguinte forma:

- A idéia de um universo em múltiplos níveis, onde a realidade visível supõe sempre uma outra, oculta.
- Um princípio geral de energia que unifica o universo, sem divisões, em que tudo é relacionado aos ciclos de produção e reprodução, vida e morte, crescimento e decomposição.
- Um conceito nativo de poder xamânico, ligado ao sistema de energia global. Os aspectos da relação deste conceito de poder com o homem comum, com o xamã e com os espíritos variam de cultura para cultura, mas o conceito de poder é central nesta visão cosmológica. É através do poder que o domínio extra-humano exerce suas energias e forças na esfera humana. Através da mediação do xamã, o humano, por sua vez, exerce suas forças no extra- humano.
- Um princípio de transformação, isto é, da eterna possibilidade de as entidades do universo se transformarem em outras. Assim, espíritos adotam formas concretas, humanas ou animais. Xamãs tornam-se animais, ou assumem formas invisíveis como a dos espíritos. As coisas nunca são necessariamente como parecem. Pode-se dizer que este princípio de transformação caracteriza uma visão metafórica do universo. O que é separado pode ser unificado através da metáfora. Assim, os ritos de “magia simpática” não são erros de raciocínio, estabelecidos pela lei dos similares, mas são expressões metafóricas deste universo, dos seus domínios, e dos seres que, em última instância, são unificados e não separados. São representações

do mesmo elemento vistas de lados diferentes da realidade ou em domínios diferentes do universo.

- O xamã, como mediador, age principalmente em benefício de seu povo.
- Experiências extáticas como base do poder xamânico, possibilitando seu papel de mediação. As técnicas de êxtase são várias. Talvez o uso do tabaco como substância para a mediação seja mais comum na América do Sul que o dos alucinógenos. Mas também sonhos, dança, canto e outras técnicas são empregados em conjunto ou em separado para atingir a mediação xamânica.

Nessa perspectiva, perceber xamanismo como cosmologia é pensá-lo enquanto um sistema que explica os eventos no cotidiano na sua relação com as forças ocultas. Desse modo, quando nos voltamos para realidades indígenas é imprescindível a preocupação em entender como esse sistema é pensado, já que ele fornece instrumentos de compreensão e intervenção no mundo e nas várias esferas da vida social. Seu entendimento permite a explicação do processo de apropriação de certos elementos culturais exógenos, fato que, sem dúvida, não vem a ser exclusivo do contexto *Krahó*, mas de praticamente todas as realidades indígenas em contato com sociedades não-índias.

As etnografias que tematizam aspectos da medicina nativa nas sociedades indígenas brasileiras, têm demonstrado que o significado da doença continua a ser orientado por suas cosmologias xamânicas, mesmo quando há a busca e o uso de vários recursos médicos alternativos, além dos que já são oferecidos pela própria cultura (MORGADO, 1994; LANGDON, 1996; NOVAES, 1998). Isso significa também que há a necessidade de se levar em consideração as próprias teorias nativas acerca das noções de saúde e doença, para então compreender os itinerários terapêuticos traçados pelas pessoas que convivem atualmente em contextos pluriétnicos e portanto, com vários sistemas médicos explicativos, além do xamânico.

Falar em concepções de saúde e doença em sociedades indígenas envolve, portanto, levar em consideração os elementos que compõem as teorias nativas que englobam, por sua vez, as teorias acerca do corpo, concepção e morte. Vários trabalhos antropológicos têm se detido e contribuído sobre essa temática.

Esses estudos desenvolvidos nas sociedades indígenas brasileiras demonstram que o conceito de “corpo” é bem mais abrangente do que a noção elaborada pelas teorias das sociedades não-índias, mais especificamente a ocidental moderna. Na maioria das sociedades indígenas brasileiras, o corpo é “uma matriz de símbolos e um objeto de pensamento”

(SEEGER, DAMATTA, VIVEIROS de CASTRO, 1979) que ocupa, por sua vez, um lugar importante na organização social. Segundo esses autores, noções como de “fabricação de corpos”, “decoração”, “transformação e destruição dos corpos” são temas em torno dos quais giram as mitologias, a vida cerimonial e a organização social. São noções que fazem parte de suas teorias nativas.

Viveiros de Castro (1979) explicita em seu trabalho que na sociedade xinguana a busca pelo entendimento dessas teorias nativas é fundamental para a apreensão da própria realidade indígena. Ele analisa como que nos ritos de reclusão dos jovens há um conjunto de etapas que marcam o “corpo xinguano” em sua trajetória do nascimento à morte; momentos em que o corpo é manipulado segundo a lógica das teorias nativas que entende todo esse processo como fabricação do corpo.

No caso *Krahó*, é possível perceber que há um complexo teórico que explica a sua própria realidade. Essas teorias envolvem explicações que vão desde a concepção da vida, passando pelo crescimento marcado por rituais de iniciação, até explicações sobre a morte. São teorias que, a exemplo das outras nações indígenas, envolvem passagens, mediações e rígidas prescrições físicas, sendo que é esse conjunto o que dará significado à existência de cada um.

Dentro dessa perspectiva, que leva em consideração o fato de que as etnias produzem suas próprias teorias nativas, me preocupo em descrever a seguir, elementos constitutivos do sistema de saúde nativo *Krahó*. Esses apontamentos fornecem apenas uma perspectiva da amplitude e riqueza que essa cultura oferece para pensar as noções de saúde e doença. Não é minha pretensão sistematizar analiticamente o sistema etnomédico *Krahó*, embora creia ser de real importância levar em consideração alguns elementos, ao menos descritivamente, como meio de demonstrar sua relevância no cotidiano e, principalmente, sobre o entendimento *Krahó* das noções de saúde e doença.

Um dos aspectos desse sistema etnomédico nativo diz respeito ao complexo prescritivo de cuidados com a manutenção da saúde individual e familiar. Esse complexo inclui as teorias que vão desde a noção de universo, até às de concepção e geração da vida, assim como da morte.

Sobre a concepção de universo, os *Krahó* acreditam que este está dividido em três níveis: um celeste, um intermediário e um subterrâneo. Os *Krahó*, que se autodenominam *Mehin* - “Nossa (Me) Gente” (*hin*) -, habitam o nível intermediário e, eventualmente, alguns

seres habitantes dos outros níveis visitam os *Krahó* e vice-versa. Os curadores/xamã³⁰ são especialmente preparados para terem contato com tais seres ou “bichos” - entre eles é possível incluir os *Mekarō(ti)*³¹ - habitantes dos outros níveis.

Sobre esses “seres”, um informante - Zé Miguel, que não é Curador³² descreveu como sendo “muito grandes”, com quase dois metros de altura. Porém, essa descrição varia bastante, não havendo um consenso de como são exatamente esses seres. Sobre onde moram e como vivem, Zé Miguel me contou o seguinte:

[...] O *Cáti* conta que (**ele**) fica dentro da “toca” - buraco - na pedra. Ninguém o vê [...] Só *Cáti* pode conversar com **ele** [...] Outras pessoas vêem mas não podem conversar, a não ser que **ele** queira botar você como *Cái* [...] **Ele** queira botar o espírito **dele** em você. **Ele** conversa com você ou briga com você. Diz que você não é forte. Se você não o “exerce”, **ele** te mata. Tem até quatro tipos de *Mekarō*. Tem o que se chama *Kenjôn-Pahhi* o nome significa que ele é o “chefe da pedra”. E tem também outro: o *Iromkatê*. Esse é “morador do mato”. Eu nunca vi [...] Eu já vi uma coisa correndo atrás de mim. Era um que não conversa mesmo, nem com *Cái*. Fica só rolando no chão. Tem um que anda na chapada no cerrado. Você vê? Tem um morro! - **aqui, ele aponta para um grande morro**. Eles moram nas tocas das pedras [...] E você vê que perto da aldeia Campo Lindo³³ tem um morro que a gente chama de *Tehprekré*: significa que aquele morro é do morcego. Tem também a “toca” do morcego nesse morro. Dizem que lá em cima tem um buraco que se você joga uma pedra grande você não consegue vê-la cair em lugar nenhum! Você não escuta a queda dela. Ali é o lugar onde mora o *Kenkrekatê* que é da chapada; do cerrado. Lá que mora. Dizem que ele sempre fica tocando *Borá* (tipo de conversa *Krahó* na qual diálogos inteiros são conversados por meio de assovios). Ele está só chamando o *mehin* [...] Se você não souber que é “bicho”, você responde, toca o *Borá* para ele e ele vem atrás de você. Se você respondeu, ele vem atrás de você bem rápido! [...] Dizem que perto da aldeia Rio Vermelho tem muito [...] Já mataram um com espingarda! [...] Eles falaram que era *Ampókarâtê* [...] Dizem que ele dá filho também!

Apesar de estar aqui apresentada de modo simplista, é imprescindível perceber a forma como os *Krahó* entendem o universo povoado por seres visíveis e invisíveis. A história contada por Zé Miguel é exemplar dessa realidade. Esses seres não só existem como personagens das histórias nativas, mas também se inter-relacionam com os *Krahó*. Ela demonstra que não se trata, no âmbito das teorias nativas, de realidades paralelas, mas de realidades que se interconectam e interdependem umas das outras. Esse dado, sem dúvida,

³⁰ Adotarei na dissertação o termo “curador” para me referir aos especialistas *Krahó*.

³¹ A partícula “TI” acrescentada ao final de qualquer palavra *Krahó* indica aumentativo, ao contrário de “RE” que indica diminutivo.

³² Os *Krahó* utilizam dois termos na língua nativa para designar curador; são eles *Cái* e *Waiaká*. Em sua escrita, Zé Miguel utiliza o termo nativo *Cái* para designar o “curador”. No texto mais adiante, onde trata-se do saber especializado entre os *Krahó*, esclarece-se acerca dessa distinção dos termos.

³³ Aldeia que fica a aproximadamente dez quilômetros de Pedra Branca.

ajuda a melhor entender as trajetórias individuais em busca da cura, como ficará mais claramente demonstrado no capítulo que trato do “itinerário terapêutico”.

3.4 ALGUNS APONTAMENTOS PARA UMA ETNOMEDICINA *KRAHÓ*

Devido à complexidade do tema creio não ser possível, para as pretensões desse trabalho, descrever de forma contundente o conjunto que compõe a Etnomedicina *Krahó*. Porém, a preocupação em descrever alguns e apóntamentos sobre o sistema etnomédico nativo surgiu do próprio processo de coleta de dados sobre os itinerários terapêuticos³⁴. Neles, há um percurso complexo, orientado por elementos das teorias nativas acerca das noções de saúde, doença e cura. Enfim, pretendo aqui apontar para elementos relacionados a esse sistema, que avalio como fundamentais dessa cultura os quais me deparei durante o trabalho de campo, sendo também presentes em outras etnografias desenvolvidas junto a essa nação.

Dentre os trabalhos desenvolvidos entre os *Krahó*, em que é possível encontrar - dados referentes ao sistema Etnomédico nativo, pode-se destacar o de Melatti (1978) e de Cunha (1978). Embora não preocupados em tematizar esse assunto em particular, suas respectivas pesquisas conseguiram reunir alguns dados referentes ao sistema preventivo que inclui o “resguardo” ou *aikri* - como é denominado na língua nativa. É importante salientar que os dados dessas pesquisas continuam atuais no que tange à preocupação entre os *Krahó* de fazer cumprir com as rígidas prescrições presentes no “resguardo”.

Na realidade aqui tratada, o “resguardo” é mais do que uma prescrição alimentar e, em alguns casos, ele não inclui tabus alimentares. Além disso, ele constitui um comportamento especial que deve ser observado pelos genitores³⁵ da criança, pelos parentes e/ou pessoas que tiveram contato com o morto, pelo doente e parentes do doente e pelos iniciandos. Portanto esse comportamento especial, poderá variar de acordo com os casos e geralmente consiste em restrições alimentares e abstinência sexual, além de não ser raro a proibição de fumar e de bebidas alcoólicas.

³⁴ Sobre itinerário terapêutico, ver capítulo 4 - p. 63.

³⁵ Segundo as teorias *Kahó* sobre concepção, o pai forma o corpo do filho pela acumulação de sêmen no ventre da mãe. Uma só cópula não basta para gerar um outro indivíduo. Caso a mulher tenha relações sexuais com mais de um homem durante o período da gravidez, todos são considerados como tendo contribuído com seu sêmen para a formação do corpo da criança. Por isso, todos serão reconhecidos como seus genitores (MELATTI, 1978, p. 55).

3.4.1 O *aikri* do nascimento

Por ocasião do nascimento da criança, o “resguardo” é fundamental para a saúde não só do filho como também do pai e da mãe da criança recém-nascida. Segundo um informante, o “resguardo” do primeiro filho é sempre mais severo e, se bem cumprido, garantirá o bem-estar do filho e a saúde dos pais e, sob esse aspecto, se o pai será ou não bom “corredor de toras” - segundo os *Krahó*, um aspecto importante de demonstração da salubridade de cada um.

Em um primeiro instante do “resguardo”, quase tudo é proibido até que caia o umbigo da criança. É proibido o sexo - inclusive o extraconjugal -, o fumo, a bebida alcoólica, o sal e a carne de qualquer espécie. Segundo um informante, durante esses - primeiros dias, só é liberado aos pais o milho. Passado o período em que o umbigo da criança cai, lhes são liberados a batata, o inhame e o coco macaúba. Por esse período é então confeccionado um pequeno paparuto³⁶ sem sal a ser oferecido para os parentes dos pais da criança.

Quando a criança está com aproximadamente cinco meses, outro paparuto é oferecido aos parentes do pai da criança, agora com a carne do animal - qualquer animal - caçado pelo pai da criança. É também perigoso que o pai se coce com as unhas, pois como salientou um informante, “a unha vai dar no seu filho e ele (a criança) não vai conseguir dormir. Só pode se coçar com um pauzinho [...] Quando fizer o paparuto da caça o pai irá usar o pauzinho que secoçava para pegar um pedaço do papando e fazer de conta que vai comer, só que não come”.

O pai - ou pais “formadores” da criança - poderão comer arroz e farinha quando “a mulher já estiver enxuta”, ou seja, quando cessar o “sangue” ou *caprô*, na língua *Krahó*, da parturiente. As carnes de caça ser permitidas aos poucos. Quando a criança começar a andar, o pai poderá comer o peixe - “pois este não tem cabelo” - e em seguida o boi, a anta, o tamanduá e o mambira (gambá) - “pois estes têm pêlos fortes e pretos”. Se o pai come de outros animais, corre o risco de ter seus cabelos embranquecidos precocemente.

A abstinência sexual não é suspensa tão cedo e é tão perigosa que, segundo o informante, o ideal é que o pai e a mãe se separem por um ano aproximadamente para que o filho não adoça: “fique fraco e/ou ‘amarelo’”. Porém, caso isso ocorra, um

³⁶ Comida ritual *Krahó* feita com massa de mandioca e carne, enrolados em folhas de bananeira e assados no moquéim.

informante diz que é preciso chamar um curador “para curar o *cunin* (relação sexual) de dentro da criança”. Segundo esse mesmo informante, o *cunin* entra na criança e lhe causa vômitos e “obradeira” – diarreia. Foi-me dito também que existe um remédio que imunizaria o pai a ponto de lhe permitir transgredir a abstinência sexual sem afetar o o filho. Tal remédio é feito de uma formiga e passado no corpo do pai, lhe permitindo fazer *cunin* sem passá-lo ao filho.

Aos pais também são cobrados cuidados com a caça Segundo o informante, “pode matar o animal, mas não pode pisar no sangue que vai direto para o filho; o sangue do animal entra direto no filho”. Além desses cuidados, a mãe se preocupará em amarrar fitas vegetais – *itetxê* – e nos braços – *ipatexê* – da criança. Serviriam para neutralizar o efeito da quebra de algumas restrições por parte dos pais e para que a criança não fique vulnerável aos “feitiços” - *homnõ* e *hunxy*, na língua *Krahó* - de algum *curador* ou dos “bichos”. Estes não são somente animais de caça, mas também seres noturnos e habitantes do mato, como os *Mekarõ* e os *Kenkrêkatê*.

Melatti (1978, p. 32) também observou que:

Cabe ao pai e a mãe colocarem sobre o corpo da criança de colo amuletos que lhe permitam crescer com saúde e vigor: ossos de papa-mel (Irara), para que, ao cair não quebre osso; osso de rabo de quati, com a mesma finalidade; omoplata de jabuti, para poder passar grandes períodos sem beber água e não sentir sede; osso de asa de morcego, para poder correr com foras à noite e não dar topadas em focos; um pedacinho de galho de sucupira, para não adoecer com facilidade.

É importante ressaltar aqui a observação de Melatti (1978), o qual salienta que não é apenas durante o período que sucede ao nascimento que o pai - ou pais - deve respeitar evitações rituais que visam ao bem estar do filho e ao seu próprio. Essa descrição é uma evidência ainda hoje observada entre os *Krahó*. Em qualquer fase da vida do filho, se este adoecer, o pai e a mãe devem abster-se de certas coisas, assim como os filhos também devem fazer “resguardo” pelo pai e/ou mãe enfermos. Os irmãos que possuem pelo menos um dos genitores em comum mantêm um laço biológico entre si que se manifesta na obrigação de fazerem resguardos quando um deles fica doente ou é atacado por certos animais venenosos.

Não são raras as doenças entre os *Krahó* cujas causas são relacionadas à quebra de algum desses “resguardos”. O do nascimento é extremamente importante, cabendo às famílias, especialmente os mais velhos, uma espécie de vigília para que os jovens casais

com filhos o cumpra com êxito. Creio ser de fundamental importância descrevê-lo e pensá-lo como parte da teoria nativa que se preocupa com a manutenção da saúde.

3.4.2 O *aikri* do “morto”- o luto dos *Krahó*

Trata-se de um complexo comportamental que, ao que tudo indica, varia de acordo com a relação que se tem com o morto enquanto este estava entre os vivos e depois, quando já pertencente à “aldeia dos mortos”. Quando estive em campo, acompanhei uma etapa - a primeira referente ao funeral - de um processo de “enterro”. Isso porque tal processo é constituído de vários momentos, marcados por uma série ritual a qual as pessoas irão se envolver de formas específicas, dependendo da relação de cada um com o morto.

O funeral por mim assistido foi realizado na aldeia Manuel Alves, a terceira maior aldeia *Krahó*, com cento e cinquenta habitantes, cujo nome é o mesmo do rio que a delimita com a cidade de Itacajá. É, portanto, a aldeia da TI mais próxima desse município. Tratava-se de um jovem de aproximadamente vinte anos, encontrado em estado avançado de decomposição no mesmo rio.

O rapaz havia desaparecido há três dias e foi avistado pela última vez, alcoolizado, às margens do rio Manuel Alves. O mesmo havia dito à mãe que iria “se matar”. Alegou que precisava de sandalias novas para participar do rito de iniciação masculino a se realizar dali a alguns dias, e como não tinha dinheiro para adquirí-las, pediu à mãe que lhe permitisse vender o maracá do pai, cujo ofício é ser um dos cantadores da aldeia Manuel Alves. Tendo o pedido negado, o rapaz saiu de casa dizendo que não queria mais voltar e que desejava se matar.

Os parentes tiveram muitas dificuldades em encontrar o corpo, colocá-lo num pequeno barco e transportá-lo para ser “chorado” na aldeia, o que reafirmou a hipótese de suicídio: “ele não queria voltar para a aldeia [...] por isso deu trabalho para ser encontrado e trazido”, disse um dos parentes que saiu no barco à procura do corpo.

Ainda antes de chegar à aldeia, o corpo foi colocado em um caixão cedido pela FUNASA. Em decorrência do seu “cheiro”, não foi aconselhado aos mais jovens - rapazes e moças - que se aproximassem muito do morto. Este foi então “chorado” pelos

seus parentes na aldeia e somente os mais velhos se aproximavam do caixão, que foi - deslocado para a casa da mãe³⁷.

Do “cheiro” ou “gás” do morto, dizia-se que entrava no corpo dos mais jovens e que, se quem o “cheirasse” tivesse filhos muito pequenos, tal “cheiro” ou “gás” também entraria nos corpos de seus filhos, os deixando “amarelos” - *Hàhkà*, na língua *Krahó*. Para evitar que tal fato acontecesse, era dado aos jovens álcool misturado à Coca-Cola, - para que a bebida fizesse com que o “gás” do morto fosse expelido por aqueles que casualmente o “cheirassem”; também era aconselhada a cerveja. No dia seguinte, quando o corpo já havia sido “chorado” durante a madrugada e enterrado de manhã, foi servido aos mais jovens um preparado com folhas de uma planta denominada “bico de tucano”, para ajudar a liberar o “cheiro” do morto, devendo ser tomado durante três dias em jejum, antes do primeiro banho matinal.

Prescreveu-se abstinência sexual por um mês e uma dieta com chá de “negramina”, durante o mesmo período, para aqueles que estiveram próximos ao morto durante o funeral. Além dos cuidados para que o “cheiro” do morto saísse do corpo, eram importantes também os cuidados com os “sonhos” que porventura alguns dos jovens viesse a ter com o *Karõ* (“alma” ou “duplo”, segundo CUNHA, 1978) do morto. Tais sonhos costumam ser perigosos e sonhar com mortos pode levar o sonhador também à morte, principalmente se o indivíduo aceita comida ou relações sexuais com o *Karõ* do morto (a) durante o sonho. Assim observou Cunha (1978, p. 55):

Durante os primeiros tempos depois da morte, estes (os enlutados) e especialmente os parentes matrilaterais estão sujeitos à saúdade do morto que tenta arrastá-los consigo. Isto se manifesta através de doença ou de sonhos reiterados com o defunto. Se em sonho se aceitar comida, relações sexuais, pinturas corporais ou participar de corridas de toras, o sonhador estará prometido à morte certa. Muitos são citados que morreram por terem tido intercurso com o cõnjuge defunto.

Quanto a esse fato, um jovem “afim” do jovem morto - disse que se sentia inseguro e com medo, pois nos seus sonhos, desde que o rapaz morto havia desaparecido, voltava para lhe visitar e lhe pedir a devolução de um calção que estava em sua posse. Disse-me ainda que iria conversar com o pai acerca desses fatos pois achava que teria “cabeça boa” para ser curador e que deveria aprender a conversar com o *Karõ* (alma ou duplo do morto) do rapaz que em seus sonhos insistia pelo calção que havia deixado consigo.

³⁷ O rapaz era casado, ou seja, morava na casa dos parentes de sua jovem esposa e ainda não tinha filhos.

Quanto ao processo de “enterro”, pode-se dividi-lo sistematicamente em três etapas o enterro propriamente dito, no qual o morto é “chorado pela comunidade, ou melhor dizendo, pelos parentes consanguíneos aditos e aqueles que, em função do nome e da idade, exercem a função de “choradores” dos que morrem. Nessa etapa, o morto é ornamentado com penas³⁸ e, por fim, enterrado juntamente com os seus pertences.

Na segunda etapa é servida a última refeição do morto, oferecida por seus parentes. Nessa fase do enterro, se faz necessária a presença de um *curador* para conversar com o *Karō* e lhe convencer de que aquela é a sua última refeição entre os vivos. Daí em diante, o *Karō* deve se comprometer com o *curador* de que não voltará. para tentar seduzir seus parentes e levá-los consigo para a aldeia dos mortos. Na refeição o *Karō* do morto se alimenta do *Karō* do alimento que é, posteriormente, oferecido como pagamento ao *curador* que convenceu o *Karō* do morto a ir embora. Somente o *curador* ou os muito velhos têm condições de se alimentar dessa comida sem se prejudicar. Em hipótese alguma outras pessoas que não sejam *curadores* podem tocar nesse alimento, porque depois de ter sido seu *Karō* consumido pelo *Karō* do morto, esse alimento torna-se extremamente perigoso para os vivos.

Após essa etapa, segue-se o período de luto que deve ser vivenciado pelos parentes do morto, o qual será encerrado com a realização do *Porgahëk*: o rito que marca o fim do luto imposto aos parentes e o “esquecimento” de quem já pertence à aldeia dos mortos - *Preeti*.

Segundo Cunha (1978, p. 62), “o luto difere em natureza segundo os grupos sociais que o observam: obrigatório para os consangüíneos, ele é de certa forma contratual para os afins [...]”. A mesma autora diz ter o luto uma duração variável, determinada pelos consangüíneos, sendo seu término marcado por uma cerimônia. Tal cerimônia marca a reintegração na vida cerimonial de todos os consangüíneos e idealmente, do viúvo(a) que só então é “despachado”, podendo contrair novo casamento,

[...] O luto é claramente dirigido pelos consangüíneos do defunto e ligado à sua casa natal. Assim a viúva mudar-se-á com seus filhos para a casa de sua sogra. É esta, juntamente com os casos de doença do marido ou sua eventual ausência da aldeia, a ocasião de uma virilocalidade provisória. Embora, em cada um destes casos, o propósito explicita seja o controle da castidade da esposa pelos consangüíneos do marido, na prática o tempo que lá irá ficar varia inversamente com o incômodo que ocasiona. Por outro lado, não se pode contar com a abstinência sexual das mulheres: “elas não aguentam mais luto; pintam-nas e despacham-nas no mesmo dia do enterro” [...] (CUNHA, 1978, p. 51)

³⁸ No caso relatado, essa etapa não foi possível de ser feita devido ao estado em que se encontrava o morto.

Sobre esse assunto Melatti (1978) diz que as pessoas mais afetadas pelo luto são os pais, os irmãos e os filhos do falecido. Também o cônjuge deve fazer luto, só podendo realizar novo casamento quando os parentes do morto o considerarem desobrigado para com eles. O indivíduo de luto não corta os cabelos, não faz barba se a tiver, não tem relações sexuais e se recusa a participar dos divertimentos e ritos.

Existem também as teorias *Krahó* que explicam para onde vão o *Karō* dos mortos depois que deixam a aldeia dos vivos. São várias as versões, porém não é raro ouvir que existe na aldeia no “fim do céu” ou *Khoikwa-yihôt* para onde vai o *Karō* de quem não está mais vivo. Esta “aldeia dos *mekarō*” (me = prefixo indicativo de plural) é chamada de *Preeti*. Apesar da existência de tal aldeia, os *mekarō* parecem não permanecer somente nela. Ao contrário, vivem nômades pela noite e algumas vezes voltam a visitar a sua aldeia de origem, quando ainda tentam se encontrar com seus parentes vivos. São sedentos pelo *Karō* de crianças muito pequenas e gostam de fazer “curadores”, jogando-lhes seus *Hômonō* (feitiço).

Há também a crença de que o ciclo “vida-morte” no cesse mesmo depois que o *Karō* vai para *Preeti*. Isso porque o *Karō* depois de viver algum tempo na “aldeia dos *mekarō*”, morre e se transforma em um animal - de caça - e quando esse animal morre transforma-se em sapo, cobra, lagartixa e, depois que esses morrem, tranformam-se em toco de pau ou pedra.

Essa descrição vem demonstrar as preocupações com que as *Krahó* lidam com a fase liminar da morte. É relevante levar em consideração aqui a especificidade desse fúnebre pelas próprias condições em que se deu o episódio. Foi uma morte repentina pois se tratava de um jovem - e trágica. Sem dúvida, as prescrições para esse caso foram permeadas por cuidados que a especificidade do episódio exigia. Em outros ritos funerários que assisti entre os *Krahó* de pessoas mais idosas e que morreram de “morte natural”, os resguardam se limitaram apenas aos parentes do morto. De qualquer modo, é expressivo entre os *Krahó*, como em outras nações indígenas, o fato dos momentos liminares, tanto do nascimento, quanto da morte exigirem cuidados especiais, estando relacionados a outros aspectos da vida. Além disso, expressam as relações entre os vários mundos - dos seres vivos e dos “outros seres” - e como eles se inter-relacionam dentro do ciclo vida-morte.

3.5 OS “CURADORES” E O SABER ESPECIALIZADO ENTRE OS *KRAHÓ*

Existem entre os *Krahó* dois termos para designar o “curador” - como eles mesmo traduzem para o português. São eles: *Cái* e *Waiaká*. A duplicidade dos termos utilizados para designar os “curadores” foi interpretada por Schultz (1976a) e por Melatti (1963) como expressão da possível distinção entre “curadores” praticantes da bem, ou seja, os que desejam apenas “curar” as doenças, e os “feiticeiros” que, por razões diversas, teriam como único objetivo prejudicar as pessoas jogando-lhes “feitiços maus”. Portanto, enquanto o *Cái* estaria apenas preocupado em causar danos aos outros, *seu* extremo oposto seria o *Waiaká*, sempre disposta a ajudar sua comunidade, livrando-a de epidemias, doenças e dos “feitiços maus” praticados pelos *Cái*.

Durante meu trabalho de campo tal distinção antagônica de significados foi impassível de ser percebida, já que, de todos os casos que acompanhei que envolviam intervenção do curador *Krahó*, os termos *Cái* e *Waiaká* eram empregados sem a diferença de conotação percebida pelos autores acima citados. Ao contrário, nos episódios de “cura” que me foram possíveis assistir, o “curado” era ora chamado de *Cái*, ora de *Waiaká*.

Segundo as informações que obtive, entre os *Krahó* o “curador” é literalmente “escolhido” pelo ser que o deseja como aprendiz. Essa entidade pode ser qualquer animal (mamíferos, aves, répteis, insetos), de caça ou não; ou “seres” que habitam os outros níveis; como os *mekarõ* e os *Kenkrekatê*. É possível que plantas também possam “fazer curador”, uma vez que me deparei com um caso de iniciação xamânica, cuja entidade ou *pshhi* - que significa “chefe” na língua *Krahó* - do aprendiz era o milho.

Em determinado momento da vida³⁹ de um homem ou mulher, uma entidade poderá fazer com que passe por uma experiência sobrenatural provocada pelos “feitiços” - *Homnõ* - lançados contra a sua pessoa. Tais *Homnõ* me foram descritos como pequenas pedras transparentes, muito parecidas com “cristais”. Elas adentram o corpo da vítima (pretenso aprendiz), deixando-a doente e sentindo fortes dores na barriga. O número de pedrinhas lançadas vai variando de acordo com o aprendizado do curador. Elas se localizam normalmente nas articulações (cotovelos e joelhos) e alguns as têm no peito. Segundo um

³⁹ Creio que a partir dos casos e depoimentos aos quais tive acesso, a iniciação podia ser realizada quando a pessoa - homem ou mulher - já se encontrava em idade liberada para casamento e procriação. Um exemplo disso foi o caso de um rapaz de aproximadamente 15 anos, que esteve muito doente em função dos “feitiços” ou *Homnõ* lançados contra sua pessoa por uma entidade que lhe desejava como aprendiz.

informante, declaradamente *curador*, são essas pedrinhas que os tornam mais “fortes” que as demais pessoas. Através de um processo muito lento de aprendizagem, que inclui rígidas dietas alimentares e de abstinência sexual, a entidade ou o *Pahhi* vai lhe passando esses *Homnõ*, juntamente com os conhecimentos xamânicos.

Tais *Homnõ* podem também matar caso o indivíduo não tenha “sangue bom” ou “cabeça boa”. Essas características, podem ser conseguidas através de “remédios do mato” e “resguardos”. Em alguns casos, a pessoa também poderá optar se deseja ou não ser *curador*. Esse pode ser, porém, um grande risco, pois rejeitar uma dessas entidades pode significar morte certa. No caso de querer correr o risco, um bom *curador*, como tive a oportunidade de presenciar, poderá tentar tirar os *Homonõ* de dentro do corpo da vítima, a livrando da doença e das fortes dores cansadas pelo “feitiço” e, portanto, da obrigação do exercício do xamanismo.

As histórias dessas experiências sobrenaturais, vividas pelos indivíduos escolhidos, parecem obedecer a uma estrutura muito semelhante entre elas. Normalmente esse indivíduo - homem ou mulher - se encontra isolado de outros e longe da aldeia quando é abordado pela entidade, com ela conversa e é então abatido por alguma doença, ressaltando que a “febre”, ou *cakrô* na língua indígena, é um sintoma muito recorrente. Se o indivíduo tem “sangue bom”, não sofre tanto e aprende com seu *Pahhi* a curar-se e, a partir de então, se inicia o seu aprendizado que poderá durar a vida inteira, pois o curador estará sempre em contato com seu *Pahhi*, aprendendo a resolver problemas como, por exemplo, o diagnóstico e cura de determinadas doenças.

De seu *Pahhi*, o curador terá a aguçada “visão”: “*o Homnõ faz o Cái ver longe*” - disse Zé Miguel -; a capacidade de conversar com o os seres que não os humanos e os humanos que já morreram (*Mekarõ*); de curar e também de prejudicar e; de se transformar em animais. O “feitiço” que um *curador* lança mão para prejudicar alguém é chamado *Hynxy*. Por tanto, entre os *Krahó*, quando uma pessoa fica doente e há suspeita de feitiço, esse pode ser de uma entidade que a quer como aprendiz - *Homnõ* - ou de um curador que lhe deseja matar e nesse caso trata-se de um *Hynxy*.

É também possível perceber a intervenção do “curador” em momentos que não envolvam somente o tratamento de cura propriamente dito. Tive a oportunidade de acompanhar a intervenção de um *curador* da aldeia da Cachoeira em visita aldeia Pedra Branca. Estava marcado um jogo de futebol de rapazes entre essas duas aldeias, em função de uma briga que teria acontecido na cidade de Itacajá e cujo motivo teria sido provocado por um *Krahó* da Pedra Branca. A versão que prevaleceu para o ocorrido foi a de que a pessoa da

Pedra Branca, alcoolizada, teria ofendido com palavras agressivas todos os *Krahó* da aldeia da Cachoeira⁴⁰.

Em decorrência disso, para que as ofensas fossem reparadas pelos *Krahó* da Pedra Branca, os *Krahó* da Cachoeira reivindicaram a realização de um jogo de futebol, no qual o time vencedor teria direito a receber alguns bens de consumo (arroz, farinha e bebidas alcoólicas). Foi definido a data e o horário do jogo, a realizar-se no campo de futebol da Pedra Branca. O time da Cachoeira tratou de chegar bem antes do horário marcado e junto trouxeram um *curador*, que fumando o *Kôt*⁴¹, andou várias vezes ao redor do campo e, especialmente, ao redor das duas traves onde se fariam os gols, colocando pequenos objetos⁴². Tais “feitiços” enfraqueceram os jogadores do time adversário e, como consequência, deram a vitória ao time da Cachoeira por quatro a dois.

O “curador” também é procurado para se ter êxito na caça. Quanto à sua intervenção em casos de doença, a comunidade reconhece seu potencial e conhecimento de plantas. Porém, existe um conhecimento fitoterápico que é de domínio público, podendo-se observar que, em um primeiro momento, é no âmbito familiar que a doença tenta ser curada através das plantas indicadas pelo sintoma específico.

Há casos, contudo, em que a família percebe que somente o “curador” poderá ser capaz de efetivar a cura. Isso pode acontecer quando a primeira tentativa de cura - a familiar - falha ou quando o doente dá fortes indícios (através dos sintomas) de que está sendo afetado por algum feitiço - tanto *Homnõ*, quanto *Hynxy*. O “curador”, através de sua visão aguçada ou quando a caso exige em conversas com seu *Pahhi*, além de tratar, explica a causa da doença. Diagnosticada, a doença é tratada com “dieta” específica para aquele caso, tabus alimentares, remédios do mato e a intervenção do “curador” utilizando fumigações, massagens e extirpação do feitiço através da sucção com a boca e com a ajuda da fumaça do tabaco (*Pôrhô*) usado no *Kôt*.

Se efetivada a cura, são cobrados valores consideráveis, chegando ao equivalente a uma novilha (na região, aproximadamente RS 200,00). Porém, se há morte, o curador corre o sério risco de ser acusado de ao invés de curar o doente, o ter matado com *Hynxy*. Essa é uma acusação muito grave e pode levá-lo à morte por assassinato (SCHULTZ, 1976a).

⁴⁰ A rivalidade entre essas duas aldeias é histórica e cotidiana.

⁴¹ Cachimbo fabricado com folhas de palmeira, enrolados em espiral e objetos fundamental para o exercício do “curador” *Krahó*.

⁴² Esses feitiços eram “cabelos de milho” amarrados em corda de embira (fibra vegetal).

Conforme descrito no capítulo III, onde trato da Pluralidade de Sistemas Médicos entre os *Krahó*, há além dos curadores nativos os “curadores do sertão” são também difundidos na sociedade *Krahó* conhecimentos que reúnem saberes fitoterápicos de domínio público. Esses conhecimentos se aliam à série de terapêuticas preventivas e de cura empregadas pelos *Krahó*, sendo conhecidos como “remédios do mato” ou, em sua língua, *Tokmãxã*. Têm inúmeras finalidades e utiliza-se de várias formas: ingestão, uso tópico, cheiro, fumigações etc... São compostos por folhas, cascas, raízes, sementes, seivas, resinas e, embora tenham indicações específicas no conhecimento fitoterápico popular, em muitos casos são preparados e usados conforme prescrição do curador *Krahó*.

Sem dúvida, o conhecimento da farmacopéia *Krahó* é extenso e merecedor de uma pesquisa minuciosa de caráter interdisciplinar. Com as mulheres do segmento residencial no qual me hospedei na Pedra Branca obtive uma pequena amostra de alguns nomes de plantas e suas indicações. Essa amostra pertencia à flora dos arredores das casas e algumas haviam sido cultivadas. Visualizando a tabela 1 a seguir, pode-se ter uma idéia parcial de como essas plantas podem ser usadas e suas possíveis indicações terapêuticas.

Tabela 1 - Algumas plantas que fazem parte da Fitoterapia *Krahó*:

Nome indígena da planta	Parte(s) da planta utilizada(s) e forma de utilização	Finalidade(s)
<i>AmcôKryre</i>	- Chá de folhas; - Ingestão.	- Dores de estômago; - Para ser bom corredor de toras.
<i>Prýkúcacô</i>	- Folhas e casca; - Banho.	- Para ter êxito na caça.
<i>Caxtex</i>	- Chá de casca vermelha; - Ingestão.	- Bom para tirar “amarelo”.
<i>Pôjpar</i> (Jatobá)	- Fitos vegetais feitas da casca; - Amarra-se nos braços e joelhos.	- Crescer em tamanho; - Tirar “amarelo”.
<i>Wahcukrere</i>	- Folhas; - Esfrega-senas coxas do corredor	- Ser bom corredor de toras.
<i>Aromhòcpàr</i> (Pau-de-leite)	- Seiva da árvore; - Passa-se no corpo e toma-se em pequena quantidade.	- Fixar ornamento (penas) no corpo durante os ritos; - Tirar dores em geral.
<i>Capòctipàr</i> (oiti)	- Beberagem da Casca; - Frutos (oiti); - Ingestão.	- remédio para o estômago; - Alimento.
<i>Têheràjre</i>	- Seiva da árvore; - Uso tópico local.	- remédio para ser colocado no umbigo da criança recém-nascida. - remédio para o “resguardo” (uso de 3 meses a 1 ano); - Tirar “amarelo”; - Abortivo.
<i>Tòctipàr</i>	- Chá da casca; - Ingestão.	- Abortivo.
<i>Wajumtotpàr</i>	- Folhas - A mãe usa uma folha inteira diretamente em contato com a pele amarrada à cintura toda vez que tiver que entrar no mato.	- Proteger os filhos pequenos dos <i>Mekarô</i> , pois esses tem medo tal planta.
<i>Krohtot</i>	- Fruta; - Ingestão	- Evitar a gravidez (este é um dos inúmeros contraceptivos entre os <i>krahó</i>).
<i>Pitu</i>	- Raíz; - Rala-se e passa-se no corpo.	- Faz com que a pessoa de quem gosta, corresponda ao sentimento auferido ou não correspondido.
<i>Ahkrôre</i>	- Folhas; - Passa-se no corpo.	- Conseguir casamento.
<i>Cukôn</i> (cabaça)	- “miolo” da cabaça; - não me foi revelado como é usado o remédio.	- Tuberculose.

Fonte: Da própria autora, 2001.

4 OS CAMINHOS DA CURA: O ITINERÁRIO TERAPEUTICO ENTRE OS *KRAHÓ* DA ALDEIA PEDRA BRANCA

4.1 O MODELO TEÓRICO PROPOSTO POR ARTHUR KLEINMAN

Conforme a argumentação presente no pensamento de Kleinman (1980), os atores negociam em um contexto de pluralidade de cuidado com a saúde, referentes às construções sociais de organização para prevenir, identificar e sanar as doenças, estabelecendo diferentes “itinerários terapêuticos” segundo seu sistema cultural de significação. Entende-se por itinerário terapêutico o percurso seguido pelo “paciente” na busca de tratamento. Segundo Augé *apud* Buchillet (1991, p. 28), “itinerário terapêutico” é definido pelo “conjunto de processos implicados na busca de um tratamento desde a constatação de uma desordem passando por todas as etapas institucionais (ou não) onde podem se atualizar diferentes interpretações (paciente, família, comunidade, categorias de curadores, etc.) e curas”.

Segundo Kleinman (1980), todos os sistemas de saúde são construídos a partir da visão cultural, em que o aspecto simbólico traduz a doença como um processo, como uma experiência individual, como uma construção social. Sendo parte especial do mundo social, o sistema de cuidados com a saúde é organizado através da interação de variáveis baseadas em crenças e valores das pessoas e nos modelos de comportamento. Essas crenças e modelos de comportamento, por sua vez, sofrem influências de inúmeras outras variáveis: as instituições sociais particulares, os papéis sociais, as reações interpessoais - médico-paciente, paciente-família, rede social -, cenários de interação - como a casa ou consultório médico -, limitações econômicas e políticas, incluindo ainda tratamentos disponíveis e o tipo de problema de saúde.

Dentro dessa complexidade, é negociado pelos atores “itinerário terapêutico” que, como é argumentado por Kleinman (1980), se dá para fins de análise, em três setores distintos relativos aos sistemas de cuidado com a saúde. São eles: o familiar, o popular ou “*folk*” e o profissional.

O setor familiar é o mais importante na determinação do “itinerário terapêutico”. É nesse setor que se encontra o indivíduo inserido nas suas redes de relações imediatas, de crenças e práticas sociais, nas quais os signos do distúrbio são avaliados, as possíveis causas são identificadas e as decisões sobre que atitudes tomar são determinadas.

O setor popular refere-se aos “curadores” locais, que não formam grupos organizados burocraticamente e que desempenham formas diferenciadas de curas reconhecidas como eficazes e tradicionais dentro da comunidade. Entre os *Krahó*, esse grupo é especialmente representado pelos curadores índios - tanto *Krahó* quanto de outras etnias, como por exemplo a *Xerente* - e também pelos “curadores do sertão” que, conforme já descrito, são curadores não-índios cujas práticas são apreciadas entre os *Krahó*.

No contexto das sociedades indígenas, o setor profissional refere-se principalmente à biomedicina ou medicina científica ocidental, organizada e formalizada burocraticamente. Seu modelo é idealizado em sociedades tecnologicamente avançadas, onde as pesquisas biomédicas e farmacêuticas têm predominado. No caso da sociedade *Krahó*, o sistema biomédico de atendimento é representado pelos serviços de saúde oferecidos institucionalmente.

Historicamente, o acesso ao modelo biomédico de assistência à saúde variou nessa nação indígena, indo desde Postos de Saúde de cidades vizinhas e atuações de equipes médicas institucionalmente organizadas, até hospitais e farmácias. Atualmente entre os *Krahó*, a prática desses serviços biomédicos é efetuada pela FUNASA, órgão que há dois anos se responsabiliza pela atenção à saúde indígena dentro e fora da TI.

Cada um desses setores pode ser entendido como um sistema cultural específico, através do qual o indivíduo, que vivencia a experiência da doença, encontrará diferentes linguagens. Em cada um desses contextos sua doença será percebida, rotulada e interpretada diferentemente e, portanto, caberá ao indivíduo definir seu sofrimento a partir desses vários sistemas de saúde, sendo que nenhum deles é excluyente dos demais.

Nessa perspectiva, os atores também percebem e interpretam suas doenças de forma dinâmica e muitas vezes não consensual, principalmente quando a doença dura um longo tempo e persiste o sofrimento. Nesses casos, os atores envolvidos produzem mais de uma explicação para a doença, podendo sentir desafiados os seus significados de existência individual.

Para lidar com essas várias explicações da doença, especialmente aquelas relacionadas aos setores familiar e profissional, Kleinman *et al* (1978) utiliza os conceitos em inglês de *disease* e *illness*⁴³. O termo *disease* é cunhado para referir-se aos processos de mau funcionamento do corpo humano, associado ao modelo explicativo do setor profissional de saúde, normalmente a biomedicina, cuja linguagem é abstrata, altamente teórica e

⁴³ A distinção entre esses dois conceitos foi elaborada pela antropologia médica anglo-saxônica em meados de 1972 e é considerada por Kleinman uma grande conquista nessa área.

impessoal. Além disso, é importante salientar que para a biomedicina o conceito de doença ou *disease* foi construído historicamente, salientando dois aspectos: a universalidade de uma certa noção de doença a ocidental - excluindo singularidades individuais e sociais - e a separação das ciências médicas do domínio da religião e da magia.

Por outro lado, *illness* atribui importância à experiência culturalmente construída, isto é, como para os indivíduos - inseridos primeiramente no setor familiar - a doença é percebida, rotulada, avaliada e respondida, se caracterizando por um idioma concreto, no técnico e pessoal.

Seguindo essa reflexão de Kleinman, os sistemas médicos devem ser percebidos como algo repleto de significados que se combinam entre os individuais, os do grupo ao qual pertencem, e ainda os referentes aos modelos teóricos profissionais institucionalizados. O desenvolvimento dessa abordagem frente aos estudos da etnomedicina tradicional, contribui para a relativização da biomedicina enquanto um modelo explicativo universal e exclusivamente verdadeiro. Esse, passa a ser compreendido como mais um dentre outros modos de entendimento acerca do que é doença e como curá-la. De acordo com essa postura crítica e relativizadora, Langdon (1994a) aponta três enfoques importantes: a perspectiva da doença como uma construção cultural, o conceito da doença como processo e a construção e negociação da doença num mundo de sistemas médicos plurais e de forças políticas desiguais.

Levando em consideração a complexidade desse processo desencadeado entre sistemas médicos plurais, Zempléni (1994) fornece outra importante contribuição, ao argumentar que os indivíduos que buscam por terapêuticas variadas não são movidos por uma única explicação causal para o seu sofrimento, ou seja, raramente uma etiologia única é designada para uma doença. Para melhor compreender esse aspecto da multicausalidade, esse autor propõe um esquema no qual ressalta a idéia de que existem várias causas para uma única doença. Esse autor definirá três campos etiológicos a partir do seguinte modelo: causa instrumental, causa eficaz e causa última.

A causa última refere-se à reconstituição da origem da doença, visando responder às perguntas “por que eu?” ou “por que agora?”. A causa eficaz diz respeito ao agente responsável pelo processo da doença, seja ele invisível (um espírito ou um estado emocional, como a raiva ou a inveja) ou natural (tal como o vento ou a comida estragada). Finalmente, a causa instrumental está relacionada ao “como” a doença teve lugar, ou mais especificamente, ao meio ou mecanismo produtor da desordem física (objetos patogênicos introduzidos no corpo, má resistência, etc.).

Esses três níveis de causalidade representam três maneiras de explicar a doença, aparecendo de forma interligada no processo de diagnóstico e tratamento, ou seja, no seu itinerário terapêutico. Segundo Buchillet (1991), são duas as preocupações que guiam os processos terapêuticos: o registro de efeitos e o registro de causas. Isso quer dizer que, quando as pessoas envolvidas no processo de doença se deparam com tal situação, ou seja, quando surgem os sintomas da doença, a preocupação primária é com a cura dos mesmos, tendo como consequência o registro dos efeitos.

Quando articulamos as idéias de Buchillet (1991) ao esquema dos três setores (familiar, popular e profissional) de Kleinman (1978), percebemos que é no primeiro setor que a doença é diagnosticada de acordo com a própria experiência das pessoas envolvidas, ou seja, da família do doente. Serão os familiares que primariamente diagnosticarão a doença baseando-se em uma avaliação dos sintomas, após o qual a terapia adequada é aplicada, efetuando portanto, o registro dos efeitos. Será também avaliada pelos familiares a eficácia do tratamento indicado e, em caso de persistência dos sintomas, ou mesmo piora dos mesmos, novos encaminhamentos são efetuados. Caso se julgue necessário, inicia-se o processo de registro de causa, ou seja, a tentativa de relacionar a doença a um sentido maior, ao seu ambiente físico, social e cosmológico, levando a questionamentos como “por que eu” ou “por que agora?”.

Ainda segundo Langdon (1994a), essa distinção de registros permite tanto uma análise da lógica de pensamento como da lógica de ação nos episódios de doença. A palavra “registro”, emprestada da sociolinguística, refere-se ao nível de causalidade que está sendo comunicado em um dado contexto. É o contexto, incluindo os atores e suas intenções, que determina qual registro está operando. Em seu trabalho junto aos índios *Siona*, essa mesma autora percebeu que, dependendo do contexto, os *Siona* podem estar apenas voltados para os sintomas e seu tratamento ou, alternativamente, para reflexões mais amplas acerca dos eventos invisíveis responsáveis pela doença.

Essa realidade encontrada entre os *Siona* não é muito diferente da que é observada entre os *Krahó*. Como será possível perceber mais adiante com a descrição de quatro itinerários terapêuticos que acompanhei, os *Krahó* também podem estar voltados tanto para um tipo de “registro” como para outro, dependendo do contexto em que se encontram e também dependendo do modelo de atenção à saúde ao qual recorrem no processo de busca da cura.

Em realidades sociais pluriétnicas como as indígenas, onde convivem dispositivos terapêuticos diversos, os modelos teóricos acima apresentados se tornam importantes

ferramentas para a compreensão da dinamicidade sugerida pelas apropriações que os indivíduos fazem dessas várias alternativas. Usa-se os termos “pluralismo médico” ou “sistema pluralístico” para falar da coexistência diversificada de vários modelos de assistência à saúde numa sociedade. (LANGDON, 1994a).

Vários estudos como, por exemplo, o de Langdon (1994a) entre os Siona e o de Morgado (1994) entre os *Wayana-Aparai*, têm demonstrado que o evento da doença não se limita somente às manifestações corporais - pois é um evento que é também - social e político - mas também, em situação de contexto pluriétnico, “a forma como os índios entendem e interpretam doença continua a expressar fundamentalmente preocupações derivadas de sua visão de mundo e dos poderes operantes no mundo invisível” (LANGDON, 1994b, p. 117).

As etnografias sobre esse tema têm demonstrado que apesar do uso por parte dos indígenas de sistemas médicos alternativos aos seus próprios, não significa que haja abandono de suas próprias idéias acerca dos eventos de doença. Esses, ao contrário, estariam pautados pela visão de mundo correspondente ao seu sistema de significações. Essa visão nos retoma à idéia exposta no capítulo III acerca do conceito de cosmologia xamânica. Mesmo que essas etnias façam uso de outros sistemas médicos, seus atos e reflexões são referentes ao seu próprio sistema cosmológico de entendimento do mundo, isto é, orientados por suas próprias teorias nativas.

4.2 ACOMPANHAMENTO DO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO

A proposta de acompanhar alguns casos de doença a fim de registrar seu itinerário terapêutico foi o método proposto no projeto de pesquisa. Tal acompanhamento consistiu inicialmente na identificação dos casos de doenças presentes na aldeia e daí alguns casos selecionados foram por mim acompanhados cotidianamente.

Buscando descrever esses casos, segui um roteiro que levantava as seguintes questões: nome *Krahó* da doença; a descrição dos sintomas; como iniciou a doença; quais as causas apontadas e quais tratamentos utilizados. Consegui acompanhar ao todo doze casos, dos quais selecionei quatro ocorridos na aldeia Pedra Branca que avaliei como representativos do processo de itinerário terapêutico.

4.3 A ENFERMARIA DA FUNASA ALDEIA PEDRA BRANCA: UMA DAS OPÇÕES PARA O TRATAMENTO DE DOENÇAS

A aldeia Pedra Branca possui atualmente um posto de atendimento à saúde indígena, mantido pela FUNASA há aproximadamente dois anos. Funciona diariamente com a presença permanente de uma atendente de saúde não-índia, que conta com o auxílio de um atendente índio *Krahó* - AIS -, ambos contratados pelo mesmo órgão acima citado.

A funcionária mora na aldeia na mesma casa em que funciona o Posto de Saúde - ou enfermaria. Essa era dividida em seis cômodos, incluindo o banheiro de uso pessoal da atendente, além de seu quarto e cozinha. A área destinada ao funcionamento da enfermaria era formada pelos outros três cômodos, um deles usado para o armazenamento dos remédios organizados em uma estante, a outra sala continha uma maca que, segundo a atendente, era usada para o “exame das grávidas” e, por fim, a sala destinada para organização dos prontuários guardados em uma mesa de madeira, onde o médico da equipe de saúde volante⁴⁴ atenderia os seus “pacientes” em suas visitas à aldeia.

O fluxo de pessoas que procuravam a “enfermaria” era consideravelmente grande. Os agravos recorrentes registrados pela atendente não índia nos meses de abril, maio e junho de 2001; foram os seguintes: diarreia, infecção respiratória aguda (IRA), reumatismo, lombalgia, gastrite, otite, verminose, dor pélvica, dor abdominal conjuntivite, escabiose, febre, furúnculo, glaucoma e leucemia⁴⁵. Nessas planilhas de atendimento, a atendente identificava a doença a partir dos sintomas apresentados e medicava segundo o seu diagnóstico.

Eram poucos os “pacientes” índios que tinham seus prontuários preenchidos. Nos três meses que estive na aldeia, tive acesso a apenas dezoito. A atendente alegava dificuldades, por ausência de treinamento, para preencher os mesmos. As três planilhas mensais de atendimento na enfermaria continham nesse período as seguintes informações:

⁴⁴ Esclareço acerca da organização das atividades de prestação de serviços de saúde oferecidos pela FUNASA na TI *Krahó* no capítulo 5.

⁴⁵ Havia apenas um caso de Leucemia e um de Glaucoma, diagnosticado pela atendente, na aldeia Pedra Branca; os demais agravos eram mais recorrentes, abrangendo um grande número de pessoas adultas e crianças.

Tabela 2 - Número de atendimentos realizados na enfermaria da aldeia Pedra Branca, TI *Krahó*, durante os meses de abril, maio e junho de 1999

MESES/2001 ATENDIMENTO	ABRIL	MAIO	JUNHO
MASCULINO	95	100	70
FEMININO	105	110	53
CRIANÇAS de ambos os sexos 0-14 anos	90	104	72
TOTAL de atendimentos	290	314	195

Fonte: Da própria autora, 2001.

Diante de tais números, poderia ser concluído que os *Krahó* optam pelo tratamento biomédico como, se não única, pelo menos a principal alternativa na busca da cura. O acompanhamento dos itinerários terapêuticos demonstra, porém, que os caminhos para se buscar a cura são múltiplos. Assim como no esquema proposto por Kleinman, a busca da cura pode passar por pelo menos três setores: o familiar, o popular e o profissional.

4.4 O CASO DE ANDRÉ *POHPRÂ KRAHÓ*. DOENÇA AGUDA TRATADA POR CURADOR

Há casos de doença entre os *Krahó* que são avaliados pela família do doente tendo como primeira e talvez única alternativa de cura, o tratamento oferecido pelo “curador” índio. Um desses casos que pude observar aconteceu da seguinte forma:

Durante o tempo em que estive em trabalho de campo, fiquei hospedada no núcleo familiar do casal Regina e Pascoal, que possuíam 6 filhos, incluindo uma menina casada que ali morava com seu marido e dois filhos bem pequenos. O segmento residencial a que pertenciam compunha-se de 25 pessoas, distribuídas entre seis núcleos ocupantes de 4 casas. Em meados do mês de Maio, num final de tarde, André *Pohprâ* jovem de aproximadamente quinze anos e filha de meus hospedeiros, adentrou a casa chorando muito e se queixando de fortes dores na barriga. Havia passado o dia tentando pescar “piabinhas” no Ribeirão dos Cavalos - que marca uma das divisas do território *Krahó* - a aproximadamente oito Km da aldeia Pedra Branca. Devido aos seus lamentos altos, não tardou para que alguns parentes do mesmo segmento residencial chegassem. Seus pais não hesitaram em chamar de imediato Valdê – um dos curadores da aldeia. Quando Valdê chegou na casa, *Pohprâ* estava a rolar pelo chão com as mãos na barriga e chorando muito. Os demais parentes saíram afóra ficando no interior da casa somente os pais, a avó materna e

eu. Não pude fazer muitas perguntas no momento em que se desenrolou a sessão. Percebi que Valdé conversou um pouco com os pais de André em *Krahó*. Entendi que os pais lhe informaram quando e como começaram as dores na barriga. Valdé pediu que Regina lhe fizesse um cigarro de tabaco, para dar início a sessão. Começou soprando na barriga de André a fumaça que tragava do cigarro. O rapaz continuou se lamentando muito das dores, até que Valdé começou a fazer pressões com as mãos em sua barriga e movimento de sucção com a boca, na mesma região abdominal. Repetiu essa seqüência várias vezes e toda vez que a fazia, dirigia-se até os fundos da casa. Todos os parentes presentes no recinto continuavam em silêncio, sem prestar muita atenção no que o curador fazia. Quando a sessão terminou, depois de trinta minutos aproximadamente, *Pohprâ* já dormia. Valdé voltou a conversar com Regina, a mãe do rapaz, agora para explicar-lhe que folhas ela iria usar e como prepará-las. Valdé também proibiu André de “mexer” com peixe durante alguns meses e que iria voltar a vê-lo por mais três dias. Foi acertado como pagamento alguns alimentos da roça da família de André, mais café, açúcar ou qualquer outro “bem” que a família possuísse e que fosse do interesse de Valdé ou de sua esposa. André não voltou a ter as “dores” enquanto estive na aldeia. Quanto ao que tinha, Valdé explicou-me que se tratava de *Homnõ* enviado pelo peixe “piabinha” que André havia pescado. Tal peixe queria André como aprendiz e havia então lhe jogado seus feitiços. A cura feita por Valdé consistiu então na extirpação do *Homnõ*, com o consumo de “remédios do mato” por ele indicado e na orientação de que André evitasse esse animal, uma vez que não queria se tornar curador.

Nesse caso específico, em nenhum momento foi cogitada pela família a possibilidade de procura pelo tratamento da biomedicina. Segundo avaliação da própria família, de acordo com os sintomas apresentados por André, a primeira alternativa procurada foi o “curador” *Krahó*, residente na mesma aldeia. Como o tratamento se mostrou eficaz, no sentido de que André foi considerado curado, a “doença” também foi satisfatoriamente explicada por Valdé.

Esse caso pode ser também melhor compreendido à luz do esquema proposto por Zempléni (1994). Levando em consideração alguns aspectos das teorias nativas *Krahó* relacionadas as concepções de mundo e iniciação xamânica, o caso de André aponta para uma configuração causal das doenças com etiologia personalística, isto é, são conseqüências da atividade de seres não humanos que se interrelacionam com os humanos de forma perigosa.

Como descrito no capítulo III esses seres ou “bichos” - *Mekarõ*, *Kenkrêgatê* e outros - podem ser considerados como os possíveis agentes desencadeadores de doenças, estabelecendo, desse modo, a causa eficaz do sofrimento. A causa instrumental, relacionada ao “como” a doença foi desencadeada, é expressa pelos elementos exógenos introduzidos no corpo da vítima. No caso de André, são os *homnõ* lançados contra sua pessoa pela entidade que o queria fazer curador. Como o tratamento oferecido por Valdé foi avaliado pela família como eficaz, não houve especificações acerca das causas últimas, ficando o caso restrito ao âmbito do registro dos efeitos.

Embora esse caso tenha tido uma solução em um curto prazo, essa não vem a ser uma realidade em todos os casos de doença. Em outros, ao contrário, a doença pode persistir e são nesses que se evidenciam as múltiplas escolhas feitas não só pelo doente como pela família do doente. Como bem observou Kleinman (1978), a família que desempenha o principal papel no processo de indicação e de avaliação dos tratamentos utilizados. Na descrição do caso a seguir, o de Osvaldo *Howkur Krahó*, tal procedimento fica mais evidente. Além disso, este é um caso exemplar de que o processo de escolha e avaliações dos tratamentos se dá de forma extremamente dinâmica, uma vez que irá depender das várias interpretações das pessoas envolvidas ao caso.

4.5 O CASO DE OSVALDO HOWKUR KRAHÓ

Assim que cheguei à Pedra Branca e me apresentei informando a comunidade daquela aldeia acerca de minha pesquisa entre eles, me foi sugerido que conversasse com Osvaldo *Krahó* acerca de sua doença. Osvaldo é um *Krahó* com 46 anos⁴⁶, filho de Pedro *Penon* e genro de Benvinda, uma *Apinayé* que mora entre os *Krahó* desde sua mocidade. Tais dados se tornam importantes na medida em que são duas pessoas, atualmente com 80 anos, o primeiro, e 70 a segunda, referenciais para qualquer visitante não-índio que chega à Pedra Branca. Logo que alguém visita esta aldeia, lhe é sugerido pelos *Krahó* que vá ter uma conversa com *Penon* ou com Benvinda.

Pedro *Penon* foi uma liderança da nação *Krahó* que por muitos anos representou-os junto à sociedade nacional e continua a ser uma forte influência entre eles. Além de ter colaborado em inúmeros trabalhos acadêmicos importantes sobre essa etnia, *Penon* foi o *Krahó* de maior expoente no episódio que envolveu a reivindicação da “machadinha *Koyré*”⁴⁷ levada para o Museu Paulista na década de 60 e reintegrada aos *Krahó* em 1986.

Já Benvinda é bastante conhecida entre o “povo do sertão” e famosa em toda região, inclusive nas cidades de Itacajá, Alto Lindo e Goiatins, pela festa de São Pedro que oferece há vários anos, todo mês de Junho. Nessa festa é feita a “derrubada do mastro” para ser colocada a “bandeira” com o retrato de São Pedro, santo de grande devoção entre não-índios moradores

⁴⁶ Segundo dados da FUNASA, Osvaldo nasceu em 1955.

⁴⁷ A *Koyré* é um instrumento ritual que tem a forma de um machado de proimadarnente 30 cm cuja Itimina tem a forma de uma crescente lunar, com cabo de madeira curto, de onde caem longos pependentes de algodão (MELLATI, 1978, p. 11).

da região. Para essa festa, a família de Benvinda se mobiliza em preparativos, inclusive na construção de uma sala ao lado de sua casa, possibilitando que todos dançam o forró tocado pelos sanfoneiros especialmente contratados para a festa.

Um mês antes do grande dia se efetivar, Benvinda começa sua “peregrinação” em busca de recursos para a realização. Atualmente ela busca esse financiamento junto aos políticos - vereadores e prefeitos - das três cidades próximas. Seu prestígio e a idéia construída entre os não-índios políticos de que sua pessoa pode influenciar os *Krahó* a ponto de lhes conseguir votos em eleições futuras, garantem todo ano as “ajudas” de que necessita para a realização da festa.

Apesar de queixar-se de que a cada ano os políticos estão com menos vontade de lhe ajudar, Benvinda nunca deixou de conseguir o gado a ser sacrificado para a festa e também o arroz, a mandioca e os músicos. Ela própria é a única, dentre todos na Pedra Branca, a possuir 5 reses - que tenta manter apesar dos pedidos da comunidade para que ceda os animais aos demais da aldeia.

Oswaldo *Howkur* é casado com a filha de Benvinda, Raimunda *Crôrekwyi* e têm quatro filhos: Rosemira *Hacàc*, Vianeí *Hapor*, Renato *Top-py* e Juruna *Peru*. Na sua casa, com exceção de Vianeí que é casado e mora na casa de seus sogros, moram todos seus outros filhos e também seu recente genro Edson *Xôhtyc*⁴⁸.

Encontrei Oswaldo em sua casa, deitado em uma rede sentindo o “corpo quente” e fortes dores na cabeça e nos olhos. Contou-me que não havia dormido bem na noite anterior devido a essas fortes dores de cabeça e, além disso, dizia ainda ter sentido tremores em todo corpo e coração. Disse que ficou com muito medo de morrer.

A doença de Oswaldo o incomoda há muitos anos. Diz já ter tentado de tudo: médicos *Kupen* (biomédicos), curadores *mehin* (indígenas), remédios que o “povo do sertão” lhe ensinou e de nada resolveram. Naquele período estava se preparando para viajar para a aldeia Rio Vermelho, distante da Pedra Branca cerca de oitenta Km, a fim de consultar dois curadores daquela aldeia, dentre eles uma mulher.

Além dessa alternativa, depois que conversei com Oswaldo sobre sua doença, a atendente da FUNASA residente na aldeia disse-lhe que iria sugerir para sua superior o encaminhamento de Oswaldo à Goiânia, onde faria tratamento de glaucoma acusado em

⁴⁸ *Xôhtyctem* aproximadamente 20 anos. Atualmente realiza trabalhos junto à *Kapej* como cineafistata. Há três anos, *Xôhtyc* participou como informante de um grupo de pesquisadores da área de Comunicação social da UFG, que estiveram filmando ritos e músicas entre os *Krahó*, para a realização de uma fita de vídeo e um CD com fins comerciais. Com essa experiência, aprendeu a lidar com a filmadora o que lhe garante uma renda mensal para seus serviços e o torna uma das lideranças jovens.

exames realizadas há alguns anos atrás⁴⁹. O período em que estive na aldeia, Osvaldo aguardou tal encaminhamento para Goiânia e, independentemente de o conseguir, disse-me que estava disposto a procurar os curadores da aldeia Rio Vermelho.

Enquanto acompanhei Osvaldo, ele fazia uso quase diário de injeções de Dipirona e, às vezes de Voltaren, aplicadas pela alendente não-índia. Além disso, era também assistido pelo curador Valdé *Pemkrô* e, mais tarde, por outro curador *Krahó* José Pinto *Pâtpê*. Cheguei a presenciar algumas sessões de cura realizadas primeiramente por Valdé e, mais tarde, por José Pinto, mas Osvaldo não me pareceu muito satisfeito com o tratamento de ambos.

Em conversa sobre o caso de Osvaldo, Valdé me disse que o sofrimento dele era devido ao fato de ter “cabeça dura”. Segundo ele, Osvaldo estava sendo importunado por um pássaro de hábitos noturnos chamado na língua nativa de *Pinkãtré*, que o estaria querendo transformar em *curador* e insistia em colocar *Homnõ* - feitiços - em sua cabeça, mesmo depois que Valdé os tirava em suas sessões de cura. Segundo Valdé, se Osvaldo tivesse “sangue bom” ou “cabeça boa” não sentiria tantas dores e se curaria rápido.

Osvaldo não parecia muito convencido do tratamento e das explicações dadas por Valdé. Dizia que se fosse alguma entidade o querendo fazer curador, já teria morrido há muito tempo, uma vez que essas entidades não costumam ser tão insistentes, ou mesmo benevolentes com seus aprendizes que não possuem “cabeça boa”.

Foram essas as dúvidas acerca do tratamento oferecido por Valdé que fizeram com que Osvaldo procurasse outro curador; José Pinto *Pâtpê*, - residente na mesma aldeia. José Pinto teria prometido a Osvaldo que mediante “bom pagamento” - uma das vacas de sua sogra Benvinda - não só tiraria o leitiço da cabeça de Osvaldo, como também poderia revelar-lhe quem o estaria colocando *Honmõ*.

Acompanhei duas sessões de cura com *Pâtpê*. Na primeira, o curador retira pimentas malagueta da cabeça e do peito de Osvaldo. Na outra, de sua cabeça retirou sementes de maconha. Nessa última, *Pâtpê* pediu um copo de vidro com água, no qual foram colocadas as sementes de maconha que afundaram. *Pâtpê* disse então que precisaria de mais uma sessão para poder revelar a Osvaldo quem estaria lhe colocando *Hynxy*, mas essa sessão não aconteceu, para grande decepção de Osvaldo e sua família. O motivo pelo qual *Pâtpê* desistiu não me foi revelado e, ao que parece, também não foi revelado a Osvaldo.

⁴⁹ Em um dos poucos prontuários preenchidos na aldeia Pedra Branca, consegui o de Osvaldo. Datado de 09/03/01, apresentava os seguintes diagnósticos: gastrite, glaucoma e sinusite. Para tais doenças foram prescritos os seguintes remédios: Hidróxido de alumínio, Voltaren, Timolol e Benzetina. Desses, constatei que Osvaldo fazia uso somente de Voltaren e Dipirona constantemente e a de alumínio, eventualmente.

Nessa ocasião, me foi explicado que o copo com água, no qual eram colocadas as - “porcarias” - como *Pâtpê* traduzia para o português “feitiços” - retiradas do corpo de Osvaldo, serviria como um “oráculo”, cuja leitura feita pelo *curador* apontaria para um culpado pelo mal causado. Apesar da insatisfação de não lhe ser revelado naquela hora quem o estaria prejudicando, Osvaldo dizia se sentir bem melhor depois das sessões de *Pâtpê*. Seus sintomas, ao menos temporariamente, haviam desaparecido já que o que lhe faziam “arder” os olhos e a cabeça eram aqueles “feitiços” retirados pelo *curador*.

Uma diferença significativa marca a atuação desses dois curadores enquanto Valdê explicava o sofrimento de Osvaldo argumentando que estaria afetado por *Homnõ*, descartando desse modo, a possibilidade de ser um curador mal feito a causa eficaz e sim uma entidade desejosa que Osvaldo fosse seu aprendiz, *Pâtpê* ao contrário, afirmava que Osvaldo era vítima de uma outra causa instrumental os *Hynxy*, feitiços lançados por curadores. Apesar de ambos - tanto *Homnõ* quanto *Hynxy* - serem “feitiços”, a diferença de significado se dá acerca de “quem” os envia. Isso é algo a ser seriamente levado em consideração, uma vez que acusações de feitiçaria são consideradas muito graves entre os *Krahó*.

Para a sua doença Osvaldo deu, em língua nativa, o nome de itóxâ e *Ikrãxã*⁵⁰. Quando lhe perguntei quando começara sua doença, contou-me o seguinte:

Lembrava-se exatamente do ano em que tinha começado suas dores nos olhos e cabeça: 1968. Era ainda muito jovem, com treze anos de idade. Disse que acompanhava seus pais e irmãos à roça para plantio e colheita de arroz, longe da aldeia. No mesmo dia em que seu pai caçou um peba⁵¹, uma cutia e uma raposa, *Howkur* pescou algumas piabinhas, carás e peixe-sabão⁵². Quando chegou em casa⁵³, começou a sentir o “corpo quente”, fortes dores na barriga que o faziam “rolar no chão” e uma “coceira” nos olhos. O tratamento dado pela família naquele momento foi passai-lhe sal nos olhos. Como tal tratamento no surtiu efeito algum, passaram pimenta malagueta bem amassada. Lembra-se que lhe “queimaram” os olhos, porém no foi eficaz. Foi quando seu pai, Pedro *Penon*, decidiu chamar um curador. Este conseguiu fazer com que Osvaldo melhorasse, deixando de sentir as dores dos olhos e cabeça. O tratamento consistiu na extirpação do *Homnõ* que o peixe “piabinha” lhe havia colocado e na ingestão de “remédios do mato” ensinados pelo curador ao seu pai. Também foi prescrito que deixasse de pescar “piabinha”, mas não foi respeitada porque Osvaldo voltou a pescar e sentiu novamente os mesmos sintomas algum tempo depois: “[...] era rapaz novo, né! [...] Quando agente é novo é muito teimoso, não respeita resguardo”. Levado por seu pai a uma aldeia *Xerente* para ver um curador dessa nação, obteve alívio para suas dores. O curador o proibiu de “mexer” com qualquer carne de caça, galinha e de peixe cará, ensinou-lhes vários remédios do mato, porém, quando retornou da viagem da aldeia *Xerente*, voltou a piorar. Seu pai o levou então a dois curadores *Krahó* da aldeia Cachoeira: Osário e Martim, que somente ensinaram “remédios do mato”, deixando-o sem os sintomas por cerca de sete meses. Contou que já estava fazendo todas as suas atividades corriqueiras,

⁵⁰ Meu (*I*) olho (*to*) dói (*xâ*) e minha (*i*) cabeça (*krã*) dói (*xâ*), respectivamente.

⁵¹ Nome que é dado na região para uma espécie de tatu.

⁵² Nomes pelos quais são conhecidas algumas das espécies de peixes da região.

⁵³ Os *Krahó* costumam construir casas nas roças para que a família possa ali passar longos dias trabalhando.

inclusive a que mais gostava que era caçar, quando sentiu novamente as dores, a ponto de quase ficar cego do olho esquerdo. Outro curador o viu e, finalmente, Osvaldo e seu pai ouviram a revelação de que alguém lhe havia colocado “sangue de tatu” na cabeça. Não disse porém, quem seria, mas retirou o “sangue de tatu” e Osvaldo novamente voltou a melhorar. Por algum tempo fez uso do “remédio do mato” ensinado por tal curador chamado de “leite de ananás”⁵⁴. Quando novamente voltou a piorar, o pai decidiu aplicar-lhe nos olhos um “remédio” ensinado por um “morador do sertão”; sua doença foi então chamada de “Paquete”. Tal “remédio” era *Cacôtxyré*, nome *Krahó* dado à cachaça. O pai lhe colocou cachaça nos olhos por três dias, três vezes ao dia: de manhã, à tarde e à noite. Quando tal tratamento terminou sem apresentar nenhum resultado satisfatório, o pai decidiu levá-lo a Araguaína em busca de tratamento biomédico. Um dia antes da consulta com o médico em Araguaína, um curador *Krazhó* da aldeia Santa Cruz que estava na mesma cidade, olhou Osvaldo e lhe tirou “olho de peixe” da cabeça Osvaldo disse que melhorou e já não sentia nada quando foi consultar o médico que, por sua vez, disse não haver nada de errado com seus olhos ou cabeça, receitando-lhe apenas vitaminas. Porém, assim que voltou para a aldeia e iniciou suas atividades corriqueiras como caçar e trabalhar na roça, voltou a sentir novamente as dores. Outro curador tirou de sua cabeça “ossinho de peixe cará”. Além disso, ensinou-lhe um remédio que usa até hoje quando tem dores. Tal remédio consiste em um preparado de várias raízes, que são cozidas e é da fumaça emitida durante o cozimento que faz uso primeiramente. Após defumar a cabeça até que a fumaça se extinga, a lava com a água do cozimento. Também lhe foi ensinado esfregar fumo (tabaco) mascado no rosto. Foi novamente lembrado por esse último curador de que não poderia “mexer” com peixe pelo menos durante dois anos. Quando voltou a sentir as dores, ainda outro curador lhe orientou a não “mexe” com paca. E quando saiu para caçar e matou um tatu, esse animal também lhe foi proibido ao ser atacado por nova crise em seus olhos e cabeça. Em uma dessas crises, já adulto, decide ir para Araguaína fazer tratamento com um médico. Foi quando se diagnosticou glaucoma. Desde então, passou a fazer uso constante de Dipirona e AAS e, durante algum tempo, de óculos. Não parou porém de procurar tratamento junto aos curadores e conta que nas crises que se seguiram lhe foram tirados do corpo, por diferentes curadores - inclusive um da nação *Krinkati* e outro Apinayé - os seguintes “feitiços”: “olho de galinha” da cabeça; um “peixe sabão” inteiro da cabeça; “rabo de cavalo” da garganta; “dentes de rato” do nariz e “gordura de porco” de seu corpo. Em nova consulta em Araguaína, quando além das dores nos olhos e na cabeça, sentia também fraqueza e “ardências” no coração, perguntou ao médico sobre a possibilidade de estar sofrendo de “pressão alta”, contando que toda vez que se levantava ficava tonto e tremendo. O médico, porém, descartou essa possibilidade, dizendo que Osvaldo não teria nada no coração. Receitou-lhe apenas vitaminas sem explicar o porquê de sua fraqueza e tontura. Depois dessa viagem a Araguaína se seguiu mais uma até Goiânia, ainda sem resultados satisfatórios.

É então dessa forma que Osvaldo segue seu itinerário terapêutico: buscando a cura e explicação para o que tem. Tenta não apenas remédios e explicações nativas, mas inclusive as mesmas coisas em sistemas alternativos de cura. No entanto, de uma coisa parece ter certeza: o que o faz sofrer tanto são realmente “feitiços”. Comprova isso pelo fato de que os vários remédios que toma aliviam suas dores por algum período, mas não conseguem curá-lo: “a dor passa, mas por causa do feitiço não melhora nada”

⁵⁴ Seiva da planta cujo nome é ananás.

Enquanto narrava sua história, Osvaldo concluía que sempre melhora quando está longe de casa, piorando quando retorna para a aldeia. Refletiu também sobre o fato de que seu mal era predominantemente na cabeça e olhos:

[...] não sei porque só botam (feitiço) na cabeça, não botam no corpo! [...] Só na cabeça! Olha meu pai, ele é cego por causa da mesma coisa. Minha mãe morreu do olho e agora minha sogra também tá cega de um dos olhos. A Raimunda (mulher de Osvaldo) também tá doente porque colocaram massa de mandioca no seu corpo [...] a curador tirou, mas agora ela não pode mais mexer com mandioca [...]

Osvaldo dizia estar cansado de tanto sofrer com as “brincadeiras” dos curadores que não o curavam de vez. Disse que já não planta na roça, nem cria galinhas, pois acha que isso despertaria a cobiça de alguém que, por não ter algum pedido atendido, colocaria tais feitiços na sua cabeça. Sua sogra Benvinda também se encontra adoentada e diz ter a mesma “coisa” que Osvaldo. Benvinda me revelou que está sempre precisando de remédios e prefere fazer uso dos que são da farmácia ou ensinados por seus amigos “curadores do sertão”, do que confiar nos curadores *Krahó* da aldeia Pedra Branca.

Quanto à doença dos olhos que afirma ser igual a do seu genro, Benvinda contou-me ter se iniciado por causa de feitiços colocados em sua cabeça depois de ter matado uma de suas vacas a pedido da comunidade, há alguns anos. Na divisão ficou com a cabeça e com a metade da vaca para sua família, deixando a outra metade e os órgãos internos para serem distribuídos para os demais da aldeia, o que não satisfiz a comunidade que a achou injusta.

Julgaram que seria muita carne para apenas uma família consumir. Foi em decorrência disso que, segundo Benvinda, começou a apresentar a doença em seus olhos. Diz ainda que mesmo tendo colocado curador *Krahó* para lhe curar, este não conseguiu evitar-lhe a cegueira, mas revelou quem havia colocado os feitiços⁵⁵.

A constatação de que somente longe da Pedra Branca Osvaldo conseguia ter melhoras, fez com que a família pensasse na possibilidade de se mudarem para outro lugar e de, talvez, até formarem outra aldeia com menor número de pessoas. Benvinda levantou a suspeita de que era a cobiça pelas suas vacas que estivesse fazendo sua família sofrer com os feitiços enviados por “curadores” *Krahó* da Pedra Branca. Quando deixei a aldeia, Osvaldo estava aguardando a liberação de sua passagem para ir até Goiânia fazer tratamento biomédico, antes porém, disse que ficaria ao menos um mês na aldeia Rio Vermelho em tratamento com dois curadores de lá.

⁵⁵ No caso de Benvinda, foi “couro da cabeça de boi”.

O caso de Osvaldo evidencia que o tratamento ou mesmo as interpretações para sua doença, não podem ser entendidos fora do seu contexto de significação. Este envolve também todo o conjunto de relações familiares e sociais, assim como também, as relações de poder internas ao sistema de organização social da aldeia Pedra Branca. Fica claro que Osvaldo não opta simplesmente por recursos do tratamento biomédico, mas percorre e avalia várias possibilidades de cura. Sabe que as injeções de Voltaren e Dipirona lhe tiram as dores, porém busca no sistema nativo de tratamento uma explicação para o seu sofrimento, ao mesmo tempo em que procura a cura definitiva. Nesse processo, não se comporta passivamente diante das explicações que lhe são dadas, ao contrário, também reflete sobre sua situação e tratamentos dispensados pelos vários sistemas de saúde.

Como nesse, um outro caso que acompanhei demonstrou a mesma dinamicidade nas escolhas pelos tratamentos. Refere-se a duas pessoas que devido a uma “desconfiança” nos curarmores nativos *Krahó*, optaram pelo tratamento biomédico. Trata-se de duas mulheres de uma mesma família: Dalva *Xôpô* e Adalcina *Ihpremp Krahó*.

4.6 O CASO DE DALVA XÔPÔ APINAY É

Dalva é uma *Apinayé* de aproximadamente 57 anos, é irmã de Benvinda e uma das mulheres mais velhas que exerce a função de “parteira” na aldeia Pedra Branca. Mora entre os *Krahó* desde criança e é a segunda mulher de Oscar *Pôhykrat Krahó* - pai de Adalcina e cacique na época da minha estada na aldeia. Foi também ela quem criou Adalcina, mulher de Miguelito cujo caso também acompanhei enquanto estive na Pedra Branca. Pertencem ao núcleo familiar de *Ropkur* - o líder do movimento messiânico citado na página 29,30 e 31 do primeiro capítulo deste trabalho. É a única família da Pedra Branca que se diz “crente”, apesar de não freqüentarem nenhum culto cristão.

Deparei-me com o caso de Dalva enquanto esta freqüentava diariamente o posto da FUNASA na aldeia, em busca de remédios. A atendente não-índia me informou que se tratava de reumatismo e menopausa. Através de tal diagnóstico, foi prescrito para as crises de dores de Dalva injeções de Voltaren.

Quando procurei Dalva, ela se queixava de várias coisas: “corpo quente” (ou febre) - *Ikacakrô* -, dores de estômago - *Iōnkák*-, dores de cabeça - *Ikrāxā* -, dores nas pernas - *Ihikakêikê* - e fraqueza - *Jpecxâ*. Disse ainda que além das injeções, fazia uso também de um

“remédio do mato” cuja folha era muito amarga. Não sabia me informar porém o nome do remédio, apenas o fato de que quem a havia ensinado tomar foi sua neta quando esta era ainda bem pequena.

Dalva disse que sofria com sua doença já havia algum tempo. Contou-me que estava na roça com a neta - que na época era uma criança de aproximadamente sete anos - e o sogro, quando a doença lhe “atacou”. Seu marido havia saído para caçar enquanto ela ficou trabalhando no plantio do arroz juntamente com o sogro. Contou que naquele dia trabalhara muito, pois era ela quem pilava o arroz, ralava a mandioca e cozinhava, além de ajudar o sogro na capina das roças de arroz.

Estava nesse trabalho quando ouviu alguém lhe chamar. Nesse momento, olhou ao redor para tentar ver quem a havia chamado e não encontrou ninguém. Nesse instante sentiu “arder” a coluna - *Acôhi* - seguida por uma forte e persistente dor na mesma região. O sogro a levou para deitar-se em um jirau na casa que a família havia construído na roça e de lá não conseguiu mais se levantar. O marido chegou da caçada e orientou que lhe passassem “folhas de pimenta”, mas não se obteve nenhum resultado satisfatório. Vendo o sofrimento de sua avó, a neta foi até o mato e voltou com uma planta que ninguém conhecia. Dalva afirma que após o uso dessa planta trazida pela neta, obteve alguma melhora e conseguindo levantar, seguiu de volta rumo à aldeia.

Lá chegando, foi atendida por uma enfermeira da FUNAI, hoje contratada da FUNASA, que a medicou orientando para que não mais tomasse o remédio indicado pela neta. Apesar de fazer uso dos remédios de farmácia, Dalva jamais deixou de consumir o remédio dado pela neta. Diz que foi Deus quem orientou a criança a pegar aquela planta específica para a avó e por isso confia na sua eficácia.

Dalva ainda continua a fazer uso das injeções juntamente com as folhas da planta indicada pela neta. Afirma ainda que por causa dessa doença, cessou seu *Caprô* - como é chamada a menstruação em língua nativa. Apesar de não descartar a possibilidade de ter sido atingida por algum feitiço, não acredita que algum curador poderá curá-la. Sobre isso afirma o seguinte: “quando é curador que coloca doença, ele mesmo cura [...] Quando é *Papan* (Deus), aí ele não consegue!”

4.7 O CASO DE ADELICINA *IHPREMP KRAHÓ*

Dentre todos, o caso de Adalcina foi o primeiro que acompanhei. Encontrei Adalcina, seu marido e sua filha de aproximadamente dois anos de idade - a caçula de cinco filhos - em Goiânia, em março de 2001, por ocasião de seu tratamento no Hospital Araújo Jorge, especialista em doenças oncológicas.

Na verdade já conhecia Adalcina e sua família desde 1999, quando ela, seu marido e filha, então com aproximadamente quatro meses, acompanhados pelos pais de Miguelito, foram até Goiânia para darem início ao seu tratamento. Os visitei na hoje antiga “Casa do índio”, um local que era mantido pela FUNAI, no qual índios de várias etnias se hospedavam quando vindos à capital do estado, por motivos diversos - principalmente por razões de doença. Atualmente o prédio se encontra abandonado, visto que a FUNASA construiu novo estabelecimento nos arredores de Goiânia, onde reencontrei Adalcinano início de março de 2001.

Adalcina tem aproximadamente trinta anos e, como a grande maioria das mulheres *Krahó*, entende razoavelmente bem o português embora o fale com muita dificuldade. Seu marido, Miguelito *Cawkré*, com aproximadamente trinta anos, fala muito bem o português e é conhecido entre índios e não-índios como bom desenhista. Essa habilidade o fez co-autor de um livro voltado para o público infantil, publicado em 1999 pela editora da Universidade Federal de Goiás, com assessoria do departamento do curso de Rádio/TV dessa mesma Universidade. Atualmente Miguelito é um dos mais importantes membros da *Kapej*, atuando em serviços burocráticos cujos documentos dependem de suas assinaturas no escritório que representa a associação em Goiânia. É também um dos principais informantes dos pesquisadores da EMBRAPA, o que o torna uma das Lideranças Jovens entre os *Krahó*, contribuindo para requisição constante de sua presença em Goiânia e Brasília.

Antes da enfermidade de sua mulher, Miguelito fazia essas viagens sozinho, como é de costume entre os homens “líderes” *Krahó*. Agora, tem de fazê-las acompanhado da mulher e da filha, o que, segundo Adalcina, é uma vantagem para que seu tratamento seja feito em Goiânia e não na aldeia. As mulheres *Krahó* são muito receosas dessas viagens solitárias dos maridos que as deixam sozinhas nas aldeias cuidando dos filhos. A idéia mais comentada entre elas é que nessas viagens, os homens costumam se enamorar por outras e se esquecem de sua família na aldeia, ansiosa pelo seu retorno e pelos “presentes” conseguidos nos grandes centros urbanos.

Através de Roberto Schiavinni - funcionário da *Kapej* em Goiânia e filho do indigenista da FUNAI e idealizador da *Kapej*; Fernando Schiavinni-, Miguelito ficou sabendo que eu estava em Goiânia. Havia comentado com Roberto minha próxima ida à aldeia para trabalho de campo que envolvia acompanhamento e pesquisa de alguns casos de doenças e, ao ser informado sobre isso, Miguelito entrou em contato comigo, por telefone, explicando-me sobre o tratamento de sua mulher Adalcina. Fui então ao encontro dos dois no novo prédio da FUNASA.

Encontrei-os bem, apenas se queixavam da presença constante dos *Xavante* que ali estavam. Perguntei então sobre o que Adalcina sentia e como era seu tratamento em Goiânia. Não souberam me informar nada mais além do fato de que tomava três comprimidos diários de um remédio que não sabiam dizer o nome. Não sabiam também o que Adalcina tinha, ou melhor dizendo, não sabiam o nome da doença de Adalcina, nem em português, e a princípio nem em *Krahô*. Através da proposta de Miguelito para que eu a acompanhasse em sua consulta ao médico, percebi então o interesse de ambos em saber o nome da doença em português, o que a estaria cansando e se teria cura ou não.

Prontifiquei-me a acompanhá-la até o médico oncologista responsável pelo seu tratamento em Goiânia. Antes, quem fazia tal acompanhamento era o próprio Miguelito. Quando cheguei ao hospital bem cedo, Adalcina já aguardava ser chamada para a consulta. A demora foi grande, pois esperamos cerca de cinco horas - em pé - na fila de pacientes. Ao ser chamada, a acompanhei até o médico, me identificando como pesquisadora da área de Antropologia e que o caso de Adalcina me interessava como dado de campo para minha pesquisa de mestrado.

Além disso, informei as dúvidas que o casal tinha em relação à doença de Adalcina e que minha presença ali se devia a um pedido de ambos para que pudesse entender o que ela tinha a fim de tentar explicar-lhes acerca do tratamento e se teria cura ou não.

O médico folheou o prontuário de Adalcina, pois não era ele o único a acompanhá-la durante esses dois anos de tratamento naquele mesmo hospital. Quanto ao nome da doença, disse tratar-se de Leucemia Crônica⁵⁶. Afirmou que para tal doença não haveria cura e que para o caso de Adalcina era recomendado um tratamento sem prazo de término estabelecido. Tal tratamento consistiria no “*controle mensal e constante através do hemograma com plaquetas*” e também no uso diário de um remédio quimioterápico chamado Hydréa

⁵⁶ Outro termo usado foi Neoplasia por CIA – O = (421).

(hidrohiuréia), conseguido no próprio hospital gratuitamente. Perguntei-lhe quais seriam as possíveis causas da doença e obtive como resposta que seria “*um problema genético*”.

No mesmo dia conversei com Miguelito sobre a consulta. Informei-lhe o nome da doença de Adalcina e tentei traduzir-lhes o quê seria um “problema genético”. O fato de que seria uma doença “sem curar” e que Adalcina teria que fazer um tratamento constante por um longo tempo, fez com que o casal pensasse na possibilidade de se mudarem de vez para Goiânia, trazendo os demais filhos. Diziam já estarem bastante cansados das viagens que teriam de fazer constantemente e ter que deixar seus filhos ainda pequenos na aldeia era um fato bastante sofrível para todos. Essa idéia foi posta de lado mais tarde pelos próprios filhos do casal que, mesmo pequenos, tinham clara a opção de continuarem a viver na aldeia. Além disso, outra opinião determinante foi a dos avós maternos, os quais se opuseram veementemente a tal proposta.

Perguntei-lhes então se não teriam tentado nenhum outro tratamento além daquele oferecido pela biomedicina. Miguelito disse que teria consultado um benzedor que era também erveiro, não-índio morador dos arredores da FUNASA, em Goiânia. Disse que vários dos índios que ficam na FUNASA para tratamento médico, consultam tal benzedor e por isso resolveu também tentar. Miguelito pagou a quantia de dez reais pela consulta e pelo remédio - “garrafada” - fabricado pelo próprio benzedor e este teria diagnosticado para o caso de Adalcina - seguindo as descrições de Miguelito, pois Adalcina não o acompanhou em tal consulta - um mal denominado por “arca caída”.

Adalcina nem chegou a tomar a “garrafada” visto que Miguelito duvidou de tal benzedor e resolveu perguntar a uma das enfermeiras da FUNASA se convinha dar a bebida para Adalcina tomar. Com a resposta negativa da enfermeira, Miguelito desistiu de dá-la a Adalcina, porém não a jogou fora, guardando-a para qualquer eventualidade.

Conversando com Adalcina sobre sua doença, esta me disse que tudo começou com um pequeno caroço na barriga, na região do ventre, três meses depois do nascimento de sua filha caçula *Têhtêh*. Assim que tal caroço surgiu, Miguelito disse que a levou para Araguaína em busca de tratamento médico não – indígena. Em Araguaína, o médico teria dito que seria necessária uma cirurgia para extirpar o caroço. Tal indicação de tratamento foi totalmente repugnada pelos parentes de Adalcina que não permitiram que a mesma passasse por tal cirurgia, fato que levou o médico de Araguaína a encaminhá-la para tratamento em Goiânia.

Procedimentos cirúrgicos são dificilmente aceitos pelos *Krahó*. Raramente os familiares e o doente, quando este está em condições de decidir, aceitam alguma intervenção cirúrgica pois acreditam que *mehin* (índio *Krahó*) não resiste a uma cirurgia. Uma constatação

disso, citada por Miguelito e que depois eu viria a ouvir novamente na aldeia Pedra Branca, seria a recente morte de um índio em fevereiro daquele mesmo ano. A pessoa teria falecido, segundo os *Krahó*, por causa de uma cirurgia que o mesmo fez nos intestinos. Segundo palavras de Miguelito: “não pode abrir o corpo pois *mehin* não agüenta. Não é como *Kupen* (não-índio) [...] a comida que o *mehin* come é diferente [...]”.

Nesses dois anos de tratamento biomédico, Adalcina diz não ter mais o caroço que a incomodou no início. Agora, diz sofrer com fortes dores no estômago que se iniciam na região da garganta impedindo-a de se alimentar, dores de cabeça e febre - “corpo quente”. Para esses três sintomas, Adalcina chamou na língua *Krahó* respectivamente de *Jõnkâk*, *Ikrãxâ* e *Icacrô*.

Quanto ao tratamento que faz em Goiânia, diz que não pretende parar pois crê que os comprimidos que têm de tomar todos os dias aliviam suas dores e têm feito com que a tornem mais forte. Além disso, como prova dessa eficácia dos comprimidos, diz ter ganhado peso nos últimos meses. Somente se queixa da grande tristeza gerada pela ausência de seus outros quatro filhos pequenos que têm de ficar sozinhos na aldeia. Porém, quando indagada acerca da possibilidade de fazer seu tratamento junto a seus filhos, diz que prefere ir para Goiânia, uma vez que de qualquer forma seu marido Miguelito teria que fazer tais viagens em função de seus compromissos pessoais com a *Kapej*. Então, segundo Adalcina, o melhor a fazer é acompanhá-lo, fazendo seu tratamento em Goiânia.

Ao serem por mim indagados acerca da possibilidade de um curador *Krahó* poder curá-la, disseram que o mal de Adalcina nenhum desses curadores conseguiria curar, pois sua doença foi enviada por *Papan*. Esse também foi um argumento que ouvi no caso que se referia a mãe de criação de Adalcina⁵⁷. É importante lembrar que ambas pertencem ao núcleo familiar de José Nogueira *Ropkur* (são filha e nora respectivamente) que, na década de cinquenta, liderou um movimento messiânico entre a comunidade da atual aldeia Pedra Branca.

É difícil uma tradução clara acerca do significado do que Adalcina e Dalva quiseram dizer sobre sua doença ser “enviada por *Papan*”. Algumas questões podem apontar para algumas possibilidades de reflexão acerca de possíveis explicações, ao menos para esses dois casos específicos. São elas: Seria o mesmo que um feitiço que, diferentemente de ter sido enviado por uma “entidade” ou um curador *Krahó*, o fora por outra “entidade”? Afinal, o que

⁵⁷ Dalva é a segunda esposa do pai de Adalcina e a criou desde muito pequena.

vem a ser *Papan*? Ou mesmo, o porquê de uma doença “enviada” por ele não poder ser curada por um curador índio *Krahó*?

Papan ou Püt - Sol -, na língua nativa é o nome de um dos personagens que aparece no mito de origem ao lado de *Püdléré* - Lua. Os *Krahó*, sob influência de missionários cristãos, se apropriaram desses personagens traduzindo-os para o português como Deus - o primeiro - e o Diabo - o segundo. Acredito que é como Deus que a família de Adalcina traduz *Papan*. Melatti (1972, p. 30-31) coletou um mito no qual aparece Deus como um dos personagens:

[...] Diz-se que o Índio *Wapô* estava caçando sozinho e baleou um veado que saiu correndo na direção do morro [...] (o veado foi) perseguido pelo caçador. Ao chegar junto ao Morro, o veado penetrou na encosta rochosa. O “dono” dos veados, que era um “cristão”, passou a interpelar o índio lá do alto do morro sobre o motivo de sua presença naquele lugar. E acabou por convidar o caçador a penetrar também na pedra e acabar de matar o veado que havia baleado. O caçador entrou. Viu que o interior do morro estava cheio de veados. Havia também uma casa, que era como loja comercial: lá estavam espingardas, tecidos e outras mercadorias. Ali era a casa de Deus, que vinha, de vez em quando, passar algum tempo naquele lugar [...] o homem (o cristão) que cuidava dos veados combinou com *Wapô* para que este voltasse todas as semanas àquele local, a fim de receber pequenos presentes: duas espingardas, na primeira vez; uma panela, na segunda; miçangas, na terceira [...] No fim de algum tempo, poderia conduzir todos os índios até ali para receberem presentes, os quais não precisariam mais de procurar no Rio de Janeiro. Por ora, entretanto, *Wapô* deveria guardar segredo e fazer resguardo: não comer carne, farinha, arroz, sal, rapadura; só deveria se alimentar de milho, [...] *Wapô* não voltou ao morro no dia marcado; atrasou-se e, por isso, não foi recebido pelo “dono” dos veados, quando lá chegou. No caminho de volta para a aldeia, sentiu febre. Ao chegar em casa, contou à mulher tudo o que tinha acontecido e declarou que iria morrer, por não ter chegado ao monte na data combinada. Observou que se tivesse cumprido o que havia tratado, teria se transformado em “cristão”.

No mito, como foi possível perceber, Deus aparece descrito como o não-índio rico habitante da região onde fica a TI *Krahó*: ele tem um rebanho de veados, assim como um fazendeiro tem um rebanho de gado; tem um comércio, como os comerciantes locais, onde se encontram espingardas e tecidos para as mulheres. Além disso, dele se ganha panelas e miçangas, artefatos não-índios muito valorizados pelos *Krahó*.

Penso que também é possível perceber uma semelhança entre o mito e as histórias que ouvi acerca da iniciação xamânica. Assim como nas histórias *Krahó* que narram as transformações em curador, uma pessoa sozinha é chamada por uma entidade, com ela conversa e recebe os *Homnô* juntamente com conhecimentos xamânicos, sendo obrigado a cumprir o resguardo juntamente com uma série de restrições alimentares.

Nesse mito, porém, embora sua estrutura pareça seguir aquela de iniciação xamânica, indica uma outra transformação: ao invés de *xamã*, o personagem *Wapô* se transformaria em Cristão. E a entidade a fazer tal transformação é Deus - *Papam* - que é também o não-índio rico da região, identificado com o fazendeiro e com o comerciante.

No final, *Wapô* não consegue cumprir com todas as regras que Deus lhe impõe como condição para sua transformação em cristão e, por isso, morre doente. Assim também acontece nas iniciações xamânicas. Caso a pessoa não consiga cumprir com todas as regras impostas pela entidade, esta o mata com alguma doença cujo sintoma mais recorrente é a febre ou “corpo quente” - *icakrô* na língua *Krahó*.

Essa identificação acerca da doença ser “enviada” por *Papan* e por isso não poder ser curada por um curador *Krahó*, ao mesmo tempo em que a figura de Deus aparece no mito, associada ao não-índio rico da região da TI, poderia explicar, talvez, uma das motivações que justificariam a procura do tratamento biomédico, ou por qualquer outro tratamento oferecido por terapias alternativas, evitando o tratamento oferecido pelos curadores nativos locais.

Fica claro porém, que não existe urna descrença no sistema nativo de explicação, pois esse continua a orientar o tratamento. Dalva, por exemplo, não dispensou o “remédio do mato” que, segundo ela, foi ensinado à sua neta por *Papan*, a entidade que “enviou” sua doença, reproduzindo a mesma ambigüidade das entidades responsáveis pela iniciação xamânica, que adoecem suas vítimas lhes mandando feitiços, sendo elas próprias que posteriormente as curam, ensinando os remédios.

De qualquer modo, são as particularidades de cada caso que condicionam a busca por determinados caminhos de cura. O itinerário terapêutico é imprevisível do ponto de vista das demandas explicativas que cada caso exigirá. Os indivíduos acabam por enriquecer suas trajetórias na busca da cura com elementos variados que, por sua vez, terão uma única finalidade: dar sentido ao sofrimento vivido. Mesmo amparados pelas suas próprias teorias nativas, cada indivíduo refletirá e, em alguns momentos, negociará com seu próprio sistema explicativo nativo, como bem exemplifica o caso de Osvaldo que não aceita o argumento de um dos curadores índio que consulta.

Já André obteve êxito rápido no alívio de seus sintomas, não houve a necessidade de especulação acerca da causa última, aceitando - ele próprio e seus familiares - a explicação dada pelo curador. A forma como se deu o episódio da doença - com sintomas fortes e início abrupto - tem elementos para pensarmos sobre quando somente o curador poderá intervir para o benefício da cura.

O caso de Osvaldo nos apresenta um outro dado: ele está buscando respostas para a questão “porque eu” Isso não significa que ele não tenha respostas para as causas: a eficaz e a instrumental, já que acredita que o seu sofrimento é derivado de feitiços. Osvaldo busca a causa última e nessa trajetória tenta todos recursos ao seu alcance para o alívio dos seus sintomas, acrescentando especulativamente ao significado de sua doença elementos diversos como a “comida”, a quebra de “resguardos” e a “inveja” de outras pessoas.

No caso de Adalcina parece não existir ainda incômodos com relação à causa última. Fica mais claro que o casal está, por enquanto, tentando todos os recursos possíveis - remédios da biomedicina, benzedores não-índios, “garrafadas”, etc. - para aliviar os sintomas. Assim como Dalva, acredita por enquanto na explicação de que é *Papan* a causa instrumental, no sentido de que foi ele quem lhes “enviou” suas respectivas doenças.

Enfim, essas são algumas considerações que podem ser tecidas sobre esses quatro casos. As descrições tiveram por finalidade fornecer um recorte do processo de busca da cura entre os índios da nação *Krahó*. Denotam, cada um deles, aspectos particulares, não só porque se tratam de casos significativamente contextuais, pois referentes a históricos e relações pessoais específicas, mas também porque se caracterizam por caminhos variados em relação à busca da cura. Apesar das dinâmicas que cada um deles expressa, não podem ser entendidos fora do sistema cosmológico nativo.

5 A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS BIOMÉDICOS NO CONTEXTO INDÍGENA DA NAÇÃO KRAHÓ

5.1 CONTEXTO NACIONAL

O modelo nacional de assistência à saúde indígena está sendo implantado sob a responsabilidade do Estado Nacional, que estabeleceu pelo Decreto nº.3.156, de 27 de agosto de 1999, pela Medida Provisória nº.1.911-8/99, que trata da organização da Presidência da República e dos Ministérios, onde está incluída a transferência de recursos humanos e outros bens destinados às atividades de assistência à saúde do índio da FUNAI para a FUNASA, e pela Lei nº. 9.836/99, de 23 de Setembro de 1999, um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), organizado sob a forma de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI's).

Dessa forma, os indígenas passaram a dispor de uma política específica de atenção à saúde, envolvendo órgãos e entidades do Ministério da Saúde, juntamente com outras entidades, tais como Universidades, ONG's, instituições religiosas etc.

Nesse modelo, é prevista a criação de uma rede de serviços nas Terras Indígenas, de forma a superar as deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade do SUS para uma dada população. Com isso, cabe a FUNASA a adoção de medidas necessárias para viabilizar o aperfeiçoamento do funcionamento e a adequação da capacidade do Sistema, desenvolvendo e fazendo uso de tecnologias apropriadas por meio da adequação das formas ocidentais convencionais de organização de serviços.

O debate sobre a organização e definição desses serviços, bem como as discussões acerca de como essa política vem sendo implementada nos contextos indígenas, ocupam um lugar importante dentro dessa política de assistência à saúde indígena. Tais discussões são debatidas através da realização de Conferências promovidas pela FUNASA, com participações de lideranças e organizações indígenas, do órgão indigenista oficial, de antropólogos, universidades e instituições governamentais e não-governamentais que prestam serviços às comunidades indígenas, além de profissionais da área da saúde e de secretarias municipais e estaduais de saúde. Apesar da tentativa de se articular às realidades locais, esse atual modelo tem encontrado dificuldades de se concretizar da forma como é idealizado (LANGDON, 2002a).

Com essa preocupação, venho descrever nesse capítulo aspectos constituintes dessa rede de assistência oferecida pela FUNASA no nível local, no contexto indígena da nação *Krahó*. A intenção é fazer - embora parcialmente - uma avaliação de como tal rede vem atuando e até que ponto essa atuação corresponde de fato ao modelo idealizado de assistência implantado pelo órgão responsável. Ao mesmo tempo, pretendo apontar alguns elementos que permitem perceber de que modo esse mesmo órgão está sendo apropriado por parte dos *Krahó*, enquanto instituição e enquanto representante do modelo biomédico ocidental.

5.1.1 Breve histórico e estrutura organizacional da prestação de serviços biomédicos

Langdon (2002b) traça o histórico de implantação do Sistema de Atenção à Saúde do Índio. Segundo essa autora, este é um processo que se inicia a partir da década de oitenta. Foi nessa década, mais particularmente em 1986, que se realizou a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, que objetivava avaliar a situação de saúde desses povos, além de criar e deliberar uma política de saúde efetiva para eles.

Essa Conferência se caracterizou pela multidisciplinaridade, pois além de contar com um número considerável de representantes indígenas - cuja participação indicou o crescimento da força política das suas organizações no país -, de funcionários da FUNAI e do Ministério da Saúde, contando também com a participação de profissionais de saúde, antropólogos e membros de organizações não-governamentais.

Por esse período de realização da I Conferência, a responsabilidade pela saúde do índio no Brasil era da FUNAI cujos serviços de atendimento foram caracterizados como precários e ineficazes, carecendo de eficiente rede de atendimento, infra-estrutura adequada nas áreas indígenas, profissionais preparados para trabalhar com a especificidade cultural das várias etnias e recursos financeiros. Diante dessa avaliação, passou a ser central o debate em torno da implementação de um modelo diferenciado para a saúde indígena, baseado no respeito às tradições dessas sociedades.

Mesmo sendo propostas em 1988, foi somente em 1999 - onze anos depois - que as diretrizes básicas para implantação dos DSEI's foram estabelecidas legalmente e a FUNASA passou a gerenciar as questões relacionadas à saúde indígena, com o propósito de considerar os próprios conceitos de saúde e doença da população e os aspectos intersetoriais de seus determinantes. Foi também determinado que todo esse processo deverá ser construído

coletivamente a partir de um planejamento participativo e possuir instâncias de controle social, formalizados em todos os níveis de gestão (DIEHL, 2001).

Estruturalmente, o programa de assistência à saúde indígena sob a responsabilidade da FUNASA é pensado como uma rede de serviços de atenção básica à saúde dentro das áreas indígenas, que obedeceria a uma integração e hierarquização, com complexidade crescente e articulada com o Sistema Único de Saúde. O controle social ficaria a cargo de várias instâncias de Conselhos: Conselhos Locais e Distritais de saúde indígena – em nível local – e no nível nacional, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) assessorado pela Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI).

Na base de organização dessa rede de serviços estariam os Agentes Indígenas de Saúde (AIS), vinculados aos postos de saúde das aldeias. Segundo Santos (1996), a função do papel de AIS foi concebida como importante vetor para inclusão e participação da comunidade nos serviços de saúde e mediação entre a biomedicina e o sistema médico tradicional.

Em seguida, na rede de serviços oferecidos, estão os Pólos Base que são a primeira referência para os agentes indígenas de saúde que atuam nas aldeias. Podem estar localizados numa comunidade indígena ou num município de referência. Ainda segundo deliberação desse modelo de assistência da FUNASA, as equipes de saúde dos distritos deverão ser compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes de saúde, contando com participação sistemática de antropólogos, educadores, engenheiros sanitaristas e outros especialistas e técnicos considerados necessários.

É previsto que a maioria dos agravos seja resolvida nesses níveis e que os demais devam ser encaminhados para serviços especializadas na sede de municípios próximos ou para hospitais de baixa à alta complexidade (SANTOS, 1996). É previsto ainda que deveria haver uma readaptação das Casas do Índio - estruturas criadas pela FUNAI - para funcionarem como Casas de Saúde do Índio, servindo de apoio entre as aldeias e a rede de assistência do SUS.

Foi também atribuída á FUNASA a responsabilidade pelas ações preventivas dos DSEI's tais como: esgotamento sanitário nas aldeias e coleta, remoção e destino do lixo; promoção de ambientes saudáveis através da preservação das fontes de água limpa; controle da poluição de nascentes e cursos d'água, construção de poços e apoio aos meios de subsistência e cultivo agrícolas de espécies tradicionais (FUNASA, 2000, *apud* DIEHL, 2001).

Atualmente são 34 DSEI's no Brasil, organizados independentemente das divisões estaduais e municipais, variando em seu tamanho e em sua composição étnica. Atuam cada

um com uma equipe de funcionários da FUNASA, que administra e repassa os recursos financeiros aos projetos específicos de saúde.

As ações de saúde desenvolvidas pelos Distritos Sanitários devem ser organizadas baseando-se em um sistema de informações voltado para a população indígena. Esse sistema deverá identificar informações que atendam às necessidades de cada nível gerencial, fornecendo subsídios para a construção de indicadores que avaliem a saúde e, indiretamente, a atenção à saúde no que diz respeito ao acesso, à sua cobertura e à sua efetividade (FUNASA, 2002).

Nesse sentido, deve ser preocupação da equipe a união de informações referentes aos dados epidemiológicos de cada nação, o que facilitaria estabelecer prioridades na alocação de recursos e orientação programática. O acesso a esse banco de dados também é assegurado a qualquer usuário, especialmente para a produção antropológica (FUNASA, 2002).

Esse banco de dados deverá ser também acompanhado e avaliado pelo Sistema de Informação da Atenção a Saúde Indígena — SIASI. Esse Sistema subsidiará os órgãos gestores e de controle social quanto à indispensável compatibilidade entre o diagnóstico situacional dos problemas de saúde identificados e as prioridades estabelecidas nos níveis técnicos, social e político, visando a coerência entre as ações planejadas e efetivamente executadas (FUNASA, 2002).

Com essa estrutura de ação, a FUNASA é atribuída a responsabilidade pelo cuidado do processo saúde/doença nas nações indígenas, abarcando com isso os vários fatores a ele interligados. Para a implementação e adoção desse modelo de assistência diferenciado, essa estrutura de organização está norteada por três princípios básicos referentes ao:

- **acesso** aos serviços de saúde que deverá ser garantido pela rede de serviços nas Terras Indígenas, de forma a superar as deficiências de cobertura e aceitabilidade do Sistema Único de Saúde para a população específica;
- a **qualidade** nos serviços oferecidos de forma que os mesmos se dêem de modo diferenciado, levando em consideração as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos em questão;
- **controle social** que atuará em prol da eficácia da aplicação dos princípios e diretrizes relativas à participação comunitária indígena em todas as etapas de formulação, implementação, avaliação e aperfeiçoamento da Política de atenção à saúde indígena.

Dentro desse modelo de assistência, a órgão competente para essa função se propõe a superar as dificuldades nos cuidados com a saúde indígena e também oferecer um serviço de boa qualidade. Na visão de Langdon (2002a), há ainda a falta de uma avaliação conclusiva acerca desse novo sistema de atenção à saúde indígena no sentido de saber se ele satisfaz ou não aos princípios dessa política de atenção diferenciada à saúde indígena.

Além disso, é importante salientar a problemática de se aplicar um modelo único de assistência em realidades tão heterogêneas: “[...] *the process certainly is not occurring uniformly throughout the country due to the heterogeneity of situations and people involved*” (LANGDON, 2002a, p. 16). É pensando nesse aspecto que procuro descrever esse sistema diferenciado de atenção à saúde do ponto de vista da assistência local, no contexto *Krahó*.

Como já descrito nos capítulos anteriores, minha pesquisa de campo se limitou a uma única aldeia: a Pedra Branca É com relação a minha observação mais direta e contínua no contexto dessa aldeia que levanto os dados para a realização dessa avaliação que, embora parcial, não deixa de ser reveladora da complexidade desse processo de implementação do modelo assistencial biomédico oferecido pela FUNASA, que emerge no nível local.

Partindo dos três princípios básicos que norteiam o modelo de assistência que são aqueles relacionados ao acesso, à qualidade dos serviços oferecidos e ao controle social, dedico nesse capítulo a intenção de descrever a rede de assistência à saúde indígena local, pontuando os entraves nesse processo que, de certa forma, dificultam a realização de um serviço adequado à realidade indígena *Krahó*.

5.1.2 Meu contato com a equipe médica da FUNASA na TI *Krahó*

Como descrito na introdução, já era conhecida pelos índios *Krahó* da Pedra Branca desde 1999, período em que os visitei enquanto ainda cursava a graduação em Ciências Sociais na Universidade Federal de Goiás. Nessa ocasião também fui apresentada a vários funcionários que trabalhavam junto aos *Krahó*, à época da FUNAI, agora da FUNASA. Fiquei também conhecida por alguns habitantes de Itacajá, especialmente os comerciantes. Já nesse período, não foi difícil perceber os estereótipos negativos construídos pelos habitantes de Itacajá em relação aos índios *Krahó*.

À imagem negativa de serem “preguiçosos”, “alcoólatras”, “ladrões”, “sujos” e “espertos”, se aliava a visão de que os índios possuíam terras e “não sabiam aproveitá-las

devidamente” e, de certa forma, vários “privilégios” como por exemplo, direito à aposentadoria dos velhos - sem que esses precisassem ter trabalhado em regime assalariado como a população não-índia - e mais recentemente, direito à atenção diferenciada nas áreas da educação e saúde.

Nessa primeira visita que fiz aos *Krahó*, enquanto minha imagem ainda não estava diretamente associada aos índios, consegui uma aproximação e inclusive apoio de funcionários que se demonstravam preocupados com minha “situação” na TI. Estava então hospedada com os *Krahó* na aldeia. Na segunda visita, como já estava familiarizada, me direcionei diretamente à aldeia, onde me hospedaria com a mesma família que me recebera na visita anterior e com a qual não havia deixado de manter contatos.

Ingressei na aldeia então por intermédio dos próprios *Krahó* e foi a eles que me preocupei primeiramente⁵⁸ em apresentar minha proposta de pesquisa na área de antropologia, informar a que instituição estava vinculada e quais eram os meus objetivos. Essa reunião com as lideranças resultou no pleno entendimento do que fazia ali, facilitando bastante minha convivência com os *Krahó* da Pedra Branca e também com os demais das outras aldeias na TI.

O meu primeiro contato com um funcionário da FUNASA se deu dias depois de minha chegada à aldeia. Esse contato foi justamente com a atendente não-índia que ali morava e trabalhava. Apresentei-me, informando-lhe de minha pesquisa e tive bastante dificuldade em ser compreendida, ao contrário do que ocorrera com os *Krahó* que não somente já estavam familiarizados com pesquisas acadêmicas, mas também com relação ao conceito do que é a antropologia. Essa mesma dificuldade encontrei quando, um mês depois, consegui conversar com o médico da equipe. Foi difícil tentar fazê-lo compreender o que a pesquisa antropológica teria a ver com assistência biomédica à saúde indígena.

Durante todos os meses que fiquei na Pedra Branca, meu contato com a atendente não-índia consistiu em tentar fazê-la compreender o que era meu trabalho naquela aldeia, principalmente em afastar a idéia equivocada de que eu a estaria “espionando” em seu trabalho. Essa se tornou uma constante que dificultou bastante o processo de coleta de dados referentes ao cotidiano da enfermaria.

Além de não estar familiarizada com esse tipo de pesquisa antropológica, a atendente demonstrou certas resistências com relação a me aceitar como pesquisadora, já que enquanto não-índia na aldeia me hospedava e comia justamente com os índios. Contribuiu para isso o

⁵⁸ Quanto a essa apresentação, fui convidada já no segundo dia de estadia na aldeia a me reunir com as lideranças a fim de esclarece-lhes acerca dos meus propósitos de pesquisa.

fato de que outros pesquisadores, de outra área de conhecimento, que ali estavam colhendo dados quantitativos sobre a vegetação local⁵⁹, se hospedarem na enfermaria. Senti que esse fato marcou uma diferença: na realidade local, não-índios devem estar junto a não-índios, sem “misturas”.

Por várias vezes a atendente não-índia me questionava acerca da possibilidade de conseguir manter minhas bagagens sem serem roubadas nas casas dos índios, de dormir na mesma casa que eles sem ser molestada ou mesmo de comer juntamente com eles. Apesar de vivenciar o cotidiano indígena há aproximadamente dois anos, a atendente não-índia se mantinha à parte da realidade com a qual convivía, em uma atitude de exotizá-la negativamente, como fazem os moradores de Itacajá.

Esse tipo de preconceito por parte dos moradores locais com relação às pessoas que de certo modo são identificadas aos índios, é uma evidência constatada por outros pesquisadores antropólogos que tiveram sua imagem diretamente associada a eles. Um exemplo recente disso está presente na dissertação de mestrado de Souza (2000, p. 31) que registrou o seguinte:

[...] Éramos diferentemente tratados pelos itacajaenses caso andássemos sós ou acompanhados pelos índios. Um tipo de “quase” tratamento pelos “brancos”, diferente se estivéssemos sozinhos. No final do período em Itacajá, apenas pessoas do Hotel Itacajá, onde mantive minhas bagagens que não levava para a aldeia, me tratavam como hóspede “branco”, de fato. O esposo da proprietária do hotel reservou-se a cumprimentar-nos sem muitas conversas, e depois de alguns dias, deixou de nos falar completamente.

Quanto à imagem negativa do antropólogo, no raro ouvia de funcionários da área da educação indígena, bem como da FUNASA, de que as pesquisas acadêmicas só serviriam para “botar mania nos índios”, ou seja, que tais pesquisas serviriam para que os índios, munidos de informações, reivindicassem seus direitos e se tornassem menos “dóceis” e passivos. É de certa forma um reconhecimento de que o desenvolvimento de pesquisas na área teria, dentre outras, a função de valorizar a cultura indígena em detrimento da cultura não-índia local.

Sem dúvida essas resistências ao trabalho de pesquisa antropológica, por parte dos não-índios, dificultaram o processo de coleta de dados, especialmente aqueles relacionados ao atendimento biomédico oferecido aos índios. Mesmo quando tentei uma aproximação junto a

⁵⁹ Refiro-me aqui aos pesquisadores técnicos da EMBRAPA que desenvolviam pesquisa junto aos *Krahó* na mesma época em que estive na Pedra Branca.

outros membros da equipe administrativa da FUNASA, no consegui ser atendida no que dizia respeito ao acesso de informações, como por exemplo, em relação ao banco de dados que deveria estar sendo montado com a ajuda dos prontuários médicos.

Diante de todas essas dificuldades que envolveram o processo de coleta de dados, mas que também são aspectos constituintes da organização desse modelo de assistência no nível local, dedico neste capítulo a descrição da rede de atendimentos oferecido na TI, tendo como referências contexto específico que se apresentou na aldeia Pedra Branca e as duas oportunidades de contato, ao longo dos quatro meses e quinze dias de minha permanência, com a equipe médica volante da FUNASA que esteve no local, sendo a primeira vez de passagem, quando a acompanhei até a aldeia da Pedra Furada, distante 18 Km da Pedra Branca. Meu segundo contato com a equipe foi na própria aldeia Pedra Branca que recebeu a visita da equipe com o médico para o atendimento de consultas.

Houve ainda uma terceira visita á aldeia Pedra Branca, dessa vez sem o médico, mas com a enfermeira da equipe que acompanhava as grávidas. Durante essa visita, embora tenha tentado, não consegui conversar com a enfermeira. Como estavam de passagem por várias aldeias, essa visita foi bastante rápida e consistiu em verificar a pressão das onze grávidas da Pedra Branca.

5.2 CONTEXTO LOCAL: O ACESSO Á REDE DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE OFERECIDA PELO DSEL

Conforme descrito anteriormente, os *Krahó* contam, desde 1999, com os serviços de saúde oferecidos pela FUNASA. Nos quatro casos apresentados, além dessa alternativa biomédica no processo de busca da cura, os índios também utilizam outras opções referentes à suas próprias tradições, bem como aquelas referentes às práticas de cura locais da população não-índia, construindo, dessa forma, sua própria “rede” nesse processo. Como já dito, a questão do acesso á rede de assistência à saúde é uma das três prioridades básicas das diretrizes de funcionamento que a FUNASA pretende garantir, enquanto condição para um modelo de assistência de qualidade.

No nível local, a rede de assistência é organizada tendo como base de referência o Pólo Base da cidade de Itacajá. O Pólo Base de Itacajá reúne a equipe de funcionários da área administrativa com uma coordenadora geral, uma secretária responsável pelo preenchimento

de prontuários médicos no computador, três auxiliares de enfermagem que também desenvolvem trabalhos burocráticos, como atendimento de telefone e recepção, quatro motoristas, uma faxineira e porteiro⁶⁰.

O Pólo Base de Itacajá funcionava em uma casa residencial⁶¹ de sete cômodos grandes incluindo o banheiro para uso dos funcionários - mobiliado com um fogão, uma geladeira, um micro - computador com impressora, um aparelho de fax e telefone, além de mesas, armários, cadeiras e um rádio telecomunicador⁶². Na mesma área da residência havia também um pequeno prédio, nos fundos, para eventuais internações, encaminhadas pelos atendentes de enfermagem não-índios e/ou pelos AIS, que ficavam permanentemente nas aldeias.

A rede de assistência era então articulada dessa forma: a maior parte dos casos deveria ser resolvida e medicada pelos AIS e/ou atendentes não-índios nas próprias aldeias, sendo que os de maior complexidade deveriam ser encaminhados para o Pólo Base de Itacajá, por meio da comunicação através do rádio. Se ainda nessa instância os casos não pudessem ser tratados devido a sua complexidade, deveriam ser encaminhados para outras cidades com melhores recursos de tratamento.

Das dezoito aldeias *Krahó*, apenas cinco possuíam enfermaria, mantida pela FUNASA, destinada ao atendimento dos índios na aldeia. Essas cinco aldeias contavam cada uma com a presença permanente de um atendente de enfermagem não-índio. Nas demais aldeias ainda não haviam sido construídas casas de enfermaria e também não possuíam atendentes não-índios, sendo permanentemente assistidas pelos AIS, responsáveis por medicações e encaminhamentos para o Pólo Base de Itacajá.

A questão dos encaminhamentos das aldeias é também um aspecto importante nessa rede de assistência biomédica. Avaliar quem deve ou não ser encaminhado para a cidade é algo que ultrapassa apenas a questão da gravidade do diagnóstico de cada caso, pois inúmeros são os elementos e aspectos que constituem esse processo de avaliação.

Pelo menos na Pedra Branca, pude constatar que tais encaminhamentos para Itacajá dependiam não somente de uma avaliação da atendente não-índia, como também da família do doente. Não eram os raros conflitos entre ambas avaliações, tanto no que se refere a um encaminhamento proposto pela atendente, quanto com relação a pedidos de encaminhamento de índios que eram negados por ela. Esta afirmava que era preciso muito discernimento para

⁶⁰ Todos os funcionários da área administrativa da FUNASA local são não-índios.

⁶¹ No mês de Junho de 2001, período em que saí da aldeia, esta casa sido demolida para a construção de uma nova casa no local. Os funcionários alegaram inviabilidade de trabalho, devido a problemas estruturais na construção da antiga casa.

⁶² Enquanto estive na Pedra Branca fui informada pelos índios de que apenas seis aldeias possuíam rádio telecomunicador: a Pedra Branca, a Pedra Furada, a Manoel Alves, a Cachoeira, Rio Vermelho e Santa Cruz.

avaliar os casos, pois segundo sua avaliação os *Krahó* eram muito “espertos” e tendiam a usar dos pedidos ou mesmo de certos “exageros” nas descrições de suas doenças para conseguirem a condução da FUNASA e irem a Itacajá conseguirem bebidas alcoólicas.

Na minha estadia entre os *Krahó* foi possível observar que estruturalmente o acesso pode ser descrito sob dois aspectos situacionais: o funcionamento da rede de assistência dentro da TI e fora da TI. Dentro da TI o acesso era organizado obedecendo basicamente três estratégias: a primeira se dava na própria aldeia com a presença constante de um atendente de enfermagem não-índio e/ou AIS. Nas que já tinham casa destinada a uma enfermaria local, como era o caso da Pedra Branca, a atuação da atendente não-índia era mais incisiva, no sentido de tomada de decisões, do que do AIS, que se limitava em auxiliá-la.

Nessa primeira instância, ocorria o início da assistência e do tratamento biomédico por assim dizer, ou seja, quando procurados pelos índios os funcionários que atuam nas aldeias eram os primeiros a avaliar os casos medicando-os e, quando julgado necessário, encaminhando ao Pólo Base de Itacajá. Esses funcionários que trabalham nas aldeias podiam pedir auxílios em caso de dúvidas quanto ao diagnóstico e/ou medicação, à equipe do Pólo Base através do rádio telecomunicador. Nas aldeias que não possuíam um desses rádios o AIS, ou mesmo outro índio, teria que se encaminhar à aldeia mais próxima que o tivesse, para contatar o Pólo Base.

Aqui poderia se falar na segunda estratégia de atendimento dentro da TI. Encaminhados para o Pólo Base de Itacajá, o doente fica internado juntamente com algum parente - normalmente o cônjuge e filhos que ainda estão sendo amamentados - sendo nesse local medicado, alimentado e orientado pela equipe de funcionários que ali trabalham. A outra forma estratégica de atendimentos diz respeito às visitas da equipe de saúde com a presença do médico ou enfermeira às aldeias.

Conforme descrevi anteriormente, tive a oportunidade de acompanhar duas visitas da equipe médica com a presença de um médico, uma atendente não-índia e o motorista. A primeira oportunidade surgiu quando a equipe, de passagem pela Pedra Branca⁶³, seguia para a aldeia Pedra Furada. A Pedra Furada possuía, á época, cerca de oitenta habitantes⁶⁴. É uma das aldeias que ainda não possui uma casa construída pela FUNASA destinada à enfermaria. Também não possui um atendente não-índio, sendo os serviços de enfermagem realizados nessa primeira instância pelo AIS, que nessa aldeia, especificamente, é também o cacique.

⁶³ A equipe não parou na Pedra Branca para procedimentos médicos. Ela estava de passagem pela Pedra Branca onde eu estava. Aproveitei a oportunidade para acompanhar a equipe que seguiria depois para Itacajá.

⁶⁴ Dado aproximado que consegui junto ao cacique/AIS dessa aldeia.

Os procedimentos médicos nessa aldeia foram desenvolvidos conforme descrição a seguir:

Quando chegamos no carro da FUNASA paramos em frente a uma casa inacabada, coberta por palhas e ainda sem o preenchimento de barro nas paredes - conforme o modelo das casas indígenas *Krahó* já descritas no primeiro capítulo. Nela, estavam reunidos os doentes a serem atendidos pelo médico. Cada caso foi atendido por vez, sem nenhuma reserva. Os mesmos eram apresentados e descritas em português pelo AIS.

A atendente de enfermagem não-índia, acompanhando os atendimentos da equipe volante, preenchia os prontuários e separava os medicamentos prescritos pelo médico. Esses medicamentos foram encaminhados ao AIS, responsável pela distribuição dos mesmos. Naquela aldeia, especificamente, foi prescrito a todos habitantes tratamento para escabiose. O diagnóstico, bem como as prescrições dos remédios eram realizadas conforme interpretação do médico pela descrição que o AIS dava de cada caso. Encerrada as consultas, o médico realizou uma palestra sobre DST's.

A outra visita - e também a única em quatro meses em que pude presenciar as consultas, foi na aldeia Pedra Branca. Os procedimentos foram basicamente organizados da mesma forma como na aldeia Pedra Furada, com a diferença de que nessa havia a enfermaria e a atendente não-índia responsável pela distribuição do medicamento e preenchimento de prontuários. O AIS da Pedra Branca ficou responsável pela "triagem" dos casos a serem atendidos pelo médico naquele mesmo dia, antes da equipe volante chegar à aldeia.

Nesse dia, a equipe volante não atendeu muitos casos. Foram onze ao todo e a justificativa para ausência de procura, segundo informações da atendente não-índia, se deveu ao fato de que grande parte dos moradores estava trabalhando em suas roças. Assim como na Pedra Furada, o médico encerrou as consultas :proferindo uma palestra sobre DST's, a qual contou com a participação de vinte e sete ouvintes homens e quatro mulheres⁶⁵.

Diante desses números e dentro do contexto da Pedra Branca — uma aldeia de mais de duzentos habitantes - é interessante notar que a procura pela consulta do médico, ou melhor dizendo pelo diagnóstico biomédico, é bem menor em comparação a procura por medicamento no cotidiano da enfermaria.

A partir desse esquema pode-se ter uma idéia de como funciona a rede de atendimentos que visa garantir o acesso ao tratamento biomédico. Os encaminhamentos para fora, ou seja, para os centros urbanos que podem oferecer tratamentos para casos considerados

⁶⁵ Esses so os números da parcela de ouvintes que permaneceram durante toda a palestra. Esse mesmo número variou, tendendo ao decréscimo de participantes no decorrer da mesma.

mais complexos, também constitui uma das instâncias referentes ao acesso à biomedicina. No que diz respeito ao acesso fora da região da TI, pude acompanhar o caso de Adalcina já descrito anteriormente. Com relação a esse aspecto - do acesso - o caso de Adalcina pode ser visto como exemplar do fato de que o funcionamento eficaz dessa rede de assistência depende de outro fator: **a qualidade** dos serviços oferecidos.

Pensando no aspecto puramente funcional do **acesso** a essa rede de assistência, ficaria a impressão de que somente ele, sendo eficaz, já seria o suficiente para demonstrar que todo o modelo oferecido estaria sendo plenamente concretizado. Como foi possível observar, o acesso aos serviços biomédicos existe, principalmente para medicação, e os *Krahó* se utilizam dessa “rede” construída pela FUNASA como parte de suas próprias “redes” construídas no “itinerário terapêutico”. Os *Krahó* se apropriam desse modelo de assistência oferecido pela FUNASA não pela crença no sistema explicativo⁶⁶ biomédico, mas como uma opção a mais - e nesse caso também um direito conquistado - no processo de busca da cura.

5.3 A QUESTÃO DA QUALIDADE NOS SERVIÇOS OFERECIDOS PELA REDE DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE INDÍGENA

Conforme já descrito anteriormente, a questão da qualidade na prestação de serviços junto às sociedades indígenas visa, principalmente, levar em consideração as especialidades culturais de cada etnia, o que englobaria também as especialidades epidemiológicas e operacionais dos povos em questão. Com essa proposta, a FUNASA pretende não só garantir a adaptação desse sistema de atenção a cada localidade, como também superar a oposição entre a medicina ocidental e a indígena.

Diante desse ideal de prestação de serviços, enfatizo aqui, em primeiro lugar, que nesse contexto ainda não existe a possibilidade de uma avaliação do perfil epidemiológico, uma vez que os preenchimentos dos prontuários médicos não estão sendo devidamente realizados, bem como o Sistema de Informação (SIASI) não está operante. Na aldeia Pedra Branca, de todos os pacientes que frequentavam a enfermaria da aldeia, havia somente dezoito prontuários preenchidos. Desse modo, é impossível a montagem do banco de dados com o registro das doenças dentro da TI, o que dificulta não só o planejamento das intervenções

⁶⁶ Conceito de Kleinman já ressaltado no capítulo que trata do itinerário terapêutico, p. 64.

biomédicas locais, mas também as ações de ordem preventivas, como as vacinações, por exemplo.

Outro aspecto que poderia aqui pontuar acerca das ações preventivas realizadas dentro da TI está ligado ao saneamento nas aldeias. Isso incluiria a provisão dos serviços de água, esgotamento sanitário e coleta/remoção/destino final do lixo, bem como a promoção de ambientes saudáveis, através da preservação das fontes de água limpa, controle da poluição de nascentes e cursos d'água, dentre outros (FUNASA, 2000).

Quanto a esses serviços, pude observar que, pelo menos na Pedra Branca, nenhum desses itens de atenção foram objetos de preocupação dos funcionários locais. Ao contrário, na Pedra Branca o lixo podia ser visto a céu aberto, sem nenhum acondicionamento, ou mesmo orientação quanto ao seu possível destino. Por lixo destaco a enorme quantidade de sacolas e recipientes plásticos trazidos com as compras nas cidades, bem como latas velhas e enferrujadas que se tornavam perigosos vetores de contaminação para as crianças, caso alguma viesse a ser machucar com elas.

Outra responsabilidade da FUNASA ligada à especificidade da aldeia Pedra Branca diz respeito a desatenção com relação às fontes de água dessa aldeia. A Pedra Branca é uma aldeia com bons recursos hídricos. Possuía três poços naturais de água, sendo um deles mais fundo e, por isso, mais freqüentado por seus habitantes. Nele foi instalado precariamente um motor mantido pela FUNASA - que abastecia as duas caixas d'água da aldeia e também a caixa d'água da enfermaria - cujo óleo usado para o seu funcionamento vazava na água que era destinada ao banho e consumo.

Uma outra preocupação dentro da TI, diz respeito às Doenças Sexualmente Transmissíveis - as DST's. As ações da equipe consistiam basicamente em "palestras" proferidas pelo médico da equipe volante - lembrando que foi somente uma visita à Pedra Branca em quatro meses. Normalmente elas eram realizadas ao final das visitas nas aldeias. Tais palestras em português consistiam em informações gerais: formas de transmissão e descrição de sintomas de algumas doenças sexualmente transmissíveis, entre elas a AIDS.

Nas duas palestras que assisti, ambas foram claramente dirigidas aos homens, objetos dos seguintes aconselhamentos dados pelo médico: evitar relações extraconjugais com mulheres não-índias de Itacajá (especialmente as prostitutas), caso haja alguma relação desse tipo, tomar o cuidado de usar a camisinha; e em caso de manifestação de alguma doença sexualmente transmissível, procurar rapidamente ajuda da equipe médica da FUNASA.

A equipe médica parecia ignorar que as mulheres *Krahó* também mantinham relações sexuais com não-índios. Conheci ao menos quatro moças *Krahó* que praticavam uma espécie

de “troca” de bens materiais (tecidos, roupas e/ou dinheiro) por relações sexuais com não-índios. Não sei se poderia afirmar que tal prática caracterizaria a prostituição, visto que na realidade *Krahó* é normal que homens *Krahó*, até mesmo os casados, “paguem” dessa forma alguma moça em troca de relações sexuais, em alguns casos com o consentimento dos pais da moça.

Além desse desconhecimento a respeito da realidade com a qual trabalham, foi visível também a dificuldade da equipe médica em cuidar de doenças ligadas a problemas urológicos e ginecológicos. Os funcionários dessa equipe alegavam que era devido à vergonha de ambos, mais das mulheres do que dos homens. Embora saibam que existem casos de DST's nas aldeias *Krahó*, não percebi, em meu curto período de estadia na TI, nenhuma medida realmente eficaz no tratamento e prevenção dessas doenças.

O único esforço se revelava claramente ineficaz, pois as palestras eram realizadas em português e “pregavam” um ideal de comportamento sexual descontextualizado da realidade *Krahó*, ou seja, a argumentação se baseava na idéia de que somente os homens não deveriam manter relações sexuais extraconjugais, como se tal prática não fosse passível de ser admitida entre as mulheres *Krahó*.

Além disso, era evidenciado que na mentalidade dos funcionários havia um certo preconceito com relação aos hábitos sexuais dos índios homens tidos como “promíscuos”, ao mesmo tempo em que ignoravam os hábitos sexuais das mulheres. Além do preconceito, as barreiras de comunicação com as mulheres *Krahó* - pois a grande maioria não fala e não entende o português - assim como também a ausência de pesquisas sobre o corpo, sexualidade e reprodução entre os índios dessa nação, geravam a idéia de que seriam os homens os únicos responsáveis pelos cuidados de saúde com o corpo, o que vem a ser claramente um equívoco.

O aspecto da especificidade da saúde da mulher *Krahó* que já foi tema de pesquisa e intervenção médica é um dado que deveria sensibilizar a própria equipe médica da FUNASA quanto á questão. Em 1985, uma equipe médica da Universidade Federal de Goiás, sob a orientação de dois antropólogos, conseguiu realizar atendimentos clínicos com mulheres *Krahó*, antes resistentes ao tipo de exames ginecológicos da biomedicina. Esse trabalho vem a ser um registro da importância de trabalhos com a intermediação antropológica (LAZARIN E CAMARGO DA SILVA, 1989).

O problema da língua é também uma barreira não só pela precariedade da comunicação, mas inclusive porque compromete a qualidade da relação entre o diagnóstico e o tratamento oferecido pelo médico. No atendimento médico que presenciei nas duas aldeias, observei que embora se esforçasse para entender e ser entendido, o médico acabava

reproduzindo na realidade indígena, o modelo de consultas oferecido pela biomedicina na realidade das sociedades não-índias. Ou seja, as consultas eram caracterizadas principalmente pela impessoalidade e rapidez, resultando na receita de medicamentos. Ora, ainda que esse seja o modelo de ação biomédica entre a maioria da sociedade, realidades nas quais médico e pacientes se expressam por línguas diferentes se torna extremamente difícil avaliar se o tratamento vem a ser o mais indicado para cada caso.

Por ocasião da visita da equipe à Pedra Branca, cuidei de interpelar os “pacientes” onze ao todo - que queriam se consultar com o médico naquele dia. Em muitos casos, como bem se poderá perceber no quadro a seguir, a descrição da doença que me foi relatada não coincidia com a que era narrada ao médico posteriormente. Em dois casos inclusive, duas mulheres se negaram a relatar ao médico que sentiam um “caroço” na região do ventre, alegando a mim que tinham medo de ser encaminhadas a hospitais por onde teriam de passar por cirurgias para extirpar o “caroço”.

Abaixo apresenta-se o Quadro Demonstrativo das consultas realizadas na Aldeia Pedra Branca, em 16/05/1999:

Sexo e idade	Queixa descrita a mim	Queixa descrita ao médico	Diagnóstico do médico	Prescrição
Feminino 70 anos	Gripe, dor de barriga, dores de cabeça e nos joelhos	a mesma	reumatismo e suspeita de verminose	Voltaren e pedidos de exames parasitários.
Feminino 25 anos	Caroço na região do ventre e dores nas costas na região dos rins	Dores nas costas	Muito esforço físico,	Evitar esforço físico, inclusive carregar “toras” e Voltaren caso de dores muito fortes.
Feminino 50 anos	Dor de cabeça, dores nas costas, “Corpo quente”, Saudades do marido que havia falecido há alguns meses.	Dor de cabeça, Dores nas costas, Febre	Reumatismo	Injeção de Voltaren
Masculino 25 anos	Tremores no corpo, dor de estômago, dor de barriga, “obradeira”, dores nas costas.	Dores nas costas, “obradeira”, dor de barriga.	Pedido de exames parasitários; suspeita de verminose	Não prescreveu nenhum remédio nesse caso.
Masculino 57 anos	Dores nos joelhos	A mesma	Reumatismo. Encaminhamento a um ortopedista.	Voltaren em caso de dores (Obs: continua na próxima página)

Sexo e idade	Queixa descrita a mim	Queixa descrita ao médico	Diagnóstico do médico	Prescrição
Feminino 20 anos Obs.: Moça Xerente casada com Krahó e que fala muito bem o português.	Excesso de “caprô” (menstruação) depois de um ano sem menstruar, Tonturas e fraqueza.	A mesma. Além de lhe informar que usava anti-concepcional.	Pressão Baixa, Suspeita de Verminoses	Leite com sal, Suspensão do uso de anticoncepcional e pedido de exame parasitológico.
Feminino 50 anos	Dor de estômago, Dor de cabeça, “corpo quente” e dores nas articulações.	A mesma	Médico lhe pergunta se sente também cabeça quente e mãos e pés frios. Esta afirma que sim então é diagnosticado menopa usa.	Não prescreve medicamento algum. Diz que para as dores nas articulações é para fazer uso de Voltaren.

Quadro 1 - Quadro Demonstrativo das consultas médicas.

Fonte: Da própria autora, 2001.

Mesmo que sejam informações parciais, os dados relacionados aos medicamentos usados para os tratamentos na aldeia chamam a atenção. Embora seja difícil uma avaliação conclusiva sobre o uso de medicamentos entre os *Krahó*, pois exigiria um estudo interdisciplinar, creio ser válido apresentar aqui um perfil da utilização dos mesmos. A partir dos dados apresentados nesse quadro demonstrativo e dos dezoito prontuários aos quais tive acesso, pode-se visualizar os principais grupos farmacológicos prescritos na Pedra Branca: 8% deles são analgésicos não opióides, 10% são antiácidos, 15% são antibacterianos, 25% são antiinflamatórios não esteroidais.

A questão dos medicamentos em sociedades indígenas foi tema de pesquisa por Diehl (2001) entre os *Kaingáng*. A complexidade do tema aponta para o desafio de se pensar a questão dos medicamentos e o modelo diferenciado de atenção à saúde indígena. Esse desafio envolve a superação de vários problemas que surgem no nível local, tanto com relação ao consumo quanto com relação à definição de uma política dos DSEI's voltada para essa questão.

Se dentro da TI, com funcionários em contato direto com a realidade indígena, nos é revelado esse conjunto de dificuldades, nos grandes hospitais a descontextualização na assistência à saúde do índio compromete a qualidade do atendimento. Exemplar dessa situação foi o caso de Adalcina Krahó, cuja trajetória em busca da cura para sua doença foi narrada no capítulo anterior. A desatenção do médico com relação à especificidade indígena

era proporcional à impessoalidade com que Adalcina era tratada Mesmo se mobilizando a ir tão longe em busca de tratamento da biomedicina, Adalcina e sua família, apenas obtinham os medicamentos como meio de amenizar seu sofrimento.

Nesse caso, ficou claro como a ausência de qualidade na prestação de serviços compromete premissas básicas da proposta de uma assistência diferenciada que respeite as singularidades culturais. Significativa também, foi à necessidade explicitada do casal em solicitar a mediação do antropólogo, fato que permite a reflexão acerca do papel desse profissional, bem como da necessidade de seus serviços não só junto a instituições como a FUNASA, mas também nos hospitais onde há o devido treinamento dos profissionais que devem lidar com etnias indígenas.

Pensando nessa mediação, a FUNASA criou o cargo - assalariado - dos Agentes Indígenas de Saúde. O papel exercido pelos AIS, em suas respectivas nações, equivaleria à função de mediador entre o sistema biomédico, o qual envolve a manipulação de medicamentos e o sistema nativo. O ideal proposto pela FUNASA também prevê que o sistema nativo teria prioridade de execução afim de que a biomedicina não viesse a substituí-lo nos contextos indígenas.

Um importante trabalho realizado por Garnelo (2002a) no contexto rionegrino, revela a distância entre esse ideal proposto pela FUNASA acerca do papel do AIS e como esse cargo vem sendo apropriado nessa realidade indígena. Nele Garnelo demonstra que para a população indígena a demanda por AIS obedece mais ao ideal de autárquico de cada comunidade, do que ao prestígio de dispor de um profissional de saúde na aldeia. Além disso, pelo caráter empregatício do exercício do cargo, o AIS rionegrino significa também acesso aos bens industrializados, visto que é através do seu salário que há o ingresso de dinheiro na comunidade.

Entre os *Krahó*, cada aldeia possui um AIS. Na aldeia Pedra Branca, o cargo de AIS era exercido por um jovem. Seus serviços na enfermaria eram realizados sob a orientação da atendente não-índia. Estes serviços consistiam basicamente na limpeza da enfermaria e, raramente, era possível avistá-lo administrando algum remédio da farmácia, nem tampouco da fitoterapia nativa. Não raro havia conflitos entre os dois funcionários devido a queixas da atendente acerca da má prestação de serviços por parte do AIS. Este se defendia alegando que seu salário era menor e, portanto, seus serviços também tinham que ser reduzidos. Apesar desses problemas que permeavam as relações entre a atendente não-índia e o AIS, este último era muito respeitado pela comunidade, sendo uma das Lideranças Jovens dentro da aldeia

Decorrente disso, sua participação em reuniões eram freqüentes, inclusive aquelas em que ele representava a aldeia junto à sociedade não-índia.

Desse modo, a apropriação que os *Krahó* fazem desse cargo parece não ser muito distante da que é feita pela comunidade estudada por Garnelo no Alto Rio Negro. O exercício de sua função tem muito menos a ver com o papel de mediador, no sentido proposto pela FUNASA, do que como mais um modo de se captar recursos financeiros para a comunidade. Similar a essa apropriação é também o modo como os *Krahó* entendem o papel do conselheiro indígena na questão do controle social.

5.4 O CONTROLE SOCIAL: A APROPRIAÇÃO LOCAL DO CARGO DE CONSELHEIRO INDÍGENA

A questão do Controle Social, no programa de assistência à saúde indígena, é entendida pela FUNASA como fator de inclusão dos indígenas na forma organizacional e, conseqüentemente, avaliativo de todo o sistema de prestação de serviços. Na prática, a FUNASA teria por obrigação garantir que o processo de planejamento de implementação de serviços fosse construído coletivamente, a partir da participação ativa dos próprios indígenas.

Para isso é prevista a criação de várias instâncias de controle social que existiria junto aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI's) a partir de três Conselhos: Conselhos Locais de Saúde, Conselhos Distritais de Saúde Indígena e o Conselho Nacional de Saúde. O primeiro deve ser formado somente por representantes das comunidades indígenas, o segundo, formado por 50% de representantes indígenas e 50% de representantes de organizações governamentais e prestadores de serviços (Secretarias Municipais de Saúde e/ou ONG's e trabalhadores do Setor Saúde), o último, no nível nacional, deve ser assessorado pela Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI).

Entre os *Krahó*, existem dezessete Conselheiros Locais, três Conselheiros Indígenas Distritais e doze Delegados Indígenas Distritais. Essas funções eram exercidas sem nenhuma remuneração, sendo um trabalho voluntário. Na aldeia Pedra Branca, o Conselheiro fazia parte do grupo de homens mais velhos, que na organização tradicional indígena, também fazia parte de um Conselho da aldeia. Os homens que fazem parte desse Conselho são aqueles que, devido à idade e experiência, orientam ritos e conflitos do cotidiano das aldeias. Era, portanto, duplamente Conselheiro: no sentido tradicional da organização social *Krahó* e, no sentido proposto pela FUNASA, como membro representante da comunidade pelo controle social.

Infelizmente não pude acompanhar de maneira mais contundente o exercício desse argo entre os *Krahó*. Chamou-me a atenção porém, o fato de que o Conselheiro da Pedra Branca, pressionado pela comunidade, se preocupava com a reivindicação de cargos e bens materiais junto a FUNASA nas reuniões em que ele participava. Reivindicava, inclusive, o salário para o exercício de sua função, até então não remunerada, além de criar demandas de novos empregos para que uma maior parcela de índios pudesse ser beneficiada com o salário dado por essa instituição.

Um exemplo desse tipo de reivindicação dizia respeito à contratação de cozinheiras índias para fazerem a comida dos doentes, uma vez que, segundo sua argumentação, a comida oferecida não era de qualidade e poderia atrapalhar alguns tratamentos. Além dessa reivindicação, também falou em contratações para lavadeiras índias, ao invés de não-índias. O Conselheiro da Pedra Branca se queixava muito de que esse órgão estava gerando empregos para os não-índios de Itacajá, ao invés de contratarem os índios para nele trabalharem.

Esses dados nos levam a pensar no modo como a FUNASA vem sendo apropriada pelos *Krahó*. Essa instituição, além de garantir a assistência à saúde enquanto um direito civil conquistado, é também assumido como fonte de renda. Os índios que nela se empregavam conseguem, através do salário, a fonte de seus bens materiais e meios de sobrevivência. Diante desses dados, as primeiras conclusões parecem evidenciar que é menos em prol de um modelo de assistência à saúde do que com relação aos salários dos índios contratados pelo órgão, que os *Krahó* se apropriam dessa instituição na TI.

Sobre algumas pesquisas que vêm pensando esse tema, destaco a de Garnelo (2001) entre os *Baniwa*. Essa autora observa que a apropriação dos Distritos Sanitários feita pelos índios dessa nação, é realizada a partir de seus componentes materiais: o prédio da Unidade de Saúde, a radiofonia, o motor de popa, os medicamentos e os salários dos AIS. Ou seja, comparativamente a outras nações indígenas, podemos localizar os *Krahó* dentro de um contexto nacional mais abrangente, ligado aos movimentos políticos que constituem suas reivindicações e interesses.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Antes de tecer as considerações finais desse trabalho, gostaria de acentuar que nenhum dos assuntos aqui abordados foi esgotado. Mais do que apresentar um trabalho conclusivo, minha proposta inicial é demonstrar dados considerados importantes, principalmente pelo seu caráter atual. Nesse intuito, os *Krahó* não poderiam deixar de ser descritos fora de seu contexto maior que é o nacional, como parte de um grupo minoritário que representa apenas 0,2% da população brasileira.

Dessa forma, creio ser possível visualizar, a partir da contextualização dessa nação, a postura que os *Krahó* vêm assumindo em relação à sociedade nacional. A preocupação em se posicionar politicamente, assim como também em criar novos mecanismos para lidar com realidades distintas de sua cultura tradicional, parece obedecer a uma lógica historicamente transformadora para outras etnias indígenas, além da que é aqui tratada.

Essas transformações podem ser marcadas cronologicamente a partir da Convenção 169 sobre Povos Indígenas em 1989, quando passou a constar que é de direito dos povos indígenas o acesso à cidadania com suas participações ativas em medidas e decisões governamentais e legislativas (LUZ, 1995). Exemplar dessa perspectiva é o evidente aumento na formação e atividades de associações indígenas que influenciaram as mudanças nos documentos nacionais e internacionais. Apesar de não ser esse um processo fácil, a atual conjuntura é demonstrativa de que os índios, em sua luta por conquistas de direitos civis, podem ser vistos como uma força política importante.

Segundo observações de Cardoso (2001), trata-se também do fato de que essas etnias queiram “conquistar” o que o “mundo dos brancos” tem a oferecer: o modelo escolar e médico-assistencial, além de outros bens, dentro de um intrincado jogo político interno de suas lideranças e comunidades. Essas “conquistas” acabam por serem vistas como formas de diferenciação interna ou, mesmo, como possibilidade de sua afirmação.

As reivindicações de direitos civis feitas junto ao governo, representante da sociedade envolvente, não omitem porém que essas nações ainda carecem de um reconhecimento de suas diferenças por parte da sociedade nacional. Aspectos ligados ao relativismo cultural ainda surgem como desafios importantes em processos de implantação de modelos assistenciais junto a essas nações indígenas.

Por “relativismo” cultural entende-se o respeito ao conjunto de elementos específicos de cada nação tais como, o sócio-políticos, os históricos e os cosmológicos. Nesse

sentido, a antropologia ocupa um lugar de grande importância. O fato dessa disciplina defender o reconhecimento de que a cultura é um conjunto de crenças, valores e normas de comportamento em coerência com seu próprio sistema de pensamento, é uma evidência de que vem colaborar no processo de concretização de projetos e modelos assistenciais intervencionistas nessas culturas.

Os *Krahó* nos trazem um exemplo concreto do convívio dessas “diferenças”. Possuem seu próprio sistema nativo convivendo com outros sistemas, em um intenso contato histórico com outras sociedades índias e não-índias. No que tange à apropriação pelos *Krahó* dos inúmeros sistemas teóricos não-índios aos quais têm acesso, eles procuram fazer uso criativo, tentando se beneficiar ao máximo de cada um deles. Esse tipo de apropriação é evidenciado no processo construído no “itinerário terapêutico”, muito elucidativo do contexto atual vivido por outras etnias. Embora convivendo com várias opções de recursos, inclusive o oferecido pelo modelo de assistência biomédico oferecido pela FUNASA, os *Krahó*, quando buscam a cura, tentam todas as opções ao seu alcance e não simplesmente abandonam seu sistema nativo de explicação e cura de doenças.

A elucidação desses aspectos permite avaliarmos até que ponto o modelo de assistência à saúde, oferecido pela FUNASA, tem conseguido dar conta das especificidades étnicas nos contextos locais. Idealmente, o respeito às diferenças transparece no discurso dessa instituição, porém, ao menos na realidade *Krahó*, ele ainda não conseguiu vencer barreiras que envolvem múltiplos aspectos como, por exemplo, os relacionados à ruptura de preconceitos oriundos da própria história de contato sofrida por essa nação, ao respeito às concepções e realidade nativas e aplicação do conhecimento biomédico adaptado à esse contexto.

O caráter descritivo constituinte do trabalho aqui apresentado visa também apontar para lacunas importantes, inclusive de pesquisas antropológicas, acerca dessas novas configurações advindas das relações entre os *Krahó* e a sociedade não-índia, tanto a local - mais próxima - quanto a nacional. Outras pesquisas de caráter interdisciplinar também se mostram necessárias como, por exemplo, as relacionadas à utilização de medicamentos ou mesmo sobre a etnomedicina e farmacologia nativas. Seriam informações importantes advindas de trabalhos mais profundos, relacionados ao micro contexto, envolvendo as prestações de serviços dentro da TI e que, com certeza, é de interesse de órgãos prestadores de serviços, como a FUNASA.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARTH, Fredrik. Grupos étnicos e suas fronteiras. *In:* _____; POUTIGNAT, Philippe; STREIFF-FERNART, Jocelyne. **Teorias da etnicidade**. São Paulo: UNESP, 1998, p. 185-227.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. Identidade e etnia: algumas questões, algumas dúvidas. *In:* _____. **Identidade e etnia**. São Paulo: Brasiliense, 1986, p. 143-164.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas**. 2^a. ed. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002. 40p.

BUCHILLET, Dominique. A Antropologia da doença e os sistemas oficiais de Saúde. *In:* _____ (org). **Medicinas tradicionais e medicina ocidental na amazônia**. Belém: MPEG/CEJUP/UEP, 1991, p. 21-44.

_____. **Contas de vidro, enfeites de branco e “potes de malária”**. Série Antropologia 187. Brasília: Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília. 1995.

CARDOSO, Marina D. Direitos indígenas: saúde, educação e autodeterminação. *In:* _____ FELICIDADE, Norma (org.). **Caminhos da cidadania, um percurso universitário em prol dos direitos humanos**. São Carlos: UFSCar, 2001, p. 11-28.

CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto. Reconsiderando etnias. *In:* _____. **Identidade, etnia e estrutura social**. São Paulo: Pioneira, 1976, p. 79-106.

CLEMENTES, F. E. Primitive Concepts of Disease. Berkeley: University of California. **Publications in American Archeology and Ethnology** 32 (2): 15-252. 1932.

CUNHA, Manuela Carneiro da. Parecer sobre os critérios de Identidade Étnica. *In:* _____. **Antropologia do Brasil: mito, história, etnicidade**. São Paulo: Brasiliense/ESUSP, 1986, p. 113-119.

_____. **Os mortos e os outros: uma análise do sistema funerário e da noção de pessoa entre os índios Krahó**. São Paulo: Hucitec, 1978.

_____. De amigos formais e pessoa; de companheiros, espelhos e identidades. **Boletim do Museu Nacional — Série Antropologia**. Rio de Janeiro, No. 32-39, Maio, 1979.

DESAI 2001. III Conferência Nacional de Saúde Indígena - Relatório Final. Brasília, Departamento de Saúde Indígena, FUNASA. Manuscript.

DIEHL, E. **Entendimentos, práticas e contextos sociopolíticos do uso de medicamentos entre os *Kaingang*** (Terra indígena Xapecó Santa Catarina Brasil). Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/Escola Nacional de Saúde Pública, 2001.

FUNASA. Fundação Nacional de Saúde. 2002. **Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas**. Aprovada pela Portaria do Ministério da Saúde no. 254, de 31 de Janeiro de 2002.

GARNELO, L.; WRIGHT, R. Doença, cura e serviços de saúde. Representações, práticas e demandas *Baniwa*. **Cadernos de Saúde Pública**, 17 (2): 273-284. 2001.

_____. **Rede autônoma de saúde indígena - Uma experiência de educação e comunicação em saúde indígena**. 2002a. (Mimeo).

_____. Tradição. Modernidade e Políticas Públicas no Alto Rio Negro. *In*: _____. GT - movimento indígena, políticas indigenistas e reforma do estado. **X Reunião de Cientistas Sociais do Norte e Nordeste do Brasil**. 2001. (Mimeo).

_____. **Controle social em saúde indígena - Lutas e controvérsias**. 2002b.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1986.

KLEINMAN, Arthur. International Health Care Planning from an Ethnomedical Perspective: Critique Recommendations for Change. **Medical Anthropology** 2 (2): 73-96. 1978.

_____. *et al.* Culture, Illness and Care: Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research. **Annals of internal Medicine** 88(2):251- 258. 1978.

_____. **Patients and healers in the context of culture**. Berkeley: University of California Press, 1980.

LANGDON, Esther Jean. Breve histórico da antropologia da saúde. *In:* _____. **Negociação do oculto: Xamanismo, família e medicina entre os Siona no contexto pluriétnico.** Florianópolis: UFSC, 1994a.

_____. Representações de doenças e itinerário terapêutico dos Siona da Amazônia Colombiana. *In:* _____. SANTOS; COIMBRA (orgs.). **Saúde e povos indígenas.** Rio de Janeiro: FioCruz, 1994b.

_____. Introdução: Xamanismo - velhas e novas perspectivas. *In:* _____ (org.). **Xamanismo no Brasil: novas perspectivas.** Florianópolis: UFSC, 1996.

_____. **The Politics of Indian Health in Brazil and Its Implications Interdisciplinary Cooperation.** 2002a. (Mimeo).

_____. Uma avaliação crítica de atenção diferenciada e a colaboração entre antropólogos e profissionais de saúde. *In:* _____. **Congresso da associação brasileira de antropologia - ABA,** Gramado – RS, 2002b. (Mimeo).

LAZARIN, Marco Antônio; CAMARGO DA SILVA, Telma. **Os Krahó do Rio Vermelho:** relatório de trabalho. Goiânia: UFG-CEGRAF, 1989. (textos para discussão, 10).

_____. Saúde da mulher *Krahó*: Observações sobre uma experiência de intermediação antropológica. *In:* _____. **Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde “Saúde em Debate”.** Rio de Janeiro, 1988, p. 33-37.

LUZ, L. Convenção 169 da OIT – Um Instrumento de Defesa dos Direitos Indígenas. *In:* _____. SILVA, A. L. da. (orgs.). **A temática indígena na escola.** Brasília: MEC/MARI/UNESCO, 1995, p. 102-104.

MELATTI, Júlio Cezar. **Índios e criadores:** a situação dos *Krahó* na área pastoril do Tocantins. Rio de Janeiro: Instituto de Ciências Sociais da UFRJ, 1968.

_____. Nominadores e genitores: um aspecto do dualismo *Krahó*. *In:* _____. SCHADEN, Egon (orgs.). **Leituras de etnologia brasileira.** São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1976, p. 139-148.

_____. **O messianismo Krahó.** São Paulo: Heder/EDUSP, 1972.

_____. **Ritos de uma tribo Timbira.** São Paulo: Ática, 1978. (ensaios, 53).

_____. Corridas de toras. **Revista de Atualidades Indígenas**. Brasília: FUNAI, no. 1, 1976, p. 38-45.

_____. Myth and Shaman. Reprinted by permission of the author and publisher from **Revista do Museu Paulista**, n. s., vol. 14, 1963, p. 60-70. Translated and edited by Patrícia J. Lyon.

MORGADO, Paula. **O pluralismo médico Wayana-Aparai**: a intersecção entre a tradição local e a global. *Cadernos de Campo*, No. 4, 1994, p. 41-70. São Paulo.

NOVAES, Marlene Rodrigues de. Interpretação da doença e simbolismo terapêutico entre os *Wari* de Rondônia - Brasil. **Revista de Divulgação Cultural**. Ano 20, No. 64: 68-75. 1998.

SANTOS, A. de L. dos *et al.* **Formação de agentes indígenas de saúde**: proposta de diretrizes. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1996.

SCHULTZ, Harald. Notas sobre magia *Krahó*. *In*: _____; SCHADEN, Egon. **Leituras de etnologia brasileira**. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1976a, p. 199-211.

_____. Condenação e execução de médico-feiticeiro entre os índios *Krahó*. *In*: _____; SCHADEN, Egon. **Leituras de etnologia brasileira**. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1976b, p. 212-224.

SEEGER, Anthony; DAMATTA, Roberto; VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo B. A construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras. **Boletim do Museu Nacional. Antropologia**. Rio de Janeiro, no. 32, 1979, p. 40-49.

SOUZA, Hélder Ferreira de. **Os líderes Craô's no limiar do séc. XXI**. Brasília: UnB, 2000, 103p. (Dissertação de mestrado).

VAN DEURSEN VARGA, István; FERREIRA, R. C. A. **Terceirizando a indianidade? sobre a política nacional de saúde para os povos indígenas aos "500 anos"**. 2000. (Mimeo).

VERANI, Cibele B. L. A construção social da doença e seus determinantes culturais: a doença da reclusão do alto Xingu. *In*: _____; SANTOS; COIMBRA (orgs.). **Saúde e povos indígenas**. Rio de Janeiro: FioCruz, 1994.

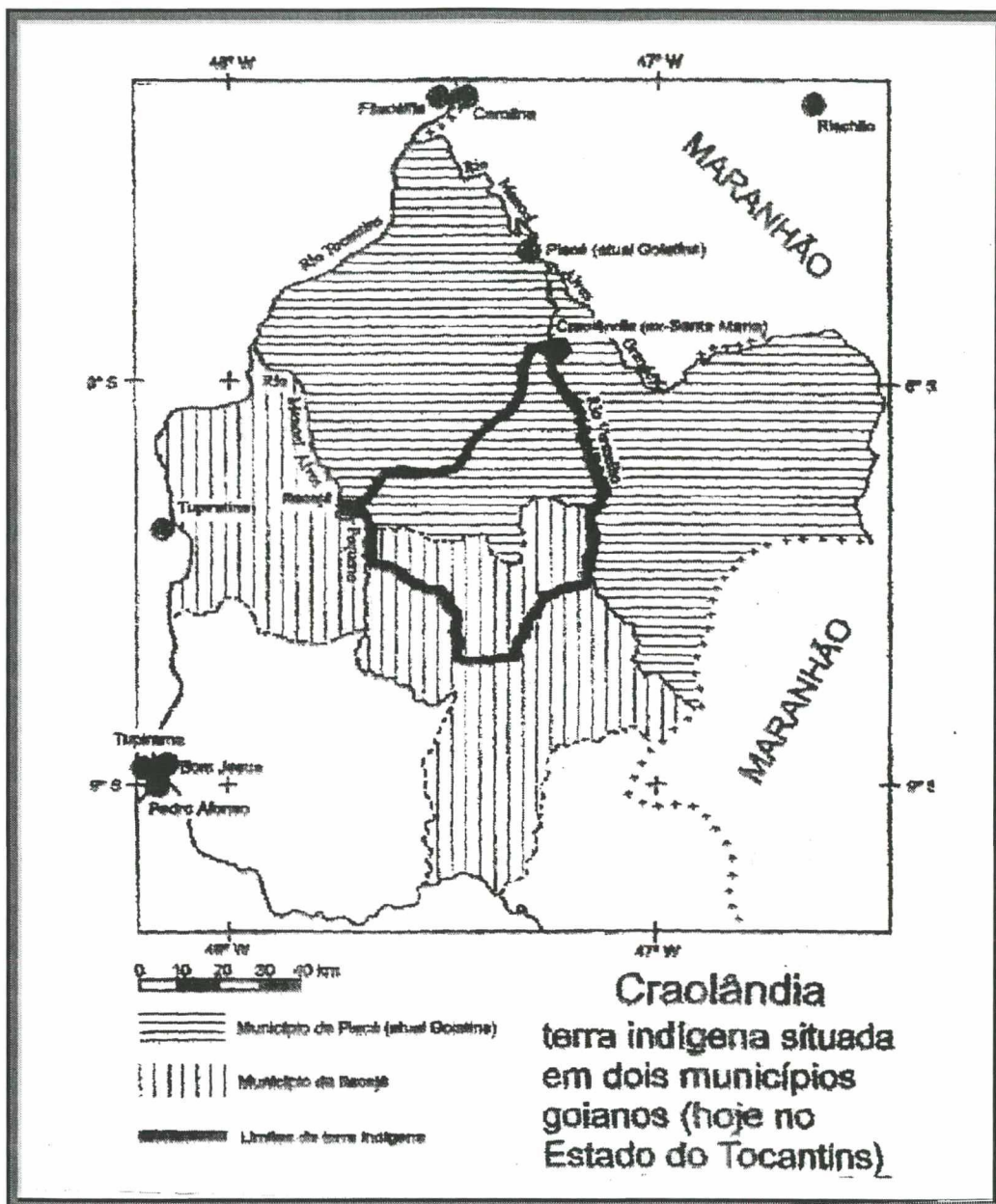
VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo B. A fabricação do corpo na sociedade Xinguana. *In*: _____, *et al.* A construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras. **Boletim do Museu Nacional. Antropologia**. Rio de Janeiro, no. 32, 1979, p. 41-49.

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

ZEMPLÉNI A. La Maladie et ses causes. Introduction, L'Ethnographie, numéro special. Causes, origines et agents de la maladie chez les peuples sans écriture. LXXXI (2-3): 13-44. 1985. Tradução: **A Doença e suas Causas**. Cadernos do Campo IV, 4: 137-164. São Paulo, USP-FFCLH, 1994.

ANEXOS

ANEXO I - MAPA DA TERRA INDÍGENA KRAHÓ



Fonte: <http://www.geocities.com/juliomelatti/livro67/criamp3.htm>

ANEXO II – MAPA DA ALDEIA PEDRA BRANCA

ALDEIA PEDRA BRANCA

