


O som dos maracás (homenagem a Ailton Krenak): medicinas indígenas e saúde pública¹

The sound of maracas (tribute to Ailton Krenak):
indigenous medical practices and public health

Marina Cardoso

 <https://orcid.org/0000-0003-3768-607X>

E-mail: mdcardoso@uol.com.br

Universidade Federal de São Carlos. Departamento de Ciências Sociais. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. São Carlos, SP, Brasil.

Resumo

Durante a última década assistimos ao retrocesso paulatino das políticas públicas de atenção à saúde indígena no Brasil, principalmente no que concerne aos pilares básicos da sua formulação, construídos a partir da década de 1980: atenção específica e diferenciada, participação e controle social. Este texto, apesar de citar alguns momentos críticos desse processo, dá ensejo a algumas reflexões sobre os modos como as políticas e as práticas, essencialmente biomédicas, podem ser compreendidas no contexto mais geral das sociedades indígenas no país.

Palavras-chave: Saúde Indígena; Políticas de Saúde; Medicinas Indígenas.

Correspondência

Rod. Washington Luiz, km 235. São Carlos, SP, Brasil. CEP 13565-905.

¹ Devo dizer que eu gosto de títulos bonitos, mesmo que raramente os tenha feito, por conta do academicismo de então. Mas é mesmo uma homenagem. Fui convidada a participar da banca de doutorado de Nayara Scalco e Ailton era também da banca. Ele chegou com o maracá e o tocou para aquiescer o barulho reinante e poder iniciar a sua fala. Para mim, isso é mais do que um mero pedido de silêncio aos presentes: é um sinal de que algo solene e sagrado está para acontecer, um som que invoca os bons espíritos para que a fala possa ser uma “boa fala”, aquela que traz conhecimento e sabedoria. Obrigada a Nayara, a Marília Louvison (sua orientadora) e, claro, ao Ailton. Eventuais referências aos dados por mim coletados e citados neste texto (ou em menção a outros textos meus já publicados) são originárias primariamente do meu projeto de pós-doutorado financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) - Processo 15.1548/2004-8 - e, posteriormente, do projeto de pesquisa em saúde indígena por mim coordenado, também financiado pelo CNPq (Processo 401240/2005-3; Registro Conep 12.545) e que contou com autorização de entrada em terra indígena pela Fundação Nacional do Índio, termo de consentimento autorizado pelo cacique local e colaboração do Instituto de Pesquisa Etno-Ambiental do Xingu e dos então alunos do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de São Carlos, Marina Pereira Novo, Antonio Guerreiro e Reginaldo Silva de Araújo.

Abstract

Over the past decade, we have seen the gradual setback of public policies for indigenous health care in Brazil, especially with regard to the basic pillars of its formulation, developed from the 1980s onwards: specific and differentiated attention, participation, and social control. This paper, despite mentioning some critical moments in this process, offers an opportunity for some reflections on how policies and practices, essentially biomedical, can be understood in the more general context of indigenous societies in the country.

Keywords: Indigenous Health; Health Policies; Indigenous Medicines.

Nas Grandes Antilhas, alguns anos após a descoberta da América, enquanto os espanhóis enviavam comissões de investigação para indagar se os indígenas possuíam ou não alma, estes últimos dedicavam-se a afogar os brancos feitos prisioneiros para verificarem através de uma vigilância prolongada se o cadáver daqueles estava, ou não, sujeito à putrefação. (Lévi-Strauss, 1980, p. 22)

Quem faz, de fato, “ciência”? Este ensaio não começou assim, mas diante da pandemia que estamos vivenciando o texto original foi sendo alterado, pois não é mais possível nem o alheamento aos acontecimentos nem a recusa à possível compreensão de fatores socioantropológicos que eventualmente possam contribuir, por menor que seja essa contribuição, para o entendimento do que estamos passando. Assim, escrito quase que na primeira pessoa, referencia antropólogos e etnólogos que escutaram, investigaram e registraram as falas e narrativas indígenas, mesmo que “não tenham entendido direito” (há versões e “versões”), para realizar algum esforço de comparação analítica cujo fundo não é “o índio”, mas aquilo que ainda teimamos por chamar “humanidade”, em toda a sua diversidade e diferença.

O problema já começa aí, pois a qual noção de “humanidade” estamos nos referindo? Gente que tem ou não alma (cristã, ou cristianizável, de preferência)? Gente como a gente, cujos corpos, semelhantes aos nossos mas “outros”, putrefazem e não são ou parecem não ser espíritos usando “roupas” diferentes para nos enganar? O mundo é habitado por muitas “gentes” e é preciso cuidado.

Os últimos dez anos, pelo menos, propiciaram, por meio da inclusão política, social, acadêmica, artística e digital, que “os índios” tomassem a palavra e adquirissem competência linguística oral e escrita em português (para além daquela em suas línguas nativas) e continuassem a nos ensinar, e é a esse ensino que este artigo é dedicado, com todas as suas limitações de texto, informação e formação. Há teorias indígenas, em todas as suas variações linguísticas, míticas e contextuais, que apontam um mundo habitado por inúmeros seres, dentre eles os “humanos”, “nossos” e “outros”, mas cujo precário equilíbrio é mantido pelas delicadas relações que eles estabelecem entre si e uns com

os outros. De acordo com as notícias recentes sobre a atual pandemia, biólogos, ambientalistas, epidemiologistas e outros especialistas tendem a afirmar o mesmo. Assim, o intuito deste texto é trazer alguns elementos para essa discussão, e, se possível, no também já conturbado (para dizer o mínimo) período político pelo qual passamos, referendar políticas de saúde pública que levem em conta não só as medicinas indígenas, mas, e principalmente, os preceitos sobre os quais elas são formuladas, pois isso não só envolve técnicas e práticas terapêuticas nativas, direcionadas e performadas por e para os seus praticantes, mas os ajustes necessários a uma economia sociopolítica que englobe os aspectos sanitários, agroecológicos e ambientais que pressupõem também a “nossa” conjunta existência como “humanidade”.

Durante 2011 e 2012 fui representante da Associação Brasileira de Antropologia (ABA) na Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (Cisi) do Ministério da Saúde. Cito isso porque foi precisamente nesse período que começou a ser implantada a Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), criada em 2010 pelo Decreto nº 7.336 como parte integrante daquele Ministério (Brasil, 2010). Antes, o planejamento, os recursos e as ações para a área estavam vinculados à Fundação Nacional de Saúde (Funasa), que já havia criado o modelo, ainda em vigor, de atenção à saúde indígena por meio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei) e da rede descentralizada e hierarquizada de atendimento que lhe estava subordinada: postos de saúde nas aldeias, polos-base de prestação de serviço, equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI) e Casas de Saúde Indígena (Casai), localizadas em cidades do entorno das terras

indígenas e nos centros hospitalares de referência.² A criação da Sesai atendia então os anseios das próprias comunidades e movimentos indígenas para a centralização e coordenação das ações em saúde para os povos originários, mantendo as especificidades da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Sasi) no Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre as principais atribuições da Sesai estão o fomento à atenção diferenciada, à participação e ao controle social dos indígenas sobre a formulação e gestão (inclusive orçamentária) dos recursos e ações em saúde a eles dirigidos.

Foi como testemunha do que então aconteceu que passo a escrever aqui, talvez até mesmo como forma de dissipar o mal-estar que carrego até hoje sobre essa minha experiência.³ Análises mais acadêmicas sobre o tema das políticas de saúde pública para as populações indígenas no Brasil podem ser encontradas em outros artigos de pesquisadores da área - por exemplo, em alguns dos capítulos da coletânea organizada por mim e Esther Jean Langdon (Langdon; Cardoso, 2015). Mudanças de responsabilidade institucional de prestação de serviços sempre geram transtornos. Em relação à saúde indígena, isso já havia acontecido quando a assistência passou, em 1999, da Fundação Nacional do Índio para a Funasa. Foram interrompidos os serviços e, mesmo com a implantação do modelo de atenção à saúde indígena, foram inúmeros os problemas relatados, que iam das dificuldades das associações indígenas em seguir um protocolo burocrático e gestor que lhes era estranho aos repetidos atrasos dos repasses orçamentários.⁴

Mesmo já havendo uma rede de serviços para o atendimento, ainda que precária, os problemas voltaram a ocorrer com a transferência das ações em saúde da Funasa para a Sesai: paralização das

2 Quem quiser visualizar o modelo, assim como consultar a história pregressa das políticas em saúde indígena no Brasil em uma perspectiva analítica, pode conferir Cardoso (2015).

3 O “mal-estar” aqui se refere às expectativas de finalmente atuar diretamente com meus conhecimentos na área, advindos de pesquisas minhas e de outros diversos pesquisadores, na direção das políticas públicas em saúde indígena. O que assisti, então, mesmo ciente que a Cisi é meramente uma instância consultiva e não deliberativa, foi a mais profunda indiferença dos gestores em relação às proposições dos diversos representantes das áreas acadêmica, científica, jurídica, social e indígena que compunham ou eram convidados a estar na Comissão. Desde 2016, a ABA já não faz mais parte da Cisi.

4 A tese de Reginaldo Araújo (2019), já publicada como livro, relata esse processo ao analisar como foi conduzida essa ação no que concerne ao Dsei do Xingu, o primeiro a ser criado, ainda em 1999. Luiza Garnelo e Aldemir Maquiné (2015) também abordam as complexidades do sistema gestor e burocrático diante das demandas para uma assistência mais ágil e eficaz dos serviços em saúde indígena.

atividades por meses, demora em atender medidas emergenciais e o início de novas medidas que passaram a vigorar para a gestão dos recursos, dentre elas (e a que me parece ser a mais relevante) a não renovação dos contratos com as associações indígenas e as diversas organizações indigenistas que tinham assumido para si a tarefa de gerenciar os recursos e as ações em saúde nas diferentes terras indígenas, em favor da contratação de organizações que apresentassem o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social. Assim, as entidades indígenas e indigenistas cujos contratos expiraram foram excluídas de antemão do edital de chamamento público realizado pelo Ministério da Saúde em outubro de 2011, que visava contratar instituições para atuar na área de saúde indígena. À época, somente três entidades privadas sem fins lucrativos (consideradas filantrópicas) foram conveniadas: a Missão Evangélica Caiuá, a Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina e o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira.⁵

Ressalto essa medida porque ela teve enorme impacto sobre o “controle autogestionário”, pois impede a atuação mais direta por parte dos indígenas na gestão dos recursos, no controle orçamentário e nas ações em saúde, além de uma série de medidas centralizadoras que, a princípio, não atenderiam as demandas diferenciadas dos diversos Dsei e suas áreas de atuação étnica e territorial distintas. Os conselhos locais, distritais e o seu fórum nacional aparentemente continuam operando, mas às custas da intensa participação em todas as esferas decisórias que eram observadas até então, para além da perda do controle propriamente político que a autogestão permitia e que, agora, se encontra subsumido às políticas neoliberais do desmonte do SUS e, claro, do Sasi. No caso, desde o início de 2019 assistimos às tentativas de extinção da Sesai, que foram revertidas pela marcante mobilização indígena; no entanto, ainda permanecem, senão se agravam, os críticos problemas já extensivamente relatados pelos pesquisadores da área: baixa resolutividade das ações em saúde nos distritos, marcada por carência de profissionais habilitados

para atender à população e a sua alta rotatividade (que foi, durante certo tempo, suprida pelos médicos cubanos do Programa Mais Médicos, que não mais participam do Programa), e falta de recursos de infraestrutura e equipamentos para determinados procedimentos operados pelos Dsei, assim como a integração e um sistema de comunicação mais eficaz com aquele de referência do SUS, que também vem sofrendo sequelas nesses tempos de desmonte das estruturas de serviços públicos (Cardoso, 2015).

Diante, entretanto, das políticas públicas (em todos os setores) ostensivamente anti-indigenistas, os movimentos indígenas (no plural, porque são vários, oriundos das diversas associações indígenas e alguns com caráter político-partidário, mas que têm uma mesma pauta em comum, que é a defesa dos direitos territoriais e constitucionais já assegurados, dentre eles o acesso diferenciado aos serviços de saúde) “refloresceram” (se é correto dizer assim), e de uma maneira muito peculiar: para além das manifestações presenciais públicas (como foi o caso do I Encontro das Mulheres Indígenas em 2019 e a realização dos Acampamentos Terra Livre, por exemplo), há hoje a presença extensiva de indígenas em redes virtuais, universitárias, acadêmico-culturais divulgando os seus conhecimentos e, claro, suas medicinas e seus espaços de cura.

Tudo isso é por eles movimentado afirmando-se como partícipes que são do mundo, e não mais como sujeitos tutelados como eram vistos até então. Essa presença extensiva em redes permite não só a rápida comunicação entre os diversos parentes para a divulgação de pautas em comum, denúncias e mobilizações (como é o caso das ações atuais para conter a entrada de covid-19 nas aldeias), mas também a realização e a divulgação de obras em espaços que lhes eram excludentes, como exposições fotográficas, cinematográficas e artísticas, festivais literários e musicais, por cujas linguagens (filmes, fotografias, livros, pinturas, instalações, canções, programas de rádio, entre outros) eles podem realizar o exercício crítico do mundo não indígena, mas mantendo um (ou vários) ponto de vista indígena.

5 Não foi possível identificar no site da Sesai quantas são atualmente, ou mesmo quais são as suas atribuições.

Provavelmente, isso só foi possível pelo acesso às tecnologias digitais, à escolarização indígena (mesmo que ainda precária) e à entrada de indígenas em universidades e centros de extensão e formação durante a última década. Mas, claro, a busca intensiva dessas formações e desse acesso sempre foi uma prerrogativa indígena, pois, ao contrário do que o senso comum possa achar, a procura pelo conhecimento e pelo domínio das diferentes tecnologias sempre foi por eles ativamente empreendida; não às custas dos seus próprios conhecimentos e tecnologias, mas como mecanismo do próprio exercício do pensamento humano da “bricolagem”:⁶ afinal, tudo é “presente” (para o bem ou para o mal) dos “criadores”, dos “donos”⁷ das coisas do mundo, e que são outros seres, não humanos e não visíveis a nós, somente aos xamãs. O pressuposto da natureza sagrada do mundo demanda respeito, partilha e é uma forma de ética na relação com todos os outros, humanos e não humanos, visíveis ou não, mesmo que essa distinção seja falaciosa, mas ainda necessária para os nossos moucos ouvidos brancos.

Desse pressuposto, que aqui está exposto de maneira bastante genérica, derivam também todas as relações estabelecidas com a terra, que não é “nossa”, assim como não são “nossas” as águas e o que nós chamamos, em geral, de “natureza”: animais, plantas, árvores e tudo mais que habita o mundo. Para caçar, pescar, colher ou plantar é necessário pedir permissão aos “donos”, seguir alguns preceitos e rituais e o fazer de forma moderada, tão somente para assegurar a reprodução física (que também é moral; aliás, a avidez é um dos “pecados mortais”

dessa cosmofilosofia) do grupo. A sorte ou o azar na caça e na pesca, a boa ou má colheita dependerá desses fatores, que se não forem respeitados poderão, inclusive, trazer doenças. Fica aqui a lembrança da obra de Davi Kopenawa,⁸ que magistralmente ilustra essa perspectiva, principalmente do ponto de vista da entrada dos brancos nas terras Yanomami, gerando destruição e, conseqüentemente, doenças e mortes.

O mesmo movimento reflete-se na preservação e na divulgação dos rituais de cura indígenas e suas diferentes técnicas, sejam xamânicas, sejam de medicinas erveiras, sejam cuidados com a saúde da mulher, por exemplo, no que tange ao parto. Diversos “centros de medicina indígena e/ou tradicional” foram criados, quer em áreas indígenas, quer nas cidades - como o Bahserikowi’i, localizado em Manaus/AM -, e atendem igualmente não indígenas e são geridos pelos seus próprios praticantes. Foram criados ainda núcleos de produção e divulgação dos saberes indígenas, tal como o Núcleo de Estudos da Amazônia Indígena, da Universidade Federal do Amazonas, ou os Programas de Educação pelo Trabalho (PET)⁹ de Saúde Indígena, como o da Universidade Federal de São Carlos ou o da Universidade de Brasília, que promovem debates acerca do tema. Assim, procura-se ativamente a ocupação dos espaços, inclusive acadêmicos, para dar maior visibilidade às questões indígenas (principalmente territoriais e ambientais) e divulgar seus saberes e conhecimentos.

O caso da saúde indígena é exemplar. Desde que foi formulado, o Sasi adotou como um dos seus pilares a “atenção diferenciada”, o que significa respeitar as medicinas tradicionais

6 Lévi-Strauss (1976) cunhou o termo “bricolagem” (em francês, *bricolage*) para se referir a uma das formas pela qual o pensamento científico (humano) opera: a mitopoética, uma forma intelectual que atua por meio de contínuas aproximações sensíveis, combinações heteróclitas de materiais diversos, preexistentes, fragmentados e finitos, tais como os mitos. Para o autor, essa forma difere daquela da ciência não por ser menos “científica”, mas porque esta última cria as suas próprias metodologias e resultados por meio da geração contínua das suas estruturas conceituais, hipotéticas e teóricas, suscitando sempre novos acontecimentos e novas inteligibilidades.

7 “Dono” é uma ampla categoria etnoameríndia, ou seja, é uma forma de traduzir para o português termos indígenas que se referem a alguém (humano ou não) a quem é atribuído o papel de ter a posse ou o controle de algo ou alguém, assim como também a maestria de determinados conhecimentos, a promoção de cuidados, proteção, ou mesmo a representação coletiva, por exemplo, do grupo, como os chefes.

8 Trata-se do livro *A queda do céu: palavras de um xamã yanomami* (Kopenawa; Albert, 2010), escrito em parceria com o antropólogo Bruce Albert. Para uma discussão mais completa sobre o tema, pode-se consultar também o livro organizado por Bruce Albert e Alcida Ramos, *Pacificando o branco* (2002).

9 De acordo com os seus preceitos, o PET, que opera desde 2009, integra ensino, serviço e comunidade, e é uma parceria entre a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, a Secretaria de Atenção à Saúde e a Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, e a Secretaria de Educação Superior, do Ministério da Educação. Há PET mais específicos, dentre eles aqueles voltados para a saúde indígena.

indígenas, seus preceitos e agentes nas ações em saúde e mesmo incorporá-las ao subsistema. Por um lado, houve programas e incentivos para promover essa integralização, mas esta sempre foi pontual, permanecendo a “atenção diferenciada” na esfera retórica dos discursos oficiais. Por outro lado, esta se dava (e ainda se dá) na trajetória e na práxis terapêutica indígena, pela recorrência simultânea aos postos e unidades de saúde, assim como aos pajés e curandeiro(a)s locais. Salientei em outros textos que as medicinas indígenas não excluem as “outras” medicinas ou seus recursos e técnicas (pelo contrário, até as exigem como um direito), mas as englobam porque, à maneira *bricoleur*, o sentido (ausente na ciência) está fora dos preceitos, aqui biomédicos, e firma-se sobre as suas próprias cosmologias e composições ontológicas (Cardoso, 2004, 2015).

Portanto, para mim, pouco sentido faz nomear esse processo como “pluricultural”, “intercultural” ou “transcultural”:¹⁰ é um fenômeno humano da ordem do intelecto (e, claro, das suas múltiplas eficácias terapêuticas e simbólicas) que produz novas formas que se podem combinar de maneiras diferentes; nada que já não tenhamos visto por estas terras, tais como hospitais espíritas, centros de candomblé ou umbanda, clínicas de medicina chinesa e muitos outros. Há linhas divisórias, mas possibilidades de encontros (fitoterapias, técnicas de obstetrícia, por exemplo) e outros que seguem paralelos.

Os cuidados indígenas com a “fabricação dos corpos” (Viveiros de Castro, 1979) não estão dissociados do controle sobre as relações com os outros seres, humanos e não humanos; pelo contrário, o supõem. Assim, doenças e processos terapêuticos raramente se restringem a uma determinação de caráter técnico: referem-se necessariamente às representações sobre o corpo e a construção da “pessoa” (Mauss, 1974a, 1974b; Seeger; Da Matta; Viveiros de Castro, 1979), que são formuladas nos sistemas lógicos de caráter simbólico que relacionam natureza e sociedade em uma ordem cosmológica e transcendental. Por isso mesmo, “pluralismo médico” ou “intermedicalidade”, tal como vem sendo

caracterizado o modo como a prática biomédica está sendo incorporada às estratégias terapêuticas indígenas, não tem significado uma alteração substancial dos fundamentos e dos princípios que lhes são subjacentes, mas a sua adição instrumental e profilática às práticas nativas (Cardoso, 2004, 2015). Mantêm-se, assim, os preciosos recursos lógicos, técnicos e simbólicos que a humanidade, com todas as suas diferenças, ainda preserva.

De acordo com as notícias difundidas em jornais e sites de informação de diversos veículos de comunicação das instituições de pesquisa ou das associações indígenas e indigenistas, o avanço da covid-19 em áreas indígenas já é uma realidade. O índice de contaminação e mortalidade, segundo diversos pesquisadores, depende do grau de isolamento no qual as comunidades se encontram: se em áreas e/ou periferias urbanas, acampamentos, áreas rurais ou aldeias e terras indígenas mais afastadas (Codeço et al., 2020). A intrusão cada vez mais descontrolada em áreas indígenas, demarcadas ou não, pelo garimpo e pelas atividades agropecuárias criminosas (pois que hoje inconstitucionais), aliada à precariedade e ao colapso dos serviços de assistência em saúde, torna os grupos indígenas cada vez mais vulneráveis à atual pandemia. Mas, para além dos aspectos eminentemente técnicos de projeção e controle epidemiológicos, outros fatores precisam ser levados em conta para se ter a real dimensão da tragédia já anunciada.

Registros históricos, epidemiológicos e demográficos fazem uma estreita relação entre epidemias (principalmente as de varíola, sarampo e gripe) e a depopulação ameríndia desde os primórdios do contato e das frentes de expansão e colonização europeias e nacionais (Santos; Coimbra Junior, 2003). Massacres, trabalho escravo e epidemias propiciaram as ocupações em territórios devastados e, de acordo com diversos relatos etno-históricos, também outros reordenamentos populacionais, demográficos e culturais, tal como é, por exemplo, o caso da atual Terra Indígena do Xingu, que oscilou entre deslocamentos, fragmentações e reagrupamentos devido ao alto grau de mortandade

¹⁰ Para uma crítica contundente ao conceito de interculturalidade e o seu uso político pelas políticas públicas de saúde neoliberais, consultar o texto de Boccara (2015).

que algumas aldeias e/ou grupos sofreram por epidemias ao longo dos últimos séculos, e mesmo de poucas décadas (Heckenberger, 2001).

O que parece ser “novo” em relação à atual pandemia talvez seja a sua dimensão global, que recai também sobre os brancos e que líderes indígenas como Raoni, Kopenawa e Krenak “avisaram”: não se altera o delicado e complexo equilíbrio socioambiental sem graves consequências para todos, assunção defendida também pelas diversas ciências do mundo moderno, afora a falácia, supostamente risível, da “vingança da mãe natureza”,¹¹ que é a forma pela qual se pretende obliterar os refinados conhecimentos que advêm dos “povos das florestas”, fundados na meticulosa observação e experimentação sensível do mundo (Lévi-Strauss, 1976).

A análise feita por Dominique Buchillet (2002) sobre as representações dos Desana do alto rio Negro sobre as epidemias, em particular sobre a malária, é exemplar. Os Desana reconhecem que o paludismo não foi trazido pelos brancos, tal como o foram a varíola, o sarampo ou a gripe, mas é uma “doença do universo”, conhecida por eles há muito tempo e associada às poças d’água que ficam entre as pedras das cachoeiras dos rios, os “potes de malária”, habitação de numerosos mosquitos que proliferam no entorno dessas poças e que também são relacionados aos surtos palustres. São os xamãs que veem e aprendem a fechar e a ter o controle desses “potes” e mosquitos, que podem não só ser abertos, quebrados ou danificados durante os períodos de cheia (ou até mesmo pela ação deliberada dos xamãs), mas também pelas atividades predatórias dos brancos ao dinamitarem os rochedos e as pedras dos rios para a construção de prédios, hidrelétricas ou garimpagem, liberando, assim, o paludismo nas águas (Buchillet, 2002).

Os brancos parecem, pois, “fontes inesgotáveis de bens” (Franchetto, 1992, p. 353), mas também de contágios, doenças e mortes. Há, entretanto, que se fazer um parênteses aqui. A essa compreensão das

doenças como contágios dos brancos as exegeses nativas muitas vezes sobrepedem o xamanismo e a feitiçaria. Já ouvi, por exemplo, que a epidemia de sarampo que assolou o Xingu e dizimou quase um terço da população local por volta de 1954 era mesmo um ataque xamânico de grupos rivais. As duas explicações não se excluem, mas se complementam em uma ordem hierárquica de causalidades múltiplas que são postas em relação. Mesmo porque “doença” é quase sempre resultado de um feitiço ou de um “roubo da alma por algum espírito”,¹² e frequentemente da associação de ambos.

Os registros etnológicos oriundos de diversos povos, quer das terras baixas da América do Sul, quer de outras terras e continentes, fazem quase sempre essa correlação, mesmo que as técnicas da feitiçaria e/ou das práticas xamânicas sejam diferentes ou tenham pressupostos ontológicos distintos (o que não vai ser possível desenvolver aqui). Por essa razão, medicamentos e práticas biomédicas são tão somente recursos pontuais para o alívio dos sintomas; a cura demanda outras operações, de caráter espiritual, no sentido xamânico do termo. Para os Kalapalo, que eu conheço melhor, todas as doenças, mesmo as dos brancos, são ao final feitiços (*kugihe*, em Karib Kalapalo), e o feitiçeiro é o *hugihe oto*, ou o “dono do feitiço”, aquele que, por inveja, ciúme, cobiça, discórdia ou maldade, mesmo, atira as “flechas do feitiço” contra os seus alvos humanos e que pode, para maior precisão do “flechamento”, carregar algo que lhes pertença - restos de unhas ou cabelos cortados, pedaços de enfeites usados, e assim por diante. Em épocas de grande tensão e conflitos nas aldeias, procura-se tomar o máximo cuidado para não deixar nada à vista que possa ser pego ou utilizado pelos possíveis feitiçeiros. O feitiçeiro age só ou em bando, mas pode, e frequentemente o faz, aliar-se aos espíritos (*itseke*) que habitam o mundo.

Os *itseke* são descritos pelos Kalapalo como seres antropomórficos que habitam as florestas e os fundos dos rios e das lagoas. Presentes na origem do mundo, tornaram-se invisíveis à gente humana,

11 Els Lagrou (2020) fez uma oportuna análise sobre a ecosofia Huni Kuin e sua relação com as descobertas recentes dos epidemiologistas e biólogos sobre as epidemias viróticas que têm acontecido atualmente.

12 O termo “espírito” aqui não se refere à acepção comum de “mortos”, mas aos seres que já existiam no começo do mundo e continuam a nele existir, mas que, no tempo da gente humana, só são visíveis aos pajés ou xamãs.

que foi criada por Taūgi (“Sol”, um dos gêmeos criadores da humanidade atual) durante um épico conflito que é relatado nos mitos de origem (Cardoso; Guerreiro; Novo, 2012; Guerreiro, 2015). As doenças provocadas pelos *itseke* decorrem das aproximações sucessivas que eles fazem aos humanos por meio do “roubo das almas” (*akuã*), geralmente porque eles infringiram alguma norma relacional, como matar sem necessidade ou justificativa algum animal, cujo “duplo” passa a perseguir o transgressor, adoecendo-o. Os xamãs ou os “pajés de verdade” (em Kalapalo, *hūati hekuqu*)¹³ são pessoas que passaram por este adoecimento, e por meio de uma prolongada reclusão, abstinências várias e treinamento, no caso efetivado por outros pajés por meio principalmente do uso do tabaco, entram em transe e adquirem assim a capacidade de ver e se relacionar com o *itseke* que gerou o episódio original do adoecimento, que agora será seu “espírito-guia” e o ajudará na negociação das “almas roubadas” por outros espíritos, revelando, inclusive, se há ou quem é(são) o(s) feiticeiro(s) envolvido(s). Essa foi a história de Nümü Kalapalo, que ao me dar o seu depoimento também me fez uma revelação: os espíritos agem assim para provocar a troca, pois precisam de “coisas” (panos, colares, tucanapes) que serão obtidas mediante o “pagamento” feito ao pajé para que a “alma roubada” seja devolvida e a cura sobrevenha a quem tenha sido acometido por algum mal (Cardoso, 2007).

Os rituais de cura, assim como outros rituais e os mais diversos cerimoniais, não só dão ensejo às trocas, forma e realização das sociedades (Mauss, 1974c), mas procuram, por esses meios, restabelecer e fortalecer as delicadas relações entre os diferentes seres que habitam o mundo e que afetam os corpos pelas suas múltiplas possibilidades de transformação, tal como ilustra o anedotário mencionado por Lévi-Strauss (1980) e citado na

epígrafe deste texto. As análises mais recentes sobre o tema têm enfatizado uma discussão mais focada nas dimensões ontológicas que estariam subjacentes a essas práticas cerimoniais e/ou xamânicas. Assim, não se trata mais de atribuir categorias de relações humanas às relações entre humanos e não humanos, mas a própria possibilidade de dissolver as séries naturais e culturais com as quais o modelo cognitivo ocidental opera.

Para Viveiros de Castro (2008, p. 92), por exemplo, também não se trata somente de supor uma “natureza pensada como cultura - uma sobrenatureza”, mas de uma “cultura” compartilhada por diferentes tipos de “gentes/corpos”, o que denota aproximações contínuas que criam relações, possibilidades de comunicação entre seres e sua eventual transformação final para um mundo que não é mais aqui. Talvez seja possível pensar, por esse meio, a ancestralidade recuperada como um “dever escatológico”: “Assim como os animais eram humanos no começo de tudo, os humanos serão animais no fim de cada um: a escatologia da (des)individualização reencontra a mitologia da (pré)especação” (Viveiros de Castro, 2008, p. 100). A ênfase no espírito (*itseke*, não o animal, *ngene angolo*)¹⁴ e a sua forma antropomórfica sugerem muito mais o alargamento e o aprofundamento da noção de ancestralidade instituída essencialmente em um fundo comum (talvez aquele mesmo do “espírito criador”), ainda que diferenciado nos e pelos corpos (Viveiros de Castro, 2008), mas que sempre é necessário recriar por meio da troca.

O problema permanece, entretanto, sempre em aberto. O mesmo se pode dizer das relações humanas, que requerem o seu contínuo fazer e refazer por meio do controle dos corpos, das suas mutações e dos feixes de relações (espirituais, ancestrais, parentais, familiares e sociais) que os atravessam e os constituem, e que devem ser

13 Há outros pajés (*hūati*) que curam também por meio do uso de fumaça do tabaco, rezas, plantas e ervas, mas não entram em transe como os *hūati hekuqu*.

14 Segundo algumas versões dos mitos Kalapalo, os “animais” eram como “gente”. Morreram na guerra travada por Taūgi para retaliar a quase morte por envenenamento da sua verdadeira mãe pela sogra-onça, e a ocultação do fato. Taūgi, posteriormente, teria “rezado” sobre eles: voltaram como “bichos”, mas com “almas”. Os “espíritos-animais” seriam os mesmos que Taūgi matou. Também por essa razão trariam doenças aos índios (que teriam sido criados por Taūgi para ajudá-lo), o que seria uma forma interessante de se poder pensar a guerra/morte/doença por meio desse mecanismo. Os Kalapalo, entretanto, enfatizam muito mais a feitiçaria como agência principal de doenças, talvez a mesma que envenenou e terminou por matar a mãe dos gêmeos criadores (Cardoso; Guerreiro; Novo, 2012).

atualizadas por códigos de comunicações específicos, rituais, cerimoniais e xamânicos. Por essa razão, as medicinas indígenas escapam dos limites estreitos da gestão em saúde, mesmo que também o requeiram: são outras “gestões” de doenças, conflitos, e relações que, como tentei esboçar aqui, se dão em múltiplos planos de exegese terapêutica, e cujas dimensões socioambientais demandam de nós a devida atenção para “adiar o fim do mundo”, como lembra Ailton Krenak (2019).

Referências

- ALBERT, B.; RAMOS, A. (Org.). *Pacificando o branco: cosmologias do contato no norte-amazônico*. São Paulo: Unesp, 2002.
- ARAÚJO, R. S. *Política nacional de atenção à saúde indígena: dilemas, conflitos e alianças a partir da experiência do distrito sanitário especial indígena do Xingu*. Curitiba: CRV, 2019.
- BOCCARA, G. La interculturalidad en Chile: entre culturalismo y despolitización. In: LANGDON, E. J.; CARDOSO, M. D. (Org.). *Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina*. Florianópolis: Editora da UFSC, 2015. p. 195-216.
- BRASIL. Decreto nº 7.336, de 19 de outubro de 2010. Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 out. 2010. Disponível em: <<https://bit.ly/32A2cFQ>>. Acesso em: 16 set. 2020.
- BUCHILLET, D. Contas de vidro, enfeites de branco e “potes de malária”: epidemiologia e representações de doenças infecciosas entre os Desana do alto rio Negro. In: ALBERT, B.; RAMOS, A. (Org.). *Pacificando o branco: cosmologias do contato no norte-amazônico*. São Paulo: Unesp, 2002. p. 113-144.
- CARDOSO, M. D. Políticas de saúde indígena e relações organizacionais de poder: reflexões decorrentes do caso do Alto Xingu. In: LANGDON, E. J.; GARNELO, L. (Org.). *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contracapa, 2004. p. 195-215.
- CARDOSO, M. D. Dalla pluralità terapeutica alla logica della differenza: il contesto alto xinguano del Brasile centrale. In: BAMONTE, G.; BOLLETTIN, P. (Org.). *Amazzonia indigena: 2007: resoconti di ricerca sul campo*. Roma: Bulzoni, 2007. p. 171-190.
- CARDOSO, M. D. Políticas de saúde indígena no Brasil: do modelo assistencial à representação política. In: LANGDON, E. J.; CARDOSO, M. D. (Org.). *Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina*. Florianópolis: Editora da UFSC, 2015. p. 83-106.
- CARDOSO, M. D.; GUERREIRO, A.; NOVO, M. As flechas de Maria: xamanismo, poder político e feitiçaria no Alto Xingu. *Tellus*, Campo Grande, v. 12, n. 23, p. 11-33, 2012.
- CODEÇO, C. T. et al. *Risco de espalhamento da covid-19 em populações indígenas: considerações preliminares sobre vulnerabilidade geográfica e sociodemográfica: 4º relatório*. Rio de Janeiro: Fiocruz: FGV, 18 abr. 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/32BijTD>>. Acesso em: 7 maio 2020.
- FRANCHETTO, B. O aparecimento dos “caraíba”: para uma história Kuikuro e alto-xinguana. In: CARNEIRO DA CUNHA, M. (Org.). *História dos índios no Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 1992. p. 339-356.
- GARNELO, L.; MAQUINÉ, A. Financiamento e gestão do subsistema de saúde indígena: considerações à luz dos marcos normativos da administração pública no Brasil. In: LANGDON, E. J.; CARDOSO, M. D. (Org.). *Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina*. Florianópolis: Editora da UFSC, 2015. p. 107-143.
- GUERREIRO, A. *Ancestrais e suas sombras: uma etnografia da chefia Kalapalo e seu ritual mortuário*. Campinas: Editora Unicamp, 2015.
- HECKENBERGER, M. Epidemias, índios bravos e brancos: contato cultural e etnogênese no alto Xingu. In: FRANCHETTO, B.; HECKENBERGER, M. (Org.). *Os povos do alto Xingu: história e cultura*. Rio de Janeiro: UFRJ, 2001. p. 77-110.

- KOPENAWA, D.; ALBERT, B. *A queda do céu: palavras de um xamã yanomami*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.
- KRENAK, A. *Ideias para adiar o fim do mundo*. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.
- LAGROU, E. Nisun: a vingança do povo morcego e o que ele pode nos ensinar sobre o novo coronavírus. *Blog da Biblioteca Virtual do Pensamento Social*, [s. l.], 16 abr. 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/32AYf4o>>. Acesso em: 16 set. 2020.
- LANGDON, E. J.; CARDOSO, M. D. (Org.). *Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina*. Florianópolis: Editora da UFSC, 2015.
- LÉVI-STRAUSS, C. *O pensamento selvagem*. 2. ed. São Paulo: Editora Nacional, 1976.
- LÉVI-STRAUSS, C. *Raça e história*. 3. ed. Lisboa: Presença, 1980.
- MAUSS, M. Uma categoria do espírito humano: a noção de pessoa, a noção do “eu”. In: MAUSS, M. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: Edusp: EPU, 1974a. v. 1, p. 207-242.
- MAUSS, M. As técnicas corporais. In: MAUSS, M. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: Edusp: EPU, 1974b. v. 2, p. 209-233.
- MAUSS, M. Ensaio sobre a dádiva: forma e razão da troca nas sociedades arcaicas. In: MAUSS, M. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: Edusp: EPU, 1974c. v. 2, p. 37-184.
- SANTOS, R. V.; COIMBRA JUNIOR, C. E. A. Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas no Brasil. In: SANTOS, R. V.; COIMBRA JUNIOR, C. E. A.; ESCOBAR, A. L. (Org.). *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz: Abrasco, 2003. p. 13-47.
- SEEGER, A.; DA MATTIA, R.; VIVEIROS DE CASTRO, E. A construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras. *Boletim do Museu Nacional*, Rio de Janeiro, n. 32, p. 2-19, 1979.
- VIVEIROS DE CASTRO, E. B. A fabricação do corpo na sociedade xinguana. *Boletim do Museu Nacional*, Rio de Janeiro, n. 32, p. 40-49, 1979.
- VIVEIROS DE CASTRO, E. B. Xamanismo transversal: Lévi-Strauss e a cosmopolítica amazônica. In: QUEIROZ, R. C.; NOBRE, R. F. (Org.). *Lévi-Strauss: leituras brasileiras*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2008. p. 79-124.

Recebido: 26/08/2020
Aprovado: 09/09/2020